

Учебная литература

Для студентов медицинских институтов

**Э.А. Бабаян
М.Х. Гонопольский**

Наркология

Допущено Главным управлением учебных заведений Министерства здравоохранения СССР в качестве учебного пособия для студентов медицинских институтов



Москва « Медицина » 1987

ББК 56.14

Б12

УДК 616.89-008.441.13 (075)

Рецензенты: *М. В. Коркина*, проф., зав. кафедрой психиатрии и медицинской психологии Университета дружбы народов им. Патриса Лумумбы; *П. Г. Мецов*, засл. врач УССР, проф., зав. кафедрой психиатрии Крымского медицинского института.

Бабаян Э. А., Гонопольский М. Х.
Б12 Наркология.—М.: Медицина, 1987.—336 с.—
(Учеб. лит. Для студ. мед. ин-тов).

В учебном пособии приведены данные о современном состоянии проблемы наркологии в СССР и за рубежом, отражены медицинские, социальные и правовые аспекты этой проблемы. Освещены вопросы эпидемиологии, этиопатогенеза, клинические проявления алкоголизма, наркомании и токсикомании, методы профилактики и лечения. Описаны основные направления и характер государственно-административных и общественных мер борьбы с пьянством и алкоголизмом с учетом последних постановлений партии и правительства.

Учебное пособие написано в соответствии с программой, утвержденной Министерством здравоохранения СССР, и предназначено для студентов медицинских институтов.

Б 4118000000—238
039(01)—87 КБ—38—19—86

ББК 56.14

ПРЕДИСЛОВИЕ

Вопросам организации борьбы с пьянством и алкоголизмом в Советском Союзе всегда уделяется особое внимание.

Постановления, принятые 7 мая 1985 г. ЦК КПСС и Советом Министров СССР по преодолению пьянства и алкоголизма, принципиально по-новому поставили эту задачу перед государственными и хозяйственными органами, партийными и общественными организациями, всеми трудящимися. «В принятом постановлении ЦК КПСС отметил, что в современных условиях, когда все полнее раскрываются созидательные силы нашего социалистического строя, преимущества советского образа жизни, особое значение приобретают строгое соблюдение принципов коммунистической морали и нравственности, преодоление вредных привычек и пережитков, прежде всего такого уродливого явления, как пьянство, злоупотребление спиртными напитками»¹.

Трезвость провозглашена нормой жизни советских людей. Анализируя проделанную в стране работу по выполнению этого постановления, ЦК КПСС 18 сентября 1985 г. принял новое постановление «О ходе выполнения постановления ЦК КПСС „О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма“», в котором констатировал значительные позитивные сдвиги в области борьбы с пьянством и алкоголизмом, происшедшие в стране за короткий промежуток времени. «Вместе с тем ЦК КПСС считает, что борьба за трезвость находится в начале своего пути, она должна непрерывно и последовательно нарастать»².

В связи с этими установками партии возникли новые задачи в различных сферах жизни страны. Серьезные задачи призваны решать и медицинские работники. Прежде всего это антиалкогольная санитарно-гигиеническая

¹ О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма.— В кн.: Трезвость — закон нашей жизни. М.: Политиздат, 1985, с. 3.

² О ходе выполнения постановления ЦК КПСС «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма». — В кн.: Трезвость — закон нашей жизни. М.: Политиздат, 1985, с. 27.

пропаганда здорового образа жизни, воспитание трезвеннических установок у всего населения, в первую очередь молодежи, борьба с пьянством и алкоголизмом, начиная с профилактики, а также диагностика и лечение лиц, страдающих данными недугами. К работе привлекаются врачи всех специальностей, работники наркологической службы, средний медицинский персонал. На всех уровнях начато обучение и переобучение тех, кто должен заниматься этими вопросами.

В медицинских институтах страны введено обучение предмету наркологии не только на кафедре психиатрии, но и 14 кафедрах лечебного профиля — терапии, педиатрии, акушерства и гинекологии, фтизиатрии, хирургии и др. Введена профессиональная подготовка в интернатуре по специальности психиатр-нарколог. В институтах усовершенствования врачей проводится обучение по наркологии на кафедрах терапевтического, хирургического, стоматологического, фармацевтического профиля.

Настоящее учебное пособие подготовлено для студентов медицинских вузов, будущих врачей общего профиля и тех, кто будет работать психиатрами-наркологами. Оно на современном уровне дает систему знаний в области организации наркологической службы, а также по медико-юридическим, специальным вопросам наркологии, в том числе по вопросам этиологии, патогенеза, клиники, профилактики и лечения.

Это первая попытка дать единый свод знаний в области наркологии студентам и молодым врачам с целью облегчить и совершенствовать их работу с лицами, страдающими пьянством, хроническим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией.

В учебном пособии синтезированы все новые данные, накопленные за последние годы в теории и практике наркологии, даны им критический анализ и оценка.

Авторы будут благодарны всем, кто сочтет возможным оценить этот труд и сделать пожелания или предложения к дальнейшему улучшению его содержания.

ВВЕДЕНИЕ

Первые предположения о том, что алкоголизм является болезненным состоянием, известны 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 наркомании и токсикоманий с биологической и медико-социальной точек 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.

Начиная с 1975 г. в СССР решается вторая не менее важная проблема — организация самостоятельной службы здравоохранения, призванной заниматься вопросами практической наркологии. В настоящее время эта служба, построенная на научной основе, выросла до завершенной системы организации наркологической помощи соответствующим контингентам.

Эта книга предназначена для тех врачей, кто уже пришел работать в систему наркологической помощи, и тех, кто, закончив медицинские институты, придет в нее. В ней авторы сделали попытку собрать воедино все то новое, прогрессивное, а порой и дискуссионное, что имеется в настоящее время по освещенным вопросам в современной наркологии, психиатрии и ряде смежных наук, а также практическом здравоохранении, осмыслить накопленный опыт и закрепить его.

Наркология как самостоятельный раздел медицины только утверждается, поэтому книга начинается с оп-

ределения этой отрасли знания, постановки задач, которые она должна решать, оценки контингентов людей, с которыми она должна иметь дело. В наркологии как ни в какой другой научно-практической медицинской дисциплине сталкиваются медицинские, биологические проблемы и критерии с проблемами и критериями из области психологии, социологии, права. Поэтому многие медицинские положения преломляются сквозь призму понятий права, социологии, психологии.

Это для многих медицинских работников непривычно и может встретить возражения. Однако следует считаться со спецификой данной научной дисциплины, ее особым положением в ряду других медицинских специальностей и воспринимать такой подход с пониманием. Именно потому, что наркология находится на этапе своего становления, она требует с самого начала ее формирования бережного и тщательного отношения к терминологии, специфического определения многих понятий, которые прежде с точки зрения, например, психиатрии возможно имели несколько иной смысл. Поэтому авторы и считают возможным в некоторых случаях по-новому расставлять акценты, давать трактовки ряду понятий, определений и терминов.

Одним из главных разделов в наркологии является система организации наркологической помощи населению. Поэтому книга начинается с той части, в которой сконцентрированы, кроме данных по чисто организационным сторонам деятельности службы, также сведения о распространенности алкоголизма, наркомании и токсикомании в мире и их последствиях, о различных видах экспертиз, деятельности смежных министерств и ведомств.

Во второй части книги изложены современные представления о хроническом алкоголизме. В ней приведен материал по его этиологии, патогенезу, систематике, проявлениям, динамике предпочтительных синдромов, особенностям в возрастном, половом аспектах, а также при комбинации с психическими расстройствами, приводятся данные о неврологических и соматических осложнениях, нарушениях высшей нервной деятельности и патологической анатомии.

Третья часть затрагивает вопросы наркоманий и токсикоманий. Здесь освещены данные, касающиеся формирования этих болезней, отдельных их классов и видов, полинаркоманий и психотических состояний, встречающихся при них.

Четвертая часть посвящена вопросам профилактики и лечения алкоголизма, наркомании и токсикомании. Представлены всевозможные виды и средства профилактики и лечения, известные в настоящее время науке и применяющиеся на практике.

В 1975 г. коллегией Министерства здравоохранения СССР было принято решение о создании новой самостоятельной службы, в компетенцию которой были отнесены проблемы алкоголизма, наркомании и токсикомании. Новая служба была названа наркологической службой с учетом того факта, что традиционно учреждения, занимающиеся проблемами наркомании и алкоголизма, назывались наркологическими, хотя в то время понятие «наркологическая» расшифровывалось как раздел медицины, занимающийся наркоманией и проблемами наркотиков. Понятие же «наркотическое средство» давалось весьма расширенно, без учета юридических аспектов этого термина, и нередко к наркотическим средствам, с позиций клинических и фармакологических, относились разнообразные лекарственные средства и вещества, в том числе и алкоголь. Даже в настоящее время продолжается такое толкование понятие «наркотик». В «Словаре иностранных слов» (1982), «Русский язык» отдается дань старому толкованию и слово «наркология» переводится как раздел медицины, изучающий последствия злоупотребления наркотиками и методы лечения наркомании.

Таким образом, взяв на вооружение старый термин для новой службы, мы понимаем, что еще некоторое время этот термин будет нести психологическую нагрузку старого толкования. Возможно в дальнейшем будет предложено новое определение, более адекватное задачам наркологической службы. Однако сегодня понятиям «наркология» и «наркологическая служба» необходимо дать четкое новое толкование.

В связи со сказанным возникает необходимость с позиций сегодняшнего дня раскрыть предмет наркологии, отговорив, что отнесено к компетенции наркологии и соответственно наркологической службы. Наркология в современном понимании — отрасль медицинской науки, изучающая проявления, этиологию и патогенез алкоголизма, наркомании и токсикомании, 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, наркомании и токсикомании;

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, наркомании и токсикомании 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.

Часть I

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ

Глава 1

ТЕРМИНОЛОГИЯ

Необходимо напомнить, что термины, особенно в наркологии, как правило, носят в себе не только специальный профессиональный критерий, или компонент, но и юридический. Многие медицинские термины связаны с законодательными актами и соответственно не могут произвольно использоваться с учетом только их медицинского значения. Это особенно важно в тех случаях, когда термин относится к лекарственному средству, и чрезвычайно важно, когда он относится к проблемам наркологии, так как в этой области термины связаны уже не только с национальным правом, но и международным.

Правильное понимание проблем наркологии требует рассмотрения вопроса о той терминологии, которая использовалась до настоящего времени специалистами, работающими в психиатрии и наркологии. Зачастую используются термины, не отражающие полностью юридические, социальные и медицинские аспекты проблемы. Использование терминов с позиции только медицинской, клинической, для наркологии неприемлемо.

Необходимо учесть, что такие термины, как «наркотическое средство», «наркомания», уже являются достоянием не столько медиков, сколько юристов, социологов и общественных деятелей. Эти термины используются под определенным углом зрения в первую очередь с позиции юридической, социальной как в международных договорах и конвенциях, так и в национальных законодательствах.

Термин «наркотическое средство» содержит в себе, если так можно выразиться, 3 критерия: медицинский, социальный, юридический. Они взаимно зависимы и в правовом аспекте обязывают признавать средство наркоти-

ческим только при единстве этих критериев, а именно медицинского — если соответствующее средство, вещество, лекарственный препарат оказывает такое специфическое действие на ЦНС (стимулирующее, седативное, галлюциногенное и т. д.), которое является причиной его немедицинского применения; социального — если это немедицинское применение принимает такие масштабы, что приобретает социальную значимость; юридического — если, исходя из этих двух вышесказанных предпосылок, соответствующая на то уполномоченная инстанция (в Советском Союзе — министр здравоохранения СССР) это вещество признала наркотическим средством и включила в список наркотиков. Отсутствие одного из этих критериев не дает основания признать лекарственный препарат или химическое вещество (синтетическое, биологическое, растительное) наркотиком, если даже это вещество или лекарственный препарат может явиться предметом злоупотребления и соответственно вызывать болезненное состояние.

Ряд терминов используется в уголовном законодательстве и употребление данного термина для оценки определенного явления повлечет за собой и применение соответствующей статьи Уголовного кодекса.

Вопрос применения терминологии имеет исключительно важное значение также и с позиции международных конвенций. Применяя термин «наркотическое средство», следует рассмотреть вопрос о необходимости нотификации и о включении этого вещества в установленном порядке в соответствующие списки Единой Конвенции о наркотических средствах 1961 г., учесть правовые акты, предусматривающие лимитирование производства тех веществ, которые называются наркотическими, и согласование объема этого производства с требованиями международных контрольных органов, а также необходимость регулярной информации ООН по вопросам производства, потребления, экспорта и импорта этих веществ. Как известно, вещества, признанные наркотическими, подлежат экспорту и импорту только в рамках Единой Конвенции 1961 г. с применением системы взаимной информации сторон и контрольного органа ООН.

Таким образом, применение, казалось бы, совершенно понятного термина «наркотическое средство» по отношению к любому веществу, исходя только из фармакологических позиций, недопустимо, так как в это понятие необходимо вкладывать также юридическое и социальное понимание.

Исходя из международного и национального права, в частности Советского национального права, на современном этапе наркотическим средством может называться только то вещество или лекарственное средство, которое соответствующим правовым актом признано наркотическим. Вещество признается наркотическим в том случае, если оно оказывает соответствующее действие на ЦНС, являющееся причиной повторного его потребления не для медицинских целей, и, кроме того, если такое немедицинское потребление принимает масштабы, приобретающие социальное значение. Однако, надо отметить, что юридическое признание не всегда немедленно сопутствует установлению факта того специального явления, которое вызывается злоупотреблением соответствующим веществом. Кроме того, новые вещества или лекарственные средства длительное время могут не проявлять себя как вещество, вызывающее злоупотребление в социальных масштабах.

Термин «наркомания» определяется не только, а скорее не столько с клинических позиций, сколько с медико-юридических и социальных, применим только в тех случаях злоупотребления соответствующими веществами или лекарственными средствами, если они законом признаны наркотическими. Такое применение этих терминов вызвало необходимость введения в терминологию дополнительного понятия — «токсикомания», которое применяется как термин для определения болезни (нозологической единицы), вызванной злоупотреблением веществом или лекарственным средством, не входящим в список наркотиков.

Становится ясным, что как понятие «наркотическое средство», так и термины «наркомания» и «токсикомания» могут применяться динамически в зависимости от признания соответствующего вещества наркотическим или исключения его из числа наркотиков. Данное положение обуславливает тот факт, что после юридического акта признания вещества наркотическим группа больных, ранее проходивших с диагнозом «токсикомания», трансформируется в группу больных с диагнозом «наркомания». Таким образом, в отличие от других заболеваний наркомания и токсикомания как социальные явления предусматривают трансформацию диагноза, в то время как клиническая картина может оставаться без изменений.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения СССР № 39 от 11 января 1978 г. на всей территории Советского Союза для обозначения болезненного

состояния, вызванного потреблением наркотических средств, применяется унифицированный термин «наркомания».

Как отмечалось, к наркомании относятся случаи немедического применения только тех веществ или лекарственных средств, которые законом признаны наркотическими. В остальных случаях применяется термин «токсикомания». Используемый в ряде стран и отдельными специалистами термин «лекарственная зависимость» для этих заболеваний неприемлем. Он может употребляться лишь для обозначения определенного симптома, который, кстати, не всегда сопровождает некоторые виды наркомании.

Термин «лекарственная зависимость» (от англ. Drug dependence) был предложен в 50-х годах XX века N. B. Eddy и соавт. вместо термина «наркомания». Мотивируя свое предложение, авторы указывали, что в связи с появлением новых видов наркоманий, вызываемых «неклассическими» наркотиками, возникла необходимость в термине, которым можно было бы обозначать все формы злоупотребления лекарственными веществами. Термин «лекарственная зависимость» наиболее приемлем с этой точки зрения, так как состояние «зависимости» организма от используемого вещества является особенностью, общей для различных форм злоупотребления лекарственными веществами.

Комитет экспертов ВОЗ по лекарственным средствам, вызывающим зависимость (до 1964 г.— Комитет экспертов ВОЗ по лекарственным средствам, вызывающим наркоманию), в своем 13-м докладе (1964) рекомендовал использовать термин «лекарственная зависимость» вместо терминов «наркомания» и «пристрастие к лекарственным средствам». Эта рекомендация была одобрена Научной группой ВОЗ по оценке препаратов, вызывающих лекарственную зависимость (1965); такой позиции придерживаются также Национальная академия наук и Национальный Совет научных исследований США.

Согласно толкованию, данному в 16-м докладе (1969) Комитета экспертов ВОЗ по лекарственным средствам, вызывающим зависимость, под лекарственной зависимостью подразумевается «психическое, а иногда также физическое состояние..., характеризующееся определенными поведенческими реакциями, которые всегда включают настоятельную потребность в постоянном или периодически возобновляемом приеме определенного средства для того, чтобы испытать его действие на психику, а иногда для

ного, чтобы избежать неприятных симптомов, обусловленных прекращением приема этого средства».

Следует различать психический и физический типы лекарственной зависимости (Эдди и соавт., 1965). Под психической зависимостью предлагают понимать «состояние, при котором лекарственное средство вызывает чувство удовлетворения и психического подъема и которое требует периодически возобновляемого или постоянного введения лекарственного средства для того, чтобы испытать удовольствие или избежать дискомфорта», а под физической зависимостью — «адаптивное состояние, которое проявляется интенсивными физическими расстройствами, когда прекращается введение соответствующего лекарственного средства... Эти расстройства, т. е. синдром абстиненции, представляют собой комплекс специфических симптомов и признаков психического и физического свойства, которые характерны для действия каждого вида наркотика».

Приведенные в 19-м докладе дефиниции лекарственной зависимости психического и физического типов получили одобрение и были приняты Комитетом экспертов ВОЗ по лекарственным средствам, вызывающим зависимость (1974). В связи с этим с конца 60-х — начала 70-х годов термин «лекарственная зависимость», а также термины, обозначающие ее различные типы (психическая и физическая), стали использоваться в соответствующих документах ВОЗ и научной литературе.

Говоря о синдроме зависимости, необходимо иметь в виду, что существует врожденная зависимость и приобретенная, нажитая, зависимость. Бесспорным является то, что человек со дня рождения зависим (имеется синдром зависимости) от воздуха, воды, молока матери. Всем известно, что если человека лишить воды, то у него постепенно разовьются и симптомы возбуждения, и галлюцинации, человек начинает видеть водные источники, слышать шум воды и, наконец, может погибнуть. Таким образом, картина синдрома зависимости представляется в полном объеме и включает в себя как физическую, так и психическую зависимость. Постепенно расширяется перечень пищевых продуктов, от которых человек зависим. Однако эта зависимость развивается по механизмам, характерным для синдрома врожденной зависимости.

Приобретенная зависимость возникает при применении соответствующих лекарственных средств, веществ в связи с тем, что они снижают интенсивность болезненного

состояния, страдания больных или вызывают эйфорию, возбуждение или опьянение, подобные тем, какие наблюдаются при применении наркотиков, психотропных (психофармакологических) средств или алкогольных напитков.

Выделение врожденной зависимости и приобретенной показывает совершенную неправомерность использования термина «лекарственная зависимость» как синонима или заменителя термина «наркомания».

Практика использования термина «лекарственная зависимость» показала, что по ряду причин им нецелесообразно заменять термин «наркомания». Так, во многих случаях к понятию «наркомания» необоснованно приравнивается понятие «физическая зависимость». Между тем известно, что само по себе наличие физической зависимости от некоторых веществ не обязательно сопровождается развитием наркомании. Например, циклазопин и налорфин обладают способностью вызывать признаки данного типа зависимости, но, несмотря на это, не становятся объектом злоупотребления и, следовательно, не ведут к наркомании. С другой стороны, наркомания может возникать вследствие злоупотребления веществами, которые приводят к развитию только психического типа зависимости (например, кокаин) либо незначительно выраженной физической зависимости на фоне резко выраженной психической зависимости (например, фенамин и некоторые другие стимуляторы ЦНС). В ряде случаев злоупотребление веществами, несомненно вызывающими тот или иной тип зависимости (например, кофеин, никотин и др.), не ведет к включению этих видов злоупотребления в группы наркомании. В связи с этим психическую и физическую зависимость можно рассматривать лишь как проявление определенного вида синдрома, в разной степени характерного для различных состояний, в том числе для наркомании и токсикомании.

Таким образом, понятие «лекарственная зависимость» нельзя признать тождественным понятию «наркомания». Кроме того, термин «лекарственная зависимость» не является адекватной заменой термина «наркомания» с юридической точки зрения, так как он не отражает степени социальной опасности, мер контроля и правовых аспектов, касающихся злоупотребления наркотиками. В связи с этим Комиссия ООН по наркотическим средствам, рассмотрев данный вопрос на ряде сессий (19-я, 20-я, 21-я, 22-я и 23-я), не согласилась с предложениями ВОЗ о замене

термина «наркомания» термином «лекарственная зависимость». На 20-й сессии (1965) Комиссия отметила, что термин «наркомания» принят во всех странах мира уже в течение долгого времени и что он включен в тексты национальных законодательств отдельных стран и международных договоров, включая Единую Конвенцию о наркотических средствах 1961 г. В связи с этим Комиссия не могла одобрить внесение изменения в существующую терминологию текстов договоров, поскольку можно ожидать, что принятие новой терминологии создаст трудности административного характера, а также повлечет за собой усложнения с юридической точки зрения. Кроме того, Комиссия отметила, что, поскольку решение о подведении какого-либо вещества под международный контроль основывается на его более или менее вредных эффектах, в каких выражениях эти последние определяются, является мало существенным. Рассматривая данный вопрос на 23-й сессии (1969), Комиссия ООН по наркотическим средствам подтвердила свое несогласие на замену термина «наркомания» и в своем докладе просила секретариат использовать во всех документах для комиссии термин «наркомания» для всех случаев зависимости от наркотических средств и избегать слов «зависимость» или «зависимый» в связи с употреблением наркотических средств.

В соответствии с этим в СССР термин «лекарственная зависимость» не принят вместо термина «наркомания» и используется в наркологии и психиатрии только для обозначения зависимости (психической или физической) как одного из синдромов, выявляемых при наркомании и токсикомании. Под синдромом психической зависимости подразумевают состояние организма, характеризующееся патологической потребностью в приеме какого-либо лекарственного средства или вещества с тем, чтобы избежать нарушений психики или явлений дискомфорта, возникающих при прекращении приема этого вещества, хотя явления абстиненции и отсутствуют, а под синдромом физической зависимости — состояние, характеризующееся развитием абстиненции при прекращении приема лекарственного средства или вещества, вызвавшего зависимость, или после введения его антагонистов.

Указанные типы синдрома зависимости развиваются в отношении веществ, влияющих на функции ЦНС, причем различные вещества такого типа действия обладают неодинаковой способностью вызывать психическую или физическую зависимость, либо оба вида зависимости одно-

временно. Поэтому при применении термина «синдром зависимости» в каждом конкретном случае целесообразно уточнять, по отношению к какому веществу данный термин используется (например, синдром зависимости от кокаина, морфина и т. д.).

Синдром психической или физической зависимости может развиваться при злоупотреблении не только лекарственными средствами, но и веществами или продуктами (химическими, растительными и пр.), которые не отнесены к лекарственным средствам (например, никотин, галлюциногены или психодислептические вещества, продукты индийской конопли и т. д.). В связи с этим термином «синдром зависимости» рационально употреблять, не уточняя понятие «зависимость» определением «лекарственная», чтобы не ограничивать использование данного термина применительно только к лекарственным средствам.

Следует также иметь в виду, что в широком смысле явления зависимости от лекарств имеют место при лечении многих заболеваний (особенно отличающихся хроническим и прогрессирующим течением), а также практически во всех случаях заместительной терапии. Характерной чертой такого рода зависимости является обострение или ухудшение течения какого-либо заболевания при отмене лекарственных средств, используемых для его лечения, например обострение коллагеноза при отмене кортикостероидов и противовоспалительных средств, учащение приступов эпилепсии и развитие эпилептического статуса при отмене противоэпилептических средств и т. д. В такого рода случаях зависимость больного от лекарств определяется прежде всего высокой эффективностью современных препаратов при лечении различных форм патологии и не является следствием немедического использования их в целях воздействия на психику.

Механизм развития синдрома зависимости, возникающего от действия психотропных веществ, мало изучен. Развитие синдрома, очевидно, происходит путем формирования определенных условнорефлекторных связей. Можно также полагать, что при этом имеет значение влияние вызывающих зависимость средств на некоторые нейромедиаторные и биохимические процессы, протекающие в ЦНС. В пользу такого предположения свидетельствуют экспериментальные данные о том, что различные психотропные вещества (например, фенамин) повышают обмен катехоламинов и влияют на содержание циклических нуклеотидов в ЦНС.

Не исключено также, что в развитии зависимости от анальгетиков группы морфина определенную роль играет способность этих веществ влиять на систему так называемых опиатных рецепторов и их эндогенных лигандов (эндорфинов и энкефалинов) в ЦНС.

Способность психотропных веществ вызывать явления зависимости может быть изучена в эксперименте на животных. С этой целью используют главным образом различные модификации условнорефлекторного метода исследования. В качестве подкрепления поведенческих реакций животных в такого рода экспериментах обычно используют методики самовведения испытуемых веществ, методику представления им выбора (предпочтения) и др. При экспериментальной оценке способности морфиноподобных веществ вызывать явления зависимости могут быть также использованы антагонисты этих веществ.

Установление с помощью указанных методов способности новых веществ вызывать зависимость имеет большое практическое значение, так как еще на стадии доклинических испытаний дает информацию о возможности злоупотребления исследуемыми веществами. Получение подобной информации позволяет уже на ранних этапах внедрения таких веществ в практику установить необходимые меры контроля за их использованием.

В свете всего вышесказанного вытекает важность определения терминов, производных от слова «наркомания». Часто в последние годы в Западной Европе встречаются случаи полинаркомании. Доказано, что этот термин не всегда используют для обозначения одного и того же явления.

В нашем понимании полинаркомания — это наркомания с одновременным или попеременным употреблением двух и более наркотических средств. В тех же случаях, когда больной длительное время применял какой-то определенный наркотик, а потом, в связи с тем что наркотик стал недоступным или перестал вызывать желаемый эффект, перешел к употреблению другого наркотического средства, следует говорить не о полинаркомании, а о трансформации одного вида наркомании в другой. При постановке диагноза и оценке состояния больного необходимо говорить о том виде наркомании, который соответствует наркотику, принимаемому в данное время. В тех же случаях, когда больной, кроме наркотика, принимает другое лекарственное средство или вещество, не отнесенное к наркотическим, речь идет об осложненной наркома-

нии. Осложненной наркоманией является и случай сочетания приема наркотиков и спиртных напитков. В случаях токсикомании с употреблением двух или более лекарственных средств или веществ, не отнесенных к наркотическим, при приеме их в определенном сочетании или в определенной последовательности, по определенной системе говорят о политоксикомании. Случаи сочетания алкоголизма с приемом других веществ или лекарственных средств, не отнесенных к наркотическим, необходимо отнести к группе **осложненного алкоголизма**.

При осложненном алкоголизме и наркомании акцент делается на той форме болезни, которая с позиций социально-правовых имеет большее значение и по отношению к которой существуют более строгие меры. Так, одновременное употребление алкогольных напитков и разных веществ ненаркотического ряда предусматривает диагноз: **осложненный алкоголизм**, тогда как одновременный прием наркотических средств и других веществ или алкоголя соответственно определяет диагноз: **осложненная наркомания**, так как в сочетании алкоголизма и наркомании более опасной и требующей более строгих мер является наркомания.

Нередко специалисты дают толкование термину «**злоупотребление алкоголем**» как «**потребление спиртных напитков в таких количествах и таким образом, которые вызывают неодобрение**». Такое толкование требует уточнения в первую очередь с позиций наших законодательных и других правовых норм. В СССР всякое потребление любых спиртных напитков на производстве является недопустимым независимо от количества. Необходимо учесть, что любое потребление спиртных напитков в любом количестве за рулем крайне повышает опасность несчастных случаев и соответственно является действием недопустимым и, можно сказать, преступным. Как известно, Указ Президиума Верховного Совета СССР от 16 мая 1985 г. «Об усилении борьбы с пьянством» предусматривает: «Распитие спиртных напитков на улицах, на стадионах, в скверах, парках, во всех видах общественного транспорта и в других общественных местах.., влечет наложение административного взыскания в виде предупреждения или штрафа в размере от двадцати до тридцати рублей».

Те же действия, совершенные повторно в течение года после применения мер административного взыскания, влекут наложение административного взыскания в виде

штрафа в размере от тридцати до пятидесяти рублей... Распитие спиртных напитков на производстве (на рабочих местах, в помещениях и на территории предприятий, учреждений, организаций) или пребывание на работе в нетрезвом состоянии влечет наложение административного взыскания в виде штрафа в размере от тридцати до пятидесяти рублей...

К лицам, совершившим правонарушения., наряду с наложением на них административного взыскания могут быть применены также и меры дисциплинарного взыскания»¹.

Вышесказанное говорит о том, что эти случаи потребления являются злоупотреблением. Следовательно, под термином «злоупотребление алкоголем» понимают всякое потребление алкогольных напитков, ведущее к нарушению правовых и морально-этических норм.

Пьянство — это частный вариант злоупотребления, когда злоупотребляют алкогольными напитками в таких количествах или такой частоте, что они изменяют нормальное поведение человека в степени, осуждаемой окружающими, обществом. Оно может быть эпизодическим, запойным, постоянным.

Необходимо далее рассмотреть также и термин «психотропные вещества». До 1971 г. этот термин толковался сугубо с профессиональных, медицинских и фармакологических позиций. В 1971 г. в связи с принятием новой Конвенции о психотропных веществах² этот термин приобрел уже и юридический оттенок. Конвенция оговорила, что психотропными веществами являются вещества, включенные в соответствующие списки Конвенции. Кроме того, Конвенция определила, что в список психотропных веществ могут включаться только те вещества, которые вызывают патологическое привыкание, оказывают стимулирующее или угнетающее воздействие на ЦНС, обуславливающее галлюцинации или нарушение моторной функции, или мышления, или поведения, или восприятия, или настроения, и если такое воздействие может представить собой угрозу для здоровья населения, т. е. социальную проблему.

¹ Трезвость — закон нашей жизни: Постановления ЦК КПСС, Совета Министров СССР, Указы Президиума Верховного Совета СССР, Президиума Верховного Совета РСФСР о мерах по преодолению пьянства и алкоголизма, искоренению самогоноварения. Май, сентябрь 1985 г. — М.: Политиздат, 1986, с. 17—18.

² Конвенция о психотропных веществах 1971 г. ООН. — Нью-Йорк, 1977.

Таким образом, со дня вступления в силу Конвенции о психотропных веществах 1971 г. термин «психотропные вещества» получил двойное звучание, сохранив еще на какое-то время прежнее (фармакологическое, клиническое) значение и приобретая новое, юридическое, как вещества, включенные в список Конвенции о психотропных веществах 1971 г.

Не случайно уже в последние несколько лет специалисты, ученые, члены Комиссии ООН по наркотическим средствам стали предлагать новый термин, в одних случаях для объединения наркотических и психотропных средств, находящихся под контролем, в других — для замены термина «психотропные вещества». В частности, был предложен и применяется термин «психоактивные вещества». Поэтому возникла необходимость дать точное определение данного термина, вскрыть его медико-социальную и медико-юридическую сущность. С медицинских позиций психоактивность может выразиться в их особом воздействии на ЦНС, способности стимулировать психическую деятельность, вызывать эйфорию, галлюцинацию, возбуждение, седативный (успокаивающий), снотворный эффекты и т. д. Особенность подобного воздействия характерна для таких веществ, как наркотические, психотропные и ряд других, сегодня не отнесенных к вышеуказанным 2 группам. Таким образом, мы можем сказать, что психоактивные вещества — это собирательное название, включающее в себя большую группу веществ, специфически действующих на ЦНС, как было сказано выше. Соответственно их можно делить (Э. А. Бабаян) на:

I. Психоактивные вещества, находящиеся под международным контролем:

1. Наркотические средства:

- а) лекарственные средства,
- б) вещества, не разрешенные в качестве лекарственных средств или запрещенные для применения;

2. Психотропные вещества:

- а) лекарственные средства,
- б) вещества, не разрешенные в качестве лекарственных средств или запрещенные для применения.

II. Психоактивные вещества, не находящиеся под международным контролем:

- а) лекарственные средства,

- б) вещества, не разрешенные в качестве лекарственных средств, и другие вещества.

Последняя группа содержит ряд лекарственных средств и других веществ, не разрешенных в качестве лекарственных средств, которые потенциально в связи с особенностями их воздействия на ЦНС могут стать предметом немедицинского потребления и соответственно злоупотребления. Поэтому они могут быть в установленном порядке включены в соответствующие списки наркотических средств или психотропных веществ и взяты под международный контроль.

Как было отмечено, термин «психотропные вещества» после вступления в силу Конвенции о психотропных веществах (1971) приобрел уже и юридический оттенок с позиции как международного права, так и национального. Поэтому многие лекарственные средства и вещества, к которым до Конвенции 1971 г. применялся термин «психотропное вещество» с позиций клинической и фармакологической, должны быть отнесены к психоактивным веществам, чтобы не создать сложности, в первую очередь правового характера.

Термин «психоактивные вещества» целесообразно применять только к тем веществам, которые не отнесены к наркотическим и психотропным, так как к этим последним необходимо применять термины, под которыми они значатся как в международном, так и национальном праве.

Понятно, что эти группы динамичны и по мере накопления соответствующих научных данных отдельные представители их могут переводиться в любую из других групп путем совершения правового акта, с использованием предусмотренного механизма международных договоров в соответствии с конвенциями 1961, 1971 гг. и др., так и национальным правом. Психоактивные вещества после накопления данных о злоупотреблении ими могут быть отнесены к наркотическим или психотропным. Психотропные вещества в связи с особенностями действия могут быть переведены из группы психотропных в наркотические.

Таким образом, в проблемах наркологии, проблемах, которые имеют не только и не столько медицинское, сколько социальное звучание, правильное применение терминов имеет принципиальное значение, так как большое количество этих терминов сочетают в себе юридические, социальные и медицинские критерии.

Глава 2

ИЗ ИСТОРИИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМА, НАРКОМАНИИ И ТОКСИКОМАНИИ И ОРГАНИЗАЦИИ БОРЬБЫ С НИМИ

Из истории известно, что еще в древние времена было отмечено отрицательное воздействие на организм человека алкогольных напитков и наркотических веществ. Так, Геродотом описано одурманивающее действие дыма при сгорании конопли. Еще до новой эры в Египте существовало отрицательное отношение к лицам, злоупотребляющим алкоголем. В древнем Китае существовал указ, запрещающий употребление спиртных напитков. В Спарте специально спаивали рабов и демонстрировали их молодым спартамцам, чтобы показать, к чему может привести употребление алкоголя. В Индии жестоко наказывали женщин, употреблявших алкоголь.

Однако по мере развития человеческого общества, увеличения контактов между различными странами и народами происходит и расширение потребления спиртных напитков.

Постепенно становился все более очевидным тот вред, который наносит алкоголь обществу, однако относительно широкая борьба с алкоголизмом развернулась лишь в начале XIX столетия. Формы этой борьбы были различными: морально-этические, запретительные и ограничительные.

В течение XIX века (1808) были созданы первые антиалкогольные организации (общества трезвости), которые поставили перед собой задачу разъяснения вреда, наносимого употреблением алкоголя. Так, в США и Швейцарии проводилась культурно-просветительная работа, оказывалось влияние на правительства в принятии законов, направленных на борьбу с алкоголизмом.

В 1851—1856 гг. антиалкогольным обществом удалось в 16 штатах в законодательном порядке ввести запрет на продажу крепких спиртных напитков. Была ограничена продажа спиртных напитков молодежи, в определенные дни (например, в день заработной платы) или периоды (призыв в армию, посевная, уборочная). В 1874 г. в США

был организован «женский крестовый поход» против пьянства. Участницы похода устраивали демонстрации, митинги, заставляли некоторых кабатчиков давать клятву не продавать алкоголь, брали клятвы воздержания от употребления спиртного с мужей.

В Германии в 40-х годах XIX века возникли общества трезвости, которые быстро завоевали популярность в народе. Их насчитывалось около 2000 с 1,5 млн. членов. Однако активность членов этих обществ быстро упала, и постепенно деятельность обществ прекратилась. Более того, заводы наращивали темпы производства спирта. «Винокурение — писал Ф. Энгельс — выступает в настоящее время в качестве подлинной материальной основы современной Пруссии. Без него прусское юнкерство должно было бы погибнуть... Пруссия... могла подняться до уровня центрального водочного завода мира»¹.

В Великобритании общества трезвости стали создаваться в 1829 г. Вскоре количество их членов достигло 4 млн. Они проводили довольно интенсивную антиалкогольную пропаганду. Устраивали чайные, выпускали соответствующую литературу. Однако нужного эффекта достигнуто не было. Более того, с 1856 по 1875 г. употребление водки увеличилось на 27 %, вина — на 102 %, пива — на 35 %. А к 1900 г. общее количество потребляемых спиртных напитков в переводе на абсолютный алкоголь увеличилось с 10,5 до 12,04 л на душу населения.

В Швеции, где пьянство приняло в середине XIX века угрожающие размеры, была введена так называемая гетеборгская система 1855—1856 гг. (по названию города Гетеборга). Сущность этой системы заключалась в том, что личная выгода от продажи спиртных напитков исключалась. Оптовая торговля ими разрешалась каждому, пожелавшему ею заняться, а право на розничную торговлю предоставлялось акционерным обществам, которые связаны по договору определенной нормой продажи и установленным процентом прибыли (6%). По существу весь доход доставался государственному казначейству для борьбы с алкоголизмом, на пенсии инвалидам, пособие городским и сельским общинам.

Первоначальные результаты гетеборгской системы были обнадеживающими — уменьшились преступность,

¹ Маркс К., Энгельс Ф. Соч. 2-е изд., т. 19, с. 48—49.

судимость, проституция, общая смертность, количество алкогольных психозов (с 10 по 3%). Соседние с Швецией страны — Норвегия, Финляндия — вскоре ввели у себя такие же ограничения, которые дали еще более положительные результаты, так как проводились планомернее и последовательнее.

С годами гетеборгская система в ряде стран претерпела изменения. Так, в той же Швеции в 1919 г. ее заменили системой Братта, при которой глава семьи проживающей на данной территории, 1 раз в месяц по специальным карточкам получает определенный алкогольный паек (по 4 л водки). В случае семейных праздников, торжеств отпускается дополнительное количество алкогольных напитков.

В начале XX века в Норвегии, Дании, Финляндии, Нидерландах, Германии, Швейцарии возникла еще одна ограничительная система. Эта система предоставляла право местным органам самоуправления решать вопрос открытия и закрытия торговых заведений по продаже спиртных напитков. Однако в этом случае алкоголь в любом виде и в неограниченном количестве можно было приобрести в соседней области или государстве.

В Бельгии, Франции ввели запрет на крепкие спиртные напитки, в Норвегии — на производство алкогольных напитков более 12% крепости. Это ограничение оказалось полумерой, так как привело к употреблению менее крепких напитков, но в значительно больших количествах.

Своеобразно складывались формы борьбы с алкоголизмом в Великобритании. После поступления в английский парламент петиции почти от всех мировых судебных стран, обращавших внимание на широкое распространение пьянства среди населения, в 1736 г. был принят закон, устанавливающий высокий налог на крепкие спиртные напитки. При его нарушении виновные подвергались штрафу или телесному наказанию. Однако сразу же возникло нелегальное производство и продажа спиртных напитков даже в аптеках, где спирт выдавался по рецептам, возросла преступность. Спустя 100 лет правительство отменило этот закон.

Все описанные формы борьбы с алкоголизмом являлись полумерами, в лучшем случае на определенный период времени ограничивающими употребление крепких спиртных напитков, но не решающими проблемы оздоровления населения. Поэтому по логике событий различные

страны должны были прийти к выводу о необходимости введения полного запрета изготовления и продажи спиртных напитков. Впервые такая система была введена в США в 1855 г. в 2 штатах, а в 1917 г. конгресс принял законопроект о введении сухого закона по всей стране, который вступил в силу в 1919 г. Однако сразу же начались тайное изготовление и сбыт спиртных напитков. Создается целая империя подпольного бизнеса.

Смертность от пьянства и алкоголизма, несколько снизившаяся в 1-й год введения сухого закона, к 1925 г. почти достигала прежнего уровня. В результате в декабре 1932 г. конгресс США принял решение об отмене сухого закона.

В 1936 г. было организовано общество «Алкогольные анонимы», объединяющее лиц, страдающих алкоголизмом. Это общество функционирует и в настоящее время, оно пользуется популярностью в стране. По его примеру созданы аналогичные общества и в ряде других капиталистических стран.

Первое десятилетие XX века характеризуется во всех странах развитием различных форм лечебной помощи лицам, страдающим алкоголизмом. В Пруссии стали лечить алкоголиков в специальных лечебницах и психиатрических больниц. Предусматривались добровольное помещение в эти лечебницы и принудительное лечение. В Великобритании так же открыли специальные лечебницы. Лечение больных алкоголизмом проводилось и в психиатрических больницах, и отделениях общесоматических больниц, которые поддерживали связь с психиатрами. Одновременно для выявления и учета алкоголиков в городах открывали осведомительные и попечительные бюро.

Подобные учреждения под разными названиями функционируют, правда, в очень ограниченном количестве, в настоящее время и в ряде других европейских стран. Больные с психозом и выраженными явлениями алкогольной деградации госпитализируются в психиатрические и общесоматические больницы, где проводятся дезинтоксикационное, общеукрепляющее лечение и психотерапия.

К 1970 г. употребление алкоголя (в литрах абсолютного алкоголя) на душу населения в год по различным странам мира достигло следующих показателей: во Франции 18,6; Италии 17,5; ФРГ 13,2; США 9,5; Венгрии

8,8; Чехословакии 8,4; Югославии 7,3; Румынии 6,6; ГДР 5,9.

К 1971 г., по данным нью-йоркского статистического ежегодника, в мире вырабатывалось 29 млрд. литров вина, 63 млрд. литров пива, 750 млн. децилитров спирта, т. е. в среднем на каждого жителя земного шара приходилось около 5 л абсолютного алкоголя в год, или 2,4 л спирта, 8,3 л вина и 17,6 л пива, что на 17% больше, чем в 1960 г.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (1985), обобщившей 57 отчетов стран-членов организации, за 1955—1980 гг. мировое производство алкоголя на душу населения возросло почти вдвое, особенно вина и пива. Производство пива особенно интенсивно растет в развивающихся странах. Потребление пива на душу населения преобладает в ФРГ, затем в ГДР, ЧССР; СССР занимает 10-е место. По потреблению вина лидируют Франция, Италия, СССР занимает 21-е место.

С ростом алкоголизма резко увеличиваются преступность, автодорожный и производственный травматизм, общая смертность населения. Все это беспокоит медицинские и правительственные органы некоторых стран, ВОЗ, ряд других организаций и учреждений. Только в рамках международных организаций к 1985 г. функционируют несколько комитетов и организаций, занимающихся изучением наркомании и алкоголизма: Комитет экспертов ВОЗ, Комитет по наркотическим средствам ООН и другие организации ООН по вопросам образования, науки и культуры, ряд отделов и секций этой организации. Международный Комитет по контролю за наркотическими средствами, Международный совет по алкоголизму и наркомании. Все эти организации, советы и комитеты, изучая различные аспекты общей проблемы наркоманий и алкоголизма (научные, эпидемиологические, организационные и др.), за последние годы дают много ценного материала и рекомендаций, являющихся позитивными компонентами общих мероприятий по борьбе с алкоголизмом.

Проблема распространения алкоголизма беспокоит в настоящее время все высокоразвитые страны. Ответственность этих стран высказывает все большую тревогу в этой связи. Проблему четко разграничивают на 3 основные части — медицинский, социальный и правовой аспекты, главным из которых является социальный.

Медицинский и правовой аспекты имеют зависимое положение и приобретают большее или меньшее значение в зависимости от социальных условий той или иной буржуазной страны.

В отличие от ситуации, сложившейся в условиях монополистического развития капитализма, в настоящее время буржуазное общество, в частности предприниматель, не заинтересовано в рабочей силе, так как растущая безработица позволяет ему найти всегда здоровых, трезвых работников среди огромной армии безработных. Одновременно с этим спаивание трудовых людей позволяет легче отвлекать их от насущных требований сегодняшнего дня и тягот существования. В современном буржуазном обществе появились новые силы, влияющие на решение этих вопросов. Одна из них — растущий организованный бизнес, осуществляемый национальными и международными синдикатами, производящими и продающими алкогольные напитки, продающими и сбывающими наркотические вещества и наркотические лекарственные средства; другая — появившаяся огромная армия «скидроу» — жителей трущоб. По официальным данным в США еще в 1966 г. их насчитывалось около 3 млн. Не лучше дела обстоят в Канаде, Великобритании, ФРГ, Франции и других буржуазных государствах. Это новое явление возникло во второй половине XX века, когда определенные категории людей вне зависимости от вероисповедания, национальности, имущественного положения деклассируются, теряют работу, семью, социальные связи и превращаются в «трущобных» алкоголиков, бездомных бродяг больших городов.

До недавнего времени в литературе без достаточных оснований утверждалось, что в условиях социалистического общества, где ликвидированы классовые противоречия, социально-экономические условия перестают служить причинным фактором пьянства и алкоголизма. В основе этого утверждения лежало механистическое отождествление понятий «социальное» и «классовое» (Н. Я. Копыт, П. И. Сидорова, «Профилактика алкоголизма», Издательство «Медицина», 1986). Отрицание влияния некоторых моментов на здоровье трудящихся снимает с повестки дня устранение так называемых патогенных воздействий и дезориентирует советскую медицину и здравоохранение (Царегородцев Г. И., 1968, 1984). Понятие «социальное», как отмечает В. П. Рожин (1962), употребля-

ют в двух значениях: в широком смысле слова социальным принято считать всякое явление общественной жизни, к какой бы области оно не относилось; в марксистской социологии — те общественные явления, которые относятся к области классовых, национальных, семейных и других отношений.

В условиях нашей действительности, когда ликвидированы классовые причины алкоголизма, остаются некоторые, а именно социально-психологические факторы, обуславливающие злоупотребление алкоголем определенной частью населения. Эти факторы, как правило, субъективны. При социализме преступление, так же как и злоупотребление алкоголем — это не форма социального протеста против существующих условий жизни, а результат прежде всего нравственной деформации, интеллектуальной отсталости, низкой культуры отдельных личностей.

В социалистическом обществе, по мнению многих авторов, к злоупотреблению алкогольными напитками обычно ведут нездоровые традиции, снисходительно-благодушное отношение к пьянству значительной части населения, дефекты воспитания, санитарно-просветительной и противоалкогольной работы среди населения, недостаточное воспитание в молодом поколении чувства долга перед семьей и обществом, неумение организовать свой досуг, семейные неурядицы. Пьянство появляется там, где низка культура, плохо организованы труд и отдых, есть пробелы в воспитательной и идеологической работе.

Рассматривая концепции природы алкоголизма, можно выделить три основные точки зрения: одни склонны искать причины алкоголизма в индивидуальных особенностях, в частности, в личности алкоголика, другие приписывают большую роль среде, внешним обстоятельствам, и, наконец, третьи считают, что в генезе алкоголизма имеют значение как те, так и другие факторы. Если тщательно изучить анамнез любого злоупотребляющего алкоголем, всегда можно найти как внешние причины, способствующие злоупотреблению алкоголем, так и причины, кроющиеся в самой личности.

Общество, человек и алкоголь (токсический фактор) определяют три группы причин, способствующие злоупотреблению алкоголем и развитию алкоголизма. Распространенность употребления алкогольных напитков и злоупотребление ими коррелируют с конкретными историчес-

ними условиями жизни общества и опосредованно выступают в форме отношения общества к алкогольным обычаям и опьянению. В развитии пристрастия к алкоголю важную роль играют особенности личности (незрелость личности, внушаемость, эмоциональная лабильность, деадаптация и др.) и, возможно, индивидуальные особенности организма, предрасполагающие к привыканию.

В некоторых социалистических странах (ВНР, ЧССР, ГДР, СФРЮ) уровень потребления алкогольных напитков в настоящее время сравнительно высок (от 6,6 до 8,8 л в пересчете на абсолютный алкоголь на душу населения). В этих странах отмечается заметная тенденция к росту потребления алкогольных напитков. В странах с меньшим потреблением алкогольных напитков (до 6 л в пересчете на абсолютный алкоголь) — ГДР, ПРБ, ПНР и др. — также отмечается тенденция к увеличению потребления алкогольных напитков. В основе этого явления лежат причины, описанные выше.

Таким образом, следует констатировать, что алкоголизм среди населения растет и в его орбиту вовлекаются женщины, подростки, юноши, пожилые люди, огромная армия безработных. Побудительные причины роста болезненности (распространенности) алкоголизмом в различные исторические периоды были различны: религия, эксплуатация и спаивание трудящихся, безработица, гонка вооружения, атомный психоз, страх перед будущим.

Отношение к этим проблемам также менялось в зависимости от различных исторических ситуаций, смены общественных формаций — рабовладельческое и феодальное общество, буржуазное государство, домонополистический, монополистический капитализм. И во все эти периоды формы и методы борьбы с алкоголизмом идут по пути социальных (ограничительных и запретительных) и медицинских мер (просветительных, профилактических, лечебных). Между тем эффективность их остается низкой.

В настоящее время во всех развитых странах существуют специальные государственные медицинские органы и учреждения, занимающиеся решением проблем алкоголизма и оказания помощи больным.

В США функционирует специальный научный центр — Национальный институт по изучению проблем алкоголизма. В Великобритании, Австрии, Нидерландах, ФРГ, Франции, Швеции имеются национальные комитеты,

возглавляющие и координирующие усилия различных организаций этих стран по борьбе с алкоголизмом. Здесь же существуют законодательство по профилактике, лечению алкоголизма, а также регламентированные меры по принуждению к лечению.

Во Франции принудительное лечение после решения суда осуществляется в условиях диспансера или в «центре перевоспитания». В Великобритании в системе здравоохранения созданы приюты, а в учреждениях Министерства внутренних дел — государственные реформации. Законодательством Франции, Великобритании, США и других стран предусматривается повышенная ответственность за совершение противоправного действия в состоянии опьянения или ранее осужденным за пьянство. В Швеции практически все больные алкоголизмом находятся в поле зрения судов и полиции.

В большинстве стран организуются специализированные противоалкогольные стационары или амбулаторные учреждения (ФРГ, Швейцария), в отдельных штатах США для специализированных государственных, университетских и частных клиник разработаны программы лечения и реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом (например, фармакотерапия, групповая и индивидуальная психотерапия, лечение психодрамой. После выписки эти лица находятся под наблюдением специально обученных работников.

В ряде государств (Франция, Нидерланды, Швеция и др.) имеются учреждения, руководимые врачами, куда больные обращаются сами, проводят в них не менее года, подвергаются воспитательному, психотерапевтическому воздействию. Эти учреждения частично платные, частично существуют на средства благотворительных организаций.

Активная антиалкогольная работа проводится в социалистических странах. Созданы национальные комитеты по борьбе с алкоголизмом: в Болгарии — Национальный комитет трезвости, Польше — Социальный комитет по борьбе с алкоголизмом и т. д. Во всех странах проводимые мероприятия подкреплены законодательными актами. В Югославии и Польше законы были приняты в 1959 г. Законодательные акты предусматривают и принудительное лечение. Например, в Югославии оно проводится в зависимости от тяжести алкоголизма в диспансерах, стационарах при исправительных колониях, в Польше — в лечебницах открытого и закрытого типа.

Первые попытки борьбы с алкоголизмом в России относятся к 1652 г., когда по совету патриарха Никона было решено продавать только по 1 «чарке» спиртного на человека 4 дня в неделю, а за час до начала обедни его продажу прекращать вообще. Но прошло лишь 7 лет и было внесено новое постановление, согласно которому уже разрешалась продажа алкоголя, дабы «великого государя казне учинить прибыль».

Иван III издал правительственный указ, запрещающий «гнусное пьянство». По этому указу низшие слои населения могут пить 4 раза в год. Привилегированное сословие не должно исполнять свои служебные обязанности в состоянии алкогольного опьянения. В другое же время им не возбраняется употребление спиртных напитков. При Петре I были введены наказания для пьяниц — их избивали палками, сажали в ямы. Академик Миллер по указанию Петра I подготовил проект открытия специального рабочего дома «для исправления в уме больных, гулящих девок и пьяниц».

С середины XVI века появился более крепкий спиртной напиток — водка, ее производство налаживалось на специальных винокуренных заводах. Возникли и питейные заведения — «царевы кабаки», открытие которых всячески поощряли власти, ибо это давало хорошую прибыль. В XVIII веке царское правительство впервые предоставило право на продажу спиртных напитков в районах откупа отдельным предпринимателям. Откупщики в погоне за прибылями стремились изготовить как можно больше спиртных напитков и найти им сбыт.

Широкое распространение пьянства в России, огромный вред, наносимый им здоровью, побудили народ в середине XIX века к стихийному движению за трезвость. В 1858—1859 гг. среди крестьян Саратовской, Пензенской, Владимирской и Тверской губерний возникли неофициальные общества трезвости. Однако, лишённое организации и не поддержанное государством, это стихийное движение за трезвость быстро заглохло.

Впервые в России общество трезвости было официально учреждено в 1874 г. в селе Дейкаловка Полтавской губернии, а в 1882 г. в селе Татаево Смоленской области возникло «согласие» трезвости.

В то же время правящая верхушка царской России всячески поощряла увеличение потребления спиртных напитков.

Вскрывая реакционный смысл политики царизма в период отмены крепостного права в России, К. Маркс указывал, что царское правительство карало как преступление всякую попытку поднять культурный уровень народа. «Достаточно вам лишь напомнить», писал К. Маркс, — о правительственных репрессиях против обществ трезвости, которые стремились спасти москвитя от того, что Фейербах называет материальной субстанцией его религии, то есть от водки»¹.

Рост алкоголизма среди населения не мог не привлечь к себе внимания русской интеллигенции, главным образом прогрессивно настроенных врачей. В 1898 г. при «Русском обществе охранения народного здравия» для борьбы с алкоголизмом была организована специальная комиссия в составе врачей, юристов, общественных деятелей и других представителей всех больших городов и губерний страны. В опубликованных материалах комиссии подчеркивалась связь распространения алкоголизма в России с социально-экономическими условиями (М. Н. Нижегородцев, 1909).

Важным событием в истории русской общественной медицины был Первый Всероссийский съезд по борьбе с пьянством (28 декабря 1909 г. — 6 января 1910 г.), который был созван в Петербурге по инициативе указанной комиссии. На съезд были приглашены широкие слои русской интеллигенции, члены «Русского общества охранения народного здравия», представители Академии наук, высших учебных заведений, попечительств о народной трезвости и различных обществ, а также отдельные лица, известные своей деятельностью в области изучения алкоголизма.

Советское правительство сразу объявило самую решительную борьбу с самогонварением и злоупотреблением алкогольными напитками. Совет Народных Комиссаров РСФСР 19 декабря 1919 г. принял Постановление «О воспрещении на территории РСФСР изготовления и продажи спирта, крепких напитков и не относящихся к напиткам спиртосодержащих веществ» («Известия ВЦИК» от 1 января 1920 г.). Это постановление предусматривало строгие меры наказания (не менее 5 лет тюремного заключения с конфискацией имущества) за самогонварение, покупку и продажу самогона.

¹ Маркс К., Энгельс Ф. Соч. 2-е изд., т. 16, с. 207.

Борьба за трезвость нашла отражение в Программе РКП (б), принятой на VIII съезде партии в 1919 г. Алкоголизм как социальное явление был поставлен в один ряд с туберкулезом и венерическими болезнями.

Большое значение имели научные съезды, обсуждавшие различные вопросы пьянства и алкоголизма. Основное место среди них заняли съезды отечественных психиатров.

I съезд психиатров проходил зимой 1887 г. в Москве. На нем был поставлен вопрос о раннем выявлении и лечении лиц, страдающих алкоголизмом.

II съезд отечественных психиатров в 1905 г. явился важнейшей вехой в истории организации борьбы с алкоголизмом в России. На нем обсуждались вопросы строительства государственных и земских больниц и организации при них антиалкогольных отделений.

На III съезде было уделено внимание вопросам алкоголизма среди женщин, оздоровления микросоциальной среды, был поставлен вопрос о привлечении к антиалкогольной работе, помимо психиатров, также врачей других специальностей, внесено предложение об обучении молодых врачей лечению алкоголизма.

Прогрессивную роль сыграли и пироговские съезды: VIII пироговский съезд предложил начинать лечение в амбулаторных условиях, а в случае необходимости осуществлять его в стационарах. Рекомендовалось создавать колонии-поселения, содержание которых нужно относить за счет государства и общества.

На IX пироговском съезде (1906) рассматривались клинические проблемы — раннее распознавание начальных форм алкоголизма, лечение, оценка эффективности терапевтического вмешательства. На этом съезде были предложены меры по борьбе с алкоголизмом — создание при амбулаториях просветительных центров, а в лечебницах «для хроников и дипсоманов» — необходимых условий для проведения трудовой терапии и «культур-терапии».

Определенный вклад внес и XII международный съезд врачей, который проходил 12 марта 1897 г. в Москве. На нем психоз алкогольной этиологии, описанный впервые крупнейшим отечественным психиатром С. С. Корсаковым, был назван его именем. По предложению М. В. Игнатьева (психиатр) и Ф. Ф. Эрисмана была организована секция алкоголизма, на которой рассматривались вопросы о помещении алкоголиков в спе-

циальные лечебницы и об учреждении опек на их имущество.

Таким образом, можно констатировать, что на небольшой исторический период (с 1887 по 1910 г.) в России на съездах психиатров и общепрактикующих врачей обсуждались различные вопросы лечебно-диагностического и организационного характера, что, несомненно, принесло большую пользу при формировании будущей системы антиалкогольных мероприятий.

Однако надлежащей организации лечебной помощи страдающим алкоголизмом в дореволюционной России не было. Существовало лишь несколько лечебниц и амбулаторий (в Ярославле, Москве), в основном на средства благотворительных обществ. В Санкт-Петербурге крупнейшим психиатром В. М. Бехтеревым был основан институт, занимающийся вопросами алкоголизма, который имел стационарное и амбулаторное отделения. Во время первой мировой войны практически все эти учреждения перестали существовать.

После Великой Октябрьской социалистической революции правительства РСФСР, СССР принимают решительные меры по борьбе с самогеноварением; на Украине, например, оно подлежит суду военного трибунала, вплоть до высшей меры наказания. За исключением случаев алкогольных психозов, больным алкоголизмом медицинская помощь не оказывалась. В 1923 г. страдающих алкоголизмом начинают принимать и лечить в наркологических пунктах диспансеров. Затем были организованы самостоятельные наркологические диспансеры, однако они просуществовали недолго. В 1928 г. проходит реорганизация психиатрических учреждений. С 1928 г. в Ленинграде, а с 1932 г. в Москве психиатрические и наркологические диспансеры были объединены и амбулаторную помощь страдающим алкоголизмом стали оказывать в нервно-психиатрических диспансерах. Стационарное лечение проводилось в психиатрических больницах.

В 1929 г. была основана первая в СССР лечебница для больных, страдающих острым алкоголизмом, в Москве, в 1932 г. — колония для длительного лечения в поселке Медном (Московская область).

В послевоенные годы, вплоть до 1958 г., проводятся научно-исследовательские работы по изучению патогенеза, клиники и лечения алкоголизма, а больных лечат в психиатрической сети.

Коммунистическая партия Советского Союза и Советское правительство на всех этапах развития государства уделяют огромное внимание борьбе с различными пережитками прошлого, в том числе с пьянством и алкоголизмом. Так, уже в первые годы становления Советской власти в Программе партии, принятой на VIII съезде (1919), было записано, что ближайшей задачей является борьба с социальными болезнями (туберкулезом, венеризмом, алкоголизмом и т. д.).

В 1927 г. XV съезд партии вновь возвращается к этому вопросу, указав, что борьба с алкоголизмом стоит в числе важнейших задач, направленных на повышение культуры, переустройства быта и укрепления трудовой дисциплины. Этот же вопрос обсуждается на VIII съезде профсоюзов, в резолюции которого записано, что пьяницам и алкоголикам необходимо объявить войну, ибо каждый из них — это враг рабочего класса.

В 1958 г. выходит постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР «Об усилении борьбы с пьянством и о наведении порядка в торговле крепкими спиртными напитками». Оно упорядочивает ряд вопросов, связанных с ограничением продажи спиртных напитков, обязывает органы здравоохранения улучшить антиалкогольную работу. С целью реализации этого постановления в научно-исследовательских институтах психиатрии организуются отделы по изучению алкоголизма. Накапливаемые ими факты получают теоретическое обоснование. Постепенно формируется понятие об алкоголизме как о самостоятельной нозологической форме, имеющей четкие границы, симптоматику, динамику течения, прогноз и специфическое лечение. Одновременно апробируются организационные формы лечения алкоголизма.

В 1964 г. открывается первый в нашей стране лечебно-трудовой профилакторий (ЛТП) в Казахской ССР. С 1966 г. в Днепропетровской области начинают функционировать специализированная психоневрологическая больница, наркологические пункты на предприятиях. В Московской области с 1966 г. создана сеть наркологических отделений на промышленных предприятиях.

В мае 1972 г. ЦК КПСС и Совет Министров СССР принимают постановления «О мерах по усилению борьбы против пьянства и алкоголизма», в котором рассматриваются основные вопросы пьянства и алкоголизма и намечаются разносторонние меры по борьбе с ними. За короткий промежуток времени до конца 1975 г. в раз-

личных городах нашей страны организуются наркологические кабинеты и отделения на промышленных предприятиях, открываются экспериментальные наркологические диспансеры в УССР, Казахской ССР (Караганда) и ряде других мест. Формируется мнение о том, что в нашей стране должна быть создана самостоятельная наркологическая служба, которая взяла бы на себя всю ответственность за медицинское обслуживание лиц, страдающих пьянством и алкоголизмом. На VI Всесоюзном съезде невропатологов и психиатров (1975) был обсужден вопрос об организации самостоятельной наркологической службы.

ЦК КПСС и Совет Министров СССР 7 мая 1985 г. приняли постановления по вопросам преодоления пьянства и алкоголизма в стране. Указанные постановления гармонично и комплексно решают все основные проблемы, связанные с этим многогранным и сложным вопросом. Поставлены задачи перед всеми министерствами и ведомствами, партийными и общественными организациями страны. Особо подчеркивается важная роль общественности в этой работе.

В центре указанных постановлений — здоровье и благополучие советского человека, гармоничное развитие молодого поколения. Постановления, в комплексе решая многогранные сложные проблемы преодоления пьянства и алкоголизма, имеют профилактическую направленность. Основная задача — воспитать в молодом поколении твердую установку на трезвость. Трезвый образ жизни должен стать правилом нашего образа жизни.

В свете сказанного важнейшей задачей является антиалкогольная пропаганда — наступательная, активная в духе трезвеннических установок, антиалкогольное воспитание новых здоровых установок, в первую очередь у молодежи.

Рассматривая преодоление пьянства и алкоголизма как социальную задачу большой политической важности, ЦК КПСС потребовал от партийных организаций, министерств, ведомств, общественных организаций осуществить комплекс всесторонне обоснованных организационных, административно-правовых и воспитательных мер, направленных на решительное усиление антиалкогольной борьбы и повышение ее эффективности.

Подчеркивается также необходимость придать этой работе подлинно массовый всенародный характер, созда-

вать в каждом трудовом коллективе обстановку нетерпимости к пьянству, любым нарушениям трудовой дисциплины и порядка.

Придавая особое значение развитию массовости антиалкогольного движения, распространению его на предприятиях, в организациях, учреждениях, трудовых коллективах, ЦК КПСС счел целесообразным создание Всесоюзного добровольного общества борьбы за трезвость.

В новой редакции Программы Коммунистической партии Советского Союза, принятой на XXVII съезде КПСС, записано: «Партия придает первостепенное значение последовательному и настойчивому искоренению нарушений трудовой дисциплины, хищений и взяточничества, спекуляции и тунеядства, пьянства и хулиганства...»¹

Генеральный секретарь ЦК КПСС М. С. Горбачев в Политическом докладе Центрального комитета КПСС XXVII съезду Коммунистической партии Советского Союза сказал: «В стране развернулась борьба против пьянства и алкоголизма. Во имя здоровья общества и человека мы пошли на решительные меры, повели бой с традициями, которые складывались и насаждались веками. Не обольщаясь достигнутым, можно сказать, что пьянка потеснена с производства, меньше ее стало в общественных местах. Оздоровляется обстановка в семьях, сократился производственный травматизм, укрепился порядок. Но и дальше нужна большая, настойчивая, разнообразная работа, чтобы обеспечить окончательный перелом в сложившихся привычках. Никаких послаблений здесь быть не должно!»². В Резолюции XXVII съезда Коммунистической партии Советского Союза по Политическому докладу Центрального Комитета КПСС, принятой единогласно 1 марта 1986 года, указано: «Съезд отмечает исключительно важное значение развернутой по инициативе Центрального Комитета КПСС и активно поддержанной советским народом работы по утверждению здорового образа жизни, преодолению пьянства и алкоголизма. В борьбе с этим злом не должно быть никаких послаблений».

¹ Программа Коммунистической партии Советского Союза.— М.: Политиздат, 1986, с. 54.

² Горбачев М. С. Политический доклад Центрального Комитета КПСС XXVII съезду Коммунистической партии Советского Союза, 25 февраля 1986 г.— М.: Политиздат, 1986, с. 62—63.

Это полностью определяет дальнейшую деятельность партийных, советских органов, министерств и ведомств, общественных организаций, каждого гражданина нашей страны по преодолению пьянства и алкоголизма.

Как известно, проблема наркомании является социальной проблемой. В дореволюционной России в районах Средней Азии широко была распространена наркомания в связи с бытовым потреблением наркотиков, в частности курением опиума. В крупных городах было распространено потребление кокаина и других видов наркотиков.

Уже в первые годы Советской власти в стране полностью было ликвидировано бытовое потребление наркотиков как в Средней Азии, так и в других районах, где оно имело место. Этот крупнейший успех был связан в первую очередь с новыми социальными условиями, созданными для населения после Великой Октябрьской социалистической революции. С этого времени в СССР наркомания не представляет собой серьезной социально-гигиенической проблемы.

Это объясняется как общими социально-экономическими условиями, так и специальными мероприятиями Советского правительства.

В Советском Союзе полностью ликвидированы безработица, нищета, постоянно повышается экономический и культурный уровень жизни населения. Все это препятствует распространению наркомании.

Кроме того, очень важным фактором, препятствующим развитию наркомании в СССР, является сосредоточение в руках государства фармацевтической промышленности и аптечной сети. Государственная система здравоохранения дает возможность проводить эффективные меры по предупреждению и лечению наркомании.

Советский Союз проводил и проводит активную борьбу с наркоманиями, незаконным оборотом наркотических средств не только на национальном уровне, но и на международном. Хорошо организованная пограничная и таможенная служба страны почти исключает проникновение наркотиков из-за границы путем контрабанды. Производство, хранение и отпуск наркотиков постоянно контролируются государственными учреждениями, уполномоченными на это.

Изучение наркомании в СССР дает основание считать, что в основном больные наркоманией — это лица, злоупотребляющие кустарными препаратами из мака и

дикорастущей конопли. В отдельных случаях — это люди, страдающие хроническими заболеваниями, тяжелые инвалиды, которые в связи с основной болезнью принимали морфин, кодеин.

В 1986 г. в СССР на учете состояло 46 000 наркоманов («Правда», 6 января 1987 г., № 6124993). При этом необходимо учесть, что в соответствии с установленным порядком эти больные снимаются с учета после 5 лет полного воздержания от приема наркотических средств. За последние десятилетия в СССР не отмечено ни одного случая героинизма, а героин в нашей стране давно запрещен для производства и применения. Нет кокаинизма, как и случаев наркомании, вызванных ЛСД и другими галлюциногенами, а также амфетаминами. Законодательные акты СССР предусматривают строжайшую уголовную ответственность за нарушение правил хранения, продажи и применения наркотических средств. Предусматривается уголовное наказание за вовлечение, особенно несовершеннолетних, в употребление наркотических средств.

Наркотические лекарственные средства в соответствии с приказами Министерства здравоохранения СССР всегда выдавались и выдаются только по особым рецептам врачей и лишь для медицинских целей. Указанные рецептурные бланки имеют серийные номера и подлежат специальному учету; лечебно-профилактические учреждения отчитываются регулярно о количестве выписанных рецептов на наркотические препараты. Как в аптечных, так и в лечебно-профилактических учреждениях в соответствии с утвержденными инструкциями наркотические лекарственные средства хранятся в особых условиях (сейфах) и регулярно контролируется динамика их расхода. Производство наркотических средств находится полностью в ведении государства и лимитируется только лишь потребностями для медицинских и научных целей. В стране строго запрещены посевы индийской, южно-чуйской, южно-маньчжурской конопли и опийного мака.

В соответствии с приказами Министерства здравоохранения СССР все лечебные и аптечные учреждения обязаны в установленной форме сообщать обо всех первично обращающихся к ним наркоманах наркологическим учреждениям (диспансерам) по месту жительства больного для взятия его на учет и проведения необходимых лечебных мероприятий. Это дает возможность своевременного выявления наркоманов и обеспечения лечением в ранней

фазе наркомании. В стране давно запрещена порочная практика выдачи наркоманам наркотического «пайка».

Советский Союз является стороной большинства международных конвенций по контролю основных наркотических средств, в том числе Единой Конвенции о наркотических средствах 1961 г., заменившей все прошлые международные акты по данному вопросу, Венской Конвенции по контролю психотропных средств 1971 г., и последовательно выполняет все обязательства, взятые на себя в соответствии с указанными конвенциями.

За последние десять лет с каждым годом отмечается рост во многих странах мира наркомании, связанной с употреблением так называемых психотропных препаратов, которые находятся под международным контролем в соответствии с Венской Конвенцией 1971 г. Особо опасными в этом отношении, как известно, оказались амфетамины, галлюциногены, ЛСД и другие производные ли-зергиновой кислоты. Что касается снотворных, то токсикомания в отношении этой группы врачами большинства стран мира наблюдалась уже давно (в связи со своевременными и строгими мерами контроля в СССР такой проблемы нет).

Экспертные комиссии ВОЗ неоднократно обсуждали вопросы о несчастных случаях на дорогах, связанных с употреблением водителями автотранспорта снотворных и психотропных препаратов. В Советском Союзе не зарегистрировано ни одного такого случая. Однако с целью профилактики Министерством здравоохранения СССР специальным приказом указана необходимость осторожного назначения этих средств водителям транспорта и лицам, которые управляют транспортными средствами. Если вследствие болезненного состояния эти лица должны применять снотворные или психотропные препараты, то лечение проводят с освобождением их от работы, сохранением в установленном порядке оплаты по листку нетрудоспособности (больничный лист).

Статья 17 Единой Конвенции о наркотических средствах 1961 г. говорит о том, что «стороны будут иметь особое управление для целей применения постановлений настоящей Конвенции». В соответствии с указанным пунктом в СССР был создан Постоянный комитет по контролю наркотиков при Министерстве здравоохранения СССР. На данный Комитет в соответствии со статьей 6 Конвенции о психотропных веществах 1971 г. возложены также все функции и по контролю выполнения указанной Кон-

венции. В соответствии с существующим в СССР порядком под особый контроль включаются также психотропные вещества списков Конвенции о психотропных веществах 1971 г. и на них распространяются все строгие меры контроля.

Таким образом, Постоянный Комитет по контролю наркотиков универсально подходит к проблеме контроля наркотических и психотропных средств. Членами Комитета являются крупные специалисты — медики, провизоры, фармацевты, химики, ответственные работники Министерства здравоохранения СССР, Министерства внутренних дел СССР, Министерства внешней торговли СССР, Таможенного управления, Министерства медицинской и микробиологической промышленности СССР.

Ежегодно Главное аптечное управление Министерства здравоохранения СССР, научные учреждения представляют обоснованные заявки на наркотические средства с точными расчетами. Комитет обсуждает их на своих заседаниях, вносит коррективы и только после выдачи разрешения указанное в разрешении количество выдается для научных и медицинских целей.

Глава 3

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ АЛКОГОЛИЗМА, НАРКОМАНИИ, ТОКСИКОМАНИИ

Распространенность болезней в обществе характеризуют двумя основными понятиями: заболеваемость и болезненность.

Под заболеваемостью понимают общее число впервые обнаруженных, зарегистрированных за определенный период времени заболеваний к числу населения.

Алкоголизм и наркомания, как правило, развиваются постепенно. Время от приобщения к алкоголю или наркотику до появления симптомов болезни может исчисляться днями, месяцами, годами. Кроме того, многие по нежеланию или незнанию не обращаются за помощью, что затрудняет получение точного представления об истинной заболеваемости. Поэтому первичную обращаемость больных можно считать близкой к истинной заболеваемости только в случае широко разветвленной сети наркологических и психиатрических учреждений, при наличии хорошо

поставленного учета в течение долгого времени (15—20 лет). Во всех остальных случаях правильнее обозначать ее как заболеваемость по обращаемости.

Под болезненностью следует понимать совокупность всех заболеваний, обнаруженных и зарегистрированных в данном календарном году (независимо от времени их возникновения и первичного диагностирования).

Для того чтобы можно было бы сопоставлять полученные данные в различных местностях, странах за определенные промежутки времени, расчеты рекомендуется вести в интенсивных показателях, когда показатель стандарта должен исчисляться на 1000, 10 000, 100 000 населения. При выведении показателей заболеваемости, болезненности следует указывать, какую группу людей она характеризует: общее население, взрослых, детей (0—14 лет) или какой-то определенный возраст, например 25—30 лет, мужчин, женщин, отдельных лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией.

Обратимся к данным международной статистики. Из них явствует, что из каждых 16 человек, употреблявших спиртные напитки, 1 человек начинает злоупотреблять ими. По данным советских авторов (И. В. Стрельчук), из 5—6 человек, постоянно пьянствующих, 1—2 становятся хроническими алкоголиками. За 35 лет (с 1930 по 1965 г.) заболеваемость алкоголизмом в большинстве развитых стран увеличилась более чем в 15 раз.

Рост показателей болезненности стоит в прямой связи с количеством употребляемых алкогольных напитков. Однако надо иметь в виду, что за эти годы улучшились работа по выявлению больных и методы лечения алкоголизма, повысилась общая культура населения, а это увеличило приток больных, обращающихся за медицинской помощью.

В США из 100 млн. взрослых, употребляющих спиртные напитки, 10 млн. являются больными алкоголизмом. За последние 5 лет потребление возросло на 32%. В Скандинавских странах, Нидерландах, Великобритании 1—2% жителей ежедневно выпивают такое количество различных спиртных напитков, которое эквивалентно 150 мл абсолютного алкоголя.

Параллельно с ростом алкоголизма, как правило, повышается и уровень госпитализации в лечебные учреждения.

Своеобразные тенденции распространения алкоголизма отмечаются среди женщин. По данным ВОЗ, 100 лет

назад соотношение между мужчинами и женщинами, злоупотребляющими алкоголем, составляло 10:1. В настоящее время этот разрыв сократился почти вдвое и составляет 5:1 (в Великобритании 2:1, США — 5,6:1, ФРГ — 10:1, Финляндии — 15:1, Швеции — 23:1). В США почти 20% больных хроническим алкоголизмом составляют женщины.

Исследования показывают, что среди женщин, злоупотребляющих алкоголем, около 50% начинают употреблять его до 20-летнего возраста. Более чем в 50% случаев — это одинокие, вдовы, разведенные, 65% женщин имеют лишь начальное или неполное среднее образование. Лица, занятые в торговле и общественном питании, занимают 1-е место по злоупотреблению алкоголем, работники, связанные с обслуживанием автотранспорта, — 2-е.

Параллельно с ростом распространенности алкоголизма среди взрослых возникают проблемы роста пьянства и алкоголизма среди молодого поколения. Так, за последние годы среди молодежи Швеции, Швейцарии алкоголизм возрос в 3 раза. Катастрофически увеличивается алкоголизм среди детей и молодежи в ФРГ, в США. Отмечается, что до 3 млн. подростков постоянно испытывают тягу к алкоголю, а среди лиц, страдающих алкоголизмом, они составляют около 5%.

По данным Б. Д. Петракова (1976), в СССР и других социалистических странах показатель распространенности хронического алкоголизма в городах составлял в 1955—1975 гг. в среднем 4,9—5 случаев, а в сельской местности — 2,5—3 случая на 1000 населения. По 15 ведущим капиталистическим странам за это время показатель распространенности больных хроническим алкоголизмом соответственно был 14,8 и 6,2%.

Приведенные данные свидетельствуют о преимуществе социалистического образа жизни. Вместе с тем хотя распространенность злоупотребления алкоголем в нашей стране в несколько раз ниже, чем во Франции, США, Австрии, ФРГ, Швейцарии и других экономически развитых странах, число больных алкоголизмом и алкогольными психозами, состоящих на учете в специальных учреждениях, также склонно увеличиваться; особенно заметно эта тенденция проявлялась в последние годы, что в значительной степени связано с увеличением активности поликлинической наркологической службы по выявлению и учету лиц, страдающих алкоголизмом.

Наименьшее количество случаев алкоголизма приходится на возраст до 20 лет и старше 50 лет. Наивысшие показатели отмечаются в возрасте 40—49 лет. По семейному положению лица, страдающие алкоголизмом, чаще всего бывают разведенными, холостыми, вдовыми.

Смертность от пьянства и алкоголизма растет повсеместно и находится в прямой зависимости от частоты приема и количества потребляемых спиртных напитков.

Алкоголь — ведущая причина смертности мужчин и женщин, особенно в юношеском и молодом возрасте, отмечают все исследователи этого вопроса в США. Смертность среди постоянно пьющих в 2 раза выше, чем среди общего населения. Во Франции по последним публикациям ежегодно умирают от злоупотребления алкоголем 40 тыс. человек, не считая несчастных случаев. В Италии это число составляет 20 тыс. человек, а еще 30 тыс. ежегодно госпитализируется в различные больницы вследствие злоупотребления спиртным. Аналогичное положение сложилось в ФРГ, Японии и других капиталистических странах.

Доказано, что 85,7% случаев смерти от болезней пищеварительного аппарата приходится на алкогольный цирроз печени (Ю. П. Лисицин, Н. Я. Копыт). В США цирроз печени стоит на 3-м месте по причинам смертей, во Франции — на 2-м, растут эти показатели и в Швеции, Норвегии, Финляндии, Дании.

Процент больных с панкреатитом среди лиц, страдающих пьянством и алкоголизмом, составляет около 60%. Гастрит и язвенная болезнь желудка обнаруживаются в 10—12% случаев, а по некоторым данным — в 2 раза выше. Сердечно-сосудистая патология, по данным разных авторов, встречается в 26—83% случаев. Бронхит, эмфизема легких в 3—4 раза бывают чаще у пьяниц и лиц, страдающих алкоголизмом, а случаи туберкулеза доходят до 30—40%. Эти люди чаще болеют различными инфекционными заболеваниями, авитаминозами.

Велико число лиц, страдающих пьянством и алкоголизмом, среди больных с патологией нервной системы. Особое место занимает патология психики — невротизация, психопатизация, деградация личности (интеллекта), психоз.

Трудно исчислить расходы, связанные с болезнями, являющимися следствием употребления алкоголя. Неисчислимы количество дней нетрудоспособности, выплаты по социальному страхованию, оказанию помощи в лечебных учреждениях. В США убытки по бюджету здравоохране-

ния составляют от 41 до 43 млрд. долл. Во Франции социальное страхование на лечение алкоголизма обходится втрое больше бюджета министерства здравоохранения и оценивается в 10 млн. франков. В ФРГ и ряде других развитых капиталистических стран 40% всех затрат, идущих на здравоохранение, погашается лечением больных.

Серьезную проблему представляют в последние десятилетия самоубийства. По данным различных авторов от 25 до 50% случаев самоубийств, совершаемых по различным причинам, приходится на пьяниц и алкоголиков. Английские социологи подсчитали, что эта группа лиц совершает самоубийства чаще, чем здоровые, в 75—85 раз, в ФРГ — в 50 раз. Данные ВОЗ (1983), обобщающие материалы исследований, проведенных в различных странах мира, позволяют считать установленным, что продолжительность жизни у этих людей сокращается примерно на 15—20 лет и в среднем не превышает 55 лет.

Огромны экономические убытки, которые приносят пьянство и алкоголизм. Но еще более значителен моральный и нравственный урон, который он наносит семье, детям и который невозможно ни вычислить, ни измерить. Более 50% бракоразводных процессов происходит согласно международной статистике по вине употребления алкоголя одним из супругов. Нередко это преступления, совершаемые на почве пьянства и приводящие к распаду семьи. Подсчитано, что около 18—20% больных алкоголизмом порвали с семьей, у 11—15% — семейная жизнь постоянно находится на грани распада.

В тяжелейшее положение обычно пьяница ставит семью в материальном отношении. Абсолютное большинство этих людей (до 68%) пропивают зарплату. Отсюда ссоры, драки, оскорбления, нищенское существование. Помимо нравственного унижения, которое испытывают в таких семьях взрослые, особенно страдают дети. Одни растут злыми, черствыми, взрывчатыми, другие, наоборот, застенчивыми, пугливыми, но большинство становятся замкнутыми, скрытными, нередко лживыми, начинают плохо учиться, отставать в развитии от сверстников, иногда вообще прекращают учебу. В таких семьях многие дети рано приобщаются к спиртному, становясь в будущем пьяницами или больными, попадают в неблагоприятные компании, оказываются втянутыми в неблагоприятные поступки или преступления. Некоторые в результате такого поведения оказываются на учете в учреждениях охраны

Таково положение во всех развитых капиталистических странах мира.

Значительный урон наносит пьянство и алкоголизм экономике различных стран. Это снижение трудоспособности, прогулы, производственный брак, травматизм. Доходы общества прежде всего зависят от производительности труда, а ее рост, как свидетельствует практика, находится в обратно пропорциональной зависимости от количества спиртного, потребляемого производителями материальных благ. На подготовку квалифицированного рабочего нужно потратить длительное время. Для восстановления потерянных в результате пьянства и алкоголизма профессиональных навыков также нужно время — месяцы, иногда годы. Токарь за рабочий день дает продукции на 100 руб. (90 долл.), шахтер — на 300 и т. д.

Нетрудно подсчитать, каковы убытки только от пьянства 1 человека или восстановления его трудоспособности путем обучения или переобучения.

В США у пьющих временная нетрудоспособность в 4 раза превышает аналогичные данные, касающиеся остальных работающих. Алкоголизм стоит на 4-м месте среди всей заболеваемости и составляет 36 млн. дней нетрудоспособности в году. Каждый употребляющий алкоголь в среднем теряет 22 рабочих дня в году. В целом по стране теряется 352 млн. рабочих часов. В США каждый доллар, полученный государством от продажи спиртных напитков, обходится в 7,36 долл., потраченных на лечение алкоголизма. Потери в промышленности от пьянства и алкоголизма в год составляют 64 млрд. долл. Убытки в целом по США в семидесятые годы составили: 38% — урон из-за временной и постоянной нетрудоспособности (алкогольные увечья), 19% — страховые суммы, 16% — потери собственности по вине больных алкоголизмом, 16% — «недоданная продукция», 9% — убытки от лесных и других пожаров, возникших по вине пьяных людей, 7% — медицинские издержки. В последующие годы эти расходы еще более увеличились.

В Великобритании случаи нетрудоспособности среди пьющих составляют 13 дней в году. В контрольной группе они равны всего 5,8 дня. Во Франции экономические потери в результате пьянства достигают от 500 тыс. до 1 млрд. франков. До 40% от общего числа госпитализированных в общие больницы в ФРГ мужчин и 13% женщин попадают туда по причинам, связанным с приемом

алкоголя. На лечение и содержание этих больных затрачивается до 41,8% бюджетных средств, ассигнованных на здравоохранение и социальное обеспечение. В Австралии расходы, связанные с медицинскими потерями, составляют 80 млн. долл.

Между тем исследования, проведенные в последние годы, показали, что заболеваемость с временной утратой трудоспособности у нас в стране в группе употребляющих алкоголь в 1,9 раза (в случаях и днях) превышает таковую в контрольной группе. Показатели заболеваемости по всем нозологическим формам выше среди пьющих в 2—3 раза и в 7,8 раза повышен уровень бытового травматизма. До 90% всех прогулов связаны с пьянством.

Подсчитано, что при употреблении алкоголя производительность труда снижается до 15—30%.

По данным ряда стран, снижение производительности труда, прогулы после дня зарплаты, праздничных и выходных дней среди пьющих является своеобразным «законом».

Показатель несчастных случаев среди лиц, страдающих алкоголизмом, превышает таковой для остального населения.

Примерно $\frac{1}{3}$ несчастных случаев в быту совершается в состоянии опьянения, при этом содержание алкоголя в крови свидетельствует о средней или тяжелой степени опьянения. Каждый 20-й случай производственного травматизма связан с употреблением спиртных напитков.

По сообщению ВОЗ, ежегодно на дорогах различных стран мира погибает 250 тыс. человек и 10 млн. получают травмы, т. е. на каждого умершего приходится 35—40 человек, получающих различные травмы, причем 78% жертв автодорожных катастроф составляют мужчины, находящиеся в состоянии алкогольного опьянения, в основе каждой пятой аварии на транспорте повинен алкоголь.

Если сравнить смертность от различных причин, то окажется, что автомобильный транспорт более опасен для человека, чем все инфекционные болезни, вместе взятые.

В США в 1957 г. в результате автодорожных катастроф погибло 38 702 человека, а от различных инфекционных заболеваний — 24 256. Статистика аварий на дорогах в США стабильна — начиная с 1971 г., ежегодно погибает от аварий 50 тыс. человек и более, из них

абсолютное большинство — из-за управления автомобилем в состоянии алкогольного опьянения (в основном молодые мужчины и женщины). В связи с этим убытки составляют более 16 млн. долл. в год. Аналогичное положение наблюдается и в других странах мира. Например, англичане считают, что 25% автолюбителей и 80% водителей-профессионалов постоянно находятся за рулем в нетрезвом состоянии, а количество нарушений составляет более 50 тыс. в год.

Во Франции чрезмерное потребление алкоголя является причиной до 70% всех дорожно-транспортных происшествий. Еще по 8 странам Европы такие данные стоят на уровне 40—50%. В Швеции потери от автодорожных катастроф составляют ежегодно более 110 млн. долл. При этом основной вред приносят так называемые умеренно пьющие, которые переоценивают свои возможности и садятся за руль, хотя они не в состоянии вообще управлять автомобилем. Известно, что 30—50 г этилового спирта могут нарушить быстроту реакции, следовательно, удлинить тормозной путь и привести к катастрофе. Это же количество алкоголя изменяет цветоощущение и сигналы светофора могут быть неправильно поняты, а следовательно, также привести к аварии.

В ФРГ 60% дорожно-транспортных происшествий происходят по вине выпивших водителей. До 85—90% всех смертельных случаев связано с автодорожными происшествиями, примерно в 50—60% в них повинен алкоголь.

В 1984 г. в СССР 40% водителей личных автомашин, попавших в аварии, находились в нетрезвом состоянии.

Работниками Государственной автоинспекции задерживается ежегодно большое число водителей, позволяющих себе сесть за руль в нетрезвом состоянии. Отстраненные от управления автомобилем, они между тем увеличивают материальный урон, наносимый народному хозяйству.

В основе многих преступлений лежит алкоголь. Известно, что США по количеству совершаемых преступлений занимает одно из первых мест в мире. Согласно статистическим данным, 50% полицейских задержаний обычно связаны с правонарушениями, совершенными в состоянии алкогольного опьянения, 37% вооруженных нападений на граждан этой страны и 56% сексуальных правонарушений также совершаются в состоянии алко-

гольного опьянения. Ежегодно в США более 2 млн. человек арестовываются за пьянство и нарушение общественного порядка. Аналогичное положение сложилось и в других капиталистических странах.

Исследования, проведенные в Великобритании, показали, что 18% опрошенных заключенных являются злостными пьяницами, в то время как еще 22% из них подвергались судебному преследованию за правонарушения, совершенные в нетрезвом состоянии. В ФРГ ежегодно за различные деяния, совершаемые в состоянии алкогольного опьянения (не считая дорожно-транспортные происшествия), подвергаются заключению 10—15 тыс. человек. В Швеции за 10 лет с 1950 г. количество преступлений увеличилось в 2 раза, достигнув 65 тыс. В Финляндии с населением всего около 5 млн. человек ежегодно подвергаются арестам, связанным с употреблением спиртного, более 80 тыс. человек. Во Франции эти цифры составляют 46%, в Польше среди рецидивистов, заключенных лица, злоупотребляющие алкоголем, составляют 80%. Из числа лиц, осужденных на короткие сроки заключения, злоупотребление алкоголем составляет от 60 до 100%. Лишь в редких случаях нет алкоголя там, где есть преступление.

В основе более чем 50% всех преступлений лежит алкоголь. Анализ тяжких преступлений показывает, что пьянство играло роль в 65—75% случаев.

В промышленно развитых странах пьяницы и алкоголики составляют значительную часть бездомных и жителей ночлежек. В Швеции 95% бездомных в то или иное время задерживались за нарушение общественного порядка в нетрезвом состоянии. В Хельсинки эта цифра составляет 74%.

В последние годы в ряде развитых капиталистических стран получило развитие новое явление — так называемый трущобный алкоголизм. Он характерен тем, что в определенных районах, кварталах, улицах больших городов скапливаются люди, ведущие образ жизни трущобных жителей. Здесь собираются все те, кого жестокая капиталистическая действительность выбросила на задворки жизни независимо от класса, национальности, вероисповедания.

Особенно острой проблемой в странах Западной Европы и США стали наркомания и токсикомания. Даже в такой маленькой стране, как Норвегия, в соответствии с официальным сообщением Правительства этой страны по

состоянию на 1982 г. было зарегистрировано 8758 лиц злоупотребляющих каннабисом. В Швеции 12 500 лиц употребляют каннабисом, в ФРГ — свыше 16 300. По данным Комиссии ООН по наркотическим средствам, составленным на основании официальных сообщений правительств, в Израиле «приблизительно 100 тыс. человек в возрасте от 18 до 40 лет курят смолу каннабиса».

Курение такого препарата из конопли, как марихуана, принимает в США масштабы национального бедствия. 2 августа 1977 г. Президент Д. Картер в своем послании Конгрессу, касаясь злоупотребления марихуаной, сказал: «Вопрос о марихуане продолжает оставаться противоречивым и вызывающим различные эмоции. После четырех десятилетий попытки прекратить ее применение посредством строгих законов не увенчались успехом. Более 45 миллионов американцев пробовали марихуану, а приблизительно 11 миллионов являются ее регулярными курильщиками»¹.

В официальном документе США «Федеральная стратегия в области злоупотребления наркотиками и профилактики незаконного оборота наркотиков» (1976), составленном специальным советом для Президента США, приводятся данные, что «около 2 миллионов американцев страдают героиноманией...» и что «Подсчеты, сделанные другими средствами, касающиеся американцев, которые, по крайней мере, хотя бы один раз употребляли героин, колеблются от 2 до 4 миллионов человек».

В официальном документе США (1984) «Национальная стратегия профилактики наркомании и оборота наркотиков» от 10 сентября 1984 г. указано, что в США приблизительно 2,8 млн. человек потребляет стимуляторы не по медицинским показаниям.

По данным доклада Международного комитета по контролю над наркотиками за 1982 г.², составленного на основании официальных докладов правительств, в США «Установленное число людей с зависимостью от героина продолжает с середины 70-х годов составлять приблизительно полмиллиона... Героин является одним из наркотиков, часто вызывающих смерть от принятия чрезмерно большой дозы».

¹ Jimmy Carter. The President's Message on Drug Abuse, the White House, August 2, 1977.

² Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 1982 год. ООН. Вена, документ E/INCB/61, с. 26.

По материалам Комиссии ООН по наркотическим средствам 16 ноября 1982 г., составленным на основании официальных сообщений соответствующих правительств (документ E/СН.7/1983-9), в Швейцарии основной чертой наркомании являются инъекции героина. Приблизительно от 5 до 8 тыс. человек являются «интенсивными наркоманами» на почве потребления героина. Героин часто сочетают с метадонем.

В Пакистане приблизительно 250 тыс. человек злоупотребляют опиумом. Злоупотребление героином путем вдыхания через рот — явление, зарегистрированное совсем недавно, но продолжает резко расширяться, и число таких наркоманов уже насчитывает около 30 тыс. человек.

В ФРГ приблизительно 13 тыс. человек страдают героиноманией.

В США приблизительно 492 тыс. наркоманов потребляют героин.

С 1970 г., когда федеральное правительство США начало осуществлять программу борьбы с наркотиками, были созданы специальные центры для лечения наркоманов на 1220 мест. Но этого явно недостаточно. С скромные успехи в деле борьбы с наркоманией перекрываются быстрым ее распространением. В ФРГ насчитывается 40 тыс. наркоманов, в основном в возрасте от 18 до 22 лет. Каждый год «белая смерть» собирает в ФРГ свою жатву — около 500 человек. Свыше 90% из них — молодежь.

Число потребителей героина во Франции составляет ныне приблизительно 40—50 тыс. человек. Только за один 1981 г., свидетельствует агентство Франс Пресс, спрос на кокаин увеличился на 400%, а на морфий — на 80%.

В 10 раз увеличилось за последние 7 лет число подростков-наркоманов в Японии. Большинство из них стали наркоманами, попав в различные полугангстерские организации и группы и идут на преступления. Не имея возможности установить количество лиц, злоупотребляющих наркотиками или лекарственными средствами, в Австрии организовали бюро по наркотикам, которое регистрирует преступления, совершаемые под воздействием этих средств. Оказалось, что число их из года в год растет. В 1970 г. было зарегистрировано всего 2391 правонарушение, связанное с употреблением наркотиков, в 1975 г. их было уже почти в 7 раз больше — 15 285. В основном употребляют производные индийской конопли

(марихуана). Кроме того, широкое применение находят амфетамины, барбитураты, транквилизаторы, галлюциногены.

Глава 4

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ И НЕКОТОРЫЕ ФОРМЫ БОРЬБЫ С ПЬЯНСТВОМ И АЛКОГОЛИЗМОМ

В настоящее время в СССР создана система комплексной наркологической помощи населению. Она имеет завершенную структуру на каждой территориальной единице (союзная, автономная республика, край, область, город, сельский район) и объединяет органы здравоохранения, комиссии по борьбе с пьянством Советов народных депутатов, органы Министерства внутренних дел, общества трезвости и др. Все они связаны общей идеей, постоянно взаимодействуют между собой, взаимно информируют друг друга о проделанной работе, периодически отчитываются, оказывают взаимную помощь. Все звенья системы действуют одновременно и последовательно в зависимости от задач, стоящих перед каждым звеном в отдельности и перед системой в целом.

Комиссии по борьбе с пьянством создаются при исполнительных комитетах районных, городских, областных Советов народных депутатов и при Советах Министров союзных республик. В состав комиссий входят депутаты Советов, представители профсоюзных, комсомольских и других общественных организаций, коллективов трудящихся, руководители предприятий, строительных организаций, а также работники учреждений здравоохранения, просвещения, предприятий торговли, органов внутренних дел, культурно-просветительных и других учреждений. Комиссии в своей работе опираются на общественный актив.

Специфика противоалкогольной работы связывает комиссии по борьбе с пьянством с другими комиссиями Советов народных депутатов, например по делам несовершеннолетних, административными органами и др. Периодически комиссии должны информировать о своей работе общественные организации и коллективы трудящихся.

Комиссии обеспечивают воспитательные мероприятия на предприятиях народного хозяйства и правомочны разрабатывать и осуществлять мероприятия по предупреждению пьянства и правонарушений, связанных со злоупотреблением алкоголем, направленные на пресечение пьянства. Они осуществляют контроль за работой органов внутренних дел, здравоохранения, постоянно проверяют работу предприятий общественного питания и торговли спиртными напитками, заслушивают на своих заседаниях ответственных лиц этой системы. Комиссии практикуют также заслушивание отчетов руководителей предприятий, председателей колхозов о проводимых ими мероприятиях по предупреждению пьянства.

При необходимости они выносят на рассмотрение исполнительных комитетов Советов народных депутатов различные вопросы, связанные с усилением борьбы с пьянством и алкоголизмом.

Комиссии по борьбе с пьянством при Советах Министров союзных республик объединяют работу в республиках, направленную на предупреждение пьянства, алкоголизма и связанных с ними правонарушений, а также контролируют и оказывают методическую помощь аналогичным комиссиям областных, районных, городских исполнительных комитетов Советов народных депутатов.

В феврале — марте 1976 г. в номенклатуру учреждений здравоохранения был введен наркологический диспансер (приказ Министерства здравоохранения СССР № 131 от 5 февраля 1976 г.). В последующем утверждены штатные нормативы медицинского и фармацевтического персонала наркологических диспансеров, отделений и кабинетов (приказ министра здравоохранения СССР № 270 от 18 марта 1976 г.). Был издан еще ряд документов, определяющих главные направления развития и основные формы работы наркологической службы.

Наркологическая служба — сеть специализированных учреждений, оказывающих лечебно-профилактическую, медико-социальную и медико-юридическую помощь больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией. Наркологическая служба имеет стационарные, полустационарные и внебольничные звенья, каждое из которых может иметь отделения на промышленных предприятиях, дающие возможность, учитывая индивидуальные особенности больного, его микросоциальное окружение, использовать соответствующие подразделения наркологической службы для выявления лиц, пьянствующих и

страдающих алкоголизмом, для оказания им профилактической и лечебной помощи, а также для выявления и лечения наркоманов и токсикоманов. При этом подразумевается взаимосвязанная деятельность наркологических учреждений и подразделений органов здравоохранения и наркологических учреждений других министерств и ведомств, в первую очередь Министерства внутренних дел.

В системе здравоохранения работу по организации борьбы с пьянством и алкоголизмом возглавляют межведомственные советы по борьбе с пьянством и алкоголизмом, наркоманией и курением.

Советы осуществляют контроль за выполнением постановлений, приказов и решений, направленных на улучшение антиалкогольной работы среди населения, оказывают помощь органам и учреждениям здравоохранения и другим ведомствам в организации и проведении профилактических и лечебных мероприятий, направляют медицинскую пропаганду, обобщают и распространяют положительный опыт работы.

Наркологическая служба в системе здравоохранения включает в себя наркологические учреждения и наркологические отделения психиатрических и общесоматических лечебно-профилактических учреждений. Основным наркологическим учреждением — центром службы — является диспансер, который оказывает организационно-методическую и лечебно-профилактическую помощь страдающим пьянством, алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, проводит профилактические мероприятия и широкую антиалкогольную пропаганду.

Основными задачами наркологического диспансера являются: раннее выявление лиц, занимающихся пьянством, и учет больных хроническим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией; лечебно-диагностическая, консультативная и психопрофилактическая работа; динамическое диспансерное наблюдение за этими больными; изучение заболеваемости алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией среди населения; анализ эффективности оказываемой лечебной и профилактической помощи; социально-бытовая помощь больным, находящимся под наблюдением диспансера; психогигиеническая и профилактическая работа как в пределах самого диспансера, так и вне его (на промышленных предприятиях, в колхозах, совхозах, лечебных заведениях, общежитиях и т. д.); участие в мероприятиях по борьбе с пьянством, алкоголизмом и наркоманией совместно с другими ведомствами, организа-

циями и учреждениями; проведение медицинского освидетельствования лиц, направляемых на принудительное лечение по поводу хронического алкоголизма и наркоманий и лечебно-трудовые профилактории (ЛТП); проведение экспертизы временной нетрудоспособности, алкогольного опьянения и других видов экспертизы; участие в решении вопросов опеки и установления дееспособности, возбуждение ходатайств или выдача заключений по этим вопросам по поручению органов здравоохранения; осуществление связи с соответствующими психоневрологическими стационарами по вопросам госпитализации и рациональной выписки больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, получение сведений на лиц, выписываемых для дальнейшего динамического наблюдения, и преемственности в их лечении и т. д.; консультативная и организационно-методическая помощь наркологическим кабинетам, входящим в состав амбулаторно-поликлинических учреждений, медико-санитарных частей (МСЧ) и наркологическим пунктам (фельдшерским) при промышленных предприятиях, а также больницам и поликлиникам общей лечебно-профилактической сети; составление ежегодных обзоров заболеваемости, ежегодных оперативных планов лечебно-профилактической помощи больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией в зоне обслуживания на основании статистической обработки первичных учетных документов; активное участие в деятельности обществ борьбы за трезвость.

Работа наркологического диспансера организуется по принципу участковости.

В состав наркологического диспансера входят: приемное отделение с регистратурой и кабинетом первичного отбора; отделение внебольничной помощи с кабинетами участковых психиатров-наркологов, в том числе подростковых, анонимного лечения, профилактической медицинской помощи и антиалкогольной пропаганды, кабинетами терапевта, невропатолога, психолога, других специалистов и кабинетами экспертизы алкогольного опьянения; стационарное отделение; диагностическое отделение с лабораториями, рентгеновский кабинет; дневные стационары, лечебно-трудовые мастерские (ЛТМ), отделения на промышленных предприятиях; лечебное отделение с гипногарием (кабинетом для лечения гипнозом), кабинетом активных методов лечения, процедурным кабинетом и кабинетами физиотерапевтического лечения; организационно-методический отдел.

Учитывая необходимость максимального приближения наркологической помощи к населению, диспансер может разворачивать часть своих структурных подразделений — кабинеты, пункты, отделения в психиатрической, общесоматической сети или на территории других учреждений, предприятий.

В соответствии с постановлением Совета Министров СССР от 7 мая 1985 года «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма, искоренению самогоноварения» в стране организуются межрайонные наркологические диспансеры в сельской местности.

На учет в наркологическом учреждении или наркологическом подразделении лечебно-профилактических учреждений (диспансер, кабинет психиатра-нарколога в психоневрологическом диспансере, МСЧ и др.) ставят лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией. В тех случаях, когда на основании жалоб больного можно думать о привычном, бытовом пьянстве, без симптомов алкоголизма, вопрос о взятии такого лица на учет решает врач, однако во всех случаях эти лица могут и должны получать профилактическую медицинскую помощь. Для этого в структуре наркологических учреждений имеются кабинеты антиалкогольной пропаганды и профилактической медицинской помощи. Такая же реформа медицинской помощи может успешно проводиться в условиях дневного стационара. Определенное число людей, страдающих бытовым пьянством, будучи интеллектуально сохраняемыми, избегает огласки о своем обращении в наркологическое учреждение. С учетом этого из года в год расширяются анонимные формы лечения как в кабинетах, так и в хозрасчетных кабинетах и амбулаториях, где лечение проводится на хозрасчетной основе. Эти лица на диспансерный учет не берутся, но учитываются в количестве обращений для определения объема работы соответствующих кабинетов. При заполнении амбулаторной карты гражданину выдается фишка с номером амбулаторной карты или кодовым наименованием.

При первичном обращении больного медицинский регистратор на основании документа, удостоверяющего личность, заполняет на него индивидуальную карту амбулаторного больного (учетная форма № 25). Далее запись в ней делает врач при каждом общении с больным. Индивидуальные карты хранятся в алфавитном порядке по территориальному признаку в регистратуре наркологического диспансера или наркологического кабинета.

Одновременно при первичном обращении больного за помощью на него заполняют контрольную карту диспансерного наблюдения за психически (наркологически) больным (учетная форма № 030-1/У). Карта состоит из двух частей: основная остается в учреждении, заполняясь ее, отрывной талон направляют в статистический центр по психиатрии по территориальной принадлежности.

При выздоровлении, выбытии с данной территории, передаче под наблюдение в другое лечебное учреждение, отсутствии сведений в течение года или наступлении смерти больного на него заполняют статистический талон снятого с диспансерного учета психически (наркологически) больного (учетная форма № 030-2/У).

Обе учетные формы (№ 030-1/У и № 030-2/У) для динамического учета хранят в кабинетах участкового психиатра-нарколога в наркологическом и психоневрологическом диспансере или общесоматической поликлинике, центральной районной больнице (ЦРБ), МСЧ, здравпункте или др.

Вследствие особенностей течения алкоголизма и наркомании, страдающие этими заболеваниями должны находиться на длительном учете и регулярно проходить поддерживающие курсы лечения. У этих больных возможно возникновение психозов, они склонны к совершению общественно-опасных поступков и постоянным нарушениям норм поведения. Исходя из перечисленных особенностей, непрерывное наблюдение за этим контингентом больных регламентировано приказом по Министерству здравоохранения СССР «Об утверждении обязательных минимальных курсов лечения больных хроническим алкоголизмом» и определено сроком в 5 лет. Этим же приказом оговорены и основные принципиальные схемы лечебных мероприятий, которые должны проводиться на каждом году учета, что составляет непрерывный и ответственный цикл комплексной терапии.

Для постоянного наблюдения за больным не только в пределах годовых этапов учета, но и терапевтических курсов и других ежедневных курсов лечения рекомендуется лечебно-профилактический учет. Этот вид учета отличается оперативностью и динамичностью. Он позволяет медицинскому работнику (врачу, фельдшеру-наркологу, медицинской сестре) в любой момент ориентироваться в проведении терапии и контролировать ее выполнение. Для этого при назначении больному курсов лечения или отдельных процедур на него заводят «Лист врачебных на-

значений (манипуляционный лист)». Эти листы хранят малых секциях единого ящика картотеки учета. Эти секции делят на число рабочих дней в месяц.

При назначении лечения врач заполняет «Лист врачебных назначений» и вкладывает его в ячейку, соответствующую дню выполнения манипуляции. Средний медицинский работник ежедневно, согласно этим листам, готовит необходимые медикаменты. После выполнения процедур делается отметка в листе и лист вкладывается в ячейку того дня, когда больному назначена следующая процедура. После лечения (курса, отдельных назначений) лист прикладывают к учетной форме № 25 (индивидуальная карта амбулаторного больного).

Под диспансерным наблюдением обязаны находить также лица, зарегистрированные по поводу отдельных случаев немедицинского применения наркотических средств — так называемые экспериментаторы. Эта группа лиц должна находиться под профилактическим наблюдением сроком до 1 г. В этот период необходимо решить вопрос о взятии их на учет или снятии с контроля, если врач путем лечения и психотерапевтического воздействия сумел убедить больного в недопустимости данных отдельных случаев приема наркотиков, изменить его ориентацию в этом вопросе.

Утверждение обязательных минимальных курсов лечения больных алкоголизмом и наркоманией фактически является новой тактикой лечения этих больных. Унификация определенных этапов лечебного процесса как в стационаре, так и в амбулаторных условиях даст возможность максимально использовать те новые методы и средства лечения, которые разработаны в 70-е годы в СССР.

Врачебные должности участковых психиатров-наркологов вводятся в состав наркологического диспансера, при его отсутствии — в штаты психиатрической или общесоматической сети. Последнее обстоятельство очень важно, так как многие города Советского Союза по численности населения (в том числе работающих на промышленных предприятиях) не могут иметь самостоятельных диспансеров.

Не менее существенным следует считать наличие наркологических кабинетов в структуре ЦРБ. Они должны работать под организационно-медицинским руководством межрайонных наркологических диспансеров и главных врачей ЦРБ, ответственных в своих сельских районах за постановку работы в области наркологии.

Основной штатной единицей во внебольничной наркологической сети является участковый психиатр-нарколог, а в поликлиническом отделении диспансера основными структурными подразделениями — кабинеты участковых психиатров-наркологов. В отличие от участковых врачей других специальностей объем рабочей нагрузки участкового психиатра-нарколога складывается из непосредственного приема, патронажного обслуживания больных, а также значительной работы по санитарному просвещению, организации и деятельности фельдшерских наркологических пунктов, постов на производствах, в учреждениях и сельском хозяйстве.

Кроме того, участковый психиатр-нарколог принимает участие в работе экспертных комиссий, комиссий по борьбе с пьянством и алкоголизмом, поддерживает постоянную связь с органами милиции по выявлению попадающих в медицинские вытрезвители лиц, страдающих алкоголизмом, оказывает организационно-методическую помощь в работе ЛТП, организации лечения лиц, выписывающихся из этих учреждений, и др.

Наркологические участки состоят из врачебных наркологических кабинетов и нескольких фельдшерских наркологических пунктов, опирающихся на наркологические посты. Поэтому одновременно с Положением о наркологическом диспансере разработаны и введены в действие Положение о наркологическом кабинете, Положение о наркологическом пункте и Положение о наркологическом посту.

Этим было завершено юридическое оформление участкового звена наркологической службы.

Наркологический участок (наркологическая бригада) в 1976 г. состояла из врача и 1 среднего медицинского работника. После создания наркологической службы она включает врача психиатра-нарколога, фельдшеров-наркологов и общественных наркологических постов. Такая структура участкового звена дает возможность совместно с общемедицинской сетью более активно выявлять лиц, страдающих пьянством и алкоголизмом, проживающих на территории участка, обеспечивать проведение курса комплексной терапии во внебольничных условиях, осуществлять постоянный контакт с общественными организациями, партийными и советскими органами, совместно с ними проводить необходимые профилактические мероприятия. Создалась возможность перехода от наркологического кабинета к наркологической бригаде.

Как правило, наркологические участки должны распределяться равномерно, в зависимости от плотности населения соответствующего района, обычно из расчета 1 участок на 70 тыс. населения, что позволяет осуществлять взаимодействие медицинского персонала не только с общественностью, администрацией предприятия, но и с семьей пациента.

Наркологический кабинет (наркокабинет) психиатра-нарколога может быть организован не только в составе территориального наркологического участка, но и в структуре, например, МСЧ промышленного, строительного предприятия, совхоза, автохозяйстве, если позволяет число работающих на них рабочих и служащих.

Большой объем работы по планированию, организации и методическому руководству всей наркологической сетью ложится на организационно-методические кабинеты диспансеров. Внебольничное отделение диспансера должно обеспечить весь объем лечебно-диагностической работы, необходимый больным, а следовательно, в его работе заметное место отводится диагностическим лабораториям, специалистам (терапевтам, невропатологам и др.) и лечебным кабинетам — процедурным, активных методов лечения, психотерапии (гипнотерапии).

В наркологическом диспансере сосредоточивается и экспертная работа по определению алкогольного опьянения, для чего повсеместно в составе диспансеров имеются специальные кабинеты с круглосуточным режимом работы, кроме того, в составе организационно-методических кабинетов функционируют особые комиссии по отбору лиц, направляемых на лечение и трудовое перевоспитание в ЛТП или ИТК (исправительно-трудовая колония) — для отбытия наказания за совершенные преступления и одновременное лечение от алкоголизма и наркомании.

В наркологических диспансерах должны функционировать лечебно-трудовые мастерские (ЛТМ) со специальным режимом для обслуживания больных, страдающих наркоманией.

В середине 70-х годов оправдал себя новый тип организации полустационарного лечения на промышленных предприятиях — дневные стационары. Такая форма промышленного звена наркологической службы, с одной стороны, имеет много общего с деятельностью наркологических отделений при МСЧ промышленных предприятий, с другой — не отрывает больного от семьи. Важно и то, что для дневного стационара не требуется

столь обширных помещений, как для стационарных наркологических отделений при МСЧ. Дневные стационары также являются одним из этапов лечения больного, который проходил до этого стационарное лечение в наркологическом отделении. Продолжая получать комбинированное лечение в дневном стационаре, больной фактически возвращается в семью и адаптируется в ней после выписки из лечебного учреждения.

Важное место в структуре наркологического диспансера должны занимать наркологические отделения на промышленных предприятиях, в строительстве и сельском хозяйстве для лечения больных хроническим алкоголизмом в сочетании с трудовой деятельностью.

В составе наркологического диспансера желательно иметь различные стационарные отделения (мужские, женские, для больных с психозами). Наличие таких отделений делает диспансер многопрофильным специализированным учреждением, имеющим все вспомогательные диагностические и лечебные кабинеты и службы. В отделениях должны быть тщательно продуманы план и режим дня, целесообразное сочетание лечения, трудовой терапии, отдыха, элементов самоуправления с безусловной строгостью режима. Крайне желательно с момента поступления больных на лечение распределить их по принципу: первично госпитализированных отделять от повторно направленных на лечение.

Обязательный минимум лечения 45 дней, оговоренный приказом Министерства здравоохранения СССР № 291 от 23 марта 1976 г., должен безусловно выполняться. Это относится ко всем страдающим алкоголизмом, поступившим добровольно или доставленным в стационар в состоянии психоза. Наркоманы же, согласно приказу Министерства здравоохранения СССР № 928 от 21 сентября 1976 г., должны получать лечение в течение не менее 60 дней.

Не менее важным звеном наркологической службы является специализированное стационарное звено — наркологические больницы (для лечения больных хроническим алкоголизмом), которые создаются с разрешения министерства здравоохранения союзной республики.

Не допускается содержание в одном отделении стационара больных хроническим алкоголизмом и наркоманией, токсикоманией. Для последних двух категорий больных режим отделения должен быть более строгим, чтобы исключить возможность незаконной

доставки в эти отделения наркотических и других средств, являющихся предметом злоупотребления. Выполнение этого условия является обязательным и обеспечивает успех всего лечебного процесса. Совместное содержание больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией недопустимо также и в связи с отрицательным взаимным влиянием. Отделения для наркоманов и токсикоманов разворачиваются на 35 коек, палаты на 5—10 коек. В отделениях выделяются палаты для купирования абстиненции, активного наблюдения и интенсивной терапии с круглосуточным постом. Минимальный срок лечения 60 дней, а для лиц, страдающих барбитуроманией, — 90 дней. Рекомендуются раздельное содержание первичных и повторных больных. Особо тщательными должны быть наблюдения за больным, осмотр его и его вещей, передач. Запрещается на все время пребывания в отделении хранение наличных денег и отпуска домой, не рекомендуется курение. Обязательно должна быть организована трудовая терапия. При нарушении больными режима, а также при отказе от лечения или повторном употреблении наркотиков они не выписываются из отделения, а дело на них оформляется для направления в ЛТП.

Наркологическая больница — это лечебно-диагностическое учреждение, создаваемое для оказания специализированной помощи больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией. Она имеет строго ограниченный радиус обслуживания (район, город, область, республику) и при наличии наркологического диспансера проводит свою работу под организационно-методическим руководством этого учреждения.

В структуре наркологической больницы рекомендуется организовывать диспансерное отделение или кабинеты для обслуживания населения закрепленного района. В диспансерном отделении необходимо обслуживать не только лиц, страдающих алкоголизмом, но также оказывать профилактическую медицинскую помощь людям, злоупотребляющим алкогольными напитками, но не страдающим алкоголизмом.

В состав наркологической больницы должны входить наркологические отделения (мужские, женские, отдельно для подростков), отделения для лечения психозов, специальные наркологические отделения для принудительного лечения больных алкоголизмом с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, препятствующими их направ-

лению в ЛТП. Кроме того, в структуре больниц могут быть наркологические отделения, располагающиеся на промышленных предприятиях, в строительстве, сельском хозяйстве; дневные стационары с двухсменной работой, ЛТМ, лечебно-диагностические отделения или кабинеты, лаборатории.

Особое значение имеет преемственность в осуществлении всех диагностических и лечебно-оздоровительных мероприятий на уровне больница — диспансер — промышленное предприятие, а также взаимодействие с комиссиями по борьбе с пьянством, администрацией промышленных, строительных и сельскохозяйственных предприятий и организаций, отделами внутренних дел МВД.

Больному, находящемуся на стационарном лечении, выдают справку стандартного образца. Листок нетрудоспособности выписывать категорически запрещается. Госпитализация больных с алкогольными психозами производится по показаниям, независимо от желания самих больных или их родственников, особенно если состояние представляет опасность для окружающих или для самого больного. Иное дело, когда речь идет о стационарном лечении лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией, не сопровождающимися психотическими нарушениями. Выбор метода лечения принадлежит врачу. Он решает вопрос, направить ли больного в стационар или проводить лечение амбулаторно. Однако при всех условиях необходимо стремиться к тому, чтобы у больного сформировалось желание лечиться. В этой работе большая роль принадлежит врачебному и среднему медицинскому персоналу. Такую позицию удастся выработать не сразу, иногда над этим придется долго и кропотливо трудиться, привлекать родных, друзей, товарищей по работе. Таким образом, психотерапевтическое воздействие на больного должно начинаться задолго до начала медикаментозного лечения и сопровождать его на всех этапах продолжительной терапии — стационарной, амбулаторной, поддерживающей, закрепляющей, противорецидивной.

Рекомендуется больных отделения формировать по территориальным зонам обслуживания. В таком едином территориальном отделении целесообразно иметь несколько секций — для госпитализации больных с алкогольными психозами, лиц находящихся на начальном (в среднем 2—3-недельном) этапе лечения и получающих

закрепляющую терапию. Режим первой секции должен отличаться строгостью, тщательным наблюдением за этой категорией больных и соответствовать таковому, установленному для психиатрических стационаров. Во второй секции режим становится более свободным, а в третьей — он может строиться по принципу «открытых дверей». В этих секциях избирается совет больных, имеются элементы самоуправления, однако под строгим контролем и руководством медицинского персонала. Особенно важно установить тщательно продуманную систему наблюдения со стороны средних медицинских работников. Основой такого режима должны быть:

- психотерапевтическая обстановка взаимного доверия и уважения медицинского персонала и больных;
- поддержка и помощь выздоравливающим первичным больным;
- безусловное, сознательное выполнение всех медицинских назначений;
- обязательная трудовая деятельность, физическая активность;
- выработка трезвеннических установок, подготовка психологического климата в семье, на производстве;
- повышение санитарно-гигиенических знаний и воспитание эстетических вкусов к литературе, искусству, здоровым жизненным установкам.

В связи с этим следует учитывать особенности режима наркологических отделений и специфику психики, страдающих алкоголизмом. При элементах самоуправления и относительной свободе весь лечебный климат в отделении должен отличаться высокой профессиональной психотерапевтической направленностью при постоянной твердости, аккуратности в выполнении больными требований режима, лечения и трудовой занятости.

Надо помнить, что во время похмельного синдрома больные стремятся достать спиртные напитки, а при свободном общении это бывает возможным. Некоторые не хотят принимать медикаменты, особенно тетурам. Они обманывают медицинский персонал, прячут таблетки под язык, отдельные лица стараются вызывать рвотные движения после приема лекарств с тем, чтобы освободиться от него. Исходя из сказанного, лучше давать лекарства в виде порошков, растворов, обязательно проводить ревизию полости рта. За особо подозрительными лицами необходимо наблюдение.

Общемедицинская сеть здравоохранения играет большую роль на различных этапах организации наркологической помощи. Прежде всего сюда относятся выявление лиц, страдающих пьянством, алкоголизмом и наркоманией. Такие больные нередко находятся под наблюдением терапевтов, хирургов, дерматовенерологов, фтизиатров и других специалистов по поводу различных заболеваний. При хорошей организации работы, если заподозрен алкоголизм или наркомания, врачи должны заполнять учетную форму № 281-Н, направлять ее участковому психиатру-наркологу, который установит окончательный диагноз и в случае необходимости поставить больного на учет. Особенно важно использовать возможности общемедицинской сети в тех местностях и населенных пунктах, в которых по действующим штатным нормативам невозможно иметь должности психиатров-наркологов.

Для максимального приближения наркологической помощи к населению рекомендуется открывать кабинеты психиатров-наркологов в общесоматических поликлиниках. Это дает возможность установить тесный контакт с врачами других специальностей. Кроме того, некоторые люди, страдающие пьянством, алкоголизмом и наркоманией, охотнее обращаются за медицинской помощью по поводу алкоголизма в общесоматическую поликлинику, чем в наркологический или психоневрологический диспансер.

В крупных общесоматических больницах целесообразно открывать наркологические отделения, а в стационарах с небольшим коечным фондом — наркологические палаты.

В связи с тем что часть больных алкоголизмом и наркоманией отказываются от добровольного лечения, в стране введено принудительное лечение и трудовое перевоспитание этих лиц в ЛТП Министерства внутренних дел СССР. Указами Президиумов Верховных Советов союзных республик срок лечения определен до 2 лет¹. Принудительное лечение не является судимостью, сохраняются все права гражданина — место работы, если он не был уволен до суда, стаж работы, жилая площадь, пенсия и другие.

¹ Указ Президиума Верховного Совета РСФСР от 1 марта 1974 года «О принудительном лечении и трудовом перевоспитании хронических алкоголиков» и аналогичными указами, принятыми Верховными Советами союзных республик.

Согласно разъяснению Пленума Верховного суда СССР от 26 сентября 1975 г., медицинские комиссии дают рекомендации о сроке принудительного лечения, а суд индивидуально решает этот вопрос. Судебным инстанциям принадлежит право досрочного освобождения из ЛТП по представлению медицинских комиссий и администраций учреждения.

В системе организации наркологической службы на органы внутренних дел возложены большие и серьезные обязанности. Это прежде всего пресечение пьянства и хулиганства, связанного с употреблением спиртных напитков. В этом плане большая роль отводится медицинским вытрезвителям. Они призваны выполнять задачи, связанные с кратковременной изоляцией от общества гражданина, находящегося в сильном алкогольном опьянении, и проведением отрезвляющих мероприятий. Хотя медицинские вытрезвители в административном отношении подчинены органам внутренних дел, их задачи значительно шире. В них могут организовываться наркологические кабинеты или наркологические пункты, и здесь должна осуществляться активная работа медицинских работников, так как вытрезвитель — это своеобразный резервуар для выявления новых случаев заболеваний и первичный очаг для проведения лечебной, санитарно-просветительной и воспитательной работы.

В системе Министерства внутренних дел СССР и союзных республик выделены ЛТП, специализирующиеся на лечении и трудовом перевоспитании женщин. Порядок назначения лечения, прохождения этапов освидетельствования, а также режим содержания и лечения в них аналогичен мужским ЛТП. Однако особенности женского алкоголизма требуют специфического подхода к некоторым организационным и лечебным вопросам.

Согласно статьям Уголовного кодекса союзных республик, лицам, совершившим уголовное преступление, наряду с определением срока наказания может быть назначено и принудительное лечение по поводу алкоголизма. Такое лечение осуществляется в ИТК, основные принципы его аналогичны принятым в ЛТП, хотя имеется ряд специфических особенностей, связанных с режимными мероприятиями.

В системе наркологических учреждений здравоохранения имеются специальные отделения для принудитель-

ного лечения для тех категорий больных, которые имеют противопоказания для направления в ЛТП.

Систему наркологической помощи на предприятии, стройке, в автохозяйстве, учреждении, колхозе, совхозе можно представить в такой последовательности: наркологический пост (формируется на общественных началах), наркологический пункт (комплектуется штатными работниками — фельдшерами-наркологами), наркологический кабинет (обслуживается психиатром-наркологом).

Опыт работы наркологической службы в СССР убедительно показал, что решающее значение в комплексном лечении всех категорий больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией имеет сочетание лечебных мероприятий с вовлечением больных в трудовые процессы, трудовую деятельность. Для обеспечения такого комплексного подхода при лечении организованы структурные подразделения (отделения) на промышленных предприятиях, которые обеспечивают эту группу больных необходимым объемом трудовой деятельности. Эти отделения организуются как филиалы, административно входящие в состав наркологических учреждений; их размещают в помещениях, выделяемых промышленными предприятиями. Наркологические учреждения, его медицинский персонал полностью отвечают за организацию и проведение режима и методов лечения в этих отделениях. По договоренности с администрацией предприятий больные этих отделений зачисляются на работу. Таким образом, с одной стороны, больной наряду с другими рабочими предприятия на равных правах трудится и убежден, что его труд полезен, с другой стороны, на него благотворное влияние оказывает здоровый коллектив предприятия. Такое сочетанное действие стационарного лечения, трудовой деятельности и воздействия коллектива оказывается мощным фактором, повышающим терапевтическое воздействие на больного. Он получает заработную плату и премии (если он их достоин), которые предусмотрены для других рабочих соответствующих квалификаций. Это благоприятно сказывается на семейных отношениях больного, который нередко перед поступлением на лечение в связи с пьянством потерял трудовые связи, а иногда утратил и трудовые навыки. На предприятии больные могут получить и новую специальность. После выписки из стационара часть из них возвращается в свои учреждения и предприятия, а те, кто утратил трудовые навыки и трудовые связи, с помощью нарколо-

гических диспансеров, кабинетов в обязательном порядке трудоустраиваются.

На предприятиях, в учреждениях, сельском хозяйстве организуются комиссии по борьбе с пьянством. Основная задача комиссии — предупреждение пьянства и моральной распушенности, проведение профилактической работы, направление на лечение, а в случае необходимости принятие мер принуждения в отношении лиц, употребляющих алкогольные напитки. Одновременно с этим комиссия организует и направляет всю антиалкогольную работу на данном предприятии, в учреждении.

Коммунистическое воспитание трудящихся предполагает бескомпромиссную борьбу против пьянства и алкоголизма, воспитание трезвого образа жизни и поэтому данный раздел работы является одним из важных звеньев в общей цепи мероприятий, направленных на оздоровление населения. Организующим началом должны быть Дома санитарного просвещения и наркологические учреждения.

Общество Красного Креста и Красного Полумесяца также проводит антиалкогольную работу с широкими массами трудящихся, о чем сказано в Уставе Общества. Из актива местных организаций этого Общества в основном формируются наркологические посты на промышленных предприятиях, их следует просвещать и широко использовать в проведении групповых и индивидуальных бесед, собеседований непосредственно на рабочем месте, в короткие минуты перерыва и даже отдыха.

Медицинские секции Всесоюзного общества «Знание» постоянно проводят антиалкогольную пропаганду, воспитывая у трудящихся трезвеннические жизненные установки.

В последнее время в ряде городов нашей страны организуются клубы выздоравливающих — «Анти-Вакх», «Анти-Бахус», «Здоровье» и др. Это своеобразные объединения лиц, в прошлом злоупотребляющих алкоголем, а теперь вылечившихся и пропагандирующих трезвый образ жизни.

В соответствии с постановлениями Партии и Правительства, направленными на преодоление пьянства и алкоголизма, в стране создано Всесоюзное Общество борьбы за трезвость, имеющее республиканские, областные, городские, поселковые, первичные организации.

Всесоюзное Общество борьбы за трезвость играет важную роль в развитии антиалкогольного движения в

стране, а создание первичных организаций Общества способствует решительному оздоровлению нравственно-психологического климата в трудовых коллективах и воспитанию трезвеннических установок.

Глава 5

МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ (ШТАТЫ, ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ)

Медицинские кадры, обеспечивающие работу всех звеньев наркологической службы, делятся на 3 большие группы: врачи, средний и младший медицинский персонал.

Во внебольничной сети — в амбулаториях, наркологических диспансерах или в психоневрологических диспансерах, общесоматических поликлиниках, МСЧ — медико-санитарных частях в соответствии с действующими нормативами должности участковых психиатров-наркологов устанавливаются из расчета 0,2 должности на 10 000 работающих на промышленных предприятиях и в организациях и 0,1 должности на 10 000 остального взрослого населения данного города или поселка. На 1 должность участкового психиатра-нарколога предусмотрена 1 участковая медицинская сестра, 0,5 ставки медицинской сестры социальной помощи и на каждые 5000 работников промышленных предприятий и организаций еще по 1 фельдшеру-наркологу, а также 1 санитарка на 2 кабинета участкового психиатра-нарколога.

В стационарных отделениях наркологических диспансеров или психиатрического и общесоматических учреждений должности среднего медицинского персонала предусматриваются из расчета 1 круглосуточный пост на 30 больных, а в наркологических отделениях при промышленных предприятиях — на 45 человек.

Если в наркологическом отделении имеется 60 коек и более, в нем предусматривается должность сестры-хозяйки, а на каждые 50 человек больных устанавливается 1 круглосуточный пост санитарки или младшей медицинской сестры по уходу за больными.

Учитывая специфический характер деятельности наркологических учреждений, приравненный к труду с повышенной вредностью, на работу в них не принимают

лиц моложе 18 лет. Перед поступлением на работу все будущие сотрудники наркологической службы должны пройти медицинский осмотр и повторять его ежегодно.

При приеме на работу и впоследствии ежегодно все работники проходят специальный инструктаж об условиях труда, особенностях наблюдения и обслуживания больных, правилах внутреннего распорядка, правах и обязанностях сотрудников наркологической службы, о чем делается соответствующая запись в специальном журнале.

Для повышения знаний по специальности организуются постоянно действующие семинары, школы, университеты. Занятия в них проводятся 1—2 раза в месяц в течение 9—10 мес ежегодно. Постоянно следует обновлять программу, вводить в нее сведения о последних достижениях науки и практики.

Участковый психиатр-нарколог возглавляет бригаду, в состав которой входят фельдшера-наркологи и активисты наркологических постов. Он проводит лечебные, профилактические и социальные мероприятия, поддерживает связь с учреждениями и организациями, расположенными на его участке, принимает меры к выявлению больных, страдающих пьянством, алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией на участке. При этом он должен иметь постоянную связь с участковыми терапевтами, цеховыми врачами, врачами медвытрезвителей и других профилей (фтизиатрами, дерматовенерологами, акушерами-гинекологами и др.). На лиц, страдающих наркоманией и выявленных впервые, заполняется учетная форма 281-Н «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом наркомании». Это извещение передается в территориальное наркологическое учреждение, которое для дальнейшего учета высылает его в Постоянный комитет по контролю наркотиков при Министерстве здравоохранения СССР.

Участковый психиатр-нарколог осуществляет динамический учет и наблюдение за состоящими на учете больными (карта динамического наблюдения форма № 030-1/У), поддерживает постоянную связь с соответствующими наркологическими и другими медицинскими учреждениями для решения вопросов госпитализации и дальнейшего диспансерного обслуживания. Он проводит необходимую диагностическую, консультативную и лечебную работу, представляет больных на ВКК и при необходимости на ВТЭК, а также решает вопросы о

плановой или неотложной госпитализации. Он осуществляет 5-летнее динамическое лечение больных, при этом по необходимости решает вопросы социальной и трудовой реабилитации больных, оказывает им социально-бытовую помощь.

Участковый психиатр-нарколог проводит антиалкогольную санитарно-гигиеническую, просветительную работу среди больных, родственников, ближайшего окружения больного, по согласованию с отделами культуры исполкомов, медицинскими секциями общества «Знание», работниками печати участвует в разработке и проведении в жизнь мероприятий по антиалкогольной пропаганде. Он оказывает постоянную консультативно-методическую помощь наркологическим кабинетам общесоматических поликлиник, участковым терапевтам, МСЧ и наркологическим пунктам при промышленных предприятиях.

Большое место в работе участкового психиатра-нарколога занимают вопросы подготовки отдельных больных своего участка для направления в ЛТП, лечебная и реабилитационная работа при возвращении из ЛТП. Участвует в решении вопросов назначения опеки и установлении степени дееспособности больных алкоголизмом. Подростковый психиатр-нарколог, помимо общих лечебно-диагностических и профилактических мероприятий, совместно с работниками детских комнат милиции проводит разъяснительную и санитарно-просветительную работу с подростками и детьми. Вместе с органами просвещения соответствующих ведомств проводит профилактическую и санитарно-гигиеническую работу в школах, ЦТУ, техникумах, интернатах и других учебных заведениях.

Врач-ординатор в наркологическом стационаре выполняет широкий круг диагностических и лечебных обязанностей. Он должен в первые сутки после поступления больного на лечение собрать анамнез со слов больного, родственников, кроме того, от сослуживцев, если последние принимают участие в судьбе больного. В противном случае должен сохраниться принцип врачебной тайны.

После сопоставлений данных субъективного и объективного характера и предварительной постановки диагноза врач делает назначения, касающиеся обследования больного, режима, медикаментозного лечения. В течение 15-дневного пребывания в стационаре необходимо рационально использовать весь комплекс дезинтоксикаци-

онной, общеукрепляющей терапии, витаминотерапии, активного антиалкогольного лечения, трудовой терапии. При этом с первого шага больного в приемном покое его все время должна сопровождать психотерапия, в любых ее видах и сочетаниях.

Выбор методик лечения, продолжительность терапии определяет лечащий врач. При наличии ЛТМ больных следует привлекать к труду. В течение всего периода лечения необходимо поддерживать тесный контакт с родными, постепенно подготавливая лиц из ближайшего окружения больных к правильной оценке болезни. Нужно, чтобы родственники были активными, просвещенными помощниками врача.

Перед выпиской из стационара следует проявить заботу о дальнейшей судьбе больного, особенно трудовом устройстве. Если это необходимо, то, связавшись с участковым врачом, фельдшером по социальной помощи, принять меры в этом отношении. Все время пребывания в стационаре врач делает записи (дневник) в истории болезни, вначале каждые 1—3 дня, затем через 5 дней, а также при необходимости отмечает возникшие осложнения в результате лечения (побочные соматические заболевания, перемену медикаментозных назначений, видов режима, питания и др.). В эпикризе необходимо отметить данные анамнеза, особенно алкогольного, с указанием динамики развития алкоголизма (по преимущественным синдромам), особенности течения заболевания у данного больного, основные рекомендации по дальнейшей тактике лечения. Эпикриз пересылается участковому врачу для дальнейшего наблюдения и лечения.

Особо следует остановиться на работе психиатра-нарколога в наркологическом кабинете на промышленном предприятии. Он осуществляет весь комплекс лечебно-диагностических, санитарно-гигиенических и просветительных мероприятий по профилактике и лечению лиц, страдающих пьянством и алкоголизмом. Большой объем работы ему приходится выполнять совместно со своими помощниками — фельдшерами и активистами наркологических постов по раннему выявлению лиц, склонных к злоупотреблению алкоголем.

Чаще всего выявление и взятие на учет происходит по просьбе самого человека, его друзей, товарищей по работе. Предлагается ряд вопросов, ответы на которые могут помочь выявлению лиц, нуждающихся в медицинской помощи. Эти вопросы могут быть следующими:

— Какие поводы приводят чаще всего к приему алкоголя: стремление к удовольствию или потребность? Как пьете — в одиночку или в компании? Как часто приходится пить? Каковы примерные дозы употребляемого алкоголя? Какие напитки предпочитаете — водку, вино, пиво?

— Есть ли динамика в количестве употребляемого алкоголя — увеличение доз, стабилизация их или падение?

— Испытываете ли влечение к спиртному? Знаете ли свою меру? Бывают ли перепои? Каково самочувствие на утро?

— Были ли после приема больших доз алкоголя нарушения памяти? Есть ли желание опохмелиться? Каковы взаимоотношения в семье? Бывают ли скандалы, как часто?

— Были ли опоздания на работу? Выход на работу в состоянии опьянения? Были ли взыскания по работе? Попадал ли в медвытрезвитель?

Предлагаемый краткий перечень вопросов (они могут быть и иными) позволяет составить примерную «алкогольную» характеристику человека и решить вопрос о его оздоровлении. При выявлении во время беседы таких фактов, как частое употребление спиртных напитков в случайных местах, «за компанию», начинающиеся ссоры в семье, появление на работе или в состоянии опьянения, или после алкогольных эксцессов, попадание в медвытрезвитель можно сделать заключение о бытовом пьянстве.

Учащающиеся приемы спиртного, рост устойчивости к количеству употребляемого напитка, периодическая потеря контроля над количеством выпитого, провалы в памяти на высоте интоксикации свидетельствуют о предвестниках алкоголизма. Далее разворачиваются симптомы начальной стадии болезни. Всем этим лицам необходимо оказать медицинскую помощь. Большое значение имеет выявление лиц, злоупотребляющих алкоголем, но не признанных больными, а также больных алкоголизмом в условиях сельской местности. Этим должны заниматься психиатр-нарколог ЦРБ, его помощники фельдшера-наркологи, активисты наркологических постов. Эпидемиологические данные говорят, что в селе лишь несколько изменены формы злоупотребления, что фактам бытового пьянства не придается зна-

чения. Поэтому описанные выше методики подходов к определению бытового пьянства, предвестников, стадий алкоголизма должны быть на селе теми же, что и в городе, и следует ими пользоваться при выявлении лиц, нуждающихся в медицинской наркологической помощи.

Во внебольничном звене наркологической помощи средние медицинские работники представлены участковыми и патронажными медицинскими сестрами.

Участковая медицинская сестра является первым помощником врача. Она должна хорошо ориентироваться на участке обслуживания, разбираться в его границах, предприятиях, транспортных, строительных организациях, учреждениях, расположенных на этой территории, находиться в контакте с имеющимися наркологическими пунктами, фельдшерами-наркологами. Участковая медицинская сестра должна также знать основные контингенты состоящих на учете больных, помогать врачу вести динамический учет, строго следить за правильным движением учетной формы № 030-1/У по ячейкам картотеки пяти групп динамического учета.

Патронажные медицинские сестры по заданию участковых психиатров-наркологов осуществляют постоянное наблюдение за больными. Они проводят патронаж, занимаются изучением среды, окружающей их в домашних условиях, посещают производственные коллективы, добиваются через администрацию, общественные организации оздоровления обстановки, в случае необходимости — перевода на другие виды работы.

Ведущими задачами патронажных медицинских сестер является оказание социальной помощи больным, их семьям и близким, оказание помощи в разрешении семейных проблем, решении жилищных вопросов и др. Большую работу патронажным медицинским сестрам нужно проводить с лицами, вернувшимися после лечения из ЛТП или ИТК, по организации поддерживающего лечения.

Многие из страдающих алкоголизмом, токсикоманией и наркоманией считают, что они уже вылечились и не хотят проходить систематические курсы лечения на протяжении 3—5 лет, в связи с чем они нередко меняют место жительства, работу, скрываются от медицинских работников, не приходят на прием к врачу, обманывают медицинский персонал при проведении лечения. Все это требует дополнительного времени, уси-

ний, включения в эту работу органов милиции, администрации, общественных организаций, постоянных комиссий по борьбе с пьянством Советов народных депутатов, промышленных предприятий, строек, организаций.

При работе в стационаре средний медицинский работник должен обеспечить наблюдение за больными, своевременное и качественное описание поведения и высказываний больных. Медицинская сестра обязана особенно тщательно проводить в жизнь требования режима отделений. Основами его должны быть принцип психотерапевтического подхода с глубоким пониманием и сопереживанием судьбе больного, создание обстановки взаимопонимания, обязательное строгое соблюдение принципов режима, сохранение медицинской тайны. Наблюдение за поведением больных требует от персонала повышенной бдительности, наблюдательности. В стационарах ведутся специальные журналы наблюдения, в которых медицинские сестры ежедневно описывают поведение, высказывания больных. Эти записи должны отличаться наблюдательностью, высоким профессионализмом. Средние медицинские работники осуществляют также наблюдение за участием больных алкоголизмом и наркоманией в трудовых процессах и особенно за их трудовым устройством на промышленных предприятиях, стройках.

В наркологической службе особое место занимает фельдшер-нарколог. Как сказано в Положении о фельдшере-наркологе фельдшерско-наркологического пункта (1976), он является организатором наркологической службы на промышленном, строительном, автотранспортном предприятии, а также в сельском хозяйстве.

Фельдшерский наркологический пункт — одно из внебольничных звеньев единой наркологической службы города (района, области) и полностью подчиняется ей по всем организационно-методическим и лечебным вопросам. Вся работа фельдшерского наркологического пункта проводится под постоянным организационно-методическим и лечебно-консультативным контролем психиатра-нарколога (участкового или наркологического кабинета). Вместе с тем фельдшер-нарколог наделен большими полномочиями — ему доверяют не только выявление, учет, наблюдение за больными, а также проведение по назначению психиатра-нарколога активного поддерживающего лечения больных алкоголизмом. Лечение может проводиться в помещении наркологического пунк-

та, а некоторые его виды (поддерживающая и др.) — непосредственно на предприятии, в учреждениях.

Фельдшер-нарколог осуществляет патронаж своих больных, тщательно наблюдает за регулярностью и аккуратностью выполнения ими поддерживающего лечения, а при срывах лечения немедленно сообщает об этом врачу. Во всей этой работе фельдшер-нарколог опирается на наркологические посты, поддерживая с ними повседневную оперативную связь.

Разнообразные виды работы требуют тесного контакта фельдшера-нарколога с комиссиями по борьбе с пьянством, администрацией, общественными организациями предприятий, учреждений, участковыми уполномоченными милиции, народными дружинами. Он должен принимать непосредственное участие во всех мероприятиях по борьбе с пьянством и алкоголизмом, проводимых в зоне обслуживания, совместно с отделами кадров промышленных предприятий, учреждений, помогать в трудовом устройстве своих больных и вместе с комиссиями по борьбе с пьянством оказывать содействие в осуществлении наставничества над лицами, злоупотребляющими алкоголем. Фельдшеру-наркологу надлежит постоянно заниматься санитарно-просветительной работой и проводить оздоровление микросоциальной среды, окружающей пациентов на работе и дома. В наркологическом пункте фельдшер-нарколог ведет необходимую учетно-оперативную документацию. Особое место в учете и лечении должны занять лица, получившие лечение в стационарах и выписанные на амбулаторное лечение. На специальном учете должны находиться выписанные из ЛТП.

В системе Министерства внутренних дел СССР проводятся активные мероприятия по борьбе с пьянством и алкоголизмом. Особо важная роль здесь принадлежит медицинским вытрезвителям и ЛТП. В зависимости от мощности медицинских вытрезвителей в них могут работать несколько фельдшеров, медицинских сестер. Один из фельдшеров является старшим и несет ответственность за постановку санитарно-гигиенической и лечебной работы.

Главные задачи персонала медицинского вытрезвителя заключаются в следующем:

— проведение тщательного первичного осмотра клиентов;

— отдифференцирование лиц, нуждающихся в пребывании в медицинских вытрезвителях в связи со степенью опьянения, от людей, попавших туда случайно или в связи с нераспознанным соматическим заболеванием;

— определение степени опьянения и проведение необходимых мероприятий по быстрому вытрезвлению;

— предотвращение во время проведения лечебных мероприятий возможных осложнений как следствие опьянения или иных причин;

— обеспечение санитарно-гигиенического режима;

— выявление лиц, страдающих пьянством и алкоголизмом и обеспечение взятия их на учет наркологическими учреждениями;

— организация антиалкогольной санитарно-просветительной работы с каждым клиентом.

Необходимо выделять впервые попавших в медицинский вытрезвитель «случайных» лиц и тех, кто оказывается в них повторно. Для этого заполняют извещения на повторно задержанных и направляют в наркологический диспансер, наркологический кабинет. Здесь по карточке проводят сверку документов. Если это лицо состоит на наркологическом учете и произошел срыв ремиссии, его немедленно вызывают или доставляют на лечение. В остальных случаях необходимо тщательно обследовать пациента и при выявлении алкоголизма взять на учет и лечить его. В тех случаях, когда речь идет о срыве ремиссии у человека, страдающего алкоголизмом, или о запое, одного вытрезвления недостаточно, чтобы снять явления похмельного синдрома. Поэтому очень важно вовремя выявлять таких людей и передавать под наблюдение наркологического учреждения.

Таким образом, медицинский вытрезвитель является местом для выявления новых случаев заболеваний и первичным очагом для проведения санитарно-просветительной работы.

Глава 6

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ В НАРКОЛОГИИ

Законодательные акты касаются как разделов социально-правовых, так и медицинских. Группа законо-

дательных актов определяют порядок производства спиртных напитков и торговли ими. Это очень важная часть, показывающая, как государство регулирует производство и торговлю спиртными напитками. Другая группа законодательных актов уголовного права связана с вопросами пьянства, алкоголизма, административного права, регламентирующего потребление спиртных напитков. Третья группа законодательных актов определяет роль и задачи общественных, партийных и советских органов в вопросах борьбы с пьянством и алкоголизмом. И, наконец, законодательные и другие правовые акты, касающиеся вопросов раннего выявления, лечения, оказания профилактической, медицинской помощи пьянствующим лицам. Это раздел — соподчиненный раздел проблемы, возникающий как результат злоупотребления спиртными напитками, а основа борьбы — это те социальные, общественные, законодательные меры, которые предупреждают возникновение пьянства и алкоголизма.

Указ Президиума Верховного Совета СССР «Об усилении борьбы с пьянством» и аналогичные Указы союзных республик в законодательном порядке вводят меры по решительному пресечению самогонварения, дальнейшему укреплению общественного порядка и трудовой дисциплины.

Реклама алкогольных напитков в СССР запрещена не только прямая, но и всякая косвенная. Это свидетельствует о позиции государства по данному вопросу.

Пресса, радио, телевидение обязаны регулярно помещать статьи, выступления, проводить телевизионные сеансы по вопросу борьбы с пьянством, алкоголизмом, разъяснять вред алкогольных напитков, а Министерство здравоохранения СССР, Академия медицинских наук СССР, другие ведомства обязаны планировать такую пропаганду, включать выступления крупных специалистов, ученых, чтобы пропаганда касалась всех аспектов этой проблемы. Это также и моральная обязанность всех специалистов — рассматривать антиалкогольную пропаганду не только как служебную обязанность, но как свой гражданский долг.

Общеизвестный факт, что объем производства спиртных напитков и возникающая вследствие этого проблема пьянства и алкоголизма имеют прямую связь. Из 100 потребителей 1 заболевает алкоголизмом. В связи с этим большое значение придается регулированию про-

...водства алкогольных напитков. В связи с майскими 1985 г. Постановлениями ЦК КПСС и Совета Министров СССР идет планомерное последовательное сокращение производства крепких спиртных напитков, низкокачественные вина вообще изымаются из изготовления и продажи. Общеизвестно, что плохого качества спиртные напитки содержат сивушные масла и уксусный альдегид.

Большое значение в преодолении пьянства и алкоголизма придается борьбе с самогонварением, спекуляцией спиртными напитками, нарушениями правил торговли ими. В настоящее время в уголовном порядке карается не только изготовление, но и хранение самодельного или других крепких напитков домашней выработки. Если цели сбыта у самогонщика не было, то он наказывается исправительными работами до 2 лет или штрафом до 300 р. В стране запрещена продажа спиртных напитков в праздничные и воскресные дни, лимитирована продажа крепких спиртных напитков в ресторанах, запрещена их продажа вблизи промышленных предприятий, в учебных заведениях, буфетах. Ограничены часы торговли спиртными напитками. В целях усиления борьбы с пьянством в общественных местах и для оздоровления нашего досуга и быта запрещена продажа и употребление спиртных напитков в санаториях, домах отдыха, санаториях-профилакториях, на туристических базах, в турпоходах, при организации коллективных выездов трудящихся, во всех видах общественного транспорта.

Исключительно важным является раздел законодательства, направленный на профилактику пьянства и алкоголизма у молодого поколения, несовершеннолетних.

Законодательства СССР и союзных республик предусматривают уголовную ответственность за приобщение несовершеннолетних к пьянству или вообще к употреблению алкогольных напитков, а также соответствующую административную ответственность за доведение несовершеннолетних до состояния опьянения (штраф в размере от 50 до 100 р). Если приобщают к алкоголизму несовершеннолетних лица, в служебной зависимости от которых находится несовершеннолетний, то эти лица несут уголовную ответственность и наказываются лишением свободы на срок до 2 лет, исправительными работами на тот же срок или штрафом в размере от 200 до 300 р. За появление несовершеннолетнего в нетрезвом виде в общественном месте

его родители подвергаются штрафу в размере от 30 до 50 р.

Указ Президиума Верховного Совета СССР от 16 мая 1985 г. «Об усилении борьбы с пьянством» предусматривает, что: «Доведение несовершеннолетнего до состояния опьянения родителями или иными лицами, если эти действия по своему характеру не влекут уголовной ответственности, влечет наложение административного взыскания в виде штрафа в размере от пятидесяти до ста рублей». Указ Президиума Верховного Совета РСФСР от 16 мая 1985 г. «О мерах по усилению борьбы против пьянства и алкоголизма, искоренению самогоноварения» и соответствующие Указы Верховных Советов союзных республик подробно излагают ответственность за вовлечение несовершеннолетних в пьянство.

Ответственность за вовлечение несовершеннолетних в пьянство установлена независимо от того, один или несколько раз доводили подростка до состояния опьянения, совершил ли несовершеннолетний под влиянием алкоголя преступление или нет, наступила ли у него вследствие потребления алкогольных напитков болезнь или нет. Если вовлечение несовершеннолетнего в пьянство совершалось определенным лицом систематически, то это лицо наказывается в уголовном порядке лишением свободы на срок до 5 лет (статья 210 Уголовного кодекса РСФСР и соответственно других союзных республик).

Пленум Верховного суда СССР в целях усиления борьбы с такими недопустимыми явлениями, как спаивание несовершеннолетних, вменил в обязанность всех судов при рассмотрении дел о преступлениях, совершенных несовершеннолетними в пьяном виде, в обязательном порядке устанавливать и привлекать к ответственности лиц, виновных в доведении подростков до состояния опьянения.

Законом запрещается принимать несовершеннолетних на работу, связанную с производством, хранением и торговлей спиртных напитков.

Немаловажное значение в законодательстве имеет проблема защиты семьи. Статья 16 Гражданского кодекса РСФСР и соответствующие статьи уголовных кодексов других союзных республик предусматривают возможность установления судебными инстанциями попечительства над лицами, злоупотребляющими алкоголь-

ными напитками и тем самым ставящими свою семью в трудное материальное положение. Такие лица, признанные ограниченно дееспособными, могут получать заработную плату, пенсию или иные доходы и распоряжаться ими лишь с согласия попечителя (за исключением права на мелкие бытовые сделки). Эта мера фактически является имущественно-правовой санкцией за нарушение обязанностей перед семьей, детьми. После прекращения злоупотребления спиртными напитками или наркотиками суд может отменить ограничение дееспособности и снять попечительство.

Статья 59 Уголовного кодекса РСФСР и соответствующие статьи уголовных кодексов других союзных республик о браке и семье предусматривают лишение родительских прав в тех случаях, если поведение родителей или одного из них носит антиобщественный характер (пьянство, разврат, паразитический образ жизни и др.). Лишение родительских прав производится в судебном порядке. Эти дела рассматриваются по заявлению государственных или общественных организаций, одного из родителей или опекунов ребенка либо по иски прокуратуры. Если иск о лишении родительских прав предъявлен одному из родителей, суд выясняет местонахождение другого, привлекает его к участию в деле и обсуждает возможность передачи ребенка на воспитание. Если суд не найдет это возможным или оба родителя окажутся лишенными родительских прав, ребенок поручается заботам органов опеки и попечительства. Одновременно с решением о лишении родительских прав суд взыскивает с родителей алименты. Родитель, лишенный родительских прав, теряет все права, основанные на родстве с ребенком, в том числе право на воспитание ребенка, получение от него содержания в будущем и др.

В типовых правилах внутреннего распорядка для рабочих и служащих государственных предприятий и учреждений отмечается, что за прогул без уважительной причины на рабочего и служащего могут налагаться дисциплинарные взыскания вплоть до увольнения. При этом выход на работу в нетрезвом состоянии приравнивается к прогулу. Статья 17 Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о труде гласит, что расторжение трудового договора по инициативе администрации может произойти при появлении на работе в нетрезвом состоянии (п. 4).

Последние Указы Президиума Верховного Совета СССР и Президиума Верховного Совета РСФСР увеличили санкции за административные правонарушения, связанные со злоупотреблением спиртными напитками^{1,2}. Введена административная ответственность за нарушения трудовой дисциплины. Так, распитие спиртных напитков на производстве или пребывание на работе в нетрезвом состоянии теперь влечет наложение административного взыскания районной комиссией по борьбе с пьянством в виде штрафа в размере от 30 до 50 р. Акт об этом административном правонарушении составляется руководством предприятия и направляется в комиссию по борьбе с пьянством. Может быть наложено также дисциплинарное взыскание и применены меры материального воздействия (лишение премий, выплат по итогам года). Действующее трудовое законодательство сохраняет свою силу. Поэтому лица, появившиеся на рабочем месте в нетрезвом виде, могут быть уволены на этом основании.

Мастера, начальники участков, смен, цехов и другие руководители, участвовавшие в распитии с подчиненными или работниками спиртных напитков на производстве, не принявшие меры к отстранению от работы лиц, находящихся в нетрезвом состоянии, либо скрывшие случаи распития или появления на работе в нетрезвом виде подчиненных им работников, также подвергаются административному взысканию в виде штрафа в размере от 50 до 100 р. Введено особое наказание за совершение такого правонарушения в 3-й раз в течение года: штраф на сумму 50—100 р. либо наказание исправительными работами на срок от 1 до 2 мес с удержанием 20% заработка, а в исключительных случаях — административный арест на срок до 15 сут.

В Гражданском кодексе РСФСР (статья 333) и союзных республик предусмотрено, что выселение из квартиры без предоставления другого помещения может производиться по отношению к тем лицам, которые, несмотря на предупреждения или общественное воздействие, продолжают нарушать покой окружающих.

Целый ряд статей Уголовного кодекса союзных рес-

¹ Об усилении борьбы с пьянством. Указ Президиума Верховного Совета СССР, 16 мая 1985 г.

² О мерах по усилению борьбы против пьянства и алкоголизма, искоренению самогонварения. Указ Президиума Верховного Совета РСФСР, 16 мая 1985 г.

публик предусматривает карательные меры для лиц, совершивших уголовные преступления в состоянии алкогольного опьянения. Эти статьи идут под разными номерами, но сущность их однозначна. В абсолютном большинстве случаев лицо, совершившее преступление в состоянии алкогольного опьянения, признается вменяемым, так как оно (лицо) умышленно ввело себя в такое состояние.

В Уголовном кодексе РСФСР статья 12 гласит, что лицо, совершившее преступление в состоянии опьянения, не освобождается от уголовной ответственности. Суд независимо от назначения наказания может вынести постановление о принудительном лечении лиц, осужденных за преступление, признанных страдающими хроническим алкоголизмом или наркоманией. Принудительное лечение этих лиц осуществляется в местах лишения свободы или специальных учреждениях. В комментариях Уголовного кодекса РСФСР говорится, что совершение преступления лицом, находящимся в состоянии алкогольного опьянения, признается обстоятельством, отягчающим ответственность.

В Указах Президиума Верховного Совета СССР и Президиума Верховного Совета РСФСР (1985) уделено внимание усилению ответственности за управление транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения. Так, за управление транспортным средством в состоянии опьянения или за передачу управления лицу, находящемуся в состоянии опьянения, водители подвергаются штрафу в размере 100 р. или лишаются права управлять транспортным средством на срок от 1 года до 3 лет. Таким образом, правила дорожного движения стали законом, регламентированным административными и уголовными рамками.

Еще более строгие меры наказания предусмотрены для преступлений, связанных с употреблением и распространением наркотических веществ. Кратко их можно свести к следующему: хищение опия, морфина, кокаина, промедола, кодеина, коробочек мака и других наркотических веществ, незаконное изготовление, сбыт, хранение или их приобретение; нарушение установленных правил производства, хранения, отпуска, учета, перевозок, пересылки наркотических веществ; незаконная пересылка наркотических веществ по почте или багажом; посев опийного и масляничного мака, а также конопли без надлежащего на то разрешения; потребление или

приобретение наркотических веществ без врачебного предписания; содержание притонов для потребления наркотиков; склонение несовершеннолетних к употреблению наркотических веществ.

Лица, совершившие любое из указанных выше действий, подлежат привлечению к уголовной ответственности с последующим лишением свободы сроком от 1 года до 10 лет.

Глава 7

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Большая часть больных хроническим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией проходит лечение на добровольных началах. Однако определенное число больных отказывается от лечения по разным мотивам, и в первую очередь потому, что не считают себя больными; лечение таких лиц проводится принудительно.

Безусловно, подход к организации лечения этой группы больных, в первую очередь в правовом аспекте, имеет ряд принципиальных отличий от обычной системы лечебной помощи, оказываемой медициной. Для такой категории больных в советском законодательстве предусмотрено специальное положение, которое дает право на основании ходатайства семьи, родственников, общественных организаций, администрации предприятия и по решению соответствующих судебных инстанций направлять их на принудительное лечение. Так, согласно Указу Президиума Верховного Совета РСФСР от 1 марта 1974 г. и аналогичным указам, принятым Верховными Советами союзных республик «О принудительном лечении и трудовом перевоспитании хронических алкоголиков», в случае, если алкоголик уклоняется от лечения или продолжает пьянствовать после лечения, нарушает трудовую дисциплину, общественный порядок или правила социалистического общежития, несмотря на принятые меры воздействия, он подлежит направлению в ЛТП Министерства внутренних дел СССР для принудительного лечения и трудового перевоспитания¹.

¹ Указ Президиума Верховного Совета РСФСР от 1 марта 1974 года «О принудительном лечении и трудовом перевоспитании хронических алкоголиков» (Ведомости Верховного Совета РСФСР, 1974 г., № 10, ст. 287).

Назначение принудительного лечения важно еще и потому, что лица, страдающие алкоголизмом и отказывающиеся от лечения, приносят вред не только своему организму, но и обществу в целом, ибо являются распространителями алкогольных привычек, традиций.

При решении вопроса о назначении принудительного лечения остаются 2 критерия — социальный и медицинский. Социальный критерий складывается из следующих показаний — нарушение норм поведения в обществе, семье, отрицательное влияние на воспитание детей, безуспешность применения мер воспитательного и административного воздействия, а также ограничение дееспособности. Медицинский критерий складывается из следующих положений — хроническое употребление алкоголя, безуспешность предыдущего лечения или отказ от него, тяжелые случаи хронической, поздней стадии алкоголизма.

ЛТП по своей подчиненности, функциям является своеобразным учреждением. Находясь в системе Министерства внутренних дел СССР, они в организационном отношении подчиняются управлениям внутренних дел. Структура, внутренний порядок ЛТП отвечают основным нормам, регламентированным в учреждениях этого ведомства. Вместе с тем, осуществляя лечебные функции, деятельность ЛТП в методическом и медицинском отношении контролируется органами здравоохранения — наркологическими учреждениями.

Основные задачи ЛТП следующие:

- госпитализация (изоляция) тяжелых контингентов больных алкоголизмом на срок от 1 года до 2 лет;

- общее оздоровление и антиалкогольное активное лечение лица, страдающего алкоголизмом;

- трудовое и моральное перевоспитание больных алкоголизмом и наркоманией;

- оздоровление внутрисемейных отношений, особенно касающихся воспитания детей;

- оформление при необходимости ограниченной дееспособности и предохранение общества от потенциальных правонарушителей;

- добиться прекращения употребления алкоголя или наркотиков лицами, выписавшимися из ЛТП;

- принести экономическую пользу от труда профилактируемых для семьи больного, так как больной получает во время лечения и трудовой деятельности заработную плату.

ЛТП работает на основе хозрасчета, т. е. свои расходы в основном покрывает за счет доходов от результатов трудовой деятельности в производственных подразделениях ЛТП и трудовой терапии больных.

При ходатайстве о принудительном лечении участковые уполномоченные собирают необходимые для судебного разбирательства документы, доставляют будущего профилактируемого на медицинскую комиссию в наркологическое, психоневрологическое или другое лечебное учреждение.

Медицинская комиссия, работающая под председательством психиатра-нарколога, в своем составе должна иметь таких специалистов, как терапевт, хирург, дерматовенеролог и др. Эту же комиссию проходят лица, совершившие уголовные преступления, по которым суд предполагает назначить, помимо срока наказания, и принудительное лечение по поводу алкоголизма в соответствии со статьей 62 Уголовного кодекса РСФСР и соответствующих статей уголовных кодексов союзных республик. От тщательной работы комиссий зависит качественное лечение в ЛТП. Некоторые профилактории лишены возможности проводить ряд лабораторных исследований, поэтому необходимо делать их на этапе прохождения отборочной комиссии (реакция Вассермана, рентгенологические исследования, ЭКГ и др.). Такое обследование позволяет сразу же по прибытии больных в ЛТП начинать лечение, избегать впоследствии в результате противопоказания к лечению досрочной выписки какой-то части профилактируемых.

Комиссия оформляет свои решения специальным заключением. Бывают случаи, когда уже после оформления документов и прохождения медицинской комиссии будущий профилактируемый не является в суд, тогда его в принудительном порядке доставляют туда работники милиции. Постановление суда окончательное, обжалованию не подлежит, органы внутренних дел приводят его в исполнение в 10-дневный срок со дня вынесения. На основании постановления суда человека увольняют с работы без выходного пособия. Время пребывания в ЛТП засчитывается в общий трудовой стаж, который не прерывается, однако отпуск за этот период не предоставляется.

По предоставлению администрации ЛТП, основанному на медицинском заключении, народный суд по месту нахождения ЛТП может продлить не более чем

на 1 год срок пребывания в профилактории лиц, уклоняющихся от лечения. За лицами, которые находятся в ЛТП, сохраняется право на жилую площадь по прежнему месту жительства. За свой труд они получают заработную плату, из которой производятся удержания на покрытие расходов по содержанию в ЛТП и другие удержания на общих основаниях, а после возвращения из профилактория их, как правило, трудоустраивают по месту прежней работы (обязанность помогать в трудоустройстве возложена на исполкомы районных, городских Советов народных депутатов).

Направлению в ЛТП не подлежат лица, не достигшие 18 лет, мужчины старше 60 лет и женщины старше 55 лет, люди, страдающие хроническими психическими болезнями, инвалиды I и II группы, беременные женщины и кормящие матери, лица с тяжелыми заболеваниями, препятствующими пребыванию в этом учреждении (в соответствии с перечнем, утвержденным Министерством здравоохранения СССР № 06-14/12 от 17 ноября 1977 г.). Этих больных направляют в отделения для принудительного лечения в наркологические или психоневрологические учреждения органов здравоохранения в порядке, установленном законодательствами союзных республик.

В ЛТП созданы все условия для сочетания лечебной помощи на уровне наркологического стационара и трудового перевоспитания на предприятиях профилакториев.

МСЧ ЛПТ призвана обеспечить лечебно-профилактический режим. Она должна иметь 10% коек от общего количества мест в ЛТП, кабинеты наркологов, гипногадий, кабинеты для активных методов лечения и процедур, лаборатории, изолятор.

Профилактируемые, получившие достаточное медикаментозное лечение, своим трудом и поведением доказавшие, что у них выработалось правильное отношение к своему состоянию, могут быть освобождены досрочно, отбыв половину срока (если срок лечения превышал 1 год). Специальные медицинские комиссии ЛТП совместно с администрацией обсуждают эти вопросы и свое решение направляют в суд, который компетентен разрешить данный вопрос. В число претендентов на досрочное освобождение не должны попадать лица, которые ранее находились в ЛТП, были направлены на лечение из ИТК, нарушали режим лечения и др. В ЛТП встречаются случаи нарушения режима — отказы от

лечения, распитие спиртных напитков, побегов. В этих ситуациях предпринимаются меры воспитательного, административного воздействия, вплоть до предания суду и назначения срока отбытия наказания в ИТК.

Для улучшения преемственности, в целях закрепления результатов лечения, соответственно проведения поддерживающего амбулаторного лечения после выписки из ЛТП установлены специальные обменные формы учета, позволяющие следить за состоянием ремиссии у излеченных больных, выписанных из ЛТП, на протяжении 2 лет в наркологических кабинетах и диспансерах.

Учитывая особенности наркомании, лица, страдающие ею, находятся под наблюдением и на учете органов Министерства здравоохранения СССР. Для этого установлен порядок взаимной информации между учреждениями двух министерств. На каждого наркомана заполняют учетную карточку в трех экземплярах, один из них остается в учреждении (органе), выявившем наркомана, второй направляется в центральную карту-теку Министерства внутренних дел СССР (территориальные управления внутренних дел), третий — в районный (городской) орган внутренних дел, если наркоман выявлен наркологическим, психоневрологическим диспансером, кабинетом, или в наркологический, психоневрологический диспансер (кабинет), если наркоман выявлен органами внутренних дел. В ЛТП для наркоманов режим содержания отвечает требованиям изоляции, трудового перевоспитания, а лечебные мероприятия проводятся с учетом некоторых особенностей, свойственных этому контингенту (выраженные явления физической и психической астении, сниженная работоспособность, криминальный анамнез).

Определенная специфика имеется в женских ЛТП, у большинства профилактируемых отмечается тяжелое течение процесса с заметной деградацией личности, частыми колебаниями настроения, отрицательным отношением к лечению. Все это требует внимательного подхода к вопросам лечения и перевоспитания.

МСЧ профилакториев имеют амбулаторное и стационарное отделения. Основное лечение проводится амбулаторно. При этом за каждым так называемым отрядом профилактируемых закрепляют врача и среднего медицинского работника, на всех заводят амбулаторные карты. Медицинская сестра должна вести картотеку,

одновременно вызывать профилактируемых на лечение, постоянно бывать в общежитии, на производстве, помогать вести наблюдение за своими подопечными.

В стационарном и амбулаторном отделениях проводят активные методы лечения. Для этого выделяют постоянных медицинских сестер. Они должны уметь распознать осложнения, которые могут наступить во время лечения, например коллапс, ослабление сердечной деятельности, предынфарктное состояние, вегетативный криз и др. В кабинетах должны быть аптечки, а средние медицинские работники должны уметь оказать первую доврачебную медицинскую помощь при этих состояниях.

Отношение к больному, объем лечебной помощи, тактика лечения в ЛТП соответствуют принципам, которые применяются для больных, проходящих лечение на добровольных началах, но больной не может самостоятельно уйти или выписаться из учреждения без разрешения суда.

Считается, что в успехе лечения больных алкоголизмом и наркоманией большую роль играют участие самого больного, его установка, желание помочь врачу в организации лечения и желание излечиться. У больных, которые проходят принудительное лечение в ЛТП, на первом этапе этот важный компонент, повышающий эффективность лечения, отсутствует. Однако, опыт показал, что в последующем, уже после нескольких месяцев пребывания в ЛТП, у больного меняется установка. Он осознает необходимость лечебного вмешательства, активно включается как в лечебные процессы, так и в трудовую деятельность.

Трудовая деятельность больных, которые проходят принудительное лечение, оплачивается так же, как это предусмотрено для работников соответствующего вида труда, при этом имеются условия для того, чтобы больные, потерявшие трудовые навыки или не имевшие специальности, получили специальность. После выписки из этих учреждений больной продолжает лечиться на тех же условиях, что и все другие больные, прошедшие лечение на добровольных началах в диспансерах, и снимается с учета на тех же основаниях. При выписке из ЛТП администрация профилактория для обеспечения преемственности в лечении направляет извещение наркологическому диспансеру по месту жительства больного.

В ряде случаев лица, совершившие уголовное преступление, страдают и алкоголизмом. По приговору суда им назначают меру наказания и одновременно определяют срок принудительного лечения от алкоголизма. В связи с этим в ряде ИТК при МСЧ организуются специальные отделения по лечению алкоголизма.

В условиях ИТК собираются особенно тяжелые контингенты людей с криминальным прошлым, считающих, что злоупотребление алкоголем является их нормой поведения, кроме того, ближайшее окружение придерживается тех же позиций. Установок на трезвый образ жизни большинство из них не имеет. В этих условиях первая и главная задача заключается в том, чтобы попытаться изменить это мировоззрение, сделать так, чтобы у этих людей появилось желание начать лечиться, т. е. психотерапия в этих условиях играет огромную роль. Она может быть индивидуальной, групповой (коллективной), рациональной, сочетаясь с большой психо-гигиенической, санитарно-просветительной работой. Психотерапевтическое воздействие должно быть постоянным. Необходимо также учитывать следующие обстоятельства: часть из этих людей получает срок наказания, превышающий максимальное время принудительного лечения от алкоголизма (т. е. более 2 лет). В этих случаях весь последующий период времени необходимо этих лиц держать на диспансерном учете и проводить им предусмотренное соответствующими приказами поддерживающее лечение в течение 5 лет.

В тех случаях, когда срок наказания меньше, чем предусмотренный приговором суда срок принудительного лечения, они должны по окончании срока наказания переводиться для продолжения лечения в ЛТП. В связи с этим план лечения необходимо строить, исходя из сроков пребывания в ИТК. Однако, основные этапы лечения: предварительное, основное, поддерживающее — должны неукоснительно соблюдаться. Возможна лишь их модификация: интенсивное при укороченных сроках и более длительное при больших сроках заключения. В качестве методов лечения избираются те из общепринятых, которые считает целесообразным применять лечащий врач. В наркологических, психиатрических или психоневрологических учреждениях Министерства здравоохранения СССР для лиц, страдающих алкоголизмом, имеющих осложнения в виде других заболеваний, должны соблюдаться те же 3 этапа лечения.

Продолжительность каждого из них определяет лечащий врач. Последний этап поддерживающего лечения должен начинаться в условиях стационара и затем продолжаться уже в диспансере.

Если есть возможность, то целесообразно этих больных выделять в отдельные палаты, создавать более жесткие условия содержания. Они не должны пользоваться отпусками, как другие больные. Необходимо, чтобы обязательным компонентом режима был трудовой процесс любого характера, возможный в данном учреждении. Среди этих контингентов встречается много лиц, страдающих тяжелыми соматическими заболеваниями, которым не всегда можно назначить основные виды антиалкогольного лечения, такие, как условно-рефлекторные или сенсibiliзирующие. Поэтому подбор видов терапии — очень сложный вопрос, при решении которого следует отдавать предпочтение психотерапии и другим видам (симптоматическая, трудовая терапия, витаминно-, рефлексотерапия).

Отдельные лица, совершившие правонарушение в состоянии алкогольного психоза, признанные невменяемыми и направленные на принудительное лечение, как правило, проходят его в психиатрических учреждениях. Срок лечения судом не устанавливается и оно может быть прекращено в зависимости от улучшения психического состояния таких больных. В этих случаях специальная комиссия выносит решение о возможности прекращения принудительного лечения. Решение комиссии оформляется в виде акта, направляется в суд и только после постановления суда о снятии принудительного лечения больной может быть выписан из стационара. Независимо от психического состояния больного не реже 1 раза в 6 мес его должны осматривать врачи на комиссии и выносить обоснованное решение о продлении срока принудительного лечения. Рекомендуются принудительное лечение этой категории больных проводить в течение не менее 6 мес — 1 год.

Глава 8

ЭКСПЕРТИЗА В НАРКОЛОГИИ

Экспертиза опьянения (алкогольного, наркоманического) — одна из важных сторон деятельности работников

наркологической службы, при ее отсутствии — психиатрической или общесоматической. Экспертиза алкогольного опьянения производится на основании «Инструкции о порядке медицинского освидетельствования лиц, направленных для установления состояния алкогольного опьянения» (приказ Министерства здравоохранения СССР № 523 от 11.11.54).

Внешние проявления алкогольного опьянения в различных его стадиях соответствуют этапам действия алкоголя и зависят от индивидуальных свойств и состояния организма, с одной стороны, и от количества принятого алкогольного напитка — с другой.

В связи с этим диагностику алкогольного опьянения нужно проводить, основываясь на следующих данных:

- поведение и внешний вид обследуемого;
- состояние физиологических функций организма;
- состояние внимания и мышления;
- состояние вегетативных функций;
- результаты координационных проб;
- результаты неврологического исследования;
- результаты лабораторных исследований;
- наличие явлений возможного похмельного синдрома.

Большое значение имеют лабораторные исследования и различные пробы на алкоголь. Проба Раппопорта основана на окислении и разложении перманганата калия, прибавляемого по каплям, этиловым спиртом в присутствии серной кислоты (происходит обесцвечивание).

Исследование продят следующим образом. В 2 одинаковые пробирки, в одну из которых погружается трубка, наливают 2 мл дистиллированной воды. Исследуемый должен прополоскать водой рот, после чего сделать 20—30 выдохов в трубку, которая опущена на дно пробирки. Необходимо проследить, чтобы выдыхаемый воздух прошел в воду и выделился в виде пузырьков. После этого осторожно (по стенке) в обе пробирки наливают по 25 капель концентрированного раствора химически чистой серной кислоты. Затем добавляют по 1 или 2 капли 0,5% раствора перманганата калия. Если в выдыхаемом воздухе содержались пары алкоголя, то через 2—3 мин в пробирке, в которую вдувают воздух, произойдет обесцвечивание раствора до бледно-розового цвета или до полной прозрачности. Если в течение 10—15 мин цвет раствора в обеих пробирках не изменится, то можно считать, что исследуемый не употреблял

спиртного. Следует помнить, что слабоположительная реакция может возникнуть при употреблении незадолго до исследования лекарств, приготовленных на спирте или эфире. Это нужно выяснить.

Проба Шинкаренко — Мохова дает точные результаты. Ее можно проводить даже спящему человеку, если вставить трубку в рот, а ноздри на короткое время зажать. Перед проведением пробы широкий конец трубки через который испытуемый должен подуть, протирают ваткой, смоченной в растворе перманганата калия, затем отпиливают оба конца трубки и предлагают исследуемому дуть в нее в течение 20—30 с. При отсутствии паров алкоголя в выдыхаемом воздухе химический реагент не меняет своего цвета, при положительной реакции образуется кольцо зеленоватого цвета. Чем больше было употреблено алкоголя, тем интенсивнее окраска кольца. При употреблении 0,5 л пива проба бывает положительной одновременно, 10 мл вина — в течение 1 ч, 150 мл водки — 4—5 ч, 0,5 л водки — 15—18 ч. Можно определять алкоголь в моче. Для целей диагностики используется также специальный электронный прибор, позволяющий в любых условиях провести экспертизу опьянения. Его используют сотрудники ГАИ при экспертизе водителей в дорожных условиях. Прибор выдает ответ сразу в виде соответствующих знаков на перфоленте.

Более тонкие химические исследования в условиях лаборатории позволяют вычислить количественное содержание алкоголя в крови, моче, что в свою очередь делает возможным приблизительно определить степень опьянения. Часто концентрации алкоголя менее 1 см^3 на 1 л крови недостаточно, чтобы вызвать видимые симптомы опьянения. При легкой степени опьянения концентрация алкоголя может составить $1—2 \text{ см}^3$ в 1 л крови, средней степени (выраженная) — $2—4 \text{ см}^3$, наконец, при концентрации $5—7 \text{ см}^3$ алкоголя в 1 л крови наблюдается глубокая степень опьянения. Констатируя в крови человека определенные концентрации этилового спирта, можно судить о количестве принятого алкоголя. Однако необходимо учесть весьма большую вариабельность.

В сложных условиях судебно-медицинской экспертизы могут быть взяты пятна крови для определения различных биохимических показателей, которые косвенно могут помочь диагностике. Возможны также анализы мочи для качественного определения в ней продуктов метаболизма этилового спирта.

В последние годы в практику входит использование различных приборов: ПФК-01 — комплекс приборов для психофизиологических исследований; ППС-1 — прибор для определения паров алкоголя в выдыхаемом воздухе и ряд других.

В отдельных случаях экспертизу опьянения приходится проводить на следующий день после употребления спиртного напитка. Здесь могут помочь так называемые остаточные явления или похмельный синдром, который выражается в головной боли, поташнивании, пониженном настроении, выраженных вегетативных симптомах, дрожании языка, пальцев рук и др.

Диагностика алкогольного опьянения может проводиться по различным мотивам, например при подозрении, что данное лицо находится при исполнении служебных обязанностей в состоянии опьянения, или при совершении правонарушения. Направлять на экспертизу могут руководители учреждений и предприятий, административные, следственные, судебные органы. Проводят экспертизу психиатры, психиатры-наркологи, невропатологи или врачи других специальностей. Средние медицинские работники должны ориентироваться в вопросах диагностики степени опьянения, уметь приготовить растворы и другой материал для проведения проб.

Результаты экспертизы оформляются врачебным актом. В нем указывают фамилию, имя, отчество исследуемого, его внешний вид, поведение, состояние сознания, ориентировку, память, речь, неврологические знаки, результаты проведенных проб и исследований. В настоящее время не определяют степень опьянения, а в акте констатируют лишь факт употребления спиртного напитка. Экспертиза факта потребления наркотических средств или патологического состояния в связи с приемом наркотика более сложна, чем алкогольного опьянения.

Экспертиза временной нетрудоспособности

Экспертиза временной нетрудоспособности направлена на определение у рабочих, служащих и колхозников степени и срока временной утраты трудоспособности, которая может наступить в результате заболевания, травмы или другой причины. В этих случаях оформляют листок нетрудоспособности, являющийся единственным документом, дающим право на освобождение от работы и получение пособия по временной нетрудоспособности.

При экспертизе нетрудоспособности необходимо руководствоваться тем положением, что при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, а также вследствие злоупотребления алкоголем (травмы, алкогольный психоз, делирий, хронический алкоголизм) листки нетрудоспособности при амбулаторном и стационарном лечении не выдаются и пособие по временной нетрудоспособности не выплачивается.

Вместо листка нетрудоспособности выписывают специальную справку — учетную форму № 54 — о временной нетрудоспособности при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, а также вследствие злоупотребления алкоголем. Эту справку выдают врачи лечебных учреждений. Номер справки должен соответствовать порядковому номеру в журнале «Книга регистрации листков нетрудоспособности» (учетная форма № 36).

Таким образом, переносит ли человек психическое расстройство в виде алкогольного делирия (белая горячка), галлюциноза, корсаковского психоза или госпитализируется для лечения, он получает на руки лишь документ, оправдывающий невыход на работу, и лишается при этом права на пособие по временной нетрудоспособности. В поликлинических условиях действуют те же правила, более того, при амбулаторном лечении следует вообще воздержаться от выдачи даже справки, а назначить лечение в такие часы, которые не совпадали бы с рабочим временем. Разумеется в отдельных случаях, при выраженных явлениях астении, тяжелой реакции после сеансов лечения, справки можно выписать.

Предусматривается выдача листков нетрудоспособности только в тех случаях, когда алкоголизм является осложнением основного психического заболевания (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз и др.) и приводит к его обострению. При наркомании и токсикомании листок нетрудоспособности выдается.

Судебно-психиатрическая экспертиза

Судебно-психиатрическая экспертиза в СССР охраняет права психически больного человека и служит задачам социалистического правопорядка. Она полностью находится в ведении органов здравоохранения и не оплачивается заинтересованной стороной, что обеспечивает максимальную ее объективность.

Организация и проведение судебно-психиатрической экспертизы определены рядом статей Уголовного, Уголовно-процессуального и Гражданского процессуального кодексов, а более подробно — специальной межведомственной инструкцией Министерства здравоохранения СССР, Прокуратуры СССР и других ведомств.

В СССР судебно-психиатрическая экспертиза может быть назначена в период предварительного расследования, в стадии судебного разбирательства, а также во время отбывания наказания. Экспертиза проводится по предложению органов расследования или по определению суда, а в отношении осужденных — по направлению администрации мест лишения свободы.

При судебно-психиатрическом освидетельствовании лиц, направленных на экспертизу, могут присутствовать представители следственных органов и прокуратуры. Если же экспертиза производится в отношении несовершеннолетнего, допускается присутствие защитника или другого законного представителя. При необходимости проведения экспертизы в условиях стационара подозреваемого или обвиняемого, не содержащегося под стражей, необходима санкция прокурора.

Хотя право назначения судебно-психиатрической экспертизы предоставлено следственным и судебным органам, но право ходатайствовать перед ними о проведении экспертизы предоставлено защите, самому обвиняемому и его родственникам или опекунам.

Основные задачи судебно-психиатрической экспертизы следующие:

1) определить психическое состояние и дать заключение о вменяемости или невменяемости лиц, задержанных или привлекаемых к уголовной ответственности, при возникновении у следственных органов или суда сомнения в их психическом здоровье, а также о необходимых медицинских мерах социальной защиты в отношении лиц, признанных невменяемыми в момент совершения правонарушения или заболевших психически после совершения преступления;

2) определить психическое состояние лиц, у которых обнаружили признаки психического расстройства в период отбывания наказания, и дать заключение о проведении необходимых медицинских мер в отношении этих лиц;

3) определить в необходимых случаях психическое состояние потерпевших и свидетелей;

4) дать заключение о дееспособности лиц, вызывающих сомнения в отношении их психического здоровья у суда в гражданском процессе.

Судебно-психиатрическая экспертиза может проводиться стационарно, амбулаторно, на суде и у следователя, в исключительных случаях — при отсутствии обследуемого заочно по материалам дела, а также посмертно. Судебно-психиатрическая экспертиза на суде, у следователя и в местах лишения свободы может производиться психиатром единолично или комиссией в составе нескольких психиатров в соответствии с постановлением судебно-следственных органов.

В случае возникновения у эксперта затруднений при решении вопроса о психическом здоровье и вменяемости обследуемого он может дать заключение о необходимости производства амбулаторной экспертизы или направлении обследуемого на стационарную экспертизу.

Для осуществления судебно-психиатрической экспертизы органами здравоохранения созданы специальные судебно-психиатрические отделения при психиатрических больницах (стационарная экспертиза), судебно-психиатрические комиссии при диспансерах (амбулаторная экспертиза). Судебно-психиатрическая экспертиза, как правило, проводится комиссией в составе 3 психиатров. При амбулаторной экспертизе, там, где нет такого числа врачей, допускается освидетельствование в составе 2 психиатров. Постоянно действующие стационарные и амбулаторные судебно-психиатрические экспертные комиссии утверждаются вышестоящими органами здравоохранения. Срок стационарной экспертизы, как правило, не должен превышать 30 дней. В случае невозможности в указанный срок дать заключение экспертная комиссия выносит мотивированное решение о необходимости продления этого срока.

Судебно-психиатрическое заключение о психическом состоянии обследуемых, их вменяемости или дееспособности дается на основании психиатрического их обследования, изучения материалов уголовного дела и сведений из прошлой жизни, документов и справок о перенесенных заболеваниях. Все медицинские учреждения (больницы, клиники, диспансеры, поликлиники и др.) обязаны представлять судебно-экспертной комиссии все не-

обходимые для нее сведения и материалы об обследуемом (выписку из истории болезни, справки, данные анализов и др.).

Судебно-психиатрическое заключение оформляется в виде акта, который подписывают все члены комиссии, причем каждый из них несет равную ответственность за его содержание. В случае несогласия одного из экспертов с заключением остальных членов комиссии он имеет право не подписывать акт и представить свое особое мнение, которое прилагается к акту экспертизы.

Заключение экспертов-психиатров является одним из важных источников доказательств по делу, однако оно не обязательно для следствия и суда и оценивается ими. Они могут не согласиться с мнением экспертов. В случае признания заключения экспертной комиссии недостаточно убедительным и неполным, а также в случае разногласия между экспертами органы расследования или суда обращаются в органы здравоохранения с просьбой организовать проведение повторной экспертизы. Последние организуют новую комиссию.

Судебно-психиатрическим экспертом может быть только лицо, имеющее звание врача и прошедшее специализацию по психиатрии. Судебно-психиатрический эксперт имеет право знакомиться с обстоятельствами судебного дела, уяснение которых необходимо ему для производства экспертизы. Советские эксперты-психиатры пользуются правом присутствовать на судебном заседании, совещаться с другими экспертами, задавать вопросы потерпевшим, обвиняемым и свидетелям, что особенно важно при решении вопроса о временном болезненном психическом расстройстве в момент правонарушения.

Судебно-психиатрический эксперт не имеет права разглашать известные ему следственные материалы по делу и данные, полученные им при судебно-психиатрической экспертизе, и сообщает их только следственным и судебным органам по их требованию. За разглашение следственных материалов и данных экспертизы эксперт несет ответственность по соответствующим статьям Уголовного кодекса.

Лица, признанные судом вменяемыми, получают срок наказания и отбывают его в установленном порядке. Тем, кто оказывается невменяемым, назначают принудительное лечение или лечение на общих основаниях. Меры медицинского характера назначаются с учетом как психического состояния больного, так и степени общест-

ненной опасности. Лечение проводится в специальных психиатрических больницах министерств внутренних дел, если общественно опасное действие было особо тяжелым, например убийство, грабеж, изнасилование и т. д., психическое состояние больного может быть причиной повторных общественно опасных действий. В большинстве случаев принудительное лечение проводится в общих психиатрических больницах. Редко при незначительных правонарушениях, типа мелкого хулиганства, медицинская мера может быть сведена к передаче больного под наблюдение участкового психиатра-нарколога и опеку родственников.

Срок принудительного лечения суд не назначает, а определяет в зависимости от психического состояния больного. Специальная медицинская комиссия соответствующего лечебного учреждения (в котором больной получил лечение) не реже 1 раза в 6 мес осматривает всех больных, находящихся на принудительном лечении, и свое мнение оформляет специальным актом. Если состояние больного позволяет изменить меры принудительного лечения и перевести его на лечение на общих основаниях, то акт комиссии направляют в суд, где было вынесено постановление о назначении принудительного лечения. Только суд может решить вопрос о снятии принудительного лечения.

Какие же вопросы вменяемости решаются в наркологической практике? Статья 12 Уголовного кодекса РСФСР и соответствующие статьи уголовных кодексов союзных республик, которые называются «Ответственность за преступление, совершенное в состоянии опьянения», гласит: «Лицо, совершившее преступление в состоянии опьянения, не освобождается от уголовной ответственности. Суд, независимо от назначения наказания, может постановить о принудительном лечении лиц, осужденных за преступление, признанных привычными алкоголиками или наркоманами. Принудительное лечение этих лиц осуществляется в местах лишения свободы или специальных учреждениях». Приведенную статью надо понимать таким образом, что человек приводит себя в состояние опьянения добровольно, заранее предполагая и соглашаясь со всеми последствиями, связанными с этим состоянием. Больше того, он может отдавать отчет в своих действиях и руководить ими. Иначе говоря, лица, совершившие преступления в состоянии обычного алкогольного опьянения, даже утяжеленного, с возможной

амнезией на отдельные моменты, признаются вменяемыми. В СССР совершение преступления лицом, находящимся в состоянии опьянения, признается отягчающим вину обстоятельством. Часть вторая этой же статьи предусматривает принудительное лечение лиц, признанных страдающими алкоголизмом. Заключение по этому пункту дают медицинские комиссии, а суд определяет срок лечения. Принудительное лечение они получают в медицинской части ИТК и ЛТП и должны в дальнейшем находиться на динамическом учете в наркологическом учреждении в течение 5 лет.

Определенные трудности возникают при атипичном течении алкогольного опьянения у лиц с остаточными явлениями вследствие черепно-мозговых травм при совершении ими противоправных действий. Анализ этих случаев показывает, что у испытуемых, как правило, отсутствуют грубые нарушения психической деятельности. По-видимому, такая атипичность обусловлена аффективно-волевыми нарушениями. При значительной выраженности остаточных явлений отмечается относительная независимость поведения от внешних обстоятельств, что следует расценивать как более выраженную неполноценность ЦНС у этих людей, хотя изменения личности не играют существенной роли при совершении правонарушения. Таким образом, лица с диагнозом алкоголизм, как правило, оказываются вменяемыми. Редко, при глубоком слабоумии, они могут быть признаны невменяемыми.

Лица, находящиеся в момент совершения правонарушения в состоянии алкогольного психоза (алкогольный делирий), галлюциноза (острого, хронического) или корсаковского психоза, дипсомании или патологического опьянения, признаются невменяемыми. В этих случаях судом назначается принудительное лечение.

В судебно-психиатрической практике при совершении правонарушения определенную роль играет присоединение к алкоголизму психогенных (обусловленных психической травмой) факторов, осложняющих и утяжеляющих течение основного заболевания. Кратковременное влияние такого фактора на острое алкогольное опьянение видоизменяет картину последнего, в которой начинают преобладать аффективные реакции, особенно у эксплозивных личностей, что проявляется в однотипных, повторных агрессивных действиях, направленных «мимо психогенного фактора». В этих случаях заметно не меняется

сама структура алкогольного опьянения и в экспертной оценке следует исходить из признания таких лиц вменяемыми (статья 12 Уголовного кодекса РСФСР и соответствующие статьи уголовных кодексов союзных республик).

Длительная психогенная ситуация в картину алкогольного опьянения вносит эмоциональную напряженность, заострение индивидуальных свойств личности. Однако экспертные вопросы решаются в этих случаях аналогично предыдущему варианту.

При наличии развивающихся после совершения преступления, на фоне алкоголизма, реактивных состояний возникает вопрос о временном помещении обследуемого на лечение в психиатрическую больницу, до выхода из болезненного состояния. Поскольку реактивные состояния носят временный характер, то этих людей освобождать от дальнейшего наказания по болезни нельзя. При направлении лиц, совершивших преступление на почве алкоголизма, осложненного психогенией, в места лишения свободы целесообразно назначать им принудительное лечение. После отбытия срока и проведения антиалкогольного лечения целесообразно ставить перед судом вопрос о применении к этим лицам статьи 16 Гражданского кодекса РСФСР и аналогичных статей гражданских кодексов других союзных республик об ограничении дееспособности.

Судебно-психиатрическая экспертиза алкогольных психозов бывает очень трудной, ответственной, так как психопатологической симптоматики в момент проведения экспертизы уже может и не быть, а также потому, что некоторые пытаются симулировать старые переживания, т. е. используют прошлый опыт, иные утрируют имеющиеся психотические эпизоды. Следует помнить, что алкогольный делирий может наступить уже в тюрьме после совершенного преступления в период синдрома на этапе предварительного заключения и др.

Лица, страдающие наркоманией и токсикоманией, чаще всего совершают преступления, связанные с добычей наркотиков или средств, необходимых для их приобретения. В подавляющем большинстве случаев они признаются вменяемыми, изредка при психотических расстройствах могут быть невменяемыми.

Судебно-психиатрическим экспертам приходится решать вопросы о психическом состоянии лиц, страдающих алкоголизмом или наркоманией и участвовавших

в различных гражданско-правовых актах. Нередко перед экспертами возникает вопрос об определении дееспособности наркомана или больных алкоголизмом. В таких случаях необходимо учесть некоторые особенности, предусмотренные соответствующими правовыми актами, в частности Гражданским кодексом РСФСР, принятым третьей сессией Верховного Совета РСФСР шестого созыва 11 июля 1964 г. с изменением и дополнением на 1 декабря 1975 г. и аналогичными гражданскими кодексами союзных республик. Лицо, страдающее алкоголизмом, наркоман или токсикоман могут быть признаны недееспособными на общих основаниях в соответствии со статьей 15 Гражданского кодекса РСФСР и аналогичных статей гражданских кодексов союзных республик, если изменение психики или возникшее слабоумие выражены в такой степени, что он не может понимать значение своих действий или руководить ими; на основании заключения судебных психиатров он может быть признан судом недееспособным. Над ним может быть установлена опека. Гражданские акты, совершенные больным алкоголизмом, наркоманом или токсикоманом в психотическом состоянии, признаются недействительными.

В тех случаях, когда у исследуемого имеется, помимо алкоголизма или наркомании, какое-то иное психическое заболевание (шизофрения, эпилепсия др.), то дееспособность устанавливается в зависимости от глубины психотического состояния, обусловленного основным заболеванием.

Законодательство устанавливает также особую возможность ограничения дееспособности граждан, злоупотребляющих спиртными напитками или наркотическими веществами и вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими веществами ставящих свою семью в тяжелое материальное положение. Над такими лицами в соответствии со статьей 16 Гражданского кодекса РСФСР, аналогичными статьями гражданских кодексов союзных республик устанавливается попечительство. Они могут совершать сделки по распоряжению имуществом, получать заработную плату, пенсию или иные виды доходов и распоряжаться ими лишь с согласия попечителя, за исключением совершения мелких бытовых сделок. Для установления попечительства над ограниченными в дееспособности гражданами медицинские комиссии должны определить стадию алкоголизма, наличие психотического состояния или степень изменения личнос-

ти, связанных со злоупотреблением алкоголем или наркотическими веществами. Затем в законном порядке этот вопрос решает суд, а попечителей или опекунов назначают специальные комиссии исполкомов Советов народных депутатов. При прекращении указанным лицом злоупотребления спиртными напитками или наркотическими веществами суд отменяет ограничение его дееспособности. На основании решения суда отменяется также установленное над ним попечительство.

Судебно-медицинская экспертиза

Необходимость в судебно-медицинской экспертизе часто возникает при исследовании трупов или насильственной и скоропостижной смерти. Экспертизу интоксикации этиловым спиртом производят при освидетельствовании потерпевших, подозреваемых и других лиц. Такая интоксикация может иметь самостоятельное, доказательное значение (установление наличия опьянения и его степени) как причина смерти или являться фактором, определяющим поведение и действия субъекта, находящегося в состоянии опьянения (осуществление суицидальных намерений, совершение преступления), или способствовать патогенезу и танатогенезу, например сердечно-сосудистого заболевания, приводящего к смерти.

Принято считать смертельной дозой для человека 6—8 мл чистого этилового спирта на килограмм массы тела — примерно 200—300 мл одноразового приема чистого алкоголя. Однако эти дозы бывают сугубо индивидуальны. Они предложены для определения степени алкогольного опьянения у потерпевших и других лиц и рекомендуется применять и при исследовании трупов. Экспертизу алкогольной интоксикации при исследовании трупа производят для установления факта приема алкоголя умершим незадолго до смерти и возможного его значения в танатогенезе или в происшествии, сопровождающимся летальным исходом, а также при подозрении на наступление смерти от острой алкогольной интоксикации.

Морфологические изменения во внутренних органах при остром отравлении этиловым спиртом неспецифичны, они могут наблюдаться и при других причинах смерти. Однако, сочетание данных макроскопических, гистологических исследований, влияния внешних факторов (низкая температура, водная среда и др.) и результатов судебно-

химических исследований служит основой для экспертного вывода об отравлении алкоголем. В качестве таких данных при наружном осмотре отмечаются сине-багровая окраска трупных пятен, одутловатость и покраснение кожи лица, отек век, выпячивание глазных яблок, резкая инъекция сосудов конъюнктивы. При внутреннем исследовании — полнокровие и отек сосудистых сплетений желудочков головного мозга, вещества большого мозга, точечные кровоизлияния в слизистых оболочках и внутренних органах, гиперемия слизистых оболочек; неравномерное кровенаполнение миокарда (сердечная мышца), отек ложа желчного пузыря, легких, переполнение кровью всей системы верхней поллой вены. Мочевой пузырь, как правило, растянут и переполнен мочой.

При микроскопическом исследовании обнаруживают отдельные неспецифичные морфологические изменения внутренних органов — нарушение проницаемости стенки сосудов всех калибров, вокруг сосудов могут встречаться небольшие кровоизлияния. Общим фоном является венозное полнокровие внутренних органов, особенно головного мозга, почек, печени, селезенки и легких. В легких на фоне полнокровия могут наблюдаться кровоизлияния, эмфизематозное вздутие альвеол, вплоть до разрыва их стенок. При хронической алкогольной интоксикации (на фоне которой нередко происходит отравление) может наблюдаться ложная гипертрофия сердца (в отличие от истинной в миокарде много жировых клеток). Расстройство кровообращения ведет к гипоксии миокарда.

В соответствии с приказами Министерства здравоохранения СССР при подозрении на отравление этиловым спиртом следует направлять кровь и мочу на судебно-химическое исследование, направление других объектов определяется особенностями конкретной экспертизы. При оценке результатов судебно-химического анализа необходимо учитывать возможность образования алкоголя в трупе под влиянием алкогольдегидрогеназы.

Часть II

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМА

Глава I

МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ АЛКОГОЛЯ НА ОРГАНИЗМ

Свойства этилового спирта. Этиловый спирт (этанол, винный спирт) бесцветен, прозрачен, летуч. Он обладает резким запахом, жгучим вкусом. Легко воспламеняется и горит синеватым пламенем, выделяя мало копоти, хорошо растворяется в воде, органических растворителях. Химическая формула C_2H_5OH . Относительная плотность 95% спирта 0,813—0,816, температура кипения 77—78,5 °C.

В организме имеется некоторое количество эндогенного (внутреннего) алкоголя. Физиологическая доза его в крови достигает 0,01—0,03%. В организме вырабатываются специальные ферменты, например каталаза, для его расщепления.

Биохимические превращения этилового спирта в организме. Алкоголь — рафинированное вещество, наделенное энергетическими свойствами и специфической, ярко выраженной токсичностью. Он легко проникает через все биологические мембраны и во все органы, ткани, клетки организма. При его распаде в организме выделяется определенное количество энергии, так называемых пустых калорий. В результате приема алкоголя может наблюдаться витаминная недостаточность, в частности тиамин (витамина B_1), проявляющаяся полиневритами (геморрагический полиэнцефалит), алкогольным бери-бери, недостаточность никотиновой кислоты (витамина PP) (алкогольная пеллагра), а также фолиевой кислоты. К белковой недостаточности относятся такие явления, как гипоальбуминемия, жировая инфильтрация печени, нормохромная анемия.

Основные пути превращения алкоголя, поступившего в организм с пищей (через пищеварительный тракт), изучены довольно грубо. Этиловый спирт как малодиссоциирующее вещество очень хорошо растворяется в воде, особенно в жирах. В связи с этим он легко всасывается слизистыми оболочками нижнего отдела желудка и тонкой кишки и по системе воротной вены поступает в печень. В печени 96% этилового спирта подвергается окислению и только 4% усваивается экстрагепатоцеллюлярно.

Известны 2 пути окисления алкоголя. Основной и более специфический путь распада начинается в присутствии кофермента никотинамидацетилдинуклеотида (НАД) с участием фермента алкогольдегидрогеназы (АДГ) с последующим окислением образовавшегося уксусного альдегида (ацетальдегида) при участии фермента ацетальдегидрогеназы в уксусную кислоту. Оба фермента работают только в присутствии НАД, т. е. они НАДзависимы (НАД необходим для превращения их в активную окисленную форму, сам он при окислении этих ферментов восстанавливается). Процесс окисления алкоголя делят на 2 стадии.

Уксусная кислота соединяется с коэнзимом А, образуется ацетилкоэнзим А (узловой продукт обмена белков, жиров и углеводов), который в норме идет главным образом в так называемый цикл трикарбоновых кислот, или цикл Кребса («лимонный котел»), где сгорает до образования CO_2 и H_2O с выделением энергии. Частично активная уксусная кислота (или ацетилкоэнзим А) используется организмом на синтез кетоновых тел в печени (β-оксимасляная, ацетоуксусная кислота и ацетон), холестерина, жирных кислот и нейтральных (или истинных) жиров (триглицеридов).

I стадия окисления алкоголя до образования уксусного альдегида идет в 5 раз медленнее, нежели II стадия окисления уксусного альдегида до образования уксусной кислоты. Важно подчеркнуть, что если I стадия представлена ферментами печени, то II стадия может с большей или меньшей интенсивностью протекать во многих тканях организма: печени, почках, мозге, так как образующийся в процессе окисления пировиноградной кислоты ацетилкоэнзим А является универсальным метаболитом по сравнению с этиловым алкоголем.

Помимо основного пути окисления алкоголя с участием вышеуказанных НАДзависимых ферментов, АДГ,

ацетилдегидрогеназы, обеспечивающих превращение 80% поступившего в организм алкоголя, описан другой путь окисления этанола — МЭОС (микромальная этанолокисляющая система).

Таким образом, введение больших количеств алкоголя служит причиной возникновения в организме избытка восстановленных форм пиридиннуклеотидов НАДН и НАДФН и дефицита окисленных форм НАД и НАДФ. Создается уникальная ситуация сужения основного метаболического потока превращения в организме главных пищевых веществ. Многие патологические последствия приема алкоголя обусловлены этим и искусственно вызванным пиридиндинуклеотидным дефицитом (дефицитом НАД и НАДФ). Следовательно, алкоголь выступает в организме в роли своеобразного антиалиментарного вещества. Этим объясняется повышение синтеза жирных кислот, жировое перерождение печени, накопление в крови молочной кислоты.

Алкоголь является выраженным депрессантом. В основе угнетения ЦНС лежат нарушение энергетических процессов (цикл Кребса), нарушение процессов биологического окисления, нарушение калий-натриевых ингредиентов мембран клеток. Снижается активность фермента холинэстеразы, осуществляющей обмен ацетилхолина (нервного медиатора).

Большой токсической активностью обладает основной метаболит этилового спирта — уксусный альдегид. Хотя в норме основное его количество окисляется до уксусной кислоты, какое-то количество остается в крови, обнаруживается в различных органах и тканях, в том числе и в головном мозгу. Известно, что уксусный альдегид в 30 раз и более токсичнее самого алкоголя.

Есть предположения о том, что уксусный альдегид вызывает развитие так называемой алкогольной эпилепсии и похмельного синдрома. Следовательно, алкоголь, вводимый в организм, в количествах, превышающих ферментные мощности организма, предназначенные для его окисления, превращается в токсические продукты, оказывающие эйфорический или выраженный депрессорный эффекты, в основе которых лежит глубокое нарушение обменных процессов, приводящих к необратимым поражениям мозга, печени и других органов и тканей.

Действие этилового спирта на высшую нервную деятельность. После приема алкоголя появляется реак-

ция на него прежде всего со стороны ЦНС. Алкоголь действует на нервную клетку — нейрон, нарушает способность к передаче импульсов (возбуждения) с одного нейрона на другой, причем это свойство выявляется еще до того, как изменяются обменные процессы в организме.

Было проведено множество опытов и исследований, и все они подтвердили, что даже при малых дозах алкоголя (20—30 г) фаза интеллектуального и моторного возбуждения продолжается недолго — быстрота ассоциаций снижается по мере действия алкоголя, уменьшается их количество по логическому смыслу и начинают преобладать ассоциации по созвучию, привычным представлениям, чисто внешним поверхностным связям. Количество таких внешних ассоциаций с 10% в начале опыта доходит до 40—45% в конце его. Эти параметры изучали также при выполнении физической работы. Оказалось, что после коротких фаз возбуждения и кажущегося повышения выносливости наступает спад и фиксируется выраженное истощение нервной системы. Состояние незначительного возбуждения, как правило, сменяется стадией вялости и сонливости. Это объясняется тем, что вслед за кратковременным возбуждающим действием алкоголя на нейроны неизбежно наступает период тормозного действия.

Доказано, что алкоголь действует на биоэлектрическую активность мозга. При этом отмечалась прямая зависимость: чем выше доза принятого алкоголя, тем больше дезорганизовывались биоэлектрические потенциалы мозга. А это один из объективных критериев, характеризующих состояние корковых процессов.

Каковы основные патофизиологические механизмы алкогольного опьянения? И. П. Павлов рассматривал картину алкогольного опьянения как один из вариантов центрального торможения. По мере развития алкогольной интоксикации нарушается динамика корковых процессов, т. е. возбуждения и торможения, расстраиваются правильные взаимоотношения между корой большого мозга и подкорковыми областями. Когда эти нарушения достигают значительной степени, наступает выраженное алкогольное опьянение. Люди становятся оживленными, веселыми или, наоборот, грустными, апатичными, теряют чувство такта и меры в отношении к окружающим. Слабеет критика по отношению к своим действиям, понижается чувство ответственности, обна-

жаются инстинкты. Все реакции на внешние раздражители приобретают аффективную окраску — незначительные факторы могут радовать, пугать, приводить к отчаянию, вызывать гнев или ярость.

Нарушается концентрация внимания, логичность мышления. Опыяненный человек не в состоянии слушать других, стремится привлечь к себе внимание, порой становится дурашливым. Появляется склонность к хвастовству, придиристичности. В некоторых случаях высказываются идеи греховности и виновности. Повышается внушаемость. Нарушаются и моторные реакции: человек становится излишне подвижным. Проявляется злобность и агрессивность в отношении окружающих и самого себя или, наоборот, пьяный становится щедрым и великодушным. Речь может стать замедленной, искажается восприятие внешних впечатлений, понижается болевая чувствительность. Изменяется и деятельность внутренних органов: в начале опыянения дыхание учащается, но затем становится более редким и глубоким, усиливается сердцебиение, повышается артериальное давление. С углублением наркоза торможение охватывает подкорковые узлы, вовлекается в процесс мозжечок, частично спинной мозг, расстраиваются вегетативно-сосудистые функции, появляются такие симптомы, как слюноотделение, рвота. Начинает страдать походка и точность движений. В дальнейшем усиливается торможение и наступает глубокий сон.

Психические реакции человека на прием алкоголя в большой степени зависят от таких качеств, как сила, уравновешенность, подвижность раздражительного и тормозного процессов и их соотношения. Усилению реакции на прием алкоголя способствует переутомление, травмы мозга, другие факторы. Прием очень больших доз алкоголя вызывает массивные нарушения функций ЦНС с быстрым поражением спинного мозга и продолговатого мозга. При этом наступают явления глубокого наркоза и потери сознания. Возникает расстройство терморегуляции, нарушаются сердечная деятельность, дыхание. Отсутствуют реакции на внешние воздействия, например на окрик, укол, происходит расслабление мышечного тонуса. Зрачки расширяются и не реагируют на свет. В таком состоянии может наступить смерть.

Более глубокие и стойкие изменения высшей нервной деятельности обнаружены у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом. Опыты, проведенные на животных,

и наблюдения над людьми показали, что имеется прежде всего ослабление тормозного процесса, а в последующем и недостаточность раздражительного. Вначале это выражается в нарушении подвижности этих процессов, затем в патологической инертности и лабильности. Выявлены также изменения во взаимодействии первой и второй сигнальных систем, выражающиеся в неадекватности ответной реакции на раздражитель. Оказалось, что у лиц, страдающих алкоголизмом, снижаются или совсем отсутствуют сосудистые реакции на изменения в окружающей среде.

Все эти нарушения очень стойкие. При воздержании от употребления алкоголя в течение 6 мес и более они в одних случаях приходят к норме (наиболее простые), в других — еще долгое время удерживаются на патологическом уровне. Полученные данные и их динамика могут быть прослежены на энцефалограмме, которая показывает истощение коры большого мозга с инертностью процессов торможения и возбуждения.

Виды алкогольного опьянения. Широкий диапазон различных проявлений простого алкогольного опьянения зависит от многих причин. Главная из них — особенности личности. Имеет значение перенесение в прошлом различных органических заболеваний. Они могут приводить к атипичному течению опьянения, быстро вызывая его. Важно, с каким настроением, установкой был употреблен алкоголь. Если речь идет об увеселительном мероприятии, то и опьянение наступает быстрее. При желании оставаться под контролем, сохранять трезвость удастся на какое-то время оттянуть момент наступления опьянения.

Общеизвестно, что на быстроту и глубину возникновения опьянения оказывает влияние вид алкогольного напитка, уровень содержания в нем этилового спирта. Наконец, немалую роль в разворачивании алкогольного опьянения играет психическое и физическое состояние человека перед употреблением спиртного. При хроническом алкоголизме чаще встречаются смешанные или дисфорические варианты опьянения.

Различают следующие степени опьянения: I — легкая степень опьянения; II — средняя, или степень угнетения высших отделов нервной системы; III — тяжелая, в этом состоянии возможен паралич центральных вегетативных центров; III степень опьянения может также перейти в кому.

Степень (глубину) опьянения можно оценить по некоторым главным признакам. Для I, легкой, степени опьянения они будут следующие: изо рта запах алкоголя нерезкий, часто кратковременный, походка достаточно четкая, возможно моментами спотыкание, сознание ясное. Опьяневший осмысленно, оживленно разговаривает, лишь изредка речь становится сбивчивой, мышление ускоренное, ассоциации возникают иногда по смежности, созвучию, в поведении ощущается легкое возбуждение. Мышечный тонус слегка повышен, реакция на болевые раздражители отчетливая, сухожильные рефлексы обычные, в позе Ромберга отмечается легкое пошатывание, в пробе с приседаниями с закрытыми глазами также легкое пошатывание, почерк может быть с небольшими нарушениями (кривая строчка, разнокалиберные буквы). На запах нашатырного спирта реакция нормальная. Зрачки обычные или слегка расширенные, нистагм отсутствует.

В этой стадии преобладает ослабление внутреннего дифференцированного торможения, вследствие чего растормаживается витальное чувство (процессы, необходимые для жизнедеятельности организма) — повышаются аппетит, либидо, примитивная эмоциональность. В целом описанную картину опьянения можно назвать эйфорической формой опьянения. Существует также дисфорическая форма, для которой характерны преобладание плохого настроения, склонность к конфликтности, агрессивности, придиристость, суицидальные мысли и попытки.

Средняя степень алкогольного опьянения характеризуется прежде всего торможением высших отделов центральной нервной системы. При этом отмечается общая вялость, снижение темпа мышления. Речь становится дизартричной, в ней встречается много повторений.

Главные признаки, характеризующие II, среднюю, степень опьянения, следующие: изо рта явный запах алкоголя, походка шаткая, держится неустойчиво, внимание привлекается с трудом, сознание или ясное, или возможные начальные признаки оглушенности (обнубиляция, редко гиперсомния). Может наступить дезориентировка в окружающем с потерей контроля над собственным поведением. Отсюда циничная брань, неприкрытая сексуальность, потеря стеснительности, открытое отправление физиологических потребностей. Речь смазанная, с персеверацией (бессмысленное, навязчивое повторение

слов, фраз или движений, мысли); помимо снижения темпа мышления, оно характеризуется застреванием, ассоциации застойны, однообразны. Мышечный тонус может быть повышен, однако чаще снижен, человек вял, болевые реакции ослаблены, в позе Ромберга выраженное пошатывание, в пробе с приседаниями с закрытыми глазами — резкое пошатывание. Почерк изменен, становится размашистым, в нем заметно дрожание пальцев, строчки кривые. На запах нашатырного спирта реакция снижена. Сухожильные рефлексы несколько ослаблены, зрачки, как правило, расширены и вяло реагируют на свет, аккомодация и конвергенция не изменены, может быть легкий нистагм.

Глубокая, III, степень опьянения — это состояние, в котором можно наблюдать различные, но глубокие формы расстроенного сознания. На ногах человек не может самостоятельно держаться. Внимание можно привлечь с трудом. Речь невнятная, по существу контакт с человеком невозможен, он что-то неразборчиво бормочет, повторяет отдельные слова, фразы, состояние мышления определить практически не удастся. Может быть вялость, заторможенность или, наоборот, немотивированное возбуждение, эмоциональная сфера угнетена. Реакция на болевые раздражители значительно снижена, писать совершенно не может. Реакция на запах нашатырного спирта кратковременная, а чаще всего отсутствует.

Глубокая степень опьянения в связи с тяжелой интоксикацией может перейти в коматозное состояние, когда внимание больного привлечь невозможно. Наступает мышечная гипотония, температура тела снижается, угасают рефлексорные реакции; отмечаются миоклонии и нистагм; гипостезия вплоть до полного исчезновения болевых ощущений. Кожа становится бледной и холодной. Могут обнаруживаться пирамидные знаки, явления орального автоматизма. Последние характерны для алкогольной комы. Смерть может наступить от паралича дыхательного центра.

Период простого алкогольного опьянения длится после приема больших доз алкоголя в среднем в течение от 6—7 до 12 ч. В зависимости от степени опьянения наблюдаются алкогольный палимпсест («лоскутная память»), амнезия, кроме того, астения, головная боль, субдепрессивное состояние, вегетативные расстройства и т. д. Естественно, степень опьянения определяется физическим и психическим статусом человека, темпераментом и т. д.

Состояния опьянения при хроническом алкоголизме протекают более тяжело, чем простое опьянение, отмечается ряд соматоневрологических нарушений. Главные из них — расстройства координационных актов, а при усугублении опьянения — и автоматизированных действий. Меняется почерк, речь становится невнятной, дизартричной, с пропуском последних букв в словах. Нарушается походка, появляется головокружение, особенно в положении лежа, с таким объективным признаком, как нистагм, интенсивность которого прямо пропорциональна степени опьянения. Снижается чувствительность роговицы и реакции зрачков на свет. Возможны гипостезии и аналгезии. В зависимости от состояния опьянения значительно изменяется порог действия раздражителей, притупляются обоняние, вкусовые восприятия, чувство тепла или холода, а также восприятие зрительных и слуховых раздражителей. Замедляется период адаптации, нарушается цветное зрение, ухудшаются зрительные восприятия в сумерках при слабых цветовых контрастах, что нередко приводит к автомобильным катастрофам у водителей автотранспорта.

Сосудисто-вегетативные изменения выражаются в преобладании действия симпатической или парасимпатической части вегетативной нервной системы в зависимости от конституции и проявляются в гиперемии лица, чувстве теплоты, расширении периферических сосудов, тахикардии, повышении артериального давления, учащении дыхания, а позже — его замедлении. Увеличивается секреция слюнных и пищеварительных желез, усиливаются перистальтика кишечника, диурез.

Атипичные варианты опьянения, или осложненные опьянения, возникают у психопатических личностей, у людей с органической неполноценной высшей нервной деятельностью, а также по мере формирования выраженных стадий хронического алкоголизма. При осложненном опьянении возбуждение достигает большой степени и сочетается с изменением сознания (оглушенность). Основной аффективный фон — это длительная раздражительность и злобность, склонность к агрессии и самоповреждению. Возможно также истерическое поведение с функциональными судорожными припадками. Иногда наблюдаются отрывочные бредовые идеи и галлюцинации. К атипичным вариантам опьянения относят также патологическое опьянение (см. главу «Алкогольный психоз»).

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ АЛКОГОЛИЗМА

Этиологическим фактором алкоголизма является употребление алкоголя. Его употребляют миллионы людей, а хроническим алкоголизмом заболевают лишь 3—10%. Следовательно, только приема алкоголя недостаточно для возникновения болезни, необходимы еще какие-то дополнительные факторы, чтобы развился алкоголизм. К ним относят физиологические, социальные, психологические факторы. По мнению специалистов, под воздействием алкоголя изменяется обмен веществ в организме беременных женщин и плода и это приводит к особой восприимчивости к этиловому спирту родившихся у таких матерей детей.

Большое значение в происхождении алкоголизма отводят нарушениям обмена веществ. Значение биохимических нарушений как этиологического фактора признается далеко не всеми. Часть ученых полагают, что эти изменения происходят в процессе формирования алкоголизма и являются не причиной заболевания, а следствием его, т. е. факторами патогенетического характера. Определенное место в развитии алкогольной болезни занимают факторы естественного и искусственного иммунитета, при которых возможно увеличение продукции морфиноподобных веществ, а они могут привести к развитию физического привыкания к алкоголю. Г. В. Морозов (1980) придает значение развитию иммунологической недостаточности (иммунодефицитное состояние), в основе которой, по-видимому, лежит дефект мембраны Т-лимфоцитов, а также снижение в крови комплемента и ряда антител.

Он же отмечает, что исследования при помощи вживленных электродов показывают искажение функционирования глубинных механизмов высшей нервной деятельности у животных с длительной алкогольной интоксикацией. В основном это нарушение взаимоотношения процессов возбуждения и торможения. Выявляется дисфункция в деятельности вегетативной нервной системы с преобладанием то симпатической, то парасимпатической ее части. Социальные факторы — это целый комплекс, в котором надо учитывать образование, семейное положение, материальное обеспечение, положение индивида в обществе, отношение государства к

алкоголизму и др. Последние исследования показали, что образование не является препятствием к злоупотреблению алкоголем и число лиц, имеющих образование, среди пьянствующих и страдающих алкоголизмом растет. Этому способствуют, по-видимому, питейные обычаи, традиции, согласно которым дружеские встречи, празднества и торжества обычно сопровождаются употреблением спиртных напитков. Интересно отметить, как влияют традиции на поведение населения в разных странах. Во Франции и Италии изготавливается и поглощается примерно одинаковое количество вин. Однако во Франции бутылка вина — один из главных атрибутов стола за завтраком, обедом, ужином. Поэтому здесь уже с утра можно встретить пьяного на улице, в учреждении. В Италии принято пить в основном только вечером и считается плохим тоном напиваться в общественных местах.

Доказано, что среди лиц, страдающих алкоголизмом, большинство составляют холостые, одинокие, разведенные. Известно также, что чаще мужья вовлекают жен в пьянство, а не наоборот. Роль семьи в развитии бытового пьянства и алкоголизма неоспорима.

Материальное положение играет, по-видимому, роль на первых этапах алкоголизма, а затем по мере его развития, изменения положения человека в обществе, снижения по социальной лестнице с потерей или уменьшением заработка прием алкоголя не уменьшается, изменяются лишь сорта и цены употребляемых напитков. Определенное значение имеет политика государства в отношении к потреблению спиртного — чем более она жестока, непримирима, тем труднее втягиваются люди в пьянство и алкоголизм. Определенная часть населения, особенно молодежь, нередко мужчины, чтобы придать себе храбрость, употребляют алкоголь, постепенно втягиваясь в эту привычку.

Анализируя социальные факторы как причины алкоголизации определенной части населения, различные авторы делают акценты на отдельные из этих причин или пытаются сформировать комплексное понимание взаимосвязанных обстоятельств. Полагают (Ю. П. Лисицын, Н. Я. Копыт, 1984), что в пубертатном (подростковом), юношеском возрасте (14—20 лет) большое значение имеют одни причины, а для формирования его в зрелом возрасте — другие. Эти факторы, как они указывают, следующие: 1) неблагоприятные взаимоотношения

между родителями, алкогольные традиции в семье, раннее приобщение к спиртному — факторы, способствующие началу употребления алкоголя; 2) обычаи ближайшего окружения, ориентированные на потребление спиртного, общепринятые алкогольные традиции — факторы, поддерживающие потребление алкоголя; 3) возраст и связанное с ним «особое положение», установка на привычное потребление спиртного — факторы, способствующие злоупотреблению алкоголем; 4) конфликты в семье, низкий культурный уровень, нецеленаправленное использование свободного времени, воздействие профессионально-производственной группы — это факторы, поддерживающие злоупотребление алкоголем. Анализ приведенных обстоятельств позволяет сделать вывод, что все они имеют значение в этом процессе, хотя доля участия каждого из них бывает различной.

Рассмотрим психологические факторы, имеющие значение в развитии алкоголизма. Алкоголь вызывает чувство удовольствия, эйфорию, а также состояние расслабления, облегчение. Первое свойство направляет определенную группу людей к пьянству, алкоголизму как к средству легко провести время, получить удовольствие, употребить алкоголь «от скуки», «от нечего делать» и т. д. К ним относятся лица примитивные, с невысокими интересами, не умеющие найти себе занятие. Во втором случае речь идет о людях, которые в трудной ситуации, не умея с ней справиться, в алкоголе ищут забвения, чувство покоя, отрешенности от окружающего хотя бы на время. Большое значение имеет воспитание, полученное человеком в семье, школе, когда в одних случаях формируются личности, привыкшие легко получать удовольствия или, наоборот, опекаемые сверх меры, не умеющие противостоять жизненным невзгодам.

Часть лиц, неправильно воспринимающих окружающую действительность, свое пьянство объясняют профессиональной занятостью в сфере изготовления, хранения или продажи спиртных напитков. В ряде случаев алкоголизм у детей и подростков развивается, основываясь на подражательстве взрослым, порой как протест против погубленной жизни родителей. В этом случае семья выступает как главный отрицательный фактор.

Определенная часть злоупотребляющих спиртными напитками является так называемыми акцентуированными или психопатическими личностями. Эта группа

людей начинает злоупотреблять алкогольными напитками, как правило, в подростковом, юношеском возрасте. Особенности характера приводят к началу употребления спиртного, затем поддержанию и, наконец, развитию алкоголизма. Доказано, что у различных психопатических личностей динамика развития алкоголизма различна, нарастание симптомов, их смена протекают своеобразно и носят специфический для этой группы характер. К группе лиц, у которых основное место в развитии алкоголизма играют психологические факторы, следует отнести психически больных. Следует сделать оговорку. Эти люди начинают употреблять алкоголь в силу особенностей своих измененных болезнью психологических установок (больные неврозами), нарушений психики (больные эпилепсией), при наличии психопатологической продукции (галлюцинация, бред), нарушении эмоций (депрессия, мания), деградации личности. Подчиняясь общим законам развития болезни, алкоголизм постепенно развивается и у психически больных, правда, при каждой психической болезни он будет иметь свои особенности течения и исхода.

Таким образом, ни одна из названных причин, ни одна из групп главных факторов (физиологических, психологических, социальных), по-видимому, не являются основополагающими причинами. Надо полагать, что алкоголизм моноэтиологичен, ибо в его основе лежит злоупотребление этиловым спиртом, и одновременно полиэтиологичен, так как для того, чтобы болезнь развилась необходимы еще дополнительные факторы. Таким образом, экзогенные причины (алкоголь), условно назовем их причиной 1-го ранга, требуют дополнительно-го экзогенного воздействия отдельных социальных, психологических (экзогенных) и физиологических (эндогенных) факторов, которые можно назвать причинами 2-го ранга. Иначе говоря, только симбиоз этих двух групп воздействия приводит к развитию алкогольной болезни.

Одним из главных вопросов алкоголизма является процесс становления психического и физического привыкания к алкоголю, развития похмельного синдрома.

Механизм развития алкоголизма неясен, но можно представить несколько основных направлений. Главными симптомами, характеризующими алкоголизм, являются психическое привыкание, или стремление к состоянию эйфории, и физическое привыкание, или влечение к

получению физического комфорта. Стремление к эйфории косвенно указывает на исходный сниженный фон настроения. При хроническом алкоголизме эфоризирующий эффект алкоголя снижен и это приводит к необходимости приема дополнительных доз алкоголя, иначе говоря, потере контроля за количеством потребляемого спиртного напитка. Как доказано последними исследованиями, почти все количество принимаемого алкоголя метаболизируется при участии специальных ферментов, имеющих в организме человека и частично продуцирующихся печенью. При алкоголизме этот процесс нарушен, также как и обмен биогенных аминов.

Определенное внимание уделяется вегетативной нервной системе с поочередным преобладанием действия симпатической ее части. В последнее время большое значение придано изучению факторов естественного, искусственного иммунитета, при которых, возможно, увеличивается продукция морфиноподобных веществ, может быть, приводящих к развитию физического привыкания.

Как указывалось выше, 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 утилизация задерживается. В результате в гипоталамусе, среднем мозге, накапливаются дофамины, которые и принимают участие в формировании и развитии похмельного синдрома (Г. В. Морозов, И. П. Анохина, 1980). Похмельный синдром является одним из главных критериев развития алкоголизма, главным признаком физического привыкания. Он наступает после выхода из алкогольного опьянения или запоя и чаще всего имеет депрессивную окраску. Это дает право предполагать, что, помимо описанного механизма, в его основе лежит фармакогенная депрессия, часто замаскированная различными соматическими и реактивными нарушениями. Стремление снять тревогу, подавленное настроение, бессонницу, нередко суицидальные мысли, а также общие симптомы, такие, как разбитость, слабость, болевые ощущения, толкает на повторный прием алкоголя. По-видимому, в состоянии похмельной депрессии накапливается уксусный альдегид или истощаются биогенные амины. Прием алкоголя по механизму антагонизма купирует действие уксусного альдегида, улучшая настроение и создавая чувство физического комфорта.

В патогенетическом механизме, очевидно, определенная роль принадлежит колебаниям поглощения кислорода тканями и мозгом по типу стимуляции на первых этапах опьянения и угнетения при дальнейшей алкоголизации. Большую роль отводят дисфункции трофотропной и эрготропной систем, полагая, что постепенно от начальной к поздней стадии болезни снижаются их функциональные возможности при незначительном преобладании функции трофотропной системы. Механизм изменения толерантности в динамике развития болезни неясен. По-видимому, главную роль играет ускорение окислительных процессов при метаболизме этилового спирта.

Глава 3

СИНДРОМОЛОГИЯ И ДИНАМИКА АЛКОГОЛИЗМА

В связи с массовостью употребления спиртных напитков в мире, особенностями пьянства и алкоголизма и их формирования в болезненное состояние до сих пор еще до конца не сформулировано понятие о главных синдромах и патогенезе. Между тем еще на рубеже нынешнего столетия С. С. Корсаков в своем учебнике по психиатрии указывал на то, что существует постоянное, привычное пьянство, которое с течением времени переходит в болезнь — хронический алкоголизм. Он писал: «...хронический алкоголизм — это совокупность расстройств, вызванных в организме повторным, чаще всего долговременным употреблением спиртных напитков»¹. Ученые называют алкогольную болезнь различными наименованиями: алкогольная (первичная, вторичная, лекарственная) наркомания, алкогольная (острая, хроническая) интоксикация и др. Существует опасение, что отнесение алкоголизма к болезни может повлиять на решение вопроса о вменяемости лиц, злоупотребляющих алкоголем, когда они находятся в состоянии алкогольного опьянения или алкогольной болезни и совершают преступления. Некоторые специалисты воздерживаются от признания алкоголизма болезнью, ошибочно предполагая, что тогда на всех алкоголиков распространится это понятие и ими вынуждены будут заниматься только врачи, исключив участие общественных организаций и ка-

¹ Корсаков С. С. Курс психиатрии.— М., 1901, т. 2, с. 1063.

рающих органов в деле воспитания и перевоспитания человека.

Несмотря на трудности, в последние десятилетия различными авторами за рубежом и особенно у нас в стране описываются отдельные симптомы и синдромы, наблюдаемые при хроническом злоупотреблении алкоголем, выкристаллизовываются главные из них, формируется понятие о характере течения этих синдромов, определяются границы каждого из них. Все яснее становятся (хотя количество гипотез и не уменьшается) этиологическая зависимость развития болезни от физиологических, социальных и психологических факторов, прогноз заболевания в целом и отдельных его симптомов и синдромов. Появляются все новые методы лечения, вскрываются патологоанатомические закономерности, патогномоничные для этой патологии.

Таким образом, создаются достаточные предпосылки для выделения самостоятельной алкогольной болезни, имеющей свою этиологию, патогенез, прогноз, единое лечение и патологическую анатомию.

На современном этапе целесообразно представить динамику развития алкоголизации следующим образом: разовое употребление винно-водочных изделий, несистематический, но более частый прием алкоголя как этап бытового пьянства. Этот период не является болезненным, он характеризует собой лишь легкие личностные девиации, изменение частоты и количества употребляемого алкоголя. Точного количественного критерия, который определял бы этот этап, не существует. Однако у людей на этапе бытового пьянства все чаще возникают ситуации, которые свидетельствуют о появлении предвестников алкогольной болезни, иногда редкие боли в области сердца указывают на начинающуюся сердечную недостаточность.

Предвестники — это ранние симптомы болезни, предшествующие ее основным проявлениям, конец бытового пьянства и переход от злоупотребления алкоголем к болезненному состоянию. Это зарница начинающейся алкогольной болезни, имеющей уже четкие границы и стадии развития¹.

Алкоголизм — это патологическое состояние, характеризующееся постепенным формированием разных ста-

¹ В дальнейшем будут употребляться два термина — алкоголизм и алкогольная болезнь как синонимы, обозначающие болезненное состояние, возникшее в результате неумеренного, систематического приема алкоголя.

дий болезни, когда количественные изменения, накапливаясь, переходят в новые качества. Начальные проявления болезни, как и при других заболеваниях, неясны. Сами пациенты их недооценивают и относятся к ним не критически. Продолжающийся прием алкогольных напитков приводит к формированию более ярких симптомов. В зависимости от времени начала заболевания, частоты употребления алкоголя течение болезни может принять медленный, быстрый, катастрофический характер. При этом болезнь может протекать прогрессивно, стационарно, ремиттирующе и регрессивно. В прямой связи с этим стоит прогноз заболевания. Он сложен, зависит от многих причин. Однако можно говорить о том, что при длительном воздержании от приема алкоголя возможен регресс патологической симптоматики, при первых двух стадиях заметный, при поздней — незначительный.

Существует ряд классификаций алкогольной болезни, например деление ее на стадии, обозначенные семью буквами греческого алфавита — α , β , γ и т. д., классифицируемые как легкая, средняя, тяжелая, невротическая, исходная, энцефалопатическая и др. В последние годы чаще всего употребляется деление стадий на I, II, III. Каждая из предложенных классификаций отражает течение болезни и на каждом отрезке времени была по своему прогрессивна. На современном этапе формирования понятия об алкогольной болезни нам представляется более целесообразным ввести следующие обозначения стадий заболеваний: начальная, хроническая и поздняя (М. Х. Гонопольский, 1982), как наименования, наиболее полно отражающие патогенетическую сущность болезни.

В структуре данного заболевания можно выделить круг предпочтительных синдромов, к которым следует отнести изменяющуюся в процессе алкоголизации организма устойчивость к этиловому спирту, психическое, физическое привыкание. Считают, что такие нарушения, как изменения психики, соматические и неврологические, следует расценивать не просто как осложнения самой алкогольной болезни, а как основные синдромы заболевания, так как они аналогично изменяющейся реактивности, психическому и физическому привыканию имеют свою динамику, тесно связанную с развитием основного страдания и всегда с различной выраженностью присутствуют на разных этапах развития болезни.

В связи с вышеизложенным эти синдромы также целесообразно включить в круг предпочтительных или основ-

ных синдромов алкогольной болезни. В динамике развития алкоголизма происходят качественные изменения симптоматики внутри очерченных предпочтительных синдромов от простого к сложному, иначе говоря, болезнь течет по общим законам детерминизма в рамках определенного стереотипа развития.

Первые признаки встречаются только на уровне предвестников и затухают в начальной стадии алкогольной болезни. Имеющее место на этапе предвестников чувство насыщения (имеются в виду спиртные напитки и обильная, неумеренная еда, так как алкоголь в этих случаях еще может повышать аппетит и стирать границу физиологической сытости) в начальной стадии пропадает (алкоголь уже в меньшей степени стимулирует аппетит, еда принимается в умеренном количестве, а алкоголь в повышенном). Переедание и передозировка спиртного приводят к временному появлению чувства отвращения к алкоголю. Этому способствует чувство тошноты и рвоты. В начальной стадии эти симптомы исчезают. Отвращение пропадает, а рвотный рефлекс подавляется повторяющимся приемом порций этилового спирта, который вызывает дубящий эффект. Известно, что алкоголь абсорбируется всем пищеварительным аппаратом. Главной особенностью его обмена являются цитотоксический эффект, проявляющийся преимущественно в печени, влияние на обмен веществ в других тканях посредством действия производных уксусного альдегида — ацетата, лактата, вторичным воздействием алкоголя на окислительные процессы в печени. Все это уже в самом начале злоупотребления алкоголем приводит к специфическим изменениям детоксирующих ферментов печени и позволяет предполагать возможность дальнейшего развития алкоголизма. В начальной стадии этот феномен усугубляется. Об этом же говорит снижение калия в сыворотке крови, содержания в плазме эритроцитов, фолиевой кислоты, цианкобаламина (витамин B₁₂).

В хронической, поздней стадиях болезни лабораторные исследования дают четкие указания на наличие алкоголизма. Нарушения реактивности — это один из синдромов, говорящих об устойчивости организма к тому или иному внешнему или внутреннему воздействию. Отмечают, что физиологическая толерантность (переносимость) может увеличиваться по отношению к начальным дозам алкоголя в 2—4 раза, а при хроническом алкоголизме — в 8—10 раз.

В динамике развития реактивности организма можно различать своеобразные изменения формы потребления и

опьянения. Так, в период предвестников прием алкоголя эпизодический, но при этом возможны передозировка спиртного, употребление его в больших количествах. В начальной стадии прием алкоголя постепенно становится систематическим. В последующих двух стадиях это уже систематический, имеющий свой ритм, прием спиртных напитков: каждодневные приемы, по определенным дням недели или месяца, по типу псевдозапоев или истинных запойных состояний. Происходит трансформация толерантности к алкоголю. Мысленно можно представить себе следующую линию: в начальной стадии происходит рост потребления алкоголя и кривая толерантности идет вверх. Организм, по-видимому, активнее усваивает поступающий алкоголь и способен переработать дополнительные порции. Рост достигает своего апогея в хронической стадии и высокое плато толерантности держится всю эту стадию. Начало снижения толерантности знаменует собой окончание хронической и переход алкоголизма в позднюю стадию заболевания. Больные отмечают, что вначале они употребляют 150—200 г водки, затем эта порция для получения того же эффекта эйфоризации увеличилась до 800—1000 г, а затем постепенно снижалась до 200—300 г, но это уже были чаще всего вина низкого качества. Вероятно, эта общая тенденция, отмечаемая у лиц в поздней стадии болезни, зависит от нарастающей алкогольной интолерантности (снижении реактивности). Употребление вин низкого качества объясняется тем, что в них содержатся в готовом виде продукты распада этилового спирта, в частности уксусный альдегид, обладающий в 5—10 раз большей мощностью, чем этиловый спирт, и поэтому вызывающий более быстрый эффект.

Некоторые авторы исчезновение рвотного рефлекса как защитную реакцию также относят к нарушениям реактивности. Более целесообразно считать этот феномен начальным признаком хронического алкоголизма. Изменение формы потребления алкоголя, безусловно, один из важных симптомов синдрома нарушения реактивности, так как указывает на утяжеление болезни. Состояние эйфории, возникающее после приема алкоголя, при его систематическом употреблении сменяется чаще угрюмостью, колебаниями начальной эйфоризации в сторону ее снижения. Сам ритм потребления алкоголя изменяется, со временем систематический прием спиртного переходит в запойный — дипсоманию. Если в хронической стадии это псевдозапой (псевдодипсомания), при котором сохраняется систематич-

ность и высокая толерантность, а их чередование зависит от каких-то внешних причин, то истинные запои, регистрируемые чаще всего уже в поздней стадии, характеризуются снижающейся толерантностью, резкой физической и психической астенией и дисфорическими расстройствами.

Психическое привыкание — один из кардинальных синдромов алкоголизма. В периоде предвестников психического привыкания нет. Периодически появляется лишь тяга к употреблению алкогольных напитков. Главным механизмом при этом является стремление получить удовольствие — посидеть в компании, расслабиться, поговорить, потанцевать. При этом иногда теряется чувство меры, а вместе с ним утрачивается контроль за количеством употребляемого алкоголя. Происходит передозировка выпитого и глубокая интоксикация организма.

В начальной стадии болезни появляется желание употребить алкоголь. С одной стороны, это стремление получить зафиксированное в сознании удовольствие, с другой — неосознанная тяга удовлетворить свою потребность в этом состоянии. Чувство влечения к алкоголю увеличивается, а в связи с этим ситуационный и количественный самоконтроль падает. В отличие от периода предвестников большой передозировки употребляемого алкоголя не бывает, зато частота злоупотребления растет.

В хронической стадии качественно изменяется влечение. Оно приобретает обсессивный, т. е. навязчивый, характер, появляются мысли о желании выпить, они приобретают застойный, доминирующий характер. В памяти больного возникают приятные картины, связанные с приемом алкоголя. Больные вначале борются с этим желанием, однако в связи с их неотступностью, недостатком волевых побуждений, доступностью получения спиртного они срываются. Далее ситуационный и количественный самоконтроль, уже ослабленный на предыдущих стадиях, снижается еще более. Кроме того, в этой стадии к психическому привыканию близко примыкает физическое, в виде похмельного синдрома, одним из составных частей которого является психический компонент и отсюда также формируется стремление к психическому комфорту.

В поздней стадии обсессивное влечение стирается, борьба с навязчивыми идеями прекращается, все перекрывается неудержимым, необузданным компульсивным влечением к употреблению алкоголя. Это состояние сравнивают с чувством голода, жажды, которые могут возникнуть у здорового человека. В основе компульсивного влечения, по-види-

тому, лежит психический компонент похмельного синдрома, который, вызывая тягостное состояние психического дискомфорта, толкает на компульсивное влечение к алкоголю. В связи с непреодолимым влечением ситуационного и количественного самоконтроля за употребляемыми дозами алкоголя нет.

Физическое привыкание — это похмельный синдром, или синдром внезапного прекращения (лишения) приема алкоголя. Он сложный по своей структуре, формируется постепенно. В нем различают соматовегетативные, постепенно утяжеляющиеся симптомы, а затем присоединяющийся к ним психический компонент. У некоторых больных он формируется очень медленно, даже при длительном, неумеренном потреблении алкоголя — на протяжении 10 лет и более. В этих случаях нужно искать отдельные соматовегетативные признаки синдрома.

В периоде предвестников похмельный синдром отсутствует. В начальной стадии в большинстве случаев его также не бывает, но у ряда больных он уже может появляться в виде отдельных психических стигм, чаще всего после приема больших порций алкоголя. Это могут быть общее недомогание, тревога, преходящий легкий тремор пальцев рук в вытянутом положении, нарушение аппетита, жажда. Все эти симптомы снимаются приемом крепкого чая, кофе, рассола, душа и других простейших средств.

В хронической стадии похмельный синдром представлен соматовегетативным компонентом: гиперемией лица, верхней половины туловища, потливостью, ознобом, тахикардией, жаждой, высоким диурезом, тошнотой, рвотой, диспепсическими явлениями. Возможны головокружение, тремор рук, нарушение сна, сон становится прерывистый, не дающий отдыха, с кошмарными сновидениями, доходящими до гипногагических галлюцинаций. Все эти симптомы держатся 1—2 сут и постепенно проходят. Тяжесть и выраженность их могут быть различными. На высоте похмельного синдрома прием различных симптоматических средств уже не помогает. Необходима порция спиртного напитка в небольших дозах 50—100 г для того, чтобы состояние улучшилось. К концу хронической, в начале поздней стадии похмельный синдром еще больше усложняется. Помимо описанной соматовегетативной симптоматики, присоединяются неврологические симптомы — тремор конечностей, периферические судороги, возможные эпилептиформные припадки. Выраженным становится психический компонент — тревога, беспокойство, насторожен-

ность, чувство вины, идеи самоуничтожения. Больные рассказывают, что этот навязчивый психический компонент выражается в том, что они обвиняют себя в тяжелом положении семьи, запущенном состоянии детей, нравственном падении, терзают себя всевозможными угрозами совести, картинами прошлого. Настроение бывает сниженным, депрессия может достигать высокого уровня и приводить к суицидальным мыслям и действиям. Чем сохраннее больной, тем психический компонент переносится тяжелее.

Психический компонент считается одним из основных симптомов, указывающих на возможность появления психоза, более того, чем раньше он появился, тем вероятнее становится угроза возникновения психоза. В поздней стадии похмельный синдром затягивается до 7—8 дней. Последними проходят симптомы нарушения сна, навязчивые мысли, чувство психического дискомфорта. Астения может держаться от 2 до 4 нед.

Изменений психики в периоде предвестников не наблюдается. Бывают алкогольные эксцессы, после которых отмечаются астения — общая физическая и психическая слабость, раздражительность, чувство тяжести в голове, снижение работоспособности. Эти симптомы держатся от нескольких часов до нескольких дней в зависимости от степени интоксикации и общего состояния организма. Могут появляться колебания настроения, чаще в сторону раздражительности, вспыльчивости, иногда легкой степени аутизма, стремлении к одиночеству.

В начальной стадии формируется неврастенический симптомокомплекс. Он выражается прежде всего в астеническом синдроме, но это не постинтоксикационное состояние, а более глубокая и длительная физическая и особенно психическая слабость. Это выражается в отсутствии желания трудиться, стимул занятости как бы отходит на второй план. Отмечается повышенная мнительность, ипохондрия. Появляется масса жалоб на общее недомогание, неприятные ощущения в отдельных органах или системах. Больные становятся тревожными, застревают на своих жалобах.

Ночной сон беспокоен, не дает чувства отдыха, между тем в отличие от больных истинной неврастенией утром они легко просыпаются. Отмечаются колебания настроения в течение дня. Мотивы переходов от подъема к спаду, от эйфории к депрессии или раздражительности, вспыльчивости примитивны, наивны, а иногда вовсе отсутствуют. Неврастеническая симптоматика может сохра-

ияться на этапе хронической стадии, но начинают проявляться характерологические особенности личности, формироваться или выкристаллизовываться психопатоподобное поведение.

При астенической психопатизации на фоне общей слабости начинает преобладать одиночное пьянство. В структуре самого синдрома, помимо более выраженной физической и психической слабости, начинают все больше выявляться признаки депрессии и ипохондрии, особенно инертность и тревожность. Больные начинают предъявлять массу жалоб, посещать терапевтов, невропатологов. Нужно помнить, что возможны в этой стадии соматоневрологические нарушения, требующие компетенции врачей-интернов, но главная причина — злоупотребление алкоголем — самими больными вытесняется.

Очень заметными становятся повышенная утомляемость и истощаемость психических функций, больные перестают справляться с работой, постоянно ищут возможность отдохнуть, перекурить, отвлечься, а еще лучше принять очередную порцию алкоголя, который на некоторое время взбадривает организм. Это повышенная утомляемость держится стойко в течение всего дня и вечера. Убывает интерес к работе, семье, любимым занятиям, книгам. Больные становятся безынициативными во всем, кроме поисков алкогольных напитков. Сон нестойкий, кошмарными сновидениями, не приносящий отдыха. Длительный перерыв в приеме алкоголя очень медленно снимает описанную симптоматику, иногда не аннулирует ее до конца.

Апатический тип психопатоподобных нарушений характеризуется прежде всего общим снижением уровня личности больного, резким падением инициативы, отсутствием желания работать при сохраняющемся стремлении к добыванию спиртных напитков. Больные равнодушны, апатичны, теряют прежних друзей, даже собутыльников, время проводят в одиночестве, ничем не занимаясь. Грубых дефектов мышления у них нет, многие из них жалуются на свою судьбу, переживают за родных, однако не проявляют стремления исправить положения. Отмечаются нарушения памяти — они не запоминают новый материал, а старый запас знаний постепенно забывается.

В процессе потребления алкоголя часто формируется истерический тип психопатоподобных нарушений. У больных в поведении начинают проявляться черты демон-

стративности, лживости, самолюбования, стремления работать на публику, быть в центре внимания. Все это сочетается с характерными для алкоголизма сменой настроения, эмоциональной неустойчивостью, безответственностью, легкомыслием. Круг интересов суживается, ограничиваясь желанием пребывать в состоянии опьянения.

Эксплозивный тип психопатоподобного состояния характеризуется вспыльчивостью, нетерпеливостью, грубостью. Иногда больные раскаиваются в своих поступках, сожалеют о них, но, как правило, вину за них перекладывают на других, не связывая свое поведение с приемом алкоголя. Трудно уживаются в коллективе, так как легко вступают в споры, устраивают скандалы, склонны к совершению противоправных действий. Свои алкогольные эксцессы объясняют главным образом различными неприятностями и огорчениями. Круг интересов сужается, работой интересуются мало, интеллектуально-мнестические изменения не очень заметны.

Чаще всего встречаются астенические варианты психопатоподобных изменений личности.

В динамике изменений личностных особенностей играют роль, видимо, социальные, фармакологические (алкоголь) и биологические (организм больного) факторы. При этом у ряда больных с различными психопатоподобными нарушениями наступают одинаковые изменения личности, например лживость, стремление приукрасить свое положение, найти ему оправдание, анозогнозия — непонимание глубины болезни и поэтому недооценка своего состояния, общее оскудение личности — снижение жизненной и интеллектуальной активности. Можно констатировать, что более четко вырисовываются психопатоподобные черты характера и одновременно усиливается деградация.

Следующим важнейшим признаком изменения психики следует считать нарушение памяти. В начальной стадии — это провалы памяти, на заключительных этапах опьянения вызываемые глубокой интоксикацией (по существу наркозом). Они близки палимпсестам (расстройство памяти в виде утраты воспоминаний об отдельных событиях, имевших место накануне), но последние встречаются чаще в начальной стадии болезни. Амнезии появляются уже в хронической стадии, становятся более систематическими. Их объясняют не только интоксикацией мозга, но и нарастающими органическими нарушениями в самых нервных клетках.

В поздних стадиях заболевания все четче вырисовывается общее для всех больных слабоумие (деменция), основанное на органическом поражении ЦНС. Оно характеризуется целым рядом признаков. Этические, моральные нормы поведения отсутствуют, хотя некоторые лица разглагольствуют, морализируют на эту тему. Отсутствует чувство ответственности перед людьми за свое поведение, действия, поступки, они могут быть грубы, бестактны, слезливы, жалостливы. У некоторых отмечается так называемый юмор алкоголиков — банальные шутки, прибаутки, высказывания чаще циничного содержания. Память плохая, суждения примитивны.

Меняются эмоционально-волевые качества. Характерны черствость, холодность, безразличие к окружающему, выраженный эгоизм, колебания настроения — «сиюминутность» поведения, часты дисфории. Колебание настроения, тяжелая депрессия нередко приводят к самоубийству. Больные непоследовательны в своих поступках, несдержанны, нетерпеливы. Одним из ведущих признаков болезни является безволие, неумение доводить до конца задуманное, добиваться поставленных целей. Исключение составляет лишь стремление выпить. Более выраженным становится стремление к одиночеству или компании собутыльников; старые друзья, товарищи, семья отходят на задний план. Прекращается духовный, нравственный рост этих людей. Молодые люди бросают учебу, не интересуются книгами, телевидением, кино. Снижается критика, а поступки оправдываются малозначащими «высокими материями».

Параллельно описанным изменениям личности все резко снижаются интеллектуально-мнестические функции. Особенно страдает запоминание, следовательно, и сохранение в памяти, и воспроизведение нового материала. Кладовые памяти бледнеют, опустошаются также за счет снижения интереса к жизненным явлениям, работе. Оскудевает словарный запас. Резко снижаются способности к творческому интеллектуальному труду, критика к своему состоянию, положению в обществе.

Интеллектуально-мнестические расстройства доходят до таких глубоких степеней, что приходится говорить о корсаковском амнестическом синдроме с глубокими нарушениями памяти, камфабуляциями, вплоть до амнестической дезориентировки. Налицо грубоорганическое поражение ЦНС, как говорил С. С Корсаков, перед нами «тупой, несообразительный, забывчивый человек».

В структуре психических расстройств стоят и алкогольные (метаалкогольные) психозы. В хронической стадии — это острые психозы типа делирия, острого галлюциноза, в последней стадии — острые и хронические психозы.

В появлении соматических нарушений закономерности не наблюдается. Иногда у лиц, злоупотребляющих алкоголем, на протяжении десятков лет не отмечается подобных расстройств, и наоборот, некоторым достаточно непродолжительное время принимать алкоголь, чтобы они проявились.

На этапе предвестников соматических нарушений не наблюдается. В начальной стадии также может не быть никаких жалоб на состояние здоровья. Отмечаемые колебания аппетита чаще в сторону снижения его расценивают нередко не как симптом болезни, а как признаки, связанные с употреблением самого алкоголя и поэтому долго не обращают на них внимания. Некоторые больные жалуются на неприятные ощущения, боли — редкие, непродолжительные, возникающие в различных органах. По-видимому, эти ощущения связаны с непосредственным влиянием алкогольной интоксикации на гладкую мускулатуру этих органов. В хронической стадии заболевания диапазон жалоб соматического порядка резко возрастает, становится более разнообразным; количество органов и систем, вовлекающихся в этот процесс, увеличивается. Соматические нарушения нередко еще носят функциональный характер, но уже имеют тенденцию к рецидивам. В поздней стадии развиваются малообратимые явления. Следует заметить, что и в этой стадии сами больные все другие болезни склонны связывать с любыми причинами, только не со злоупотреблением алкоголя.

Неврологические расстройства в стадии предвестников проявляются нарушением сна. В дальнейшем эти расстройства могут углубляться, в результате чего больные начинают злоупотреблять снотворными средствами. В начальной стадии начинают выявляться, в хронической становятся более выраженными, а в поздней стойко держатся различные вегетативные нарушения. Вначале они появляются при тяжелых алкогольных эксцессах, в структуре похмельного синдрома.

Такие вегетативные нарушения постепенно становятся более глубокими, в связи с чем больные чаще обращают на них внимание.

Уже в начальной стадии возможны нарушения периферической нервной системы. Они встречаются и в последующих стадиях, к ним присоединяются, чаще в поздней стадии болезни, общемозговые, системные неврологические расстройства, инсульты с парезами, параличами.

Таким образом, можно проследить определенную динамику развития алкогольной болезни. На границе бытового пьянства и собственно алкогольной болезни стоит этап предвестников. Физического привыкания нет. Психическое реагирование может выражаться в колебаниях настроения как в сторону повышения, так и в сторону понижения аффекта. После алкогольного эксцесса часто выявляется астенический синдром. Его глубина и продолжительность стоят в прямой связи с количеством употребленного алкоголя и реакцией организма на эту дозу. Соматических нарушений нет, могут быть проходящие расстройства со стороны отдельных органов или систем, вызванные высокой интоксикацией.

Неврологических нарушений также нет, лишь в дни приемов алкоголя возможны нарушения сна. Активная антиалкогольная пропаганда на этом этапе наиболее эффективна. При воздержании от приема алкоголя этот период самый благоприятный в смысле восстановления всех функций организма.

Начальная стадия — это собственно алкогольная болезнь, где в той или иной степени выражены или начинают формироваться основные синдромы алкоголизма. Начальные признаки в виде чувства насыщения, рвоты, отвращения к алкоголю пропадают. Изменяется устойчивость на алкоголь, что выражается в растущей толерантности и переходе от эпизодического к систематическому приему алкоголя. Дозы принимаемого алкоголя могут повышаться в 3—5 раз. Психическое привыкание к алкоголю отмечается в форме обсессивного синдрома, т. е. желания выпить, часто это происходит по ситуационно-бытовым причинам, вследствие этого снижается ситуационный и количественный контроль за употреблением алкоголя. Физическая тяга к алкоголю отсутствует, могут формироваться отдельные невыраженные симптомы похмельного синдрома, постинтоксикационной слабости. Формируется неврастенический синдром с начальными проявлениями расстройств в психической сфере, бывают палимпсесты. Соматические сдвиги характеризуются нарушением аппетита, проходящими желудочно-кишечными расстройствами, неприятными ощущение-

ниями и болями в отдельных органах. Отмечаются бессонница (действие на ЦНС), расстройства вегетативной, периферической нервной системы в виде повышения сухожильных или резистентных рефлексов, локальных невритов.

С переходом болезни из одной стадии в другую прежние симптомы заостряются, становятся более грубыми, лишь постепенно формируясь и трансформируясь в новое качество.

Хроническая стадия алкоголизма обычно формируется через 6—8 лет после злоупотребления алкоголем. Изменения устойчивости на алкоголь выражаются в виде установления максимальной толерантности, изменении физиологического действия алкоголя, систематическим приемом его, псевдозапойными состояниями. Психическое привыкание характеризуется явлениями с компульсивностью, потерей ситуационного и количественного контроля и стремлением к психическому комфорту. Физическая тяга проявляется компульсивным влечением к алкоголю, наличием похмельного синдрома и потребностью в физическом комфорте. Может сохраняться неврастенический синдром с амнезией, постепенным снижением личности, заострением или возникновением новых форм психопатоподобного поведения. На этой стадии бывают острые психозы. Выявляются различные заболевания внутренних органов (гастрит, гепатит) и систем (сердечно-сосудистая, дыхательная и др.). Неврологически заметны нарушения вегетативных функций, полиневриты, мозжечковый и другие мозговые синдромы.

Самая тяжелая стадия алкоголизма — третья, поздняя. Она формируется спустя 8—10 лет после начала злоупотребления алкоголем. Устойчивость организма к алкоголю продолжает изменяться — снижается толерантность, помимо псевдозапойев, истинные запои (с 3 до 10—15 периодов) или систематическое пьянство с низкой толерантностью, чаще всего употребление суррогатов. Психическая тяга к алкоголю обусловлена потребностью в психическом комфорте. При этом количественный и ситуационный контроль окончательно утрачены, влечение к алкоголю носит компульсивный характер. Физическая тяга обусловлена необходимостью преодоления физического дискомфорта, имеющегося в состоянии похмельного синдрома, который расширяется с включением, помимо соматовегетативного компонента, психического. Влечение к алкоголю по-прежнему носит компульсивный

Стадии алкоголизма

Основные синдромы алкоголизма	Предвестники алкоголизма	Стадии алкоголизма		
		Начальная	Хроническая	Заключительная
Начальные признаки	Чувство насыщения, рвота, отвращение к алкоголю. На лабораторном уровне возможны отклонения от нормы	Пропадают: чувство насыщения, рвота, отвращение к алкоголю. Лабораторно-биохимические исследования дают отклонения от нормы	Лабораторно-биохимические исследования дают выраженные отклонения от нормы и указывают на наличие алкогольной болезни	
Нарушения реактивности организма	Эпизодический прием алкоголя, возможно, в больших количествах	Подход к систематическому потреблению алкоголя. Рост толерантности	Систематический прием алкоголя. Удерживается максимальная толерантность	Систематический прием алкоголя. Снижается толерантность
Психическое привыкание	Периодическая тяга к алкоголю для получения удовольствия, в связи с чем возможны случаи потери количественного контроля за выпиваемым алкоголем	Падает ситуационный и количественный контроль потребляемого алкоголя	Бывают псевдозапойные состояния Выраженный обсессивный синдром Потеря ситуационного и количественного контроля, стремление к психическому комфорту	Псевдо- и истинные запои Ситуационный и количественный контроль отсутствует из-за наличия компульсивного влечения Тяга к алкоголю обусловлена необходимостью получения психического комфорта
Физическое привыкание	Отсутствует	Постинтоксикационная слабость Могут появляться отдельные признаки похмельного синдрома	Преобладает компульсивное влечение к алкоголю Сформирован малый похмельный синдром (соматовегетативный компонент)	Преобладает компульсивное влечение к алкоголю Сформирован большой похмельный синдром (соматовегетативный, неврологический и психический компоненты)

Основные синдромы алкоголизма	Предвестники алкоголизма	Стадии алкоголизма		
		Начальная	Хроническая	Заключительная
Изменения психики	Астения (после алкоголизации) Бывают провалы памяти на заключительных этапах опьянения	Формируется невротический синдром с начальными проявлениями в психической сфере Возможно палимпсесты	Имеется стремление к физическому комфорту Невротический синдром сохраняется Заострение психопатий или формирование психопатоподобного поведения Амнезии, оскудение личности	Тяга к алкоголю обусловлена необходимостью снятия физического дискомфорта Нарушения интеллектуально - мнестических функций, частые амнезии Дальнейшее психическое снижение личности (слабоумие) Психозы (острые, хронические)
Соматические нарушения	Отсутствуют	Проходящие расстройства пищеварительного тракта. Неприятные ощущения, возможны боли в отдельных органах	Возможны острые психозы Различные заболевания внутренних органов (гастрит, гепатит и др.) и систем (сердечно-сосудистая, дыхательная, мочеполовая)	Поражение внутренних органов и систем, нередко с малообратимыми изменениями (цирроз печени, инфаркт миокарда и др.)
Неврологические симптомы	Возможны нарушения сна	Бессонница, нередко кошмарные сновидения. Вегетативные симптомы. Расстройства периферической нервной системы	Полиневриты Вегетативные нарушения Мозжечковые и другие мозговые синдромы	Системное поражение нервной системы Мозговые синдромы

характер. Происходит дальнейшее снижение личности с заметными изменениями интеллектуально-мнестических функций. Имеются чувства расстройств памяти, отсутствует критика. Слабоумие нивелирует индивидуальные психические черты личности. Часто возникают психозы (острые и хронические). Соматически обязательно поражены отдельные органы и системы, в некоторых случаях с необратимыми изменениями (цирроз печени, сердечно-сосудистая недостаточность). Неврологическая симптоматика обостряется, могут появиться системные нарушения, мозговые синдромы (геморрагический полиэнцефалит и др.).

Таким образом, алкоголизм, как любое заболевание, динамичен, имеет свои законы, смену синдромов, стереотип развития (табл. 1). При этом синдромы, например, психического привыкания или нарушения устойчивости организма развиваются параллельно (это относится к кругу предпочтительных синдромов) и последовательно. Для постановки диагноза достаточно выявить несколько основных синдромов заболевания.

Глава 4

ОТРИЦАТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

В структуре алкогольной болезни встречаются различные соматические и неврологические заболевания. Более всего они выражены в хронической и поздней стадиях болезни. Их патогенез обусловлен токсическим воздействием алкоголя на внутренние органы, нервную систему, приводящим к расстройству нервной регуляции.

Соматические расстройства. Алкоголь влияет на слизистые оболочки рта, ухудшая течение основных стоматологических заболеваний. В 71,3% случаев у лиц, злоупотребляющих алкоголем, язык имеет малиновый цвет, сглажены сосочки, иногда различаются борозды, наблюдается складчатость. Эти явления свидетельствуют об атрофии поверхностных слоев языка. У многих лиц, страдающих алкоголизмом, обнаруживается лейкоплакия, т. е. предрак, с годами переходящая в рак слизистой оболочки полости рта. Алкоголь и курение еще больше повышают риск заболевания раком. Этот феномен объ-

ясняется раздражением слизистых оболочек полости рта, языка, глотки, действием содержащихся в этиловом спирте ароматических соединений, алкалоидов, полициклических углеводов, нарушением питания.

Этиловый спирт рефлекторно стимулирует выделение слюны. Однако хроническое его употребление ведет к обратному эффекту — слюноотделение уменьшается. Это может способствовать активации микроорганизмов, находящихся в полости рта.

Иногда у лиц, страдающих алкоголизмом, увеличиваются околоушные слюнные железы. Этот феномен в 30—70% случаев встречается одновременно с заболеванием печени. Отмечаются гипертрофия слюнных желез без явлений воспаления, резкое нарушение их функций. Уже в молодом возрасте алкоголизм может вызвать развитие атрофической формы пародонтоза. Как правило, гигиеническое состояние полости рта у больных алкоголизмом плохое. В результате отмечается большая потеря зубов от кариеса, который у таких лиц встречается в 3 раза чаще, чем у непьющих. Нередко отмечаются различные заболевания голосовых связок, в результате чего бывает сиплый голос. Ряд данных свидетельствует также о большей частоте рака гортани.

Многие больные считают, что полезно выпить 1—2 рюмки спиртного перед едой, полагая, что это улучшает аппетит, пищеварение. Постоянное раздражение слизистых оболочек вскоре приводит к различным заболеваниям, человек теряет аппетит. Чтобы немного его улучшить, приходится увеличивать дозу алкоголя.

Под действием алкоголя повышается и выделение желудочного сока, но в нем много соляной кислоты и мало пепсина — фермента, который необходим для переваривания пищи. Постепенно выделяемая кислота сама обжигаете действует на слизистую оболочку желудка, которая атрофируется. Нарушаются секреторная и моторная функции желудка, возникают и обостряются такие заболевания пищеварительного аппарата, как гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Все это вместе с курением нередко способствует развитию рака желудка.

Пища человека состоит из белков, углеводов, жиров и воды. В организме все продукты питания проходят сложные процессы переваривания. При этом высвобождается энергия, расходуемая организмом в процессе работы различных органов, систем, мышц. Так, при

сгорании 1 г углеводов и белков выделяется 17,15 кДж¹, жиры при сгорании выделяют 38,9 кДж, 1 г спирта выделяет 29,7 кДж, т. е. почти в 2 раза больше, чем такое же количество углеводов и белков. Но организм человека нуждается, помимо энергии, и в строительном материале для замены тех клеток, которые в процессе жизнедеятельности постепенно отмирают. Для этого пища должна быть разнообразной, обеспечивать и необходимую энергию, и нужное количество материала, который можно использовать при надобности, иногда через большие промежутки времени после приема пищи. Алкоголь не соответствует этим требованиям организма. Он быстро сгорает, выделяя энергию, большая часть которой не используется организмом.

Под воздействием алкоголя происходят изменения печени, что ухудшает пищеварение, желчеотделение, а это в свою очередь влияет на переваривание пищи.

При алкоголизме страдают углеводная, белковая функции печени. Для начальной, хронической стадий характерна гипергликемия и умеренная холестеринемия, для поздней — гипогликемия, а также гипохолестеринемия в крови. Выявляется гипопротромбинемия, зависящая от недостатка филлохинонов (витамин К_П) и токсического поражения паренхимы печени. Угнетается фибринолитическая активность крови. Извращается белково-образовательная функция печени.

Доказано, что с углублением болезни изменяется метаболизм алкоголя в печени. Это происходит потому, что активность АДГ¹ (алкогольдегидрогеназы) с прогрессированием алкоголизма, а соответственно нарушениями деятельности печени снижается, происходит накопление этилового спирта в организме, т. е. резко снижается темп его утилизации.

Нарушение деятельности поджелудочной железы отмечается довольно часто у больных алкоголизмом. Происходят нарушения как внешнесекреторной, так и внутрисекреторной функции железы. При внешнесекреторной патологии в большинстве случаев отмечается снижение ее ферментативной активности, в частности в отношении амилазы (диастазы) с параллельным повышением содержания ее в крови. Внутрисекреторные нарушения характеризуются в начале заболевания усилением секреции инсулина под влиянием алкоголя,

¹ 1 ккал = 4,184 кДж.

в поздних стадиях выявляется тенденция к угнетению внутрисекреторной функции поджелудочной железы.

Отрицательное значение алкоголя в развитии острого и хронического панкреатита также доказано. Более того, при отсутствии патологии желчных путей у молодых мужчин при развитии панкреатита следует предполагать наличие алкоголизма. Для панкреатита характерны боли и диспепсические явления, которые должны насторожить врача.

В зависимости от частоты употребления алкоголя, крепости спиртных напитков, приема суррогатов могут развиваться алкогольная дистрофия печени, алкогольный гепатит, цирроз печени. Алкогольный гепатит отмечается примерно у 40% лиц, продолжительное время злоупотреблявших алкоголем, а в 25—36% случаев переходит в цирроз печени, нередко приводящий к смерти. При циррозе печени алкогольного генеза нередко отмечается гемохроматоз, заболевание, при котором имеет место повышенное всасывание железа слизистой оболочкой кишечника с избыточным отложением его в различных органах. В последующем в них развивается фиброз с явлениями функциональной недостаточности. В основном болеют мужчины с долготлетним «стажем» употребления алкоголя. Обострение соматической болезни совпадает со злоупотреблением алкогольных напитков, запоем. Диагноз помогает установить клиническое и лабораторное обследование.

Поражение почек носит различный характер. После алкогольного эксцесса может развиваться токсическая алкогольная нефропатия (токсический некронефроз). Клинически она проявляется небольшой протеинурией, микрогематурией, артериальное давление нормальное или несколько повышено. Течение не длительное, заканчивается выздоровлением или переходит в острую почечную недостаточность. Нефропатия может принимать хронический затяжной характер с периодическими обострениями у лиц, страдающих алкоголизмом хронической и поздней стадий. В этом случае отмечается гломерулонефрит, длительно держится микрогематурия, значительная протеинурия, повышается артериальное давление. Нередко заболевание почек сочетается с гепатитом. Отмечаются тяжелые нарушения функции печени, выраженная портальная гипертензия, реже наблюдается высокая гипербилирубинемия. Чаще всего такое состояние заканчивается смертью.

Встречаются также инфекции мочевых путей, сочетающиеся с циррозом печени. Клинические признаки выражены слабо: дизурические явления, лихорадка, незначительные боли в пояснице. Попадая с кровью в мышцы и участвуя в химизме мышечной работы, алкоголь понижает работоспособность мышц: после приема 100 г водки мышечная сила снижается на 17%. Большое количество спиртных напитков в крови приводит к тому, что алкоголь пропитывает ткани и органы, проникает в цереброспинальную жидкость, а с ней в головной мозг.

Смертельная доза алкоголя не определена и зависит от индивидуальных особенностей человека. У одних лиц клетки разрушают алкоголь, вследствие чего развивается повышенная выносливость к спиртным напиткам. У других, наоборот, даже малые дозы вызывают опьянение.

Алкоголизм приводит к нарушениям сердечно-сосудистой системы. При приеме малых доз понижается тонус периферических сосудов, они расширяются, кровь приливает к поверхности тела, лицу, затем перераспределяется и концентрируется во внутренних органах. Такое «перекачивание» крови порой приводит к острой сосудистой недостаточности — коллапсу.

Постоянное употребление алкоголя нарушает обмен веществ, что в свою очередь вызывает изменение стенок кровеносных сосудов. В них начинают откладываться жировые вещества, соли кальция; сосуды теряют свою эластичность, становятся хрупкими, ломкими, просвет их уменьшается. В результате кровь по ним проходит с трудом, нарушается питание органов и тканей. Иначе говоря, алкоголь ускоряет процесс наступления раннего атеросклероза и нередко является причиной инфаркта миокарда, кровоизлияния в мозг.

Около 18—20% всех лиц, болеющих хроническим алкоголизмом, страдают гипертонической болезнью. Легкие (функциональные) изменения миокарда переходят в тяжелые (органические). Встречаются все виды сердечной патологии: алкогольная гипертензия, посталкогольный соматовегетативный синдром, кардиомиопатия, дистрофия миокарда, кардиосклероз, инфаркт миокарда, что подтверждается на ЭКГ.

Алкогольная кардиомиопатия развивается у мужчин среднего возраста, причем прямого параллелизма между длительностью, количеством употребляемого алкоголя

и развитием сердечной патологии нет, поэтому миокардиопатия возможна и при небольшом сроке алкогольной болезни. Кардиомиопатия проявляется учащенным сердцебиением, чувством нехватки воздуха, часто покашливанием. Объективно отмечаются тахикардия с желудочковой экстрасистолой, мерцательная аритмия, на ее фоне вторичное появление ритма галопа. Заметны тремор рук, вегетативные нарушения в виде потливости, возможна ночная кардиалгия. В более поздних этапах наблюдаются увеличение размеров сердца, снижение артериального пульсового давления, появление симптомов сердечной недостаточности, даже отеков.

На ЭКГ в начальной стадии изменения отмечаются только в периоды интоксикации, в последующем они становятся более стойкими. Считают, что эти изменения обусловлены прямой интоксикацией, а также усилением секреции катехоламинов надпочечниками под действием этилового спирта. Происходит также нарушение гемодинамики. Все это выражается в умеренной гипертрофии левого желудочка и уменьшении минутного объема сердца. Клинически поражение миокарда прогрессирует обычно медленно. При полном воздержании от приема алкоголя они постепенно сглаживаются, при продолжающемся употреблении нарастают. Возможны тромбоэмболические нарушения, приводящие к летальному исходу.

В основе патологических нарушений сердца лежит также дефицит тиамина при так называемом пивном сердце (влияние кобальта, содержащегося в пиве). При этом повреждаются мембраны митохондрий, миофибрилл. Нарушается использование богатых энергией фосфатов, что приводит к нарушению сократительной функции миокарда. Снижается процесс внутриклеточного транспорта кальция. Алкоголь влияет на мышечные волокна сердца, вызывает жировое их перерождение. Сердце увеличивается в поперечнике и меняет свое положение.

В умеренных дозах алкоголь учащает дыхание, увеличивая объем поступающего в легкие кислорода и отдачу углекислого газа, но это состояние быстро проходит, и в выдыхаемом воздухе начинают преобладать пары алкоголя, которые выводятся сначала через легкие, а затем через почки. При отравлении алкоголем могут наступить паралич дыхательного центра и остановка дыхания.

При остром отравлении этиловым спиртом отмечают гиперемия слизистых оболочек трахеи, бронхов, полнокровие и отек легких. При хроническом алкоголизме часто встречаются острые респираторные заболевания, эмфизема легких. Хронический бронхит нередко сопровождается отдельными бронхоэктазами, кровоизлияниями на фоне выраженной гиперемии. Отмечено, что у лиц, страдающих алкоголизмом, в 3—4 раза чаще встречаются различные заболевания легких, чем у непьющих людей, и это является причиной смерти в 53,8% случаев.

Частые поражения легких объясняются неполноценным питанием, интенсивным курением, частыми острыми респираторными заболеваниями, возможностью повторной аспирационной пневмонии при алкогольном опьянении. Последние нередко возникают потому, что снижен защитный глоточный рефлекс, предотвращающий попадание пищи в легкие. Крупозная пневмония встречается у алкоголиков в 2 раза чаще, чем у лиц, не употребляющих алкоголь. Эта пневмония отличается тяжелым атипичным течением, появлением различных осложнений, маскирующих основное заболевание. При этом часто отмечаются симптомы поражения ЦНС в виде потери сознания и развития коматозного состояния. В дальнейшем отмечают острую сердечно-сосудистую патологию и явления делирия.

У больных алкоголизмом повышается проницаемость стенок сосудов легких, в результате чего вначале в них развиваются деструктивные изменения, а затем склероз внутренней и средней оболочки. В результате алкогольной интоксикации происходит также разрастание эндотелия и соединительнотканых элементов в стенке сосудов, что ведет к сужению или даже закрытию их просвета, нарушению питания легочной ткани, развитию эмфиземы. Одновременно нарушается гемостаз. Возникновению эмфиземы способствует также курение, которое встречается, по существу, почти у 100% лиц, злоупотребляющих алкоголем.

Чем длительнее алкогольная интоксикация, тем в большей степени выражены изменения функции внешнего дыхания: нарастает избыточная вентиляция с одновременным снижением ее эффективности. Угнетаются окислительно-восстановительные процессы, снижается уровень тканевого обмена. Алкоголизм значительно извращает механизм специфического и неспецифического иммунитета, угнетает

альвеолярные макрофаги, снижает показатели естественного иммунитета. Во время алкогольного опьянения установлены нарушение мобилизации лейкоцитов, снижение фагоцитоза и внутриклеточного бактериолиза. Фагоцитоз растянут во времени и значительная часть микроорганизмов остается жизнеспособной в фагоцитах. Этими обстоятельствами и объясняется высокая заболеваемость этих людей различными легочными болезнями. Накоплены убедительные доказательства, что при алкоголизме чаще, чем у лиц, не употребляющих алкоголь, развивается рак гортани, носоглотки, бронхов.

Алкоголизм нередко сочетается с туберкулезом. Известно, что лица, злоупотребляющие алкоголем, в 6 раз чаще заболевают туберкулезом. Это обусловлено многими причинами — состоянием организма (пониженной сопротивляемостью, нарушением обмена веществ, состоянием органов дыхания), а также внешними факторами, неопытностью этих больных, нежеланием лечиться, малой эффективностью лекарственных препаратов. Алкоголизм у больных туберкулезом формируется быстрее, чем в обычных условиях, и протекает более злокачественно. В укороченные сроки вначале повышается толерантность к алкоголю, а затем быстро снижается. Употребление спиртных напитков принимает запойный характер. Психозы чаще протекают как делириозно-аментивные, с затяжным течением, медленным выходом. Среди этих лиц много инвалидов II и даже I группы.

Снижение иммунной реактивности при алкоголизме — одна из причин пониженной сопротивляемости алкоголиков к инфекционным болезням. При этом отмечено ослабление гуморального иммунитета, снижение уровня комплемента, изменение содержания в крови РНКаза. Частота нарушений иммунологической реактивности у больных алкогольной болезнью коррелирует с длительностью заболевания. Например, обычный грипп, как правило, протекает тяжело, с высокой температурой тела, нередко сопровождается воспалением легких, сердечно-сосудистой недостаточностью.

Нарушение обмена веществ и вторичные авитаминозы (витамины группы В, никотиновая, аскорбиновая кислота) — постоянное явление при алкоголизме. Происходит не только полное сгорание жиров, плохо используются углеводы, расстраивается минеральный обмен, наблюдается глубокое нарушение белкового обмена. Нарушение барьерной функции печени ведет к гиперхолестеринемии.

Вопросы сексопатологии у мужчин и женщин в связи с алкоголизмом очень сложны и многогранны. Это объясняется, с одной стороны, сложностью проблемы алкоголизма, с другой — сексопатологии. Нередко сексопатология является первопричиной алкоголизма.

Динамика сексопатологических расстройств зависит от стадии алкоголизма. Так, в ранних стадиях алкоголизма может наблюдаться непродолжительное время усиление половой возбудимости, которое довольно скоро угасает. Алкогольная интоксикация приводит к нарушению нейрогуморальных регуляций. Алкоголь, являясь нейропаралитическим ядом, действует на центры регуляции половых функций, находящихся в спинном мозгу, в подкорковых образованиях.

В начальной стадии наблюдается дисфункция гонад половых желез, в хронической — гипофункция, в последующих — грубые нарушения экскреторной и секреторной функции гонад. Изменяются сперматозоиды, появляются незрелые, неподвижные их формы; происходит жировое перерождение эпителия семенных канальцев.

Алкогольная интоксикация нарушает функцию печени, в частности ее эстрогеноразрушающую функцию, что приводит к гиперэстрогении и выражается в феминизации мужчин — появляются изменения вторичных половых признаков по типу кастрационного синдрома: ожирение, гинекомастия, оволосение лобка по женскому типу и другие. В клинической картине сексуальных расстройств при алкоголизме у мужчин встречается псевдоимпотенция.

У женщин в состоянии абстиненции снижается либидо, вплоть до появления фригидности. Часто нарушается менструальный цикл. Как у мужчин, так и у женщин, страдающих алкоголизмом, только в 10% случаев половые железы функционируют нормально, а у 50—60% они полностью атрофируются.

Лица, употребляющие алкоголь, часто вступают в половые связи с незнакомыми людьми, легко заражаются венерическими болезнями (гонорея, сифилис), не следят за личной гигиеной, плохо лечатся, являются активными распространителями этих болезней.

Неврологические расстройства. При хроническом алкоголизме встречаются довольно часто. Они могут появляться уже в начальной стадии заболевания. В последующем они становятся более выраженными и стойкими. Однако психопатологическая симптоматика, как правило, затмевает их. Между тем поражение нервной системы с

точки зрения невропатологии имеет большое самостоятельное значение при алкоголизме.

Неврологическую симптоматику условно можно разграничить на поражение периферической нервной системы (алкогольная полиневропатия) и центральной (алкогольная энцефалопатия). Полиневропатия наиболее распространенная патология поражения периферических спинномозговых, а иногда и черепных нервов. При этом отмечаются не воспалительные, а дистрофические нарушения.

Уже в начальной стадии болезни больные могут предъявлять жалобы на проходящие парестезии, ощущение ползания мурашек, похолодание, просто неприятные ощущения в дистальных отделах нижних и, реже, верхних конечностей. Иногда это нестойкий болевой синдром, изредка мышечный спазм.

В хронической, поздней стадиях заболевания эти симптомы бывают более грубо выраженными и стойкими, что позволило выделить несколько форм полиневропатии: двигательную, чувствительную (сенсорную), смешанную, атактическую. Может отмечаться парез нижних конечностей (стоп), реже верхних конечностей. При этом заметна мышечная гипотония. Мышцы становятся дряблыми, ахиллов рефлекс выпадает, чувствительность на температурные, болевые раздражители снижается. При чувствительной форме основные проявления — зябкость, чувство онемения, судороги в икроножных мышцах, боль. Нарушена чувствительность кожных покровов — часто характерны и бывают в виде «перчаток», «носок». Встречаются случаи, когда болевая чувствительность нарушается, а температурная сохраняется или наоборот. Чаще всего встречается смешанная форма, при которой вялые парезы сочетаются с нарушениями чувствительности.

При атактической форме на первый план выступает неуверенная походка. Больные жалуются на боли в ногах. Объективно отмечается выпадение ахилловых, коленных рефлексов, нарушение проприоцептивной (глубокой) чувствительности, нередко можно обнаружить также и миоз, вялую реакцию зрачков на свет. Как правило, наблюдаются парестезии в виде ощущения ползания мурашек, мелких насекомых.

Нередко полиневропатия сопровождается поражением черепных нервов, расстройством памяти по типу корсаковского синдрома.

Судорожный синдром при алкоголизме чаще встречается в хронической, поздней стадиях заболевания.

Алкогольный судорожный синдром имеет ряд особенностей, характерных только для этих расстройств. Он развивается чаще всего в 1—2-е сутки похмельного синдрома или прекращения приема алкоголя, т. е. стоит в прямой связи с алкоголизацией. Нередко (40% случаев) после судорожного синдрома возникает психоз по типу алкогольного делирия. Даже при часто встречающихся приступах судорог они не имеют полиморфной картины, отсутствуют абсанс, фуга, транс. ЭЭГ не дает картины, характерной для истинной эпилепсии. Отличительной особенностью алкогольного судорожного синдрома является также и тот факт, что при прекращении употребления алкоголя припадки также постепенно исчезают.

При хроническом алкоголизме нередко встречаются нарушения мозгового кровообращения в виде преходящих нарушений или инсульта. У больных с явлениями преходящего нарушения мозгового кровообращения выявляются горизонтальный нистагм, легкая статическая атаксия, асимметрия сухожильных и периостальных рефлексов, иногда встречаются патологические симптомы Бабинского, Россолимо и др.

Инсульт при алкоголизме может развиваться остро с потерей сознания, комой и характерными симптомами выпадения. Однако чаще встречается медленное, как бы подострое, развитие инсульта. Оно происходит на фоне похмелья, после очередного запойного эксцесса. Начинается по типу преходящих расстройств мозгового кровообращения, головной боли, тошноты, не связанной с приемом пищи, легкой дизартрии, шаткости походки, головокружением. Больные принимают эту симптоматику за состояние похмельного синдрома и опохмеляются. Добавочная доза алкоголя не только не улучшает состояние, а, наоборот, ухудшает его. Нередко следом развиваются явления инсульта с различной степенью изменения сознания от легкой оглушенности до комы, которая может завершиться летальным исходом.

В неврологическом статусе — нарушения со стороны черепных нервов, дизартрия, сенсорная афазия, гемипарез. В спинномозговом пунктате — ксантохромия или отдельные эритроциты. Наблюдаются случаи, когда на высоте алкогольного опьянения возникают психомоторное возбуждение, нарушение сознания с галлюцинаторными расстройствами. Все это дает повод ставить диагноз острого алкогольного психоза. Однако при обследовании в стационаре выявляется патологическая неврологическая

симптоматика — менингеальный синдром, угнетение брюшных рефлексов, наличие патологических. Диагностике помогает спинномозговая пункция, в результате которой определяется субарахноидальное кровоизлияние (кровянистая спинномозговая жидкость). Таким образом, на фоне хронического алкоголизма развивается инсульт. Возможно субарахноидальное кровоизлияние, которое может развиться даже при незначительной травме головы, так как слабость сосудистых стенок не выдерживает даже поверхностных сотрясений. Оно протекает вяло, но на его фоне нередко возникают алкогольный психоз, психомоторное возбуждение, припадки.

Атаксический синдром при алкоголизме описан давно. Надо подчеркнуть, что в процессе развития болезни он претерпевает определенные изменения: в начальных стадиях проявляется больше в состоянии опьянения и с уменьшением симптомов опьянения исчезает. Затем по мере снижения толерантности к алкоголю атаксия становится более стойкой, держится в состоянии похмелья и является одной из причин, мешающих больным работать, особенно там, где требуется точность движений (станки, механизмы).

В поздних стадиях болезни атаксия становится настолько выраженной, что держится и в периоды, когда больные не принимают алкоголь. По-видимому, к этому времени она теряет функциональный характер и базируется на органической патологии. Предполагают, что в основе феномена атаксии лежит поражение мозжечковой или мозжечково-вестибулярной системы.

Ряд авторов к выраженным полиневротическим проявлениям относят геморрагический полиэнцефалит (болезнь Вернике), правильнее относить ее к разделу алкогольных психозов по преобладающим симптомам психопатологического порядка. При первом диагнозе отмечается повышение сухожильных и периостальных рефлексов с их асимметрией, снижение или отсутствие брюшных рефлексов на стороне повышения сухожильных, в ряде случаев сочетающихся с тремором рук, нередко выраженной статической атаксией. Постановка диагноза «псевдотабетический синдром алкогольной этиологии» облегчается при наличии анизокории, вялой реакции зрачков на свет при сохранении реакции на конвергенцию, легкой статической атаксии, атаксии при пяточно-коленной пробе, снижении тонуса мышц ног, резкого снижения или отсутствия коленных и ахилловых рефлексов.

Нередко больные жалуются на головную боль. Она усиливается в первые дни, недели после прекращения приема алкоголя и нередко сочетается с жалобами на быструю утомляемость, раздражительность. Разлитой, диффузный характер головной боли указывает на недостаточность венозного кровообращения, венозный застой, явления ликворной гипертензии. Локальная головная боль может указывать на церебральный арахноидит, опухоль. Головная боль в затылочной, затылочно-теменной области, возникающая в виде пароксизма в сочетании с головокружением, тошнотой, встречается в случаях недостаточности мозгового кровообращения в вертебрально-базилярной системе.

Все эти симптомы должны учитываться при диагностике и лечении, тем более что в начальной стадии алкоголизма они носят преходящий характер, лишь в дальнейшем становясь более глубокими и стойкими. Доказано, что риск заболевания алкоголизмом в семьях, наследственно отягощенных, более высок, чем в здоровых семьях. У детей алкоголиков часто имеется повышенная чувствительность к алкоголю. У таких лиц даже редкое употребление алкоголя может быстро сформировать характерные признаки алкоголизма: привыкание, похмельный синдром. У них чаще и в более короткие сроки после начала употребления алкоголя могут возникать психозы с тяжелыми последствиями. Не менее ответственным является период беременности. Во время вынашивания плода, находящегося на полном «пищевом иждивении» матери, категорически запрещается употреблять алкоголь. Алкоголь, особенно уксусный альдегид и другие токсические продукты распада алкоголя, через плацентарный барьер попадает в организм ребенка и вызывает его отравление. Особенную опасность составляют 4—6-я неделя беременности и в целом первые три месяца. Американские ученые приводят данные обследования 1529 матерей, у детей которых отмечалась патология физического развития. Оказалось, что у матерей, не употреблявших алкоголь во время беременности, подобная патология отмечалась в 2% случаев, у умеренно пьющих — в 9%, а у постоянно выпивающих — до 74%. Исследования показали, что ежедневный прием будущей матерью алкоголя создает высокий риск возникновения пороков развития у будущего ребенка. Описаны нарушения роста, морфогенеза у детей. Эти нарушения объединены в фетальный алкогольный синдром. Он характеризуется целым набором патологи-

ческих признаков: постнатальное отставание роста, задержка моторики и умственного развития, аномалии суставов и дефекты конечностей, пороки развития сердечно-сосудистой системы, нарушения со стороны половой сферы. Особенно характерны изменения лица — узкие глазные щели, недоразвитая верхняя губа с тонкой красной каймой, постепенно уменьшающейся вплоть до ее отсутствия. В дальнейшем лицо видоизменяется — принимает удлинненную форму с коротким вздернутым носом. Возможны расщепление губы, неба, недоразвитие верхней и нижней челюстей, фиброз печени.

В 80% случаев отмечаются замедление умственного развития, нарушение поведения, мозжечковая дисфункция. Патологоанатомически обнаруживаются малые размеры мозга со структуральными изменениями. Таким образом, беременность у женщин, продолжающих употреблять алкоголь, проходит с токсикозом, который захватывает и плод. В связи с этим плод становится нежизнеспособным, вследствие чего возможны преждевременные роды, аборт, мертворожденность. Дети, рожденные от таких матерей, при дальнейшем развитии во все возрастные периоды (особенно детские годы) страдают пониженной сопротивляемостью к различным соматическим и инфекционным заболеваниям. Среди них многие страдают умственным недоразвитием, нарушением ЦНС. Поэтому впоследствии у этих детей встречаются истерии, ночное и дневное недержание мочи, привычная неврогенная рвота, заикание, нервный тик, эпилепсия.

Не менее опасным является период лактации. Алкоголь при приеме его кормящей матерью очень быстро проникает в молоко независимо от количества принятой дозы и качества. Даже пиво принимать в период беременности ни в коем случае не рекомендуется. Данные исследований грудного молока пьющих женщин показывают, что оно разжижено, в нем имеется недостаток белков, необходимых растущему организму.

Глава 5

ОСОБЕННОСТИ ПЬЯНСТВА И АЛКОГОЛИЗМА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА

Природой организм женщины предназначен для нелегкой миссии вынашивания плода, кормления ребенка, вос-

питания детей. В связи с этим положение женщины в обществе также своеобразно. На протяжении веков оно в основном складывалось из подчиненной роли мужчине, выполнения функции матери, домохозяйки, работницы. Последние десятилетия во всех развитых странах мира положение меняется, женщина наравне с мужчиной трудится во всех сферах человеческой деятельности. Это делает ее самостоятельной, независимой, но имеет в себе и некоторые негативные явления. Практически во всех странах мира доля женского алкоголизма в общей сумме лиц, страдающих от этого недуга, все время растет, а по некоторым регионам уже почти уравнилась с мужским.

Тяготы жизни, одиночество, психотравмирующие ситуации, особенности эмоционального склада, профессия, микросоциальное окружение — все играет роль в формировании питейных привычек, переходящих постепенно в бытовое пьянство и затем в хронический алкоголизм.

У женщин, находящихся под действием винных паров, лицо краснеет, появляются багровые или синюшные пятна, глаза блестят, волосы взлохмачены, одежда неряшлива, неопрятна. Она жестикулирует, громко говорит, голос ее становится хриплым. Скрамная, сдержанная женщина в состоянии опьянения становится развязной, циничной. Малейшее проявление невнимания к себе она принимает за оскорбление. Женщинам, злоупотребляющим спиртными напитками, свойственны колебания настроения. То они плачут, кричат, бьют посуду, всех обвиняют в своих несчастьях и неудачах, то становятся молчаливыми, замкнутыми и угрюмыми. После пьяных эксцессов настроение становится подавленным, общее самочувствие плохим. Женщины легче, чем мужчины, теряют контроль за количеством выпиваемого алкоголя. Состояние даже легкого опьянения у женщин протекает тяжелее в нравственном и физическом отношении. Одни из них долго переживают свое состояние и постепенно упрекают себя, стыдятся, другие же, наоборот, бравируют своим поведением, стараясь показать свое равенство с мужчиной.

Постепенно формируется бытовое пьянство. Более частым становится прием алкогольных напитков, возрастает количество выпиваемого, разнообразятся виды употребляемых винно-водочных изделий, или, наоборот, вырабатывается привычка к приему какого-то одного вида напитка. Появляется навязчивое желание повторять прием алкоголя. Так формируются симптомы начальной стадии алкоголизма.

Обследование большого количества пьющих женщин показало, что около 25,3% употребляют алкоголь систематически, в виде запоев — 43,6%, периодически — 3,9%, у остальных 27,2% период воздержания чередовался с ежедневным приемом алкоголя или запоем. Постепенно кривая толерантности росла. В среднем она составляла от 1 до 1,5 л водки (в 61,2% случаев). Эта цифра высока и показывает, что женщины обладают достаточно высокой толерантностью, не уступающей мужской. Доказано, что толерантность у женщин довольно быстро снижается и в дальнейшем становится умеренной, даже низкой.

На фоне повышения толерантности, усиления психического влечения к алкоголю, изменения формы потребления формируется похмельный синдром. Вначале он носит соматовегетативный характер. Больные отмечают общее плохое самочувствие, чувство жара, холода, озноб, головную боль, тошноту, отсутствие сна или кратковременный сон с кошмарными сновидениями, жажду, дрожь во всем теле. К соматовегетативному компоненту, чаще всего тяжелому, присоединяется психический. Женщины отмечают, что на этом этапе развития болезни их мучает раскаяние, они постоянно мысленно осуждают свое поведение, укоряют себя за погубленную жизнь, потерянную семью, дурное воспитание детей. Настроение постоянно меняется — депрессия может смениться эйфорией и наоборот по несколько раз в день. Соответственно этому женщина то подавлена, грустна, часто плачет, то вдруг воспрянет духом, становится веселой, смотрит на жизнь оптимистически.

В силу своего положения в обществе, общепринятых этических норм женщина долго, упорно скрывает свой недуг, пьет по вечерам, старается появиться на работе в трезвом состоянии. Если вначале выпивки проходили в компании, то со временем она старается проделывать это в одиночку. У нее быстро теряется критика к своему состоянию, в силу чего она зачастую не понимает глубины нарастающей болезни.

Постепенно меняется психический склад личности. Эпидемиологические исследования показывают, что около 60% из пьющих женщин обладали до начала алкоголизации общительным, жизнерадостным характером, 10,8% характеризовали себя трудолюбивыми, спокойными, около 8% отмечали замкнутость в своем характере. Болезнь заостряет личностные особенности, а главное постепенно

формирует новые качества. Многие становятся раздражительными, злобными, грубыми, эгоистичными, теряют авторитет, часто становятся плаксивыми, постоянно находятся в состоянии подавленного настроения. Некоторые отмечают повышенную утомляемость, раздражительную слабость, частые головные боли, сниженный фон настроения, вплоть до безразличия к окружающему, семье, детям, работе.

Иначе говоря, как и при мужском алкоголизме, в хронической стадии у пьющих четко формируются психопатоподобные черты личности и характера по эксплозивному, истерическому, астеническому или апатическому типу. У всех без исключения женщин в хронической стадии болезни теряется интерес к окружающей жизни. Некоторые бросают работу, ведут разгульный образ жизни, становятся тунеядками. Многие теряют семью, живут на случайные заработки.

У большинства к этому времени отмечаются различные соматоневрологические отклонения от нормы. Чаще всего это патология печени, сердечно-сосудистой системы, желез внутренней секреции. Быстро появляются нарушения со стороны гонад. Вначале это расстройство менструального цикла, затем аменорея, наступающая на 10—15 лет раньше срока. В гонадах женщин обнаруживают патологические изменения, жировое перерождение, запустение ткани яичников. Страдает деятельность щитовидной железы. Часто отмечаются невропатии, полиневриты и другие неврологические расстройства.

Общий облик женщины меняется, происходит процесс одряхления организма — увядает лицо, тело, ослабевает мышечная сила, появляются трофические изменения (волосы тускнеют, выпадают, рано седеют, крошатся зубы, ногти, снижаются слух, зрение).

В последней стадии заболевания у большинства больных женщин на первом плане — общее оскудение психики, нарушение интеллекта. Они ничем не интересуются, ведут паразитический образ жизни. Все помыслы направлены на поиски спиртных напитков. Оьянение наступает от малых доз (200—300 г), чаще всего вина низкого качества. Как правило, это апатичные люди, но без алкогольного плоского юмора, свойственного мужчинам. В поисках вина могут становиться злобными, агрессивными. Эмоциональная жизнь нарушена. Память снижена. К своему состоянию не критичны, а зачастую и безразличны. В этом периоде, как правило, отмечаются различная соматоневро-

логическая патология, а также психотические расстройства.

В поздней стадии болезни психозы чаще носят хронический характер. Различий в клинической картине психозов у женщин и мужчин не наблюдается. Однако у женщин они возникают раньше, после начала болезни, имеют тенденцию к повторению, нередко протекают тяжелее, хотя иногда купируются даже быстрее, чем у мужчин.

Имеются существенные особенности развития алкоголизма, зависящие от возраста человека и характерологических свойств. Семейная обстановка играет большую роль в формировании подхода ребенка к употреблению спиртных напитков. Но особенно пагубно одновременное влияние алкогольных традиций в семье с безразличием к воспитанию детей. В этих семьях отсутствует педагогическое воспитание, дети запущены. Они плохо успевают в школе, дойдя до 4—5-го класса, нередко бросают дальнейшее учение, общаются с более взрослыми неблагополучными ребятами, встают на путь тунеядства, асоциального поведения.

Раннее привыкание к алкоголю приводит к быстрому, иной раз катастрофическому, развитию алкоголизма. Анатомо-физиологические особенности организма в период возрастных кризов, пубертатный период являются своеобразной благоприятной почвой, на которой алкоголь может обусловить быстрое развитие болезни. Имеет значение и степень алкоголизации — частота, дозы, концентрация спиртных напитков, реакция организма на прием.

В организме ребенка или подростка алкоголь прежде всего проникает в органы, наиболее насыщенные водой, — кровь, мозг. В связи с повышенной рефлекторной возбудимостью коры большого мозга, незрелостью тормозных процессов ЦНС ребенка очень ранима по отношению воздействия на нее этилового спирта. В результате происходит прекращение формирования нейронов мозга, страдают логическое абстрактное мышление, память.

Поражаются и другие системы и органы ребенка или подростка. Детский, подростковый организм особенно чувствителен к токсическим влияниям, в том числе и алкоголя, 5,7—6,7% отравлений в этом возрасте составляет интоксикация алкоголем. При этом очень быстро развиваются явления опьянения, переходящие в отравление, с оглушенностью и комой. Артериальное давление повышается, температура тела также, уровень сахара в крови,

количество лейкоцитов снижаются. В начальном этапе отмечается кратковременное возбуждение, быстро переходящее в глубокий токсический сон, возможны судороги, летальный исход. Встречаются психические эпизоды с бредом и галлюцинациями.

Выделяют следующие ведущие механизмы социально-психологического привыкания к алкоголю в детском, пубертатном (подростковом), юношеском возрасте. Это индуцирование типа психологического подражательства, стимуляция, заключающаяся в необходимости снятия астенодинамических состояний, и деформация личности, имеющаяся у подростков и выражающаяся в стремлении к употреблению алкоголя.

Ряд ученых подчеркивают этапность развития алкоголизма в этих возрастных группах. На первом, начальном, этапе происходит своеобразная адаптация к алкоголю. Большое отрицательное и положительное влияние в этом периоде может сыграть микросоциальная среда, особенно семья, школьное окружение. Продолжительность этого периода — до 3—5 мес.

Второй этап продолжается до 1 года и в это время происходит привыкание к более регулярному приему спиртных напитков, вырабатываются поведенческие приемы. Растут доза, кратность приема алкоголя. Но это еще начальный период, когда прекращение употребления алкоголя может дать хороший результат.

Третий этап — это уже психическое привыкание, которое может длиться в течение нескольких месяцев, лет. Подросток сам становится активным пропагандистом приема алкогольных напитков в любое время, в любых количествах и любого качества. Теряется контроль за этими параметрами. Это по существу начальная стадия хронического алкоголизма. Отмечено, что толерантность возрастает в 3—4 раза по отношению к первоначальным дозам. Могут появляться многодневные, недельные, даже постоянные употребления алкогольных напитков.

Четвертый этап — хроническая стадия болезни, на которой по существу сформирован похмельный синдром, его особенностью является преобладание психического компонента. В некоторых случаях похмельный синдром может быть выражен слабо на уровне лишь соматовегетативных нарушений. Он менее продолжительный, чем у взрослых, наступает после больших доз алкоголя. Далее развитие болезни соответствует закономерностям, описанным у взрослых, лишь слабоумие (деменция) формирует-

ся быстрее и бывает более тяжелым. Дети, страдающие алкоголизмом, быстро опускаются, становятся грубыми, дисфоричными, сексуально расторможенными, интеллектуально деградированными, с грубыми нарушениями памяти, асоциальными.

В отличие от алкоголизма, наблюдаемого у лиц зрелого возраста, у подростков и юношей он формируется в среднем в 3 раза быстрее — в течение 3—4 лет, т. е. идет быстрый процесс формирования болезни от начала употребления спиртных напитков до периода выраженных явлений заболевания.

На темп развития алкоголизма оказывает влияние окружающая среда (пьющие семья, товарищи, отрицательные обычаи). Большое значение имеют раннее начало потребления алкоголя, особенности личности подростка или юноши, а также анатомо-физиологические особенности организма. В этом возрасте быстрее переходят на употребление суррогата, даже ацетона, синтетического клея. Нередко присоединяется гашишизм, барбитуромания.

Замечено, что хронический алкоголизм чаще развивается у подростков, юношей после травмы мозга, органического поражения ЦНС и др., вызывающих изменение личности. В этих случаях болезнь формируется интенсивнее, протекает злокачественнее, быстро приводит к потере количественного контроля, появлению влечения к алкоголю, выработке похмельного синдрома. Утяжеляются патологические черты характера, такие дети в дальнейшем легко прибегают к алкоголю в сложных жизненных ситуациях.

Личностные изменения выявляются в аффективно-волевой сфере, т. е. развиваются по психопатоподобному типу. Отмечается более поверхностное мышление со снижением критики, переоценкой собственных возможностей. Чаще, чем у взрослых, развиваются судорожные припадки, алкогольные психозы. Нередко психотические изменения имитируют шизофрению. Юноши становятся жестокими, грубыми, теряют контакт с родными, перестают интересоваться семьей. Однако после прекращения приема алкоголя эти признаки могут стираться или совсем исчезать, что свидетельствует об их алкогольной, а не шизофренической природе.

Доказано, что особо неблагоприятным фоном для развития подросткового, юношеского алкоголизма являются психопатии, чему способствуют такие травмирующие

факторы, как ранняя утрата матери, алкоголизм отца или матери, безнадзорность, конфликтность в семье, педагогическая или социальная запущенность. Формы психопатии обуславливают особенности развития алкогольной болезни. У возбудимых психопатов употребления алкоголя чаще всего связано со стремлением избавиться от плохого настроения. Постепенно становятся более отчетливыми расстройства влечений, нарушается контроль и учащаются антисоциальные поступки. Тормозимые психопаты в употреблении алкоголя видят средство для лучшей адаптации к окружающей среде. У психопатов истерического круга алкоголизация направлена на коррекцию возбудимости и неустойчивости. У истерических и психастенических психопатов нередко депрессивные состояния с суицидальными попытками. У них усиливается склонность к аффектам, усугубляются инфантилизм, эгоцентричность.

По мнению большинства ученых, алкоголизм у психопатических личностей молодого возраста начинается рано, протекает тяжелее, чаще всего в прогрессивном темпе, рано приводит к первичным психотическим явлениям, слабоумию.

Структура алкогольной симптоматики отличается состоянием тяжелой интоксикации с амнезией, значительным снижением толерантности, быстрым формированием похмельного синдрома, изменением картины опьянения, ранним появлением истинных запоев.

Свои особенности имеет алкоголизм, развивающийся в зрелом возрасте — после 45—50 лет. К этому времени, как правило, анамнез больного отягощен рядом соматических заболеваний.

Стадии алкоголизма формируются быстро. За 3—4 года развивается похмельный синдром, понижается толерантность, изменяется личность.

У пожилых лиц чаще встречаются судорожные припадки, психозы. Течение алкоголизма более злокачественное, с быстрым темпом развития и неблагоприятным прогнозом.

АЛКОГОЛЬНЫЙ (МЕТААЛКОГОЛЬНЫЙ) ПСИХОЗ¹

В начальной стадии алкоголизма психозы практически не бывают. Очень редко возможно патологическое опьянение. В хронической стадии чаще всего встречаются острые, редко подострые психозы. В поздней стадии возможны любые формы психозов, но наиболее часто бывают подострые и хронические.

Различают следующие психические расстройства при алкоголизме: алкогольный делирий, галлюцинозы, бредовые алкогольные психозы, структурно-сложные (смешанные) острые алкогольные психозы, алкогольные энцефалопатии, алкогольные депрессии, дипсомании.

Делирий, галлюцинозы, бредовые алкогольные психозы и энцефалопатии бывают острые, подострые и хронические. Кроме того, имеются еще различные их формы. Например, встречается 14 вариантов делирия, 15 вариантов галлюциноза и т. д. Почти в 45% случаев отмечаются острые алкогольные психозы и в 27% — подострые и хронические. При повторении приступов чаще всего наблюдаются однотипные клинические проявления в виде клише, при непрерывном течении психоза происходит усложнение психопатологической симптоматики.

По «Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти» (9-го пересмотра, 1977) алкогольные психозы имеют шифр «291», следующие знаки шифра указывают на группу психоза (делирий — 0, галлюциноз — 3 и другие варианты течения). Например, алкогольный делирий шифруется в истории болезни и других документах следующим образом: 291, 0 и т. д.

Алкогольный психоз возникает в 13% случаев у лиц, злоупотребляющих алкоголем в течение 5—7 лет. До сих пор остается неясным, почему у одних людей, употребляющих алкоголь многие годы, психоза нет, а у других он появляется. Надо полагать, что при одном и том же вредном факторе важными являются общее состояние орга-

¹ Психозы при алкоголизме прежде связывали с непосредственным токсическим влиянием алкоголя на мозг. В последнее время выяснено, что значительную роль играют соматическая патология, нейровегетативные и обменные процессы, и эта форма психической патологии при алкоголизме получила название метаалкогольного психоза.

низма (истощение вследствие голодания, обезвоживание), вредные факторы (бессонница и др.), сопутствующие заболевания (грипп, гепатит и др.), тип высшей нервной деятельности, биохимический дисбаланс, особенно витаминный, вегетативная дисфункция и другие факторы. Таким образом, при единой этиологии, по-видимому, патогенетические механизмы имеют основное значение в возникновении психоза.

Патологическое опьянение — это редко встречающееся кратковременное острое психотическое состояние. Оно длится непродолжительное время — минуты, иногда часы. Его характеризуют мгновенно наступающее глубокое нарушение сознания. В отличие от простого алкогольного опьянения, при котором состояние нарушенного сознания в виде оглушенности наступает медленно и также постепенно заканчивается, иногда переходя в сон, патологическое опьянение заканчивается внезапно и в $2/3$ случаев переходит в сон. У абсолютного большинства больных после выхода из психотического состояния отмечается некоторая амнезия, примерно в 50% случаев — полная. Некоторые больные рассказывают лишь об общем необъяснимом чувстве тревоги, страха, которые ими владели в момент психоза или совершения противоправного действия. Патологическое опьянение встречается после приема небольшого количества спиртного напитка, реже на фоне средней степени опьянения. В большинстве случаев патологическому опьянению предшествует действие ослабляющих организм факторов: напряженная работа, бессонница в течение нескольких дней или недель; перенесенные в прошлом инфекции, интоксикации, черепно-мозговые травмы, другие поражения ЦНС. Исчезают объективные признаки опьянения (походка и речь не изменены). Критерий внешнего поведения расценивается как один из важнейших при дифференциальной диагностике патологического опьянения. Окружающих поражает, что люди в состоянии патологического опьянения внешне бывают полностью координированы, более того, ловки, производят целенаправленные моторные акты, передвигаются, совершают поездки в общественном транспорте. Лишь иногда могут обратить на себя внимание выражением лица — отрешенным, замкнутым, взором бессмысленным или как бы углубленным в себя, внешностью, манерой поведения, непонятной для окружающих. Поведение обуславливается внутренними психотическими, импульсивными побуждениями, чувством тревоги, страха, которые могут

сменяться яростью, неистовой злобой. Эти реакции возникают на почве бредовых и галлюцинозных переживаний. Иногда в состоянии патологического опьянения действия больных лишены направленности и проявляются в форме бессмысленных актов нападения, защиты или бегства, что приводит к тяжелым случаям антисоциальных поступков. Действия их сопровождаются либо криком, стереотипным произношением одних и тех же слов, либо сосредоточенным молчанием.

Выделяют сумеречную, галлюцинаторно-параноидную, делириозную, маниакальную формы.

В настоящее время накоплены данные об особенностях клинического течения различных форм алкогольных психозов. Пока не совсем ясно, что обуславливает своеобразный патоморфоз этой группы психических расстройств.

Патогенез психозов связывают с разными факторами: непосредственным действием алкоголя, следствием накопления в крови промежуточных ядовитых продуктов обмена при нарушении дезинтоксикационной функции печени, возможным дефицитом алкогольдегидрогеназы. Возможно психоз возникает в результате гипоксии мозга с выраженным отеком, нарушением водно-электролитного и кислотно-основного равновесия. Выдвигают также теорию о роли нарушений обмена катехоламинов в развитии алкогольных психозов.

Чаще всего алкогольный делирий — белая горячка — начинается на фоне вынужденного воздержания, похмельного синдрома. Нередко провоцируют начало заболевания такие факторы, как ослабление организма — пневмония, грипп, гепатит, истощение, воздействие психотравмирующих или вредных физических факторов. Они утяжеляют картину психоза, а нередко могут привести к летальному исходу.

В зависимости от влияния различных факторов клиническая картина алкогольного делирия может быть разнообразной, но основными симптомами являются нарушения сна, дезориентировка во времени, месте, иллюзии, галлюцинации, бред, возбуждение, соматоневрологические нарушения. Прежде всего нарушается сон. Он становится поверхностным с устрашающими сновидениями, от которых больные просыпаются в страхе, ужасе. Нередко перед засыпанием возможны гипногагические галлюцинации (в состоянии между сном и бодрствованием). При закрытых глазах появляются устрашающие картины: при открытых — вначале могут быть иллюзии, например в темном

углу комнаты видится фигура человека, в посторонних звуках слышатся оклики или отдельные голоса. Затем иллюзии могут становиться множественными, большим видятся на стенах, потолке целые картины, чаще всего фантастического содержания.

К иллюзиям присоединяются галлюцинации, как правило, зрительные. Больным видятся мелкие животные — жуки, пауки, мухи, которые ползают по стенам, потолку, кровати, наползают на больного, он отмахивается от них, прогоняет, пытается бороться. В дальнейшем галлюцинации становятся разнообразнее.

Описывают своеобразные тактильные галлюцинации — «ротоглоточные галлюцинации инородного тела». Они выявляются в виде обманов восприятия в области рта, глотки, зева, когда в этих местах имеются мацерации слизистых. Больные тянут нити, жалуются, что у них во рту имеются иголки, вата, поролон, загнутые причудливые предметы, даже животные или отдельные части их, например лапки, усики, хвостики.

Возможны галлюцинации эротического характера, к которым присоединяются единичные слуховые обманы. Голоса комментируют зрительные галлюцинации, называют больных импотентами, имитируют сексуальные сцены — звуки поцелуев, любовные диалоги, чаще с посторонними мужчинами. На основе этих галлюцинаций формируется бред ревности. Он отличается от систематизированного бреда образностью, конкретностью содержания, полной зависимостью от галлюцинаторных переживаний. Нередко бредовые идеи носят характер отношения, преследования, воздействия. Больным кажется, что их преследуют, хотят убить. После выхода из болезненного состояния может остаться резидуальный бред на фоне стойкой астении. Память бывает нарушена на реальные события и сохраняется на пережитые обманы восприятия.

Доказано, что в клинической картине белой горячки примерно в одинаковом количестве случаев встречаются делириозный и онейроидный варианты. Онейроидный синдром проходит 3 этапа развития — инициальный период с гипноагическими переживаниями, когда при закрытых глазах происходит нарушение ориентировки в месте и времени. На 1—2-й день наступает этап ориентированного онейроида, заключающегося в нескольких сценopodobных картинах, связанных между собой одной канвой содержания. На 2—3-й день наступает истинный онейроид с отрешенностью от действительности, полным нарушением

самосознания. Фантастичность переживаний доходит до того, что у них возникает чувство проваливания в толщу земли, вознесения к небесам.

Алкогольный онейроидный синдром включает в себя различные феномены абортивного синдрома Кандинского — Клерамбо, в основном это сенсорные и моторные психические автоматизмы. Сенсорные автоматизмы фантастичны, больные доказывают, что на них действуют лучами, электромагнитными волнами, гипнозом, различными установками. Моторные психические автоматизмы выражаются в том, что больным кажется, что их лишают возможности говорить, двигаться или, наоборот, заставляют выполнять какие-то двигательные акты. Электроэнцефалографические исследования показывают при алкогольном делирии сдвиги, проявляющиеся в диффузной дезорганизации α -активности, заинтересованности нисходящих систем ствола мозга.

У больных с делирием своеобразно нарушается ориентировка. Это может быть дезориентировка во времени, месте, собственной личности, но иногда больные правильно отвечают на вопрос о своем местопребывании. Однако при последовательном опросе выявляются нарушения ориентировки, провалы памяти. Часто нарушаются ориентации в собственной личности, осмысление окружающих. Нередко на фоне устрашающих галлюцинаций и бреда больные плоско шутят, смеются, т. е. ведут себя неадекватно переживаниям.

Они чаще всего возбуждены, активны — борются с устрашающими образами, прячутся, нападают, дерутся. В таких состояниях становятся опасными для окружающих и самих себя. Некоторые в связи с патологическими переживаниями, критика к которым совершенно отсутствует, пытаются покончить жизнь самоубийством, произвести членовредительство, совершить поджоги, убийства. Поэтому больные, находящиеся в состоянии алкогольного делирия, обязательно должны быть госпитализированы под строжайший надзор медицинского персонала.

Одним из постоянных признаков алкогольного делирия являются тремор рук или всего тела, нистагм, могут быть и другие неврологические симптомы. Соматически, помимо физического истощения и обезвоживания организма, часто обостряются заболевания печени, сердца, легких, встречаются пневмонии, дисфункция кишечника. Имеется вегетативная симптоматика. Больные жалуются, что им становится холодно или, наоборот, все внутри «печет».

Начальный период делирия может продолжаться несколько дней с обострением к ночи и просветлением сознания днем. Окончание психоза чаще всего происходит критически после сна. Средняя продолжительность психоза — 3—5 дней. Но болезнь может затянуться и до 2 нед. После тяжелых форм заболевания и выхода из болезненного состояния еще несколько недель, месяцев может держаться выраженное астеническое состояние — с психической слабостью, раздражительностью, головными болями, порой с отдельными нарушениями восприятия. Свои переживания больные помнят и хорошо могут рассказать о них после выхода из состояния психоза. У одних и тех же лиц алкогольный делирий может повториться, иногда он приобретает затяжное течение с периодическими обострениями или трансформируется в хронический галлюциноз, корсаковский психоз. Некоторые исследователи в течение алкогольного делирия различают несколько этапов по мере изменения или усложнения клинической картины: abortивные формы психоза, когда клиническая картина заболевания, не развернувшись, затухает, и тяжелые формы. При тяжелых формах отмечаются резкая общая ослабленность, цианоз губ, верхних частей тела. Артериальное давление резко снижается до 90/60 мм рт. ст., температура тела достигает 39° С.

Больные, как правило, находятся в постели, но при резких движениях могут переваливаться через край кровати, упасть на пол. Производят движения, характерные для их профессии, выкрикивают отдельные слова, относящиеся к профессиональной деятельности. Речь постепенно становится невнятной, бормочущей. Привлечь внимание больных, вступить с ними в контакт не представляется возможным. Летальность от алкогольного делирия, особенно его тяжелых форм, достигает 5—12%.

Алкогольный галлюциноз бывает острый (описано 8 вариантов), подострый (4 варианта), хронический (3 варианта).

Острый алкогольный галлюциноз начинается на фоне похмельного синдрома и становится как бы продолжением его, приобретая, однако, насыщенность психопатологической продукцией, т. е. превращаясь в новое качественное состояние. Изредка галлюциноз может формироваться и во время алкогольного делирия.

Основным симптомом являются слуховые галлюцинации. Вначале это оклики, отдельные звуки, затем голоса, идущие со стороны. Их может быть множество и единицы.

Голоса бывают мужские, женские, детские, различного тембра, звучания — громкие, глухие. Они могут комментировать действия больного, критиковать, осуждать, хвалить. Порой один голос ругает больного, называя его «пьяницей», «тунеядцем», «прощелыгой» и другими неслестными словами, другой же голос смягчает эту критику, говоря: «ничего, братец, ты не один», «ты выздоровеешь и станешь хорошим» и т. п. Зрительных галлюцинаций немного; тактильные, обонятельные встречаются редко. Из слуховых галлюцинаций быстро формируется бред преследования, отношения. Больному начинает казаться, что вокруг него собирается шайка, его хотят убить, четвертовать, издеваются над ним.

Эмоциональный фон понижен, больные мрачны, угрюмы, их булрывают опасение, страх. Бреду, галлюцинациям, эмоциональной настроенности соответствует поведение больного. Они прячутся, вооружаются различными предметами самозащиты. Описаны случаи, когда больные первыми совершают нападения, опасаясь агрессии окружающих. Острый алкогольный галлюциноз, как правило, протекает в течение 2—3 дней до нескольких недель, хотя возможно и abortивное течение психоза.

Обращает на себя внимание кратковременный характер острых алкогольных галлюцинозов, в течение нескольких дней. Характерны эротическое содержание галлюцинаций, разговоры о выдающихся способностях, талантах больных. Встречаются психические автоматизмы с элементами воздействия — лучами, мощными волнами и др.

Подострый алкогольный галлюциноз — это психоз, длящийся несколько месяцев или текущий с обострениями. В этих случаях аффект становится тусклым, маловыразительным, в нем преобладает не страх, а тревога и опасение. Больные становятся малоподвижными, много времени проводят в постели, прислушиваясь к голосам. Бред преследования теряет свою актуальность, вместо него преобладают бредовые идеи отношения, самообвинения. Такие больные требуют строгого надзора и наблюдения, так как возможны суицидальные поступки.

Хронический алкогольный галлюциноз чаще начинается после перенесенных острых психических расстройств. На начальных этапах могут быть слуховые галлюцинации, бредовые идеи преследования, отношения. Вскоре остаются лишь слуховые галлюцинации, которые беспокоят больных целый день, иной раз и ночью они продолжают слышать голоса — громкие, тихие, мужские, женские. Од-

ни голоса комментируют мысли, действия больного, издеваются, другие хвалят, защищают его. Нередко вступают в спор между собой. Со временем больные привыкают к этим голосам, они становятся привычными раздражителями. В этих случаях больные лишь иногда отвечают на голоса, а в остальное время могут даже исполнять какую-то работу. Настроение постоянно остается мрачным, угрюмым, сниженным. Критика к своему состоянию то появляется, то исчезает.

Алкогольный паранойд имеет несколько вариантов течения. Из них 4 относятся к острым алкогольным бредовым психозам, а 2 — к затяжным, хроническим. Во всех случаях психоз формируется не сразу. При тщательном обследовании и сборе анализа оказывается, что он как бы проходит несколько ступеней. В начальном периоде преобладает неврозоподобная симптоматика, в структуре которой главное место отводится астении. Наблюдаются преимущественно сосудистые и вегетативно-вестибулярные расстройства: колеблется артериальное давление, температура тела, очень часто нарушается сон, больные с трудом засыпают, быстро пробуждаются, их мучают кошмарные сновидения. Отмечаются головокружение, непереносимость жары, бывают пароксизмальные явления. Всегда выражена психическая и физическая истощаемость, которую больные стараются не замечать, бравируют.

Далее на фоне сохраняющейся неврозоподобной симптоматики выявляются расстройства эмоционально-волевой и интеллектуальной сфер. Одни больные плохо управляют своими эмоциями, становятся несдержанными, взрывчатыми, гневливыми, другие отличаются медлительностью, общей заторможенностью. Появляются симптомы астенодепрессивного, ипохондрического состояния, навязчивые мысли. Нарушается чувство дистанции, снижается контроль за морально-этическим поведением, критика к своему состоянию. Нарастают эгоцентризм, переоценка собственной личности, при этом у многих отмечаются тревожность, настороженность, подозрительность.

Психотическая симптоматика нередко формируется остро в зависимости от внешних вредных воздействий. Неврозоподобная симптоматика отступает на задний план, главным становится состояние, характеризующееся страхом, беспокойством, элементарными гипногагическими галлюцинациями. Затем появляются ошибки в интерпретации окружающего, снижение уровня интеллектуальной деятельности. Далее формируются бредовые идеи. Могут

быть и другие варианты начального этапа алкогольного параноида по типу постепенного формирования стойкого, детально разработанного паранояльного бреда отношения, преследования, ревности. Началу формирования параноида может сопутствовать аффект напряжения, беспокойства с колебаниями температуры тела, вегетативными кризами, головными болями.

Острый алкогольный параноид развивается, как правило, в хронической стадии заболевания, спустя 5—8 лет от начала систематического злоупотребления алкоголем. Различают острейший алкогольный параноид, возникающий на фоне похмелья с неразвернутой картиной бредового содержания, и кратковременный. Другой вариант характеризуется развернутым параноидным содержанием и явлениями психического автоматизма.

Бредовый алкогольный психоз возникает на фоне массивной интоксикации, как правило, в сложных ситуациях (в дороге, при переутомлении, в незнакомой местности, при наличии в анамнезе черепно-мозговой травмы). Ведущим признаком является не галлюцинация, а бред. Чаще всего он носит характер преследования. Больному кажется, что люди о нем говорят, подают друг другу знаки, сговариваются его убить или придумывают какую-нибудь изощренную пытку, хотят погубить не только его, но и детей, всю семью. Спасаясь от мнимых преследователей, больной сам может стать преследователем и первым совершить нападение из страха перед ожидаемым несчастьем. Некоторые больные совершают самоубийства. У большинства настроения подавленное, они испытывают чувство страха. Тревога, состояние беспокойства постоянно проявляются в их поведении. Они подозрительны, вследствие чего нередко отказываются от лекарств, еды, опасаясь отравления. Больные целиком находятся во власти своих переживаний, поэтому окружающую действительность они практически не воспринимают.

Хронический алкогольный параноид характеризуется затяжным течением, возникает спустя 10—15 дней после начала болезни, в хронической или поздней стадиях заболевания. Чаще всего психоз начинается на фоне тяжелого или затянувшегося похмельного синдрома, после острого эпизода делирия или галлюциноза. Одни из них имеют рецидивирующий характер, другие принимают затяжной характер, третьи — медленнопрогредиентный с постепенным наращиванием симптоматики. При этом большее значение имеют не только алкоголизация, но и

особенности личности больного, влияние эндогенных и экзогенных факторов. Эти психозы формируются у лиц в более позднем возрасте — 45—55 лет. Чаще всего в медленнопрогредиентных вариантах вначале как бы утяжеляется психопатоподобное поведение больных с последующим формированием сверхценных идей, а затем паранояльных, систематизированных идей отравления, ревности и др.

Алкогольный бред ревности встречается в 10% случаев по отношению ко всем случаям алкогольного психоза. Его относят к одному из синдромов алкогольного параноида, часто сочетающегося с другими переживаниями больного. Обычно бредовые подозрения нелепы, упреки в супружеской неверности недоказательны, наивны. Жена и дети осуждают поведение пьяницы. Возникает охлаждение семейных отношений, что в свою очередь больного наводит на ложную мысль, что жена «завела себе любовника».

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. Порой играют роль подозрительность и настороженность, возникающие как результат изменения личности больных. Их невозможно переубедить в ошибочности суждений, и это часто приводит к конфликтам в семье, разрыву, а иногда и более тяжелым последствиям.

Алкогольная энцефалопатия бывает острой (3 формы) и хронической (10 форм). Она возникает у лиц с длительным алкогольным «стажем» при употреблении преимущественно водки, суррогатов, крепких вин. Все разновидности энцефалопатии возникают на фоне хронического алкоголизма с частым употреблением алкоголя или запойным пьянством. Чаще всего это больные в поздней стадии болезни, с выраженными соматическими и неврологическими расстройствами. Нередко последние преобладают в клинической картине.

Алкогольная энцефалопатия имеет смешанную клиническую картину. В основе патогенеза лежат нарушение обменных процессов, гиповитаминозы, в частности недостаток витаминов группы В. При употреблении алкоголя в организме отмечается недостаток тиамина, что усугубляется нарушением деятельности печени и в свою очередь приводит к патологии углеводного обмена, являющегося

основным энергетическим источником, обуславливающим деятельность головного мозга. При энцефалопатии нарушается также баланс пиридоксина (витамин В₆) и никотиновой кислоты.

Геморрагический полиоэнцефалит (болезнь Вернике) занимает главное место среди острых состояний. Это сложное заболевание, в котором сочетаются соматические, неврологические и психические расстройства, в основе которых лежат дегенеративно-деструктивные процессы. В продромальном периоде (3—4 мес) отмечаются адинамия, диспепсические, вегетативные расстройства, нарушения сна, а также выраженная неврологическая симптоматика — тремор, дизартрия, атактические симптомы, глазодвигательные и бульбарные расстройства (выпадение глоточного, небного, дыхательного, чихательного рефлексов).

Психические нарушения протекают в виде тяжелого делирия (чаще мусситирующего, профессионального) с сильным возбуждением, в пределах постели, состояние может усложняться и переходить в аменцию или оглушение. Происходит утяжеление соматических и неврологических симптомов. Снижается артериальное давление, учащается дыхание, печень увеличена и становится болезненной, отмечаются жидкий стул, мышечные подергивания и гипертония или гипотония мышц конечностей, сложные гиперкинезы. Постоянно отмечаются оральные неврологические автоматизмы, выраженная атаксия, полиневриты, пирамидные знаки. Нередко наступает летальный исход, чаще всего от каких-либо интеркуррентных заболеваний. Возможен переход в хроническую стадию энцефалопатии типа корсаковского психоза.

К острым формам геморрагического полиоэнцефалита относят и заболевание с молниеносным течением, проходящее с высокой температурой тела и заканчивающееся в течение 3—5 дней смертью.

Алкогольная депрессия как самостоятельное заболевание встречается редко. Чаще она длится от нескольких дней до нескольких недель. Депрессия характеризуется чувством тоски с бредом обвинения, раздражительностью. Больные обвиняют окружающих, особенно близких, в нечутком к себе отношении, вместе с тем сами чувствуют свою неполноценность, вину перед родными. Отмечаются суточные колебания настроения. Встречаются депрессии с дисфорией, тревогой, слезливостью. У больных появляются частые и стойкие суицидальные мысли,

стремление реализовать их, поэтому они требуют тщательного наблюдения.

Д и п с о м а н и я — это внезапно появляющееся стремление к пьянству — запою, встречается у психопатических личностей, у лиц, страдающих эндокринным психосиндромом, в некоторых случаях эпилепсией, маниакально-депрессивным психозом. Длится запой от нескольких дней до 2—3 нед, начинается внезапно на фоне продолжительного воздержания от приема алкоголя и также внезапно заканчивается. При этом может наступить отвращение к алкоголю.

Приступу нередко предшествуют нарушение сна, различные истощающие организм моменты. Количество употребляемого алкоголя колеблется в широких пределах — от незначительных до больших доз, вызывающих высокое опьянение.

А н т а б у с н ы й п с и х о з — одно из тяжелых осложнений при лечении алкоголизма тетурамом (тетурам, или дисульфирам, антабус — лекарственное средство, применяемое с 1958 г. для лечения алкоголизма). Применение высоких доз препарата, повышенная чувствительность к тетураму в результате органической неполноценности ЦНС, обусловленной хронической алкогольной интоксикацией или черепно-мозговой травмой, могут привести к психозу. Чаще всего психоз наступает в процессе лечения, во время тетурамалкогольной реакции, на фоне поддерживающей терапии.

Различают 3 стадии развития антабусного психоза. Продромальная стадия длится от 2—3 дней до 2 нед. Отмечаются головная боль, головокружение, сонливость, вялость, расстройство сна, неприятное ощущение в области сердца, гиперестезия, подавленное настроение, идеи самоуничижения.

Разгар заболевания протекает в виде нескольких вариантов — вариант со спутанностью сознания (делириозно-аментивный, делириозно-онейрический); вариант с галлюцинаторно-параноидными и параноидными расстройствами; вариант с маниакальным состоянием. Заканчивается психоз астеническими явлениями с преобладанием вялости, слабости над эмоциональной лабильностью. Воспоминания острого периода нечеткие, фрагментарные. Длительность психоза от нескольких дней до 1—2 мес.

Суицидальные попытки, действия (завершенные) при алкоголизме занимают значительное место. Причины этого

явления различны: с одной стороны это связано с аффективными колебаниями в состоянии алкогольной интоксикации или похмелья, с другой — с особенностями личности, с третьей — с разнообразными ситуационными моментами.

Важно отметить зависимость частоты самоубийства (суицид) от выраженности деградации личности больного. Больные с выраженным слабоумием (деменция) реже совершают суицидальные действия, и наоборот, интеллектуально-сохранные больные чаще совершают агрессивные поступки, направленные против самих себя. Известно, что такие действия характерны для больных алкоголизмом, которые состоят на учете у психиатров как резидуальные органики, невротики, психопаты. Нередко причиной являются семейные конфликты.

Совершаются суицидальные действия, как правило, в состоянии депрессии или на фоне аффективности вспышки. Сравнительно часты самоубийства при острых алкогольных психозах, и диктуются они содержанием императивных слуховых галлюцинаций или аффектом страха, тревоги, доходящими до раптуса (приступ возбуждения). Нередки суицидальные акты у больных с алкогольным бредом ревности. Причем в этих случаях могут пострадать несколько человек — предполагаемый соперник, супруга, дети и сам больной.

При винном алкоголизме выделяется преимущественно 3 формы психоза: однократно, эпизодически протекающие, рецидивирующие и затяжные. Примечательно, что все они возникают при более длительном «алкогольном стаже» и в поздние возрастные периоды в отличие от традиционных алкогольных психозов. Оказывается, что, несмотря на систематический прием «винного алкоголя», большой стаж употребления, однократно протекающие эпизодические психозы отличаются аморфностью, незначительной выраженностью психопатологической симптоматики по отношению к психозам, вызванным крепкими спиртными напитками. Длительность злоупотребления алкоголем до начала развития манифестного психоза бывает в отличие от употребления крепких спиртных напитков от 20 до 30 лет. Психозы чаще всего возникают в хронической или поздней стадиях болезни. Психотические нарушения появляются на фоне непрекращающегося употребления «винного алкоголя».

В клинической картине заболевания преобладают элементы делирия, острого бреда, галлюциноза. Психиче-

ские автоматизмы не встречаются или бывают кратковременными.

Рецидивирующие психозы в отличие от традиционных возникают чаще, клинически менее выражены и имеют тенденцию к затяжному течению. Протекают преимущественно в виде делирия, рудиментарного галлюциноза.

Затяжные «винные психозы» возникают поздно, спустя 25—45 лет после начала злоупотребления винными напитками, текут на фоне продолжающегося употребления алкоголя. В их структуре чаще встречается паранойяльный бред ревности и преобладают интеллектуально-мнестические расстройства, а не морально-этические изменения личности, характерные для обычных алкогольных психозов. Бред возникает медленно, как бы формируясь из сверхценных идей. Как правило, формированию бреда предшествуют психотравмирующие ситуации.

Глава 7

АЛКОГОЛИЗМ И ПСИХИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

Человек может болеть двумя и больше заболеваниями одновременно. Так и алкоголизм может возникнуть независимо от психического расстройства. Однако разбираемые патологические состояния очень близки друг к другу и нередко одно из этих заболеваний обуславливает начало другого.

При злоупотреблении спиртными напитками в молодом возрасте следует заподозрить начало шизофрении. При этом характерны немотивированность злоупотребления алкоголем и пьянство в одиночестве, которое сразу приобретает периодический или систематический характер без изменений количественного контроля. Похмельный синдром формируется очень медленно и не всегда.

Постепенно нарастают замкнутость, бредовая настороженность, затрудненность адаптации. Особенностью этих признаков является то, что с годами они могут сглаживаться и у больных в большей мере проявляется способность поддерживать необходимые контакты с действительностью, чем у больных шизофренией без алкоголизации. Злоупотребление спиртными напитками у таких больных может быть немотивированным и неожиданно прекратиться так же, как и началось.

Клинически выраженный психотический приступ чаще развивается через 2—3 года после начала злоупотребления алкоголем, причем без связи с похмельным синдромом, которого может и не быть.

Форма психоза всегда атипична, часто носит затяжной характер (до 2—3 мес) в отличие от острых алкогольных психозов. Характерным при этом является наличие вербального галлюциноза и почти всегда имеется симптоматика, относящаяся к синдрому Кандинского — Клерамбо. Особенностью их является то, что при отсутствии критики больные в таких состояниях все же более доступны и обычно сами ищут помощи, напоминая своими жалобами соматических больных. Выход из психоза почти всегда характеризуется наличием резидуальных бредовых явлений.

Основная трудность диагностики заключается в том, что при алкогольных психозах в клинической картине часто наблюдаются отрывочные бредовые идеи преследования, отношения, даже воздействия, а с другой стороны, и в острых дебютах шизофрении отмечаются делириозные состояния в виде зрительных галлюцинаций, иллюзорных восприятий окружающего в сочетании с аффектом страха.

Психопатологическую картину при алкогольном дебюте шизофрении можно условно разделить на 2 стадии: в I стадии клинические проявления приближаются к алкогольному психозу; во II стадии нарастает шизофреническая симптоматика. Эти стадии переходят одна в другую или постепенно, или между ними бывает светлый промежуток. Это, по-видимому, зависит от характера течения шизофрении — даже без дальнейшего употребления алкоголя.

Особенностью начальных психотических картин при шизофрении, осложненной алкоголизмом, являются abortивный характер делирия и атипичные его проявления, преобладание алкогольного параноида (бред преследования и отношения), отсутствие выраженного расстройства сознания. Иногда уже в раннем периоде заболевания отмечаются характерные расстройства мышления, симптомы психического автоматизма, некоторая отгороженность, что со значительной вероятностью помогает поставить диагноз шизофрении.

Во II стадии развивается четкая шизофреническая симптоматика и нарастают изменения личности, что делает диагноз шизофрении несомненным. Для таких больных характерно отсутствие типичных для хронического алко-

лизма изменений личности как до начала психоза, так и по выходе из него. У большинства больных наблюдаются заболевания печени и сосудистая патология, которые могут способствовать развитию психоза.

Большие сложности диагностического характера представляет собой вялотекущий вариант шизофрении. Здесь нет грубой позитивной психопатологической продукции, не бывает тяжелых обострений. Клиническая картина характеризуется паранояльными, психопатоподобными, невротоподобными проявлениями и такое течение дает повод для отнесения этих случаев к неврозам, психопатиям.

Дифференциальной диагностике в пользу шизофренического процесса помогает ряд симптомов. Вялотекущий шизофренический процесс делает больного даже внешне непохожим на больного алкоголизмом. Такой больной отличается снижением энергетического потенциала, т. е. он душевно вял, безынициативен, равнодушен, жизненно не активен, в нем нет алкогольной **живости, энергии**, даже при стремлении выпить. Такое желание нередко возникает не как тяга к алкоголизации, а как **импульсное (неожиданное) действие без борьбы мотивов**. У таких больных нет живого отклика на питейные рассказы или ситуации. У больного, страдающего шизофренией, нет ситуационной зависимости от спиртных напитков, они чаще употребляют их по своим внутренним мотивам — соответственно паралогии мышления, галлюцинации (чаще псевдогаллюцинации), бреду и др.

Изменение личности по алкогольному типу незначительно, оно больше характерно для шизофренического процесса.

Довольно часто связан с пьянством и алкоголизмом психопатоподобный вариант так называемой простой шизофрении. Этот вариант болезни, как известно, характеризуется в основном медленно нарастающими симптомами выпадения (вялость, апатия, безволие, аспонтанность на базе шизофренически-некритического отношения к этим расстройствам). Продуктивная симптоматика (бред, галлюцинации, аффективные кататонические расстройства и т. д.) может встречаться лишь в редуцированном виде. В психопатоподобном варианте простой шизофрении выступают на первый план такие расстройства, как грубость, брутальная раздражительность, негативизм по отношению к любым советам и действиям. Все это разворачивается на фоне оскудения высшей эмоционально-волевой активности, снижения энергетического потенциала. Одно-

временно отмечается расторможенность влечений (сексуального, агрессивного, влечения к антисоциальным поступкам, например к бродяжничеству, и употреблению алкоголя и наркотиков).

Неумеренное употребление алкоголя начинается рано, в 15—16 лет, носит неупорядоченный, хаотический характер, его невозможно связать с какими-то причинами. Принимаются большие дозы алкоголя, опьянения бывают тяжелыми с выраженным конфликтным поведением. Первичной тяги к алкоголю нет, есть, по-видимому, жизненный стереотип и большой его придерживается. При этом снижается самоконтроль и нарастает безволие. Похмельный синдром практически отсутствует, нет соматовегетативного, тем более психического, компонента. Плохое самочувствие, на которое жалуются больные, скорее обусловлено интоксикацией. У этих больных наступает социально-трудовая деградация, но она тесно связана с основным шизофреническим процессом, а не с алкоголизацией. Отмечается, что к 20—25 годам с постепенным сглаживанием гебоидных симптомов смягчаются и признаки алкоголизма, не отмечается и алкогольная деградация личности.

Таким образом, алкоголизм, осложняющий эти случаи шизофренического процесса, протекает обычно довольно мягко в смысле долгого отсутствия выраженных похмельных расстройств и признаков алкогольного снижения личности. Тягостно здесь и для больного, и для окружающих его людей прежде всего «запойное» патологическое влечение к спиртному, отличающееся импульсивностью.

При маниакально-депрессивном психозе злоупотребление алкоголем может наблюдаться как в депрессивной, так и в маниакальной фазе. При депрессии больные пытаются алкоголем поднять настроение, снять подавленность, тоску. Большие дозы алкоголя несколько улучшают настроение, снижают тоскливо-депрессивное состояние. Эйфории не бывает, но иногда появляются явления ажитации. Употребляется алкоголь нерегулярно, в больших дозах, привыкания не наступает. Иногда больные депрессивные фазы сопровождают приемом алкоголя, это становится нормой их реагирования при ухудшении основного болезненного состояния, а не нарастающей алкоголизацией.

Опорными пунктами при диагностике служат следующие моменты: в анамнезе таких больных можно выявить периоды расстройства настроения, сопровождающиеся

пьянством; больные нередко сами связывают пьянство с изменением настроения. Неожиданное пьянство контрастно выступает на фоне обычной линии поведения больного, измененный фон настроения сохраняется в период пьянства, влечение к спиртным напиткам исчезает только по миновании фазы, потребности в опохмелении не бывает и дальнейший прием спиртных напитков определяется влечением. В маниакальных фазах больные начинают употреблять алкогольные напитки в связи с расторможенностью влечений, общего поведения, потерей контроля за своим состоянием. Это происходит хаотично, принимают, как правило, большие количества алкоголя, но тяжелых состояний интоксикации не наступает. Эйфория становится более выраженной, иногда перерастает в тяжелое возбуждение. В этом состоянии больные очень активны, но не продуктивны, поведение носит расторможенный характер. Они начинают дела и бросают их, совершают мошеннические акты, легко вступают в половые связи, могут совершать противоправные поступки. С улучшением общего состояния прием алкоголя прекращается. Привыкания не вырабатывается и в светлые промежутки эти люди употребляют алкоголь в пределах своей нормы.

У больных **г е н у и н н о й э п и л е п с и е й**, злоупотребляющих спиртными напитками, характерно довольно быстрое появление основных синдромов хронического алкоголизма. В похмельном периоде наблюдаются дисфории. Больные становятся мрачными, придирчивыми, высказывают различные ипохондрические жалобы, испытывают повышенную тягу к алкоголю. Наряду с эпилептическими чертами у больных наблюдаются изменения психики, свойственные лицам, страдающим хроническим алкоголизмом. В связи с пьянством учащаются припадки и может развиваться эпилептический статус.

Такие больные нередко самовольно прерывают курс лечения, что ведет к учащению припадков. Психопатологические черты характера больных эпилепсией под воздействием алкоголя заостряются, ускоренными темпами нарастают симптомы психической деградации. Особенно страдают мнестические интеллектуальные функции, нарушается социально-трудовая адаптация. Они бросают работу, становятся сутяжными, добиваясь различных благ без приложения усилий. Возможно учащение случаев измененного состояния сознания.

Хроническая алкогольная интоксикация значительноотягощает течение травматической эпилепсии. Такие боль-

ные отличаются повышенной возбудимостью, раздражительностью, грубостью, склонностью к конфликтам и аморальным поступкам. Критика к состоянию, как правило, резко снижена. Настроение носит дисфорическую окраску, утомляемость повышена, круг интересов сужен. Часто отмечаются выраженные головные боли, которые будто бы «снимаются только алкоголем». Тяга к потреблению напитков настолько сильна, что даже учащение эпилептических припадков не всегда является сдерживающим фактором.

При травматическом поражении головного мозга аффективно-волевые нарушения, обусловленные травмой (например, психопатоподобный вариант психоорганического синдрома, посттравматическая психопатизация личности), содействуют возникновению и закреплению патологического стремления к алкоголю. В свою очередь алкогольные изменения личности способствуют ослаблению морально-волевых задержек. Таким образом, возникает своеобразный порочный круг и в таких случаях часто трудно бывает определить удельный вес посттравматических и алкогольных изменений личности.

Для лиц, перенесших черепно-мозговые травмы, характерна повышенная чувствительность к алкоголю. Под влиянием алкоголя у них легко возникают повышенная аффективная возбудимость и моторные разряды, что часто является причиной социально-опасных действий. Присоединение алкоголизма к травматическому поражению головного мозга может способствовать прогрессирующему развитию травматического слабоумия.

Органическое поражение ЦНС может быть травматической, инфекционной, интоксикационной этиологии. Во всех случаях в отдаленном периоде выявляется органический психический синдром в виде эксплозивного, астенического, апатического или эйфорического вариантов с постоянно нарастающими мнестически-интеллектуальными изменениями личности, с течением времени приводящими к слабоумию. В каждом из этих случаев злоупотребление алкоголем приводит к утяжелению основного процесса, ухудшению течения хронического алкоголизма, ускорению темпа ее развития, прогрессивному переходу к слабоумию.

Сочетание алкоголизма и церебрального атеросклероза приводит к злокачественному течению обоих заболеваний и может вызвать тяжелые психические нарушения, вплоть до слабоумия, в сравнительно молодом

возрасте. Здесь, по-видимому, большую роль играет индивидуальная чувствительность мозговых сосудов к алкоголю. Установлены быстрое прогрессирование церебрально-атеросклеротического процесса при сочетании его с алкоголизмом, большая частота и тяжесть сосудисто-мозговых осложнений. При возникновении у больных психозов клиническая картина их носит смешанный характер, проявляясь симптомами, характерными для алкоголизма и для церебрального атеросклероза, причем эти психозы часто отличаются бурным течением и довольно быстро приводят к возникновению стойкого психического дефекта.

Нередко алкоголизм сочетается с олигофренией. Последнее состояние отличается снижением интеллекта, недостаточностью критики, общим психическим недоразвитием. В этих условиях начало приема алкоголя чаще всего отмечается в пубертатном (подростковом) или молодом возрасте. В связи с повышенной внушаемостью, снижением критики эти люди легко попадают под влияние старших лидеров в компаниях и начинают выпивать. Движущим мотивом является любопытство, подражательство. В начальных стадиях характерны «перепои» как следствие того же элемента снижения критики. На этой же стадии часты палимпсесты. Переход от эпизодического к более частому приему алкоголя также связан с компаниями, подражательством.

Похмельный синдром развивается во всех компонентах, однако, психически неярко, однообразен, чувства раскаяния, угрызения совести нет. Видимо, это зависит от ограниченности умственных способностей. Часты амнезии. Все больше выкристаллизовываются изменения личности — чаще по эксплозивному или апатическому типу. По этому же типу в дальнейшем формируется слабоумие. Олигофрены, страдающие алкоголизмом, часто попадают в медвытрезвитель, совершают противоправные действия. На работе удерживаются плохо, теряют ее, ведут паразитический образ жизни.

По мнению многих авторов, лица, страдающие неврозом, нередко употребляют алкоголь. В генезе невроза лежат в основном психогенные, травмирующие ситуации, следствием которых являются пониженное настроение, депрессии, страхи, опасения. Пытаясь снять эти ощущения, больные начинают употреблять спиртные напитки. С самого начала эти лица употребляют алкоголь в одиночку.

Употребление спиртных напитков от периодического приема становится систематическим, причем обрыв сразу же обостряет основную невротическую симптоматику. Основные симптомы алкоголизации развиваются тяжело. Толерантность постепенно увеличивается. Начинает формироваться похмельный синдром, при этом особенно тяжелым в его структуре становится психический компонент с фобиями, тревогами, опасениями. Настроение колеблется в виде дисфорических нарушений. Соматовегетативные нарушения у некоторых больных, трансформируясь, приобретают ипохондрический характер, вплоть до ипохондрического развития личности.

Течение алкоголизма у этих людей может быть двояким — медленное с малопрогрессирующим темпом развития и злокачественное с быстро сменяющимися стадиями, внутри которых идет активная трансформация основных синдромов болезни, изменениями личности и углублением алкогольной деградации.

Алкоголизм нередко сочетается с психопатическими особенностями личности и характера больных. Более того, отклонение от нормы психопатического порядка можно расценивать как своеобразный патогенетический фактор в формировании хронического алкоголизма. Личностные особенности вносят в начало болезни, ее течение, прогноз свои специфические черты.

Глава 8

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ

Острые отравления алкоголем могут вызывать летальные исходы. Чем выше содержание спирта в алкогольном напитке, тем опаснее он становится. Считается, что 250—300 мл спирта (600—700 г водки) для взрослого непьющего человека могут оказаться смертельными. Но эти дозы могут быть и более низкими. Это зависит от типа высшей нервной деятельности, наличия причин, ослабляющих нервную систему, бессонницы, даже таких элементарных факторов, как предварительное голодание, принятие алкоголя на пустой желудок.

Большое значение имеет возраст. Например, грудной ребенок может погибнуть от приема 20—30 мл спирта, а обычная «норма» взрослого человека 100—150 г водки

бывает смертельной для ребенка 6—8 лет. В пубертатном возрасте нередко алкогольная интоксикация приводит к коматозным состояниям, требующим проведения реанимационных мероприятий, а иногда заканчивается летальным исходом.

Потенцирующим действием обладает ряд лекарств, прием которых усиливает действие алкоголя. Прием нитроглицерина и алкоголя вследствие резкого расширения сосудов может вызвать коллапс с потерей сознания и возможной смертью. Резко усиливают действие алкоголя при одновременном приеме седативные средства, транквилизаторы (седуксен) и др. В случае внезапной смерти в крови определяют наличие алкоголя и лекарственных веществ.

При всех острых алкогольных отравлениях отмечается общая интоксикация организма. Патологоанатомическая картина типична и характеризуется повышением проницаемости сосудистых стенок, поражением эндотелия, геморагиями, деструктивными изменениями, отеком мозга и др.

При хронической интоксикации алкоголем в различных органах и тканях происходят необратимые изменения, органические процессы. Наиболее выражены изменения в ЦНС (нейронах и нервных волокнах). Это диффузные нарушения, поражающие всю ткань мозга, и очаговые поражения, которые могут проявиться в виде кровоизлияний, глиозных рубцов. Нейроны набухают, у некоторых отмечаются сморщивание, жировое перерождение, размножение нейроглии. В экспериментах на крысах (с длительной алкоголизацией) на вскрытии в мозге обнаружены хорошо очерченные изменения нейронов, нейроглии, капилляров. Часть нейронов погибает, в некоторых из них изменения концентрируются в ядрах.

Чаще всего поражаются клетки III—IV—V слоев коры, подкорковых узлов, мозжечка, спинного мозга. Атрофия головного мозга встречается в 80,2% случаев. Как правило, значительные изменения отмечаются в мозговых сосудах. В оболочках мозга наблюдаются множественные кровоизлияния. Макроскопически определяются помутнение и набухание мозговых оболочек, нередко отек мозга, увеличение количества жидкости в подпаутинном (субарахноидальном) пространстве, расширение желудочков, изолированные участки атрофии в лобных, затылочных долях и подкорковых образованиях, а также смешанная атрофия корково-подкорковой области с расширением желудочков.

В далеко зашедших случаях заболевания при наличии выраженных явлений слабоумия макроскопически можно наблюдать атрофию мозговой ткани с запустением и расширением всей желудочковой системы. Особенно страдает мозжечок, в котором обнаруживаются атрофические, некробиотические и дистрофические изменения. Их же наблюдают в подкорковых узлах, таламусе (зрительный бугор), продолговатом мозге и других участках. Эти изменения можно обнаружить при жизни больных при помощи пневмоэнцефалографии.

Нарушения обмена, витаминная недостаточность находят свое отражение в патологической анатомии. Например, пеллагра приводит к набуханию нейронов, изменению ядер. В далеко зашедших случаях выявляются мелкоочечные кровоизлияния в коре, подкорковых образованиях.

Серьезные изменения наблюдаются во внутренних органах. В хронической и поздней стадиях заболевания обнаруживаются чаще всего атеросклеротические изменения в стенках сосудов; могут быть нарушения со стороны мышцы сердца: оно дряблое, увеличено в поперечнике, при злоупотреблении пивом наблюдается «пивное», или «бычье», сердце. Жировое перерождение клеток отмечается во всех мышечных слоях, полости расширены. При кардиомиопатии обнаруживаются очаги некроза в миокарде с фиброзом различной выраженности, компенсаторная гипертрофия миокарда желудочков.

Заметным становится нарушение со стороны сосудов. Выделяют следующие виды патоморфологических изменений сосудов: острые сосудистые нарушения (гиперемия, нарушения проницаемости сосудистой стенки, кровоизлияния), фиброз, атеросклероз мозговых артерий, венечных артерий сердца, аорты, остаточные явления перенесенных в прошлом кровоизлияний. Крупные коронарные артерии обычно не изменены, атероматоз в них выражен слабее, чем у лиц в общей популяции. Характерно поражение мелких коронарных артерий.

Как правило, поражается печень. При циррозе печени имеется не изолированное поражение одного органа, а системы органов, вызванное злоупотреблением этиловым спиртом. Чаще страдают мужчины в возрасте старше 30 лет. Ухудшение состояния зависит от учащения приема алкоголя. При этом имеют место преходящая желтуха, отечно-асцитический синдром, связанный с атакой острого алкогольного гепатита. Алкогольный цирроз может про-

текать латентно и обнаруживается только на вскрытии. Однако смерть чаще всего наступает при наплаивающейся на цирроз атаке острого гепатита.

В подобных случаях на секционном столе при внешнем осмотре умершего обращает на себя внимание одутловатость лица с набухшими веками, цианотичной кожей. При общем ожирении или истощении отмечается атрофия мышц, нередко контрактуры. Со стороны внутренних органов — печень увеличена в массе и размерах, плотная, занимает большую часть брюшной полости, желтоватого цвета, мелкоузловая или мелкокрупноузловая. Часто встречается панкреатит с уплотненным телом железы. Асцит с расширением вен желудка и поражением селезенки. Сердце чаще всего гипертрофировано с дряблыми мышечными стенками. Нередко встерчаются очаги латентной инфекции — пиелонефрит, пневмония, туберкулез. В крови умерших выявляется этанолемия. Микроскопия подтверждает, что смерть наступает в результате очередной атаки острого гепатита на цирротически измененную печень. Об этом свидетельствуют также некроз гепатоцитов, появление алкогольного гиалина, инфильтрация стромы и зон некроза преимущественно полиморфными лейкоцитами.

При острой нефропатии обнаруживаются минимальные изменения почек, касающиеся только поражения почечных канальцев в виде дистрофии и некробиоза, что указывает на токсический характер поражения. При хроническом алкогольном гломерулонефрите отмечаются диффузный склероз, фибропластические изменения клубочков почечного тельца (почечных клубочков).

Нередким осложнением при алкоголизме является полиневрит, чаще всего верхних и нижних конечностей. Это дегенеративный процесс с распадом миелина, разрушением аксонов (осевых цилиндров) и замещением нервной ткани соединительной.

Различные исследователи находят, помимо общих изменений, присущих алкоголизму, специфические нарушения, характерные для различных форм и стадий заболевания. Например, при алкогольном делирии обычными считаются явление геморрагического энцефалита в мезэнцефальной области, дегенерация клеток. При геморрагическом полиозэнцефалите (энцефалопатия Вернике) макроскопически выражены отек и набухание головного мозга, оболочек, застойное полнокровие вещества мозга, расширение капилляров во всех его отделах, сглаженность извилин. Точечные кровоизлияния необязательны. Уме-

ренно выраженная атрофия корково-подкорковой области, гидроцефалия, хронический арахноидит. Поражение серого вещества вокруг III желудочка, водопровода мозга (сильвиев водопровод), дна IV желудочка, где обнаруживается мощная пролиферация сосудов нейроглии. Воспалительные инфильтраты отсутствуют, возможны диапедезные кровоизлияния (не всегда). Под эпендимой желудочков выражен глиофиброз. Нейроны в коре большого мозга, особенно во II—III слоях лобных долей, атрофичны, перегружены липофусцином. На месте очаговых выпадений образуются бесклеточные поля. В мозжечке уменьшено число грушевидных нейронов (клеток Пуркинье).

Определенная часть патологоанатомических изменений не является специфической только для алкоголизма, поэтому при постановке патологоанатомического диагноза следует эти данные сопоставлять с клинической картиной самого заболевания.

Часть III

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НАРКОМАНИИ, ТОКСИКОМАНИИ И ТАБАКОКУРЕНИЯ

Глава I

НАРКОМАНИЯ. ОТДЕЛЬНЫЕ ВИДЫ НАРКОМАНИИ

Наркомания стала широко распространяться в Западной Европе после первой мировой войны в условиях миграции больших масс людей, эпидемий, разрухи, безработицы. Однако особого распространения она достигла уже в послевоенные (50-е) и последующие годы.

Постоянный страх перед безработицей в капиталистическом мире, неуверенность в завтрашнем дне, разочарованность в жизни, беспросветность существования, а иногда погоня за новыми ощущениями, стремление любыми средствами спрятаться от тягот жизни толкают людей в странах Западной Европы к употреблению наркотических средств.

Несмотря на запрещение продажи наркотиков, в буржуазных странах приобретение их не представляет труда. Бизнес на торговле наркотическими веществами — самый доходный и никакие запреты и репрессии не могут его остановить. А привыкание к наркотикам формируется быстро. Достаточно принимать их в течение нескольких месяцев, как привыкание приобретает характер наркоманического синдрома.

На первых этапах возникает эйфория. Ее разовая продолжительность, глубина и повторяемость в процессе потребления наркотиков сугубо индивидуальны и стоят в прямой связи с особенностями высшей нервной деятельности, характеристическими, эмоциональными особенностями человека, состоянием организма.

В зависимости от длительности приема наркотиков эйфоризирующий эффект изменяется в сторону снижения, а затем и исчезновения защитных реакций организма. Потребление наркотика приобретает систематический ха-

рактар, происходит изменение толерантности. Наркоманы принимают в 2—10 раз более высокие дозы лекарственных наркотических средств, чем принято использовать в лечебных целях. Постепенно формируется психическая зависимость от наркотического вещества, далее вырабатывается физическая зависимость с неодолимым влечением к наркотизации и выраженной абстиненцией, в структуре которой могут наблюдаться элементы астенодепрессивные, гипоманиакальные, эксплозивные. Параллельно происходят изменения в психической сфере в виде невротизации, а затем психопатизации по истерическому, эксплозивному, астеническому или апатическому типу.

В динамике становления наркомании условно можно различить 3 стадии: начальную, или I,— адаптации (изменение реактивности организма и появление психической зависимости); хроническую, или II,— завершение формирования физической зависимости (абстиненция, возникновение в ряде случаев психоза, полинаркомании); позднюю, или III,— истощение всех систем организма (снижение толерантности, общей реактивности, психической, соматогенной, неврологической, затяжная тяжелая абстиненция, слабоумие. При наркоманиях можно наблюдать те же, что и при алкоголизме, 6 предпочтительных синдромов, укладывающихся в 3 стадии болезни.

Понятие «наркомания» следует трактовать как общее название болезней, проявляющихся влечением к постоянному приему в возрастающих количествах наркотических лекарственных средств и наркотических веществ вследствие стойкой психической и физической зависимости от них с развитием абстиненции при прекращении их приема. В процессе болезни происходят глубокие изменения личности индивида и другие расстройства психики вплоть до слабоумия, нарушаются функции внутренних органов и неврологическое состояние организма, наносится вред обществу.

Патогенез наркомании сложен. Интересные гипотезы выдвигаются в последние годы. Предполагают, что в начальных стадиях наблюдаются нарушения реакции нейронов коры больших полушарий, гипоталамуса, ретикулярной формации. Наркотическое вещество влияет и на функциональное состояние дендритов, в результате чего нарушается замыкательная и интегративная функция мозга. Страдают синапсы, нарушая межнейронные связи.

В хронической, поздних стадиях заболевания нарушаются рецептивные возможности нейронов и структурно-

функциональная организация мозга. «Привыкание» к наркотику и формирование абстиненции происходят при участии адренергических и холинергических медиаторов. По-видимому, под воздействием наркотиков 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.

Однако на современном этапе изучения данного вопроса единой теории не существует, каждая из многих должна быть предметом дальнейшего изучения.

Гашишизм. Гашиш добывается из листьев и побегов индийской, американской, чуйской, дикорастущей и других видов конопли, произрастающих в Южной Америке, Африке, Азии, в том числе Средней Азии. Действующим началом является содержащийся в экстракте конопли ароматический канбинол. В зависимости от состава конопли, способа изготовления, концентрации во многом зависит эффект его употребления. Гашиш относится к группе транквилизаторов, имеет множество названий — марихуана, анаша, банг, хусус, харас, дагга, жаргонные выражения — план, дурь.

Употребляют наркотик по-разному — жуют, курят, принимают внутрь в виде напитков, пилюль. По распространенности употребления гашиш следует поставить на первое место среди различных видов наркоманий. Объясняется прежде всего простотой употребления. Чаще всего его начинают пробовать подростки, юноши, девушки (в основном до 20-летнего возраста), личности с девиациями характера, находящиеся в неблагополучных семьях, из чувства любопытства, подражательства, стремления к самоутверждению, получения удовольствий, иногда как попытка отрешиться от скучной, однообразной неинтересной повседневности. Чаще всего начинают курить в компаниях, где некоторые уже испытали действие препарата и их поведение нередко становится эталоном поведения для других.

Действие препарата начинается спустя 10—15 мин. Нередко первые приемы не только не вызывают приятных ощущений, но, наоборот, могут появиться чувство тошноты, горечь во рту, слюноотделение, легкое головокружение. Иногда на первых минутах вдыхания гашиша появляются тревога, страх. Несмотря на это, курильщики продолжают курение, и неприятные ощущения проходят. Как правило,

действие гашиша начинается с ощущения жажды, чувства голода, некоторой сухости слизистых оболочек. Затем появляется ощущение теплоты, которая разливается по всему телу. Нарастают состояние легкости, невесомости, желание прыгать, танцевать, принимать вычурные позы, смеяться. Внимание отвлекаемо, ассоциации возникают легко, долго не задерживаясь на одном предмете или явлении. Ускоряется темп мышления, мысли быстро сменяют друг друга. Выявляется речевой напор — фразы строятся нередко без окончаний, не выражают четкость мышления. Курильщик теряет контакт с окружающими, ему кажется странным, что они не разделяют его веселья, появляются раздражительность, злобность. Обращают на себя внимание резкие колебания эмоционального фона: то гневливость, то злобность, то повышенное настроение с веселостью, доходящей до экзальтации. Появляются безудержные фантазии и иллюзии. Окружающий мир приобретает яркие цвета, звуки становятся громкими, гулками, иногда приобретая характер «эхо». Обманы восприятий отличаются большим разнообразием и богатством содержания; ряд больных отмечают смазанность, расплывчатость предметов, красок, разделение предметов, отдельных частей тела. Описанные состояния характеризуют I стадию гашишизма — стадию возбуждения; II стадия — стадия угнетения. У одних переход из одной стадии в другую происходит сразу, у других, наоборот, сопровождается кажущимся постепенным изменением окружающего мира, когда краски тускнеют, исчезают иллюзии, гаснут фантазии, течение мыслей резко затормаживается. Затем появляются страхи, отрывочный бред преследования, настроение резко ухудшается. Эти состояния сопровождаются соматовегетативными изменениями, которые могут служить дифференциально-диагностическими признаками гашишной интоксикации. В начальных стадиях — это гиперемия кожи, реже резкое побледнение, покраснение склер, расширение зрачков, учащение пульса, дыхания, сухость во рту, жажда, повышенное чувство голода, головная боль, головокружение, шум, звон в ушах, неустойчивость в позе Ромберга, тремор рук. Могут возникать парестезии, чувство жара, озноб. Чувство голода и жажды доходят до того, что наркоманы кружками пьют жидкость, с жадностью едят, засыпают и спят в течение 10—12 ч. После пробуждения вновь много пьют и едят.

По аналогии с формированием алкоголизма также можно выявить период предвестников, который имеет

различную продолжительность — от 2—3 мес до 8—12 нед. На этом этапе курение гашиша бывает редким, эпизодическим (1—2 раза в месяц). В одних случаях пробы быстро прекращаются и не повторяются в дальнейшем. Как правило, этому способствуют здоровые внутрисемейные отношения, положительная микросоциальная среда, психологические установки, а также вызываемые гашишом неприятные ощущения (головокружение, тревога, страх). В других случаях прием гашиша учащается, хотя и остается случайным. Толерантность остается низкой. Иногда курение гашиша чередуется с потреблением алкоголя. Такие лица должны браться на учет в наркологических, психоневрологических диспансерах и органах Министерства внутренних дел СССР и наблюдаться в течение 2—3 лет, согласно приказу № 1315/340 от 31 декабря 1982 г. «О профилактическом учете и наблюдении за лицами, в отношении которых установлено немедицинское потребление наркотических веществ».

Далее следует начальная (I) стадия. Это собственно наркомания — болезненное состояние. Она формируется в различные сроки, в зависимости от интенсивности приема препарата, типа высшей нервной деятельности и других факторов, в среднем в течение 6 мес — 1¹/₂ года. На этой стадии потребление гашиша еще носит черты эпизодичности, но количество выкуриваемых папирос и частота их употребления растут, т. е. начинается систематический прием препарата. Толерантность возрастает. Сонливость после употребления гашиша не наблюдается. Эффект складывается из приятных переживаний у одних, наличия чувства покоя, тепла, умиротворенности у других и понижения настроения с чувством вины у третьих. В большинстве случаев курение происходит в компаниях, что стимулирует получаемое удовольствие, помогает перебороть депрессию. Начальная стадия длится от 2 до 5 лет.

Постепенно формируются явления хронической (II) стадии. Прежде всего растет и держится на высоком уровне толерантность. В среднем прием гашиша происходит почти ежедневно, выкуривается 8—10 папирос (сигарет) в день. Резко изменяется норма потребления. Наркоманы предпочитают выкуривать сигарету с гашишом в одиночестве, «ловить кайф». Это позволяет им продлить удовольствие или удлинить период блаженства. Для этого иногда выпивается небольшое количество вина или теплой воды. Чередование курения и приема алкоголя прекращается. Тяги ко сну нет. Наоборот, в течение 1—1¹/₂ ч

гашишеман собран, темп мышления ускорен. Затем симптомы эйфории снимаются и наступают апатия, безразличие, нежелание что-либо делать. Это состояние толкает на дальнейший прием наркотика.

В хронической стадии заболевания сформировывается абстиненция. Она длится в течение нескольких дней до 2 нед, но иногда желание выкурить «баш» возникает и спустя 20—30 дней. В среднем абстиненция продолжается 3—5 дней, имеет соматовегетативный компонент. К нему относятся мидриаз, зевота, озноб, потливость, вялость, мышечная слабость, тахикардия, тремор рук, неустойчивость в позе Ромберга, головокружение, головная боль, нарушение сна. Могут отмечаться также сенестопатия, ипохондрия, дисфория, напряженность аффекта, беспокойство. В дальнейшем появляются навязчивость, депрессия, астенические проявления. Астения может держаться долго — в течение 1—2 мес. Самым длительным и стойким является навязчивое стремление больных к употреблению наркотика.

На этой же стадии выявляются изменения личности невротического и психопатоподобного характера по астеноипохондрическому, эксплозивному, истерическому или апатическому типу. Для этих вариантов изменения личности характерны сужение круга интересов, очерствение личности, своеобразный эгоизм, доходящий до эгоцентризма, нарушение адаптации, а следовательно, потеря работы, начало тунеядства. Выявляется морально-этическое и интеллектуально-мнестическое оскудение личности. Продолжительность хронической стадии в среднем 6—7 лет.

Поздняя стадия формируется в зависимости от темпа предыдущих. Различают 3 типа течения заболевания: медленное, умеренное и активно-прогредиентное. В последней стадии толерантность снижается, прием наркотиков происходит, как правило, в одиночестве. Наркоманы практически удовольствие и «кайфа» от приема наркотика не получают, в лучшем случае это чувство отрешенности, покоя. Чаще всего время они проводят в одиночестве, безучастны к окружающему, своему будущему. Отмечается нарушение памяти, внимания, мышления, эмоций, т. е. выявляются довольно грубые изменения личности — ее деградация.

Особо следует подчеркнуть, что многие гашишеманы в поздней стадии заболевания являются полинаркоманами и это позволяет думать об отсутствии специфического гашишного слабоумия.

У гашишеманов имеются довольно грубые соматические расстройства: неспецифический гепатит, почечная недостаточность, миокардиострофия. Внешний облик этих людей свидетельствует о тяжелом заболевании: зеленоватого цвета лицо испещрено грубыми морщинами, отмечается ломкость волос, ногтей, зубов. Они, как правило, выглядят значительно старше своих лет.

Наркомании морфинного типа. Морфиноподобное действие оказывает группа наркотиков, к которым относятся опий и его препараты (омнопон, перегорик, лаудонон, пектол, опионон), около 20 алкалоидов и дериватов опия (морфин, кодеин, тебаин, героин, дионин, папаверин, наркотен и др.), синтетические препараты с морфиноподобным действием (фенодон, промедол и др.).

Наркомания морфинного типа встречается в местностях, где растет и возделывается культура мака.

Привыкание к морфинным препаратам происходит сравнительно быстро. Опий употребляют, вводят внутрь, подкожно, внутривенно или в форме дыма — опиокурение. Кодеин применяют внутрь; морфин, промедол — подкожно, внутривенно. При отсутствии вещества в чистом виде используют различные лекарственные средства, содержащие опий, — желудочные капли и др. Вводят наркотик во все доступные части тела, часто нестерильным шприцем, разводят препарат в сырой воде.

Смертельная доза чистого вещества составляет 0,3—0,5 г. У наркоманов быстро наступает тенденция к увеличению дозы, вызванная повышенной толерантностью к препарату. Употребляют дозы, в 10 раз превышающие приведенные выше.

Последовательность действия наркотика следующая: через 20—30 с 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, длящаяся 5—7 мин, мимолетна, сменяется состоянием общей умиротворенности, чувством приятного тепла и тяжести в ногах, во всем теле. Появляются иллюзорные видения, «грезы». На стене, потолке, в рисунках ковра, обоев видятся различные причудливые, приятные картины, сцены. Внешние раздражители практически в сферу активного внимания не попадают. Потом у большинства наступает сон, для-

щийся 3—4 ч. У некоторых после пробуждения отмечаются плохое настроение, подавленность, общий дискомфорт.

Острое отравление характеризуется эйфорией, доходящей до состояния выраженного возбуждения. Одновременно появляются сухость в полости рта, чувство жара, резкая слабость, шум в ушах, головная боль, потоотделение, повышенное мочеотделение, нарушение деятельности сердечно-сосудистой системы и дыхания. Сознание изменено. При неблагоприятном течении наступают цианоз, кровавый понос, судороги от паралича дыхательного центра. Нередко отмечаются сильный кожный зуд, различные сыпи, лицо становится багрово-красным, наступает сонливость или глубокий сон.

Первые приемы наркотика запоминаются, и если они повторяются по медицинским показаниям или другим причинам, то происходит трансформация отношения к ним. Этот период при употреблении различных препаратов этого ряда (морфин, опий, героин и др.), а также в зависимости от способа введения (внутрь, внутривенно, внутримышечно), типа высшей нервной деятельности продолжается от нескольких недель до нескольких месяцев. Приемы наркотика разовые, каждый из них сопровождается вышеописанным состоянием. В периоды между введениями препарата отмечаются психические навязчивые желания повторить испытанные ранее ощущения. Это время очень важно оценить как период предвестников для возможного взятия на учет и проведения профилактической работы.

Начальная стадия характеризуется систематическим приемом наркотического средства, быстрым увеличением дозы принимаемого наркотического вещества (повышением толерантности). В период действия препарата ощущения те же — это комплекс психических дегенеративных стигм — легкая эйфория, переходящая в моторную заторможенность с фантастическими, калейдоскопическими переживаниями иллюзорного характера (картины виденного, прочитанного, фантазии самого субъекта). Одновременно имеется комплекс соматических ощущений — сухость во рту, зуд, проходящий к концу начального периода, теплота, 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 явле-

ниями навязчивого желания повторить прием наркотика, ощутить приятное чувство покоя, иллюзорности происходящего. Длительность начальной стадии от 2—3 до 6—8 мес.

Хроническая стадия характеризуется систематическим, регулярным приемом наркотического средства. Доза вводимого наркотика может еще увеличиваться или достигает своего апогея. Важно отметить, что наркоманы этой группы очень четко 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 препарата выражена четко, наркоман не может обойтись без наркотика. Состояние опьянения изменяется. Если в начальной стадии отмечалась эйфория, затем наступали покой, расслабленность, блаженство с грезоподобными обманами восприятия, то в этой стадии наркоман вял, заторможен, а после введения наркотика становится энергичным, деятельным, подвижным, работоспособным. Это состояние похоже на маниакальное с его психической и моторной приподнятостью. Длительность этих состояний невелика. Однако наркоманы различными способами стремятся вернуть прежнее состояние — повышают дозу принимаемого препарата. Меняются также и соматические проявления — нормализуются сон, аппетит, стул становится регулярным. Постепенно формируется абстиненция. В отличие от алкоголизма, при котором на это требуется несколько лет, здесь — месяцы. Длительность этой стадии — 5—10 лет.

Встречаются случаи, когда начало наркомании связано с врачебной ошибкой, неосторожным назначением наркотических лекарственных средств.

Затем формируется поздняя стадия заболевания. В это время снижается толерантность примерно на $\frac{1}{3}$ принимаемой ранее дозы. Наркоман без приема наркотика совершенно теряет способность к активной деятельности, особенно трудовой, он безволен, безынициативен. Главным синдромом, определяющим состояние наркомана, становится не навязчивое состояние (обсессия), а абстиненция, ибо каждый обрыв приема наркотического средства через 8—12 ч вызывает абстиненцию. При этом отмечаются разнообразные соматовегетативные, психоневрологические симптомы: зевота, потоотделение, слезотечение, выделение из носа, тремор рук, озноб, расширение зрачков, тошнота, рвота, повышенная тем-

пература тела, учащение дыхания, спазм мышц живота и других групп мышц, боль в мышцах, обезвоживание организма и похудание. Со стороны психики наблюдаются тревога, беспокойство, безотчетный страх смерти, проходящий наплывами. Сон нарушается, часто сопровождается кошмарными сновидениями. Настроение изменчивое: то легкая эйфория с переоценкой собственной личности и своих возможностей, то пониженное настроение с депрессией, то раздражительность с гневливостью, апатией и агрессией.

В поздней стадии болезни абстиненция несколько отличается от таковой 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. Жевательные и нижнечелюстные мышцы как бы сведены. Имеют место артериальная гипотензия и брадикардия, отчего выше риск развития коллапса, общее снижение жизненного тонуса, пониженное настроение. Они вялы, адинамичны, все их поведение окрашено безысходностью и тоской. В хронической стадии выраженные явления абстиненции длятся 5—7 дней, затем постепенно, через несколько недель, проходят мышечные боли, двигательное беспокойство и другие явления соматовегетативного плана. На это уходит еще 4—5 нед. В поздней стадии длительность абстиненции еще продолжительнее. Дольше всего задерживаются сниженное настроение, вялость, быстрая утомляемость, общая слабость. Астения держится долго, иногда до 3—4 мес, мешая наркоманам включаться в активную трудовую деятельность.

У наркоманов характерный внешний вид, как правило, они истощены, цвет кожи серо-землистый. Им свойственны раннее облысение, поседение, ломкость, хрупкость ногтей, зубов, шелушащаяся кожа. У многих наркоманов, особенно опиоманов, имеются тромбофлебиты нижних конечностей. В местах введения наркотиков — локтевых сгибах, стопах, межпальцевых складках — видны рубцы. У большинства отмечаются сердечная недостаточность, заболевание печени. Внешне наркоманы выглядят всегда старше своих лет.

Общим для всей этой группы наркоманий является длительная стойкая астения. Физическая астения приводит к тому, что многие больные, прекращая трудиться, теряют навыки, профессию. Психическая астения характеризуется тем, что каждое умственное действие требует

волевых усилий, поэтому им свойственны непродуктивность мышления, быстрая утомляемость, неспособность к сосредоточению внимания, длительной целенаправленной психической деятельности.

Страдает эмоциональная сфера. Настроение постоянно снижено, имеется тенденция к непроходящей депрессии. Выявляются психопатоподобные черты характера, порой с неадекватными аффектациями, однако не очень бурными в виду наличия постоянного астенического фона. При общем запущенном виде наркоманов, депримированном фоне настроения, постоянной астенизации, неспособности к активному продолжительному сосредоточению внимания и активной умственной деятельности интеллектуально они снижаются медленно, явления слабоумия нарастают постепенно и бывают выражены неярко.

Наркоманы хронической, поздней стадии становятся асоциальны. Как правило, необходимость постоянной добычи наркотиков приводит их к краже, мошенничеству, другим противоправным действиям. Чаще же всего преступления ими совершаются в состоянии абстиненции.

Исследования последних лет позволяют выявить некоторые морфологические изменения в мозге при острой и хронической интоксикации наркотическими средствами, особенно группы опиатов.

При патологоанатомическом исследовании в случае острой интоксикации находят заметные нарушения, которые проявляются не только в общей реакции нейронов коры больших полушарий, гипоталамуса, ретикулярной формации, некоторых отделов стриопаллидарной системы, но и в более выраженных явлениях набухания, их можно охарактеризовать как картину периферического или сегментарного хроматолиза. Это свидетельствует о влиянии наркотиков на белоксинтезирующие функции клеток мозга.

Кокаинизм. Этот вид наркомании известен с древнейших времен. Наркотик получают из листьев кустарника — кока, произрастающего в Южной Америке. В последние десятилетия эта наркомания вновь стала широко распространяться на Западе. У нас в стране кокаинизм ликвидирован, а применение кокаина в лечебной практике для целей местной анестезии крайне ограничено.

Возможно острое отравление кокаином. При этом наблюдаются побледнение лица, расширение зрачков, общая слабость, головокружение, сердцебиение, неправильный пульс, одышка. В дальнейшем отмечается резкое расст-

ройство кровообращения и дыхательных функций. Может наступить смерть от паралича дыхательного центра. Психический статус характеризуется изменением состояния сознания и психомоторным возбуждением.

Предвестники при кокаинизме практически отсутствуют. Быстро наступает начальная стадия болезни, которой свойственны следующие симптомы: после приема наркотика (вдыхание, внутривенное введение) появляются легкое головокружение и непродолжительное неприятное ощущение в голове в виде резкой боли. Однако очень быстро оно сменяется приятным самочувствием. В это время наркоман испытывает состояние воодушевления, повышенной умственной деятельности, мысли текут быстро, ассоциации возникают легко, наступает общее оживление интеллекта. Нередко начинают много писать, обижаются, что их не понимают, не ценят. Повышенная активность проявляется и в двигательных актах — много двигаются, уходят из дома, бродят, находясь в приподнятом настроении. Такие состояния длятся 2—3 ч, сменяются общим упадком сил, апатией с адинамией, снижением настроения. Некоторые ощущают чувство невесомости. К этим состояниям могут присоединиться иллюзии, галлюцинации, чаще зрительные, но могут быть и слуховые. И те, и другие окрашены страхом.

В этой стадии растет толерантность к принимаемому препарату, так как привычная доза не дает описанных выше ощущений. Нарастает психическая зависимость, больной повышением дозы пытается получить нужный эффект. Формируется абстиненция.

Начинают вырисовываться первые признаки изменения личности — некоторое огрубение, снижение круга интересов, эмоциональное уплощение с психическими проявлениями. Появляются соматические нарушения: зрачки расширены, отчего больные хуже видят, появляется сухость в носу, полости рта. Артериальное давление имеет тенденцию к снижению. Ухудшается аппетит. Рефлексы неравномерны, отмечаются парестезии, головокружения.

Постепенно, но довольно быстро формируется хроническая стадия болезни. Толерантность к препарату наивысшая, достигает апогея в 5—10 г. Ощущения не такие яркие, как при начальной стадии. Психическая зависимость выраженная и не снимается принимаемыми дозами наркотика. Абстиненция выражается в наборе соматовегетативных и психических симптомов. Главные из них — сильная головная боль в лобной и затылочной областях,

ощущение проваливания в пустоту, сопровождаемое страхом. Всевозможные неприятные ощущения в различных частях тела. Может быть обморочное состояние, которому предшествует чувство холода. В психическом компоненте абстиненции отмечается тоскливо-подавленное настроение, нередко с мыслями о нежелании жить. Часто в подобных состояниях наркоманы совершают суицидальные попытки, которые завершаются летальным исходом. Бывает и тоскливое возбуждение.

Нарастают психические изменения, наркоман становится эгоистичным, вплоть до эгоцентризма. Личность еще более грубеет. Все мысли, чувства сосредоточены на получении наркотического средства. Блекнут высшие эмоции, слабеет память, падает умственная деятельность, резко оскудевают интересы. Наркоманы бросают работу, становятся неопрытными, не следят за своим внешним видом, ведут паразитический образ жизни, перебиваясь случайными заработками. По-существу это тунеядцы. В поведении появляются такие черты, как подозрительность, вспыльчивость, раздражительность. В результате часто ввязываются в драки, оказываются в среде антисоциальных элементов, попадают в места заключения. Возможны психотические эпизоды.

Соматическое состояние также меняется. Общий вид наркоманов болезненный: землистая кожа, одутловатое лицо, общее истощение. Они то плохо едят, то бывают прожорливыми. Глаза блестят, зрачки расширены, сухость в полости рта, носу. У лиц, постоянно нюхающих кокаин, возможно прободение перегородки носа. У тех, кто делает себе подкожные или внутривенные вливания, отмечаются абсцессы, рубцы, пигментные пятна. Абсцессы долго не заживают, могут вызывать сепсис, даже с летальным исходом. Артериальное давление снижается, пульс частый, отмечаются обморочные состояния. Сон нарушается, бывают кошмарные сновидения, иногда, наоборот, бессонница, заставляющая прибегать к приему снотворных. Постоянным симптомом является вначале повышенная половая потенция, а затем резко снижающаяся, вплоть до полной импотенции. Для кокаинистов характерны парестезии в виде ощущения ползания под кожей жуков, клопов, перекатывание кристаллов кокаина.

В поздней стадии кокаинизма отмечается резкое угнетение всех описанных расстройств. Толерантность держится на высоких дозах, лишь незначительно снижаясь, психическая зависимость отходит на задний план, погло-

щаяся абстинентным синдромом. Личность опустошается, отмечается полное отсутствие жизненных интересов, память резко снижается за счет расстройства запоминания. Бывают психозы.

Особенно страдает соматическая сфера, больные худеют, вплоть до полного истощения, приводящего к маразму и смерти, наступающей от паралича дыхательного или сосудодвигательного центра. Однако при отнятии препарата и активном лечении можно добиться неплохого результата.

Патологическое привыкание и злоупотребление могут быть вызваны и препаратами группы стимуляторов ЦНС, например фенамином, первитином и др. Эти препараты используются для уменьшения чувства утомления, повышения работоспособности, улучшения настроения. Привыкание обычно наступает быстро, затем повышается толерантность к препарату, желание увеличить дозу вещества для того, чтобы вызвать эйфорию и бороться с депрессией и усталостью. Эффект выражается в развитии эйфории с явлениями бодрости, желанием трудиться; при этом ускоряются мыслительные функции. Прием больших доз препарата может вызвать внезапную смерть. При хроническом приеме фенамина в отдельных случаях развиваются психические расстройства в виде бреда отношения, воздействия при наличии ярких зрительных галлюцинаций.

Следующая группа препаратов, которые в соответствии с правовыми актами Советского Союза являются наркотиками — это диэтиламид лизергиновой кислоты, ЛСД — полусинтетическое производное эргоновина, псилоцибин, содержащийся в некоторых грибах. В соответствии с международным правом препараты ЛСД и другие производные лизергиновой кислоты находятся под международным контролем в рамках Конвенции по контролю психотропных веществ 1971 г. В СССР эти препараты отнесены к наркотическим и запрещены для применения на человеке, поэтому отсутствуют случаи немедицинского применения этих препаратов. Между тем ЛСД получил большое распространение в США и ряде стран Западной Европы — ФРГ, Франции и в особенности среди части психически неуравновешенных и социально неустойчивых людей, которые не могут приспособиться к принятым в данном обществе нормам жизни. При острой интоксикации наблюдаются тошнота, рвота, слюноотделение, снижается артериальное давление, наступают возбуждение, иногда

атаксия, спастические параличи и даже смерть от паралича дыхательного центра.

Действие препарата начинается после латентного периода, продолжается от 10 мин до 3 ч в зависимости от индивидуальных особенностей личности, способа приема, дозы, степени психологического сопротивления, в отдельных случаях — до 3 дней, недель. Интенсивность действия ЛСД возрастает при закрытых глазах, с повязкой на глазах, с одновременным прослушиванием стереофонической музыки. При действии ЛСД наблюдается крайнее многообразие реакций в зависимости от индивидуальных особенностей личности.

Изменение восприятия времени и пространства является одним из наиболее постоянно присутствующих феноменов при употреблении ЛСД. Восприятие времени постоянно меняется: обычно короткие временные интервалы переживаются как более длительные, хотя иногда бывает наоборот. Иногда время меняется не только количественно. Оно может полностью остановиться, так что для больного исчезает последовательность событий, настоящее и будущее переживаются как бы наложенными друг на друга.

ЛСД вызывает реакцию как симпатической, так и парасимпатической части вегетативной нервной системы. Эффект первой проявляется в тахикардии, повышении артериального давления, выделении густой слюны, спазму периферических сосудов, приводящих к чувству озноба, посинению дистальных отделов конечностей. Эффект парасимпатической части вегетативной нервной системы выражается в брадикардии, снижении артериального давления, повышенном слюноотделении, выделении слез, тошноте, рвоте. Имеются и другие общие симптомы — недомогание, переутомление, мышечное напряжение, судороги. Возможны головные боли и боли в различных частях тела.

Не исключены психические расстройства в виде психических эпизодов и изменений личности. Последняя со временем огрубевает, снижается круг интересов, ослабевает память, изменяется эмоциональный фон, преобладают депрессии.

ТОКСИКОМАНИЯ

Большое место среди веществ, вызывающих токсикоманию, занимают психотропные средства (антидепрессанты, транквилизаторы и др.), некоторые снотворные и стимуляторы. Привыкание (привязанность, зависимость) может быть двух видов. В одном случае люди, употребляющие эти вещества, стремятся получить эффект эйфории, комфорта; в другом — избежать плохого самочувствия, дискомфорта. В обоих случаях для получения нужного состояния приходится повторять прием вещества.

Токсикомания возникает вследствие ряда причин. Одной из главных является нерациональное, неправильное лечение. Имеет значение частый прием медикаментов при бессоннице, различных неблагоприятных жизненных ситуациях или их использование мнительными людьми, постоянно стремящимися к лечению. Нередко жертвами привыкания становятся психопатические личности.

Особенности клинического течения токсикоманий, как и наркомании, зависят от характера вещества или лекарственного средства, которым злоупотребляет токсикоман.

В настоящее время еще не сложилось окончательное мнение о структуре возникающей зависимости при злоупотреблении психотропными средствами. Однако считают, что так называемые мягкие нейролептические средства вызывают преимущественно физическую зависимость. Она выражается в ознобе, тахикардии, головной боли, головокружении, бессоннице, рвоте, коллаптоидном состоянии. Редко, но может встречаться тремор рук и другие синдромы. Повышенной толерантности не бывает, так же как не встречаются эпилептиформные припадки и психозы.

К транквилизаторам: мепротан (мепробамат), сибазон (седуксен), хлозерид (элениум), триоксазин, нитразепам (эуноктин), имеется привыкание, в процессе приема медикаментов возрастает толерантность, возможны абстинентные психозы, эпилептиформные проявления. Синдром физической зависимости выражается в беспокойстве, чувстве страха, бессоннице, потливости, треморе рук, мышечных подергиваниях.

При прекращении лечения антидепрессантами отмечается физическая зависимость в виде вегетативного

симптомокомплекса. Симптомов психического привыкания нет. Повышенная толерантность тоже не отмечается.

Группа веществ, обладающих снотворным действием, состоит из нескольких подгрупп: а) производные барбитуровой кислоты, б) вещества небарбитурового ряда, но вызывающие снотворный эффект. Все эти средства объединяет одинаковая клиническая картина, возникающая в результате постоянного или периодически возобновляемого приема этих средств. Дозы принимаемых медикаментов, как правило, превышают терапевтические.

Острое отравление возможно при попытке к самоубийству. В этом случае наступает глубокий сон, который временами может прерываться, но разлитое торможение в коре большого мозга продолжает держаться и поэтому у больных отмечается гипногагическое состояние сознания. Такое состояние может длиться дни, недели.

Привыкание к снотворным средствам обусловлено несколькими путями — неосторожное длительное лечение бессонницы, проводимое вначале под контролем врача, а затем самостоятельно самим больным, прием медикаментов без совета и контроля врача, употребление этих веществ как наркотических.

Сразу же после приема двух-, трехкратной терапевтической дозы снотворного средства отмечаются приятные ощущения, ради которых стараются ввести повторные дозы вещества. Затем наступает беспричинное веселье, желание действовать, смеяться, говорить. Внимание неустойчиво, мысль скачет с предмета на предмет. Аффект также неустойчив, проявляется то веселостью, то грустью, то раздражительностью. Отмечаются грубая неврологическая симптоматика, неустойчивость при ходьбе, головокружение, потеря равновесия, снижение рефлексов. Зрачки расширены, реакция на свет вялая, артериальное давление, температура тела понижены. Это состояние переходит через 2—3 ч в сон, который длится 3—4 ч. После пробуждения отмечается чувство разбитости, вялости, своеобразного «оглушения».

В некоторых случаях эффект может проявиться в дизартрии, выраженных симптомах нарушения координации движений, ослаблении мышечной силы, снижении или выпадении рефлексов, особенно брюшных. Одновременно отмечаются обильные вегетативные симптомы (снижение артериального давления, повышение температуры тела, пульс редкий, акроцианоз). Описанная картина может дополняться изменениями сознания в виде оглушения.

В период появления предвестников у лиц, злоупотребляющих снотворными, прием медикаментов происходит нерегулярно, дозы не определены, часто в дневное время. Нередко на такие приемы снотворного организм отвечает тошнотой, рвотой, потом икотой, слюноотделением. В это время прием снотворного перемежается с употреблением алкоголя. При этом человек вначале даже не понимает, какое из средств дает лучший эффект: алкоголь или снотворное. Растет толерантность.

В начальной стадии прием снотворных принимает систематический характер, причем доза увеличивается, в 3—4 раза превышает терапевтическую. В зависимости от частоты приема уже через 6—8 мес с начала употребления медикаментов формируется картина начальной стадии болезни. Прием снотворного производится только в дневное время, что с несомненностью указывает на токсикоманическую направленность его приема. Этот же факт указывает и на появившуюся психическую привязанность к препарату, стремление повторить его прием, получить ощущение приятности или возбуждения, наступающего в состоянии опьянения.

Начальная стадия продолжается 4—5 мес, хотя может сокращаться до нескольких недель или растягиваться на годы в зависимости от особенностей личности, темпа приема и доз употребления медикамента. В этой стадии отмечается ряд расстройств со стороны сердечно-сосудистой системы, на теле появляются различные высыпания, которые нагнаиваются и долго не заживают.

В неврологическом статусе — снижение рефлексов, склонность к мышечной гипотонии, атаксии, нарушениям со стороны глазодвигательных нервов. В психическом статусе — огрубение аффектов, они становятся более brutальными. Вся психическая направленность имеет тенденцию к снижению энергии, безразличию, сужению круга интересов, памяти, работоспособности, застойности мышления. Больные пытаются корректировать свое поведение и стараются не принимать препараты в рабочее время. Дисфория легко переходит в депрессию и наоборот. В состоянии депрессии нередко совершаются попытки к самоубийству.

В хронической стадии болезни толерантность доходит до высоких цифр и устанавливается на одном уровне. Несколько меняется характер опьянения. Движения становятся более четкими, проходят головокружение, атаксия. Однако аффект из легко возбудимого превра-

щается в застойный, часто с дисфорией. В состоянии опьянения больные теряют количественный контроль, что может привести к передозировке снотворного. Закрепляется синдром психической и физической зависимости с выраженной абстиненцией.

Абстиненция выражена четко и выявляется уже спустя 20—24 ч, после прекращения приема вещества, достигает наивысшей интенсивности в течение 3—5 сут, затем явления начинают стихать. Во время абстиненции наблюдается широкая гамма вегетативно-сосудистых, неврологических и психологических симптомов.

Возникает беспокойство, нарушается сон, появляются слабость, головокружение, тошнота, рвота. Очень характерны для этого вида токсикомании боли в икроножных мышцах и боли в желудке, сопровождающиеся поносом. Затем появляются сильнейшие боли в крупных суставах, коллаптоидное состояние, артериальное давление резко снижается. Возможно искажение зрительных восприятий. Заметны повышение рефлексов, тремор, доходящий до подергивания мышц. У многих больных возникают эпилептиформные припадки. Они появляются примерно на 3-и сутки абстиненции и повторяются до 3—5 раз в день. Субъекты становятся раздражительными, гневливыми, злобными. Такие дисфорические состояния стойки. На 6—7-е сутки возможны психозы по типу кратковременных, а порой длительные делириозные состояния и галлюцинозы. Абстиненция тяжелая, порой опасная для жизни больного. Общая длительность ее — до 4—5 нед.

Психическое снижение происходит быстро в течение 4—5 лет, выражается в общем синдроме органического поражения ЦНС: снижении способности концентрации активного внимания, выраженных нарушениях памяти, особенно функции запоминания. Нарушается мышление, оно становится застойным, тугоподвижным, обедненным. Снижение интеллекта характеризуется выраженным слабоумием, круг интересов резко сужен. Работоспособность снижена настолько, что наркоманы теряют работу, ведут паразитический образ жизни, становятся асоциальны, совершают различные правонарушения.

Поздняя стадия токсикомании, вызванной приемом снотворных средств, не описана. Видимо это связано с выраженным слабоумием у таких больных. Кроме того, среди этой группы больных часты самоубийства и велика смертность (от физического ослабления и интеркуррентных заболеваний).

Встречаются случаи кофеинизма — токсикомании, возникающей при злоупотреблении кофеином или содержащими его продуктами (кофе, чай). После приема больших доз кофеина появляются повышенное настроение, возбуждение, длящиеся до нескольких часов. При постоянном злоупотреблении этими веществами возникает токсикомания. Отмечаются головокружения, головные боли, бессонница, кошмарные сновидения. Могут быть судорожные припадки, подергивания икроножных мышц, дрожание языка, губ, пальцев, аритмии сердца, сопровождающиеся тревогой, чувством страха. Мышление становится торпидным, застойным. У мужчин наблюдается снижение потенции. Абстиненция выражена слабо.

Особую разновидность кофеинизма — теизм — вызывает злоупотребление концентрированным отваром чая, чифирем, основным действующим началом которого являются алкалоиды кофеина. Спустя 30—40 мин после приема средней дозы чифирия наступают выраженные явления «опьянения», характеризующиеся приподнятым настроением, ускорением течения мыслительных процессов с одновременным возбуждением. Появляется ощущение повышенной работоспособности, отсутствие усталости, легкое течение ассоциаций, представлений. Мысли обычно приятного содержания. Редко отмечается депрессия.

При систематическом употреблении чифирия клиническая картина характеризуется психомоторным и интеллектуальным возбуждением. Действие чифирия длится 4—5 ч, как правило, нарушается сон. Привыкание к чифирию зависит от индивидуальных особенностей человека. Абстиненция практически отсутствует. Может наблюдаться постепенное изменение личности, проходящее по типу психопатизации с заметными колебаниями настроения, недержанием аффектов, сужением круга интересов.

Эйфоризирующий, опьяняющий и галлюциногенный эффект был обнаружен у противопаркинсонических средств, к которым относятся циклодол (артан, ромпаркин, паркан) — препараты, нашедшие широкое применение в психиатрии и неврологии при поражении экстрапирамидной системы. Вначале они применялись только с лечебной целью в небольших дозировках. В настоящее время представители этого класса стали предметом немедического применения в качестве токсикоманических средств. Наибольшее распространение получил цик-

людол. Прием 2—4-кратной терапевтической дозы препарата вызывает эйфорию и другие явления.

Условно можно обозначить 4 стадии острой интоксикации: эйфорическую, суженного состояния сознания, галлюцинаторную и фазу выхода. Спустя 20—25 мин после приема циклодола появляется чувство теплоты, особенно в конечностях, общее приятное самочувствие, моментами доходящее до истомы. Звуки становятся четкими, краски яркими, заманчивыми. Житейские неприятности отходят на задний план, настроение приподнятое, наблюдается эйфория с двигательным компонентом. Токсикоманы много разговаривают, смеются. Эта фаза длится примерно 30—40 мин. На первых этапах привыкания предпочитают прием циклодола в компаниях.

В дальнейшем эффект от действия препарата меняется, появляется заторможенность, желание принять полулежащее или лежащее положение и испытывать ощущение томления, чувство тепла и холода, парения в воздухе, «невесомости». В это время токсикоман наблюдает себя как бы со стороны, в чудной обстановке, так как предметы реального мира видоизменяются, утрачивают свои очертания. Возникают ощущения, что обстановка все время меняется. Мысли вялые, с трудом подбираются слова, иногда они обрываются. Это состояние может длиться 2—3 ч и перейти в галлюцинаторную фазу или пойти на убыль. В первом случае должна быть принята достаточная изначальная доза или препарат добавлен в процессе опьянения. При этом сознание изменяется более глубоко. Появляется дезориентировка во времени, окружающей обстановке, собственной личности. Вначале они ощущают элементарные обманы — щелчки, звонки, отдельные звуки, затем появляются галлюцинаторные образы. Они динамичны, бывают зрительными и слуховыми. По выходе из этого состояния помнят свои переживания, считая это состояние наиболее значительным во всей картине «опьянения». Интересно, что, описывая просмотренные «фильмы», токсикоманы хорошо дифференцируют их от реальной обстановки. Галлюцинаторная фаза длится тоже от 2 до 3 ч, затем через продолжительное время, сопровождающееся астенией, проходит.

В стадии предвестников прием циклодола эпизодический, нередко чередуется с употреблением других лекарственных средств — седуксена, эуноктина и др. В этот период отмечаются тошнота, тягостные ощущения

в области желудка, страх, напряженность. Продолжительность стадии — до 2—2,5 мес.

Постепенно формируется начальная стадия токсикомании. Она длится в среднем 6—7 мес. Повышается толерантность к препарату, дозы его приема доходят до 25—30 таблеток. Главным симптомом также становятся аффективные колебания. В период действия циклодола — эйфория, чувство блаженства, при воздерживании от приема лекарства — раздражительность, гневливость, неудовлетворенность, стремление повторить прием. Формируется психологическая зависимость, выражающаяся в наиболее тяжелом и длительном симптоме навязчивого влечения к препарату. В психической сфере появляются первые признаки нарушения внимания, памяти, сообразительности.

В соматовегетативном статусе отмечаются побледнение лица, порозовение щек в форме бабочки, тремор рук, иногда конечностей, повышение мышечного тонуса. У мужчин нередко наступает снижение потенции.

Постепенно, в течение 1—1½ года формируется хроническая стадия заболевания. Толерантность достигает апогея — 30—40 таблеток. Психическая зависимость выражается не только в obsessions, но и в стремлении к получению ощущения психического комфорта. Развивается абстиненция. Она появляется спустя 20—30 ч после последнего приема препарата. Отмечается тремор рук, всего тела. Резко нарастает мышечный тонус, появляются боли в мышцах, крупных суставах, позвоночнике. Лицо становится маскообразным, сальным. Отмечаются аритмии сердца, сопровождающиеся тревогой, чувством страха. Все мысли сосредоточены на возможности добыть и принять препарат; отмечается общий психический и физический дискомфорт. Настроение изменчивое, злобно-раздраженное, с гневливостью. Подобное состояние длится 10—12 дней, постепенно описанные явления затухают, долго держится выраженный астенический синдром.

В поздней стадии болезни все синдромы психической, физической зависимости углубляются, становятся более грубыми, значительными. Особенно заметно слабоумие, протекающее по органическому типу. Больные с трудом могут сосредоточить внимание, особенно страдает фиксационная часть памяти, а следовательно, страдают сохранение в памяти и воспроизведение материала. Резко снижается абстрактное мышление, оно становится примитив-

ним, ограниченным с малым кругом интересов, главным из которых является потребность в приеме циклодола. Нарушаются высшие эмоции — привязанность к семье, родителям, детям. Отмечается почти постоянное состояние дисфории или депрессии. Возможны суицидальные мысли и действия. Появляется психопатоподобное поведение в виде эксплозивности, астенопатичности. Могут наблюдаться психозы.

При постоянном употреблении летучих химических препаратов уже спустя 3—4 мес обнаруживается токсикомания, проявляющаяся в поведении человека. Больные начинают пропускать учебу, работу, пренебрегать своими обязанностями, проводить время в сомнительных компаниях. Днем много спят (10—12 ч), становятся менее опрятными и чистоплотными. Отмечаются колебания аффекта от беспричинно веселого до раздраженного, злобного. Дисфория длится неделями, месяцами без видимых причин. Нарушается интеллект, вначале это трудность сосредоточения, фиксации внимания, запоминания, затем осмысления, наконец, нарушения интеллектуальной жизни в виде обеднения ее, ограничения возможности использования прежнего опыта. Выявляется органический психосиндром в виде снижения уровня личности.

Из соматоневрологических изменений встречаются воспаление слизистых оболочек носоглотки, дыхательных путей, верхних отделов пищевода, мышечная слабость, миокардиодистрофия, гепатит, снижение работоспособности.

Обычно токсикоманы этой группы привыкают к какому-то одному средству и неохотно их меняют, так как нарушается стереотип опьянения. Клиническая картина острого опьянения и хронической интоксикации для этой группы токсикомании одинакова.

Глава 3

ТАБАКОКУРЕНИЕ

Исследования последних десятилетий, проводимые в различных странах разными категориями ученых — химиками, медиками, биологами, все четче свидетельствуют о том, какой значительный вред наносит курение людям.

Существует несколько аспектов проблемы. Курение приносит непосредственный вред организму курильщика, снижая сопротивляемость, ухудшая течение уже имеющихся болезней, ускоряя или даже вызывая развитие таких заболеваний, как злокачественные опухоли. Особый вред наносится растущему организму ребенка, подростка, женщины. Косвенно, но также подвергаются вредному влиянию люди, находящиеся в непосредственном общении с курящими и вдыхающие воздух, насыщенный продуктом распада никотина.

Несомненно, имеются и другие потери: это болезни, вызванные прямым или косвенным воздействием табака, материальные потери на производстве, связанные с табакокурением, отрицательное влияние на подрастающее поколение.

В 1980 г., обобщив опыт, накопленный в нашей стране по организации борьбы с табакокурением, Совет Министров СССР принял решение о дальнейшем улучшении системы организации этой работы.

Табак содержит около 30 ингредиентов, большинство из которых вредны для организма человека. Особый вред наносит алкалоид никотин — вещество из группы изокреноидов, являющееся нейротропным ядом, в большом количестве он может привести к смерти. Вместе с никотином с табачным дымом в легкие попадают такие онкогенные (канцерогенные) вещества, как бензпирин, дебензпирен, углекислый газ в повышенных концентрациях, а также окись углерода.

Опыт показывает, что, как правило, начало табакокурения вызывает неприятные ощущения, першение в горле, тошноту, рвоту, однако человек продолжает курить и постепенно неприятные ощущения проходят, вырабатывается привычка. У курильщиков постепенно формируется условно называемый никотиновый синдром. Началом никотинового синдрома следует считать отсутствие неприятного ощущения, вызываемого курением. Никотиновый синдром условно делится на 3 стадии.

Начальная стадия: курение носит систематический характер. Человека тянет курить, при этом употребляется все большее количество сигарет. Появляется чувство, что курение повышает работоспособность, улучшает самочувствие. Физическое влечение отсутствует. Толерантность к никотину растет. Отсутствуют признаки соматических, неврологических или психических изменений. Продолжительность стадии 3—5 лет.

Хроническая стадия: толерантность высокая с установлением нормы употребления никотина. Она достигает апогея и держится на высоких показателях — в среднем в пределах 1—2 пачек в день. Курение носит характер навязчивого желания. Порою человек курит для получения ощущения внешнего комфорта, желания покрасоваться перед сверстниками в молодом возрасте, окружающими — в зрелом (последнее больше относится к женщинам). Элементы физического влечения могут проявляться в виде утреннего кашля, чувства дискомфорта, постоянного желания продолжать курение.

Первые симптомы соматического неблагополучия проявляются в виде бронхита, начальных симптомов заболевания желудка (изжога, неприятные ощущения, изредка боли), редких, быстро проходящих неприятных ощущений в области сердца, изменений пульса, колебания артериального давления.

Неврозоподобная симптоматика легкая, при умеренном курении или воздержании быстро проходящая, сводится к неприятным ощущениям «тяжелой головы», нарушению сна, повышению раздражительности, некоторому малозаметному снижению работоспособности.

Продолжительность стадии индивидуальна, в среднем может составить от 5 до 15—20 лет.

Поздняя стадия: толерантность к никотину падает — высокие дозы никотина вызывают явления дискомфорта. Психическое влечение падает, комфортных состояний практически не бывает. Курение становится автоматическим.

Физическое влечение проявляется в виде неглубокой абстиненции.

Систематически отмечаются признаки изменения деятельности сердечно-сосудистой системы, предрака и рака, а также выраженной неврастении.

Абстиненция неглубокая, выражена по-разному. Может проявляться в виде чувства тяжести в голове, сильной головной боли, снижении или потере аппетита, употреблении большого количества жидкости, мышечном и вегетативном дискомфорте (потливость, колебание температуры тела, нарушение пульса). Могут отмечаться повышенная раздражительность, снижение памяти и работоспособности.

Появляется желание выкурить сигарету натошак. Это стремление обусловлено необходимостью снять неприятные ощущения, появляющиеся по утрам, особенно ка-

шель (утренний кашель курильщиков), нарушается сон, временами курильщик просыпается ночью, чтобы выкурить папиросу или сигарету.

Стадии никотинового синдрома развиваются сугубо индивидуально и зависят от многих причин: времени начала употребления сигарет или папирос, возраста, пола, физического состояния индивида.

Большинство курильщиков пытаются самостоятельно бросить употреблять никотин. Продолжительность светлых промежутков бывает различной, срывы ремиссий наступают чаще всего из-за различных внешних причин — компания, неприятности, колебание настроения и т. д. Реже это происходит вследствие появляющейся абстиненции, «папиросных, сигаретных снов».

Большой вред наносят курильщики людям некурящим, ибо с дымом в окружающий воздух поступают вредные вещества, получаемые в результате сгорания табака — никотин, углекислый газ и др. Так, через $1\frac{1}{2}$ ч после пребывания некурящего в накурённом помещении у него в организме концентрация никотина увеличивается в 8 раз. Таким образом, курящий представляет опасность для себя и окружающих.

Курение является одной из причин развития нервных расстройств у подростков. Они становятся раздражительными, вспыльчивыми, плохо спят, появляется рассеянность, ослабевает внимание, нарушаются память, умственная деятельность.

Особая вредность курения для подростков объясняется еще и тем, что, стремясь скрыть свой порок от родителей и учителей, они курят тайком, торопливо, затягиваясь табачным дымом. В таких условиях в табачный дым переходит большее количество вредных веществ, кроме того, при медленном сгорании табака в дым переходит 20% никотина, а при быстром — свыше 40%. Много табачных ядов находится в дыму при докуривании сигареты или папиросы до конца.

Что же является причиной курения в детском, пубертатном возрасте? Это прежде всего любопытство, подражательство, стремление не отстать от других, казаться взрослым. Ребенок, подросток, видя, как курят взрослые, его сверстники, стремится познать вкус табака. Знакомство не всегда бывает удачным, чаще всего от неопытности первые сигареты вызывают неприятные ощущения — сухость во рту, кашель, головную боль, головокружение, рвоту. Однако, стремление не отстать тол-

кает на повторные пробы, затем наступает постепенное привыкание. Появляются приятные ощущения, которые толкают на увеличение количества выкуриваемых сигарет. А подросток чувствует себя удовлетворенным, так как сумел преодолеть барьер, отделяющий его от взрослого.

В последние годы курение стало широко распространяться среди девочек, что можно объяснить их желанием не отстать от моды, самоутвердиться в кругу своих сверстников. Никотин для растущего женского организма еще более вреден, ибо девочке предстоит стать матерью, а она является уже в какой-то мере «инвалидом», так как многие годы до этого систематически отравляла свой организм курением, что совершенно недопустимо.

Глава 4

ПСИХОЗЫ ПРИ НАРКОМАНИИ, ТОКСИКОМАНИИ

Психозы острые и хронические могут возникать на фоне продолжительного приема наркотических или токсикоманических средств. Однако описаны острые психозы и при первых пробах, в форме острых отравлений с психотической картиной, чаще в форме делирия или онейроидного помрачения сознания, нередко бредовые идеи.

Гашишные психозы довольно разнообразны. Психоз может возникнуть при однократном употреблении наркотика и выражается в остром нарушении сознания, появлении чувства страха, гиперестезии. При передозировке гашиша психотическое расстройство проявляется в измененном состоянии сознания — в виде сумеречного расстройства, галлюцинаторной спутанности, иногда иллюзий. Больные возбуждены, порываются куда-то бежать, бывают агрессивны. Контакт с больным установить трудно, он полностью погружен в свои переживания. Передозировка гашиша может вызвать эпилептиформные припадки. Встречаются все виды оглушения: обнubilация, гиперсомния (сомнолентность).

При абстиненции на 2—3-й день может развиваться психоз, чаще всего это или сумеречное расстройство сознания, или галлюцинаторно-параноидный синдром. Постоянными в картине психоза являются сенестопатии.

тические жалобы, метаморфозии, галлюцинации с чувством парения, изменения пространства. Выход из психоза постепенный, на 6—7-й день, через выраженную астению с ипохондрией и навязчивостью.

При хроническом гашишизме также отмечаются психозы. Ведущими в них бывают маниакальное, галлюцинаторно-параноидное, депрессивно-ипохондрическое содержание. Кроме того, в их структуре прослеживаются значительные колебания аффекта, а также периодические нарушения сознания. Полагают, что гашишные психозы могут провоцировать начало шизофренического процесса.

При наркомании морфинного типа в связи с особенностями употребления этой группы наркотических средств психозы практически не отмечаются. Однако описаны отдельные случаи кратковременных психических расстройств с измененным состоянием сознания. Они возникали на 2—3-й день выраженной абстиненции. В хронической и поздней стадиях заболевания описаны корсаковские амнестические психозы, а также эпилептиформные припадки. Однако эти расстройства для морфинной наркомании не характерны.

Токсикомании снотворными средствами в хронической стадии заболевания могут давать психические расстройства с псевдопаралитической картиной — при общем интеллектуальном снижении отмечаются идеи величия, эйфория, отсутствие критики к своему состоянию.

Описаны картины корсаковского амнестического синдрома со значительным нарушением памяти, комфабуляцией, псевдореминисценцией. Также возможны эпилептиформные припадки, чаще всего в состоянии абстиненции.

На 6—7-е сутки абстиненции возможны психозы, в частности делирий. Делирий протекает с менее выраженным возбуждением, в нем часты цветные галлюцинации. Степень изменения сознания более глубокая, чем при алкогольном делирии, и, видимо, поэтому амнезия более глубокая.

Известны случаи бредовых психозов со слуховыми галлюцинациями. Они длятся $1\frac{1}{2}$ —2 мес. Течение этих психозов более тяжелое, чем алкогольных, и в отличие от последних, которые наступают в среднем спустя 10—12 лет после начала болезни, они могут появляться на 5—6-м году развития болезни.

При кокаинизме также встречаются психозы. Наиболее часто отмечается делирий, очень схожий с алкоголь-

ным. Он, как правило, начинается на 2—3-й день абстиненции с краткого периода предвестников — плохой сон, подозрительность, настороженность. Затем возникают иллюзии, галлюцинации — зрительные, слуховые.

Больным кажется, что их окружают люди, звери, особенно мелкие животные — жуки, пауки, клопы, черви, мыши. Им строят угрожающие рожи. Слуховые галлюцинации комментирующего, обсуждающего характера. Монологи, диалоги. Одни голоса их ругают, обзывают грубыми, непристойными словами, другие жалеют, защищают. Появляются и сделанные мысли (психические галлюцинации), больные ощущают, как на них действуют посторонние силы, воздействуют электричеством, магнетизмом, космическими лучами. Формируется вторичный бред преследования, воздействия. Находясь во власти описанных переживаний, больные нередко сами становятся преследователями и нападают на невинных людей, совершают преступления.

На фоне зрительных, слуховых галлюцинаций возможен бред ревности. Голоса намекают на измену жены, непристойное ее поведение. Растет напряженность, подозрительность и в таком состоянии также возможны нападения на жену или ее мнимых любовников. Критика у этих больных полностью нарушена. Амнезии на галлюцинации почти не бывает. Делирий не продолжителен. При прекращении приема кокаина и активном лечении они довольно быстро выздоравливают.

У наркоманов, злоупотребляющих кокаином, описан психоз по типу корсаковского. В его структуре отмечаются грубые нарушения памяти с выпадением функции внимания, суетливостью, раздражительностью. Момен-тами может быть амнестическая спутанность. Больной не находит своей палаты, койки, не знает, где он находится, не может запомнить числа, дня, месяца. Нарушается сон, резко падает аппетит, больные заметно худеют. При активном лечении отмечаются улучшение памяти и общего состояния больного.

При хроническом приеме фенамина, первитина на фоне общего наркоманического синдрома возможны кратковременные психозы. В клинической картине психического расстройства на первом плане — яркие зрительные галлюцинации, обычно неприятного свойства. Одновременно формируется бред отношения, воздействия. Настроение колеблется с преобладанием подавленного,

тревожного. В таких состояниях больные испытывают страх, прячутся, ищут помощи, защиты. Психозы кратковременны, иногда проходят самостоятельно, но лучше — при активном лечении.

При действии ЛСД могут возникать кратковременные психотические эпизоды. Начинаются они с состояния, напоминающего легкое опьянение. Затем наступает общая слабость, больные с трудом двигают руками и ногами. Глаза закрыты и перед внутренним взором чередой, как в кинофильме, проходят картины прошлого. Звуки становятся громче, предметы — отдаленными и расплывчатыми, выявляются признаки деперсонализации. Зрительные галлюцинации яркие, пестрые, калейдоскопические и радости субъекту не доставляют. Затем присоединяются элементы депрессии и обманы восприятий. Появляются мысли о нежелании жить.

Наряду со зрительными галлюцинациями имеют место иллюзии, тактильные, обонятельные и псевдогаллюцинации. Слуховые галлюцинации отмечаются редко. Нарушается мышление. Могут появиться страх, подозрительность, бред отношения, преследования, в дальнейшем психотические расстройства могут проявляться в виде галлюцинаторно-иллюзорных картин, галлюцинаторно-параноидных или шизофреноподобных синдромов.

При циклодоловой токсикомании при передозировке препарата может возникнуть психоз по типу делирия. Вначале возникают иллюзорные обманы, затем они сменяются состоянием легкого оглушения или галлюцинациями, чаще зрительными, они яркие, устрашающего характера, в них могут присутствовать зообманы (жуки, пауки, мелкие животные). Характерны появление и исчезновение людей, масок. Бывают слуховые галлюцинации (также неприятного характера). Сон нарушен, часты кошмарные сновидения. На этом фоне возникает острый чувственный бред преследования, отношения, воздействия. Это состояние, как правило, сопровождается психомоторным возбуждением. Больные убегают, прячутся, нападают, они тревожны, напряжены. Госпитализация обязательна, возможны общественно опасные действия. Выход из психоза через астению с неприятными тягостными ощущениями во всем теле.

ПОЛИНАРКОМАНИИ, ПОЛИТОКСИКОМАНИИ. ОСЛОЖНЕННЫЕ НАРКОМАНИИ И ТОКСИКОМАНИИ. ТРАНСФОРМАЦИЯ ВИДОВ НАРКОМАНИИ И ТОКСИКОМАНИИ

Для правильной диагностики и определения тактики в отношении больных наркоманией, токсикоманией, полинаркоманией, политоксикоманией и др. необходимо точно определить правильность применения этих терминов. Полинаркомания — это наркомания с одновременным или попеременным употреблением двух и более наркотических веществ. Если же имеет место прием наркотического средства в сочетании с другими веществами и лекарственными средствами, не признанными наркотическими, то эти случаи диагностируются как осложненные наркомании. Употребление комбинации ряда препаратов или веществ, не отнесенных к наркотическим средствам, или сочетания этих веществ и лекарственных средств в определенной комбинации или чередовании является политоксикоманией.

Во всех случаях алкоголизма, когда одновременно больной принимает какие-нибудь наркотические средства, необходимо ставить диагноз осложненной наркомании: наркомания, осложненная алкоголизмом. То же относится к случаям токсикомании, когда больной принимает лекарственные средства или вещества, не отнесенные к наркотикам, и сочетает это с приемом алкогольных напитков. Осложненные алкоголизмом наркомания и токсикомания определяют тактику врача, ибо в этих случаях все мероприятия в отношении госпитализации должны соответствовать требованиям, предъявляемым к отделениям и подразделениям для лечения больных наркоманией и токсикоманией: более строгий режим, изоляция от внешнего мира с целью предотвращения поступления наркотиков или других веществ, являющихся предметом злоупотребления.

Как правило, наркомания формируется при употреблении какого-то одного наркотического средства. По различным причинам — невозможность достать привычный наркотик, стремление к увеличению (потенцированию) эффекта от принимаемого вещества, наркоманы переходят на использование нескольких наркотических веществ. Прием может происходить последовательно,

параллельно, при этом по возможности используются вещества одноименного спектра действия. При полинаркомании изменяется характер влечения, оно становится компульсивным, абстиненция приобретает более тяжелый характер, быстрее и глубже обозначаются изменения личности.

При осложненной токсикомании употребление алкоголя чаще всего сочетается с приемом снотворного средства, которое усиливает действие спиртного. Острое отравление этими веществами может привести к тяжелому барбитуратизму, алкогольной интоксикации или коматозному состоянию. В начальной, хронической стадиях алкоголизма осложненные токсикомании формируются медленно (6—8 мес), в поздней стадии заболевания этот процесс происходит быстрее. Постепенно явления барбитуратизма вытесняют симптомы алкоголизма. В клинической картине алкогольного опьянения преобладают признаки, свойственные барбитуровому опьянению, чаще и глубже становятся состояния амнезии. Наблюдаются беспричинные смены настроения, выражены депрессии, которые могут привести к самоубийству. Абстиненция протекает более тяжело с преобладанием черт, характерных для барбитуратизма. Она длится в течение 4—5 нед. На 7—8-е сутки могут быть эпилептиформные припадки, частые диспепсические явления.

Наряду с дисфорией одним из ранних симптомов является выраженное снижение памяти. Более всего страдает процесс запоминания, в связи с этим суживаются интересы больных, наблюдаются провалы памяти, снижается интеллект.

При барбитурово-алкогольной осложненной токсикомании психоз появляется в более ранние сроки, протекает тяжело, с удлинением течения по типу делирия или острых бредовых состояний. При выходе из психоза еще долгое время держится тяжелая астения, выраженная амнезия.

Сочетание интоксикации алкоголем и препаратами индийской конопли (гашишем) (осложненная наркомания) встречается относительно редко. Это чаще всего эпизодическое курение гашиша в состоянии опьянения и реже систематическое употребление алкоголя и наркотических средств. При несистематическом приеме обоих веществ отмечаются немотивированный смех (по малейшему поводу), гипертрофическое восприятие внешних раздражителей — обыкновенные слова, звуки кажутся

очень громкими. Обостряются все переживания и эмоции. Память изменяется неглубоко. Эйфория относительно быстро (2—3 ч) сменяется чувством тревоги и страха. (Свойственные иллюзии, необычные ощущения, исходящие из внутренних органов, всего тела. Состояние меняется, то улучшаясь, что ухудшаясь, затем появляются разнообразные соматовегетативные расстройства и сон.

Сочетанный длительный прием алкоголя и гашиша встречается редко, может привести к острому (протекает по делириозному типу) или хроническому психозу (наиболее характерной является шизофреноподобная картина). Абстиненция выражена слабо. При длительной алкогольно-гашишной осложненной наркомании наступают соматические и интеллектуальные изменения.

Нередко систематическое злоупотребление алкоголем совпадает с употреблением чифиря (теизм) или кофеина (осложненный алкоголизм или политоксикомания). Их действие выражается в стимулировании процессов возбуждения в коре большого мозга.

Встречаются осложненные наркомании, при которых злоупотребление препаратами опия присоединяется к алкоголизму. В одних случаях это делают, чтобы смягчить явления абстиненции, в других, чтобы подавить патологическое влечение к алкоголю. В обоих случаях течение наркомании утяжеляется. Абстинентный синдром протекает по типу опийного синдрома и проявляется в болезненной тяге к наркотику, подавленному настроению, выраженной физической слабости, признаках астении с раздражительной слабостью, вегетативных кризах. В мышцах, суставах отмечаются неприятные ощущения, боли. Некоторые больные находятся в постоянном движении, ходят по палате, стонут, кричат. Наступает бессонница. Выявляются тоска, тревога, страх, суицидальные мысли. Нарушается походка — она становится шаткой.

На высоте абстиненции могут быть делириозное расстройство сознания, эпилептиформные припадки. После снятия абстиненции астения держится долго, до 4—8 нед. Возможны трансформации наркомании, в которых последовательно наблюдается злоупотребление гашишем, а затем опиатами и другими наркотиками.

Встречается трансформация опийной наркомании в токсикоманию снотворными средствами барбитурового ряда или ноксиронную наркоманию (ноксирон отнесен к наркотическим средствам). Чаще всего опий первичен.

Постепенно снотворное (барбитураты, ноксирон) может вытеснить из употребления определенное количество опийных препаратов, вплоть до полной их замены. Привыкание наступает быстро ($1\frac{1}{2}$ —2 мес). Наркоманы отмечают более «чистую» эйфорию и положительный моторный эффект (лучшую координацию движений) при присоединении к приему опиатов снотворных. Может наблюдаться острая интоксикация и хронический сочетанный прием опия и снотворных. При этом отмечаются повышенная веселость, говорливость, ряд соматических расстройств. Изменяется внешний вид больных, лицо постоянно бывает бледным с землистым оттенком. Постепенно меняется личность больных, они становятся раздражительными, гневливыми, склонными к агрессиям. Отмечается снижение и выпадение памяти.

Опийно-барбитуровая абстиненция протекает тяжело. Наркоманы ощущают сильнейшие боли в суставах, спине. У них отмечаются большие судорожные припадки, диспепсические расстройства, вегетативные кризы. Длительность абстиненции $1\frac{1}{2}$ —2 мес, на высоте ее возможны острые психозы.

Таким образом можно констатировать, что трансформация наркомании — качественно иное состояние, когда симптомы мононаркомании не просто складываются, а приобретают новые характеристики.

Часть I.V

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АЛКОГОЛИЗМА, НАРКОМАНИИ И ТОКСИКОМАНИИ

Глава 1

ПСИХОГИГИЕНА И САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ

Отечественной медицине характерно профилактическое направление. Термин «профилактика» греческого происхождения. В медицине он обозначает то ее направление, которое направлено на сохранение и укрепление здоровья человека. Вопросам профилактики уделяли большое внимание выдающиеся русские врачи Г. А. Захарьин, А. А. Остроумов, С. П. Боткин, М. В. Бехтерев, Н. И. Пирогов и многие другие.

При царском самодержавии усилия отдельных врачей или общественных деятелей в этом направлении оставались тщетными. Один из крупнейших организаторов отечественной медицины З. П. Соловьев в первые годы создания Советского государства писал, что условия действительности выдвинули на первый план врачебной деятельности проведение социально-профилактических мер.

В СССР наряду с основными принципами советского здравоохранения: бесплатность, общедоступность медицинской помощи, ее плановый характер, приближение к населению и др., профилактическая направленность занимает одно из важнейших мест. В новой редакции Программы Коммунистической пратии СССР по этому поводу записано следующее: «Надо поставить дело так: чтобы каждый человек смолоду заботился о своем физическом совершенствовании, обладал знаниями в области гигиены и медицинской помощи, вел здоровый образ жизни»¹.

¹ Программа Коммунистической партии Советского Союза. Новая редакция. Принята XXVII съездом КПСС.— М.: Политиздат, 1986, с. 40—41.

В свете этих установок профилактика в области наркологии также занимает одно из главных мест. В этом плане ее осуществляют в трех основных направлениях. Первое — это предупреждение потребления спиртных напитков или немедицинского потребления наркотических средств (злоупотребление наркотическими средствами) как предпосылки для возникновения болезни. Второе — ранняя диагностика, фармако- и психотерапия, социальное восстановительное лечение. Наконец, третье направление профилактики — это предупреждение срывов ремиссий и обострений, дальнейшая прочная социальная реабилитация.

Единство организма и окружающей среды — один из основополагающих законов советского здравоохранения. Болезнь в различных вариантах нарушает это равновесие. Поэтому профилактика любых такого рода нарушений ведет к нормализации равновесия внутри организма, между организмом и средой.

В СССР в результате социальных преобразований, возросшего материального, культурного уровня населения, резкого улучшения медицинского обслуживания, снижения уровня заболеваемости инфекционными и другими болезнями, снижения смертности баланс между здоровьем и окружающей средой вполне комфортен. Однако все эти общегосударственные мероприятия не отменяют медицинских аспектов профилактики. Психопрофилактика и психогигиена являются как бы составными частями проблемы профилактики и занимаются изучением возможностей профилактики психических расстройств, к которым, несомненно, следует отнести и алкоголизм, наркоманию и токсикоманию.

Психогигиена сравнительно молодая наука, но в современном обществе она приобретает особенное значение, ибо на человека с его относительно ограниченными возможностями в последние десятилетия обрушивается мощный поток информации, жизнь предлагает высокие скорости, создает ситуации, с которыми подчас становится трудно справляться. За 100 лет человек произвел революцию в окружающем мире, научно технический прогресс неудержимо захватывает в сферу своего воздействия все новые отрасли знаний, но сам человек практически не изменился, лишь несколько возросли компенсаторные возможности его нервной системы, за счет которых он и приспосабливается к этим изменениям.

Психогигиена касается многих проблем: пола, так как

мужчины, отличаясь от женщины не только внешне, но и физиологически, по-разному приспосабливаются к окружающему; семьи, где партнерство между полами распределяется далеко не равномерно, а следовательно, и нагрузки на нервную систему падают в различном объеме; возраста, ибо мозг человека, развиваясь по мере взросления, становится более выносливым к требованиям жизни, лучше компенсируемым в стрессовых ситуациях; производства, когда различные виды труда неодинаково влияют на знания, в одних случаях гармонично сливаясь с жизненными устремлениями индивида, его биологическим тонусом, в других — вызывая сшибку нервных процессов.

Психогигиена неразрывно связана с психопрофилактикой и составляет две стороны одного и того же явления, направленного на оздоровление организма, — предотвращения путем различных профилактических мероприятий, тренировок срывов высшей нервной деятельности. В этом плане важным является воспитание у людей трезвеннических установок, особенно у детей, подростков, юношей. Между тем нередко можно наблюдать, как дети в своих играх, копируя взрослых, «выпивают», чокаются, провозглашают тосты. Особенно выражены такие явления в семьях, где принято употреблять алкогольные напитки, или же один из супругов страдает пьянством или алкоголизмом. Подростки, юноши от имитации алкогольных застолий переходят к употреблению спиртного, беря пример со старших. У юношей, девушек это порой входит в привычку.

Алкогольные традиции иной раз зарождаются от желания подражать виденной на экранах телевизоров, в кино, в основном в зарубежных фильмах, жизни, в который показаны сцены бесконечного потребления алкогольных напитков.

В связи с этим особое внимание следует уделить профилактическим психогигиеническим мероприятиям в среде подростков, где узость интересов, слабость положительных побудительных мотивов, стремление к самоутверждению, незнание жизни, особенно ее теневых сторон, толкают определенную часть молодежи на путь приобщения к алкогольным напиткам, порой и к наркотикам, а затем к привычке выпивать, потреблять наркотики, следовательно, к алкоголизму, наркомании, токсикомании. Психогигиена, психопрофилактика алкоголизма, наркомании, токсикомании в том и заключается, чтобы уметь,

с одной стороны, привлечь к этой работе пионерские, комсомольские и другие школьные, вузовские или производственные общественные организации, семьи, с другой — находить занятия, которые отвлекали бы молодежь от алкоголя. Это — спорт, искусство, литература, производственная деятельность. Нередко переломным в биографии молодых людей становится период окончания школы, поступления в техникум, ВУЗ или на производство. Выбор профессии, приспособление к новому коллективу, привыкание к специальности могут вызвать нервные перегрузки, неудовлетворенность, усталость, а это в свою очередь иногда приобщает к алкоголю как легкому способу отвлечься, спастись от переутомления, получить забвение от неудач, плохого настроения.

Большой психогигиенический вопрос — построение здоровой семьи, выбор совместного пути двух индивидов. Здесь возможны различные ситуации, например один из партнеров пьет, а второй должен проводить антиалкогольную пропаганду. Хуже, когда оба выпивают, тогда профилактические устои следует внедрять родителям, друзьям. Бывает, что выпивающий стороной выступают родители, тогда молодой семье, чтобы не вступить на эту же дорогу, самим приходится становиться на путь профилактики.

Проблема антиалкогольной пропаганды и гигиенического просвещения населения у нас в стране давно из узкой, чисто медицинской переросла в проблему общегосударственную. Санитарно-гигиеническое просвещение — это система государственных, общественных и медицинских мероприятий, направленных на распространение среди населения знаний и навыков, необходимых для охраны и укрепления здоровья, предупреждения болезней, сохранения активного долголетия, высокой работоспособности, а также воспитание здорового подрастающего поколения.

Гигиеническое обучение и воспитание составляют комплекс санитарно-просветительных мероприятий, направленных на привитие знаний, умений в этой области различным группам населения в зависимости от профессии, пола, возраста.

Проведение санитарно-гигиенической работы обязательно для всех медицинских учреждений, всех без исключения медицинских работников. Приказ Министерства здравоохранения СССР № 21 от 7 января 1980 г. предписывает врачам и средним медицинским работникам

Из своего рабочего времени ежемесячно затрачивать на санитарное просвещение, а администрацию медицинских учреждений обязывает это время выделять и контролировать его использование по прямому назначению.

Антиалкогольную пропаганду надо проводить со всеми категориями трудящихся. При этом необходимо учитывать образование, пол, возраст слушателей.

Работа среди учащихся должна вестись планомерно. Педагоги, школьные врачи, приглашенные лекторы должны учитывать особенности школьной жизни, например большое количество свободного времени в летние и зимние каникулы. При этом также необходимо изучать психологию подростков, юношей. Наступательная антиалкогольная пропаганда в этих случаях должна сочетаться с привитием гигиенических знаний. Постановления Партии и Правительства выдвигают новую задачу антиалкогольного воспитания в школе.

Сложная обстановка складывается в семьях, где один из родителей пьет, или когда подросток попадает в отрицательную среду, где употребление алкогольных напитков является обычным явлением. Педагог в школе, профессиональном техническом училище должен изучать микросоциальную среду, окружающую подростка, юношу или девушку, и пытаться оздоровить ее или вырвать подростка из этого окружения. Антиалкогольная пропаганда в школе, средних специальных учебных заведениях может иметь самые разнообразные формы: беседы, лекции педагога, врача, диспуты, конкурсы по правовым вопросам, читательские конференции, устные журналы, викторины. Последние хорошо, интересно проходят в школах и учащиеся, активно принимая в них участие, надолго запоминают нужную информацию. Хорошо воспринимаются стенные газеты — окна сатиры, листовки, молнии, санитарные бюллетени, школьные радиопередачи, организуемые самими учащимися.

Определенную санитарно-просветительную и гигиеническую нагрузку могут нести обычные уроки. Например, на уроке по химии можно разобрать не только химическую формулу этилового спирта, его метаболитов, но остановиться на вредном влиянии на организм каждого из этих продуктов распада. На уроке биологии полезно показать влияние алкоголя на отдельные органы и системы человеческого организма. На уроках физической подготовки — доказывать отрицательные действия алкогольных напитков на результаты спортивных достижений.

Уроки литературы, помимо демонстрации положительных персонажей литературных произведений, могут послужить местом, где следует также на литературных примерах показать психологическое оскудение людей, злоупотребляющих алкоголем, их социальное и моральное опустошение, снижение памяти, деградацию личности и возникающие в связи с этим снижение по социальной лестнице, разрушение семей, влияние на подрастающее поколение, преступность и др.

В проведении антиалкогольной пропаганды принимают участие штатные лекторы, пропагандисты, педагоги, юристы, сотрудники МВД. В лекциях, докладах, на теоретических конференциях, семинарах необходимо показывать отрицательные стороны пьянства и алкоголизма, делать упор на развитие психической деградации, слабоумия, изменений личности.

При общем мнении, что об алкоголизме «все и всем известно», оказывается, что особенно мало люди знают о предвестниках алкоголизма, о тех начальных, незаметных как будто бы принятых поведенческих реакциях на прием алкоголя. Например, быструю потерю контроля за принимаемым количеством алкоголя или провалы памяти, которые могут возникнуть при употреблении большого количества спиртного как следствие отравления организма и др. Поэтому всем, кто причастен к антиалкогольному гигиеническому просвещению, особенно медицинскому персоналу, активистам наркологических постов, следует подчеркивать эти симптомы в своих лекциях, беседах. А на практике, выявляя их, направлять этих лиц на лечение. Профилактика пьянства и алкоголизма начинается с санитарно-гигиенического просвещения, ибо рано выявленные заболевания дают наилучший терапевтический эффект. Никогда не следует заниматься санитарно-гигиеническим просвещением совместно с лицами, только начинающими пробовать спиртные напитки, отмечающими у себя предвестники болезни, с теми, у кого уже поставлен диагноз хронического алкоголизма. Перед лектором находятся разные люди: с сохранившейся критикой, сниженной или извращенной вследствие значительных изменений личности в хронической или поздней стадиях заболевания. Большое значение имеют нарастающая психопатизация личности, снижение памяти, предшествующее, нередко неэффективное, лечение, потеря семьи, социально трудовая депривация. Все это должно четко отражаться в задачах конкретной санитарно-гигиенической работы. На

начальных этапах — в стадии предвестников, начальной стадии болезни — это задача сохранения социально и интеллектуально полноценной личности, в хронической или поздней стадиях — стремление приостановить процесс нарастающей деградации личности, по возможности реадаптировать ее, вернуть к общественно полезному труду.

Антиалкогольная пропаганда должна отвечать следующим требованиям — воспитывать в людях трезвеннические установки, быть профессионально грамотной, иметь активный, наступательный характер и, что очень важно, быть оптимистичной.

Антиалкогольная пропаганда — дело не только наркологов, медицинских работников, но и других специалистов, всей общественности, так как борьба за трезвость всенародное дело.

Медицинские работники в зависимости от узкой врачебной специальности в антиалкогольной пропаганде, исходя из общих принципиальных установок, должны более подробно освещать те специфические вопросы вредного влияния алкоголя на организм человека, которые также могут быть вскрыты под углом зрения соответствующей специальности.

Юристы, работники Министерства внутренних дел СССР в своих лекциях, беседах обязаны больше уделять внимания вопросам уголовного права, доводить до сведения слушателей все правовые аспекты, связанные с пьянством, алкоголизмом.

Но несмотря на специфику бесед, лекций, есть общие вопросы, о которых необходимо помнить. Это — социальное значение проблемы. Говоря о пагубном влиянии пьянства и алкоголизма на семью, производство, необходимо высоко оценивать роль общественности, коллектива в борьбе с этими явлениями, призывать к выявлению ранних форм пьянства и алкоголизма, особенно среди молодежи. Все лекторы должны проводить наступательную пропаганду трезвого образа жизни.

Разъясняя медицинские аспекты общей проблемы, не следует медикаментозное лечение трактовать как единственный путь к излечению алкоголизма. Нужно четко проводить грань между бытовым пьянством и алкоголизмом как болезнью. Признавать всех больными — это значит оправдать аморальное поведение некоторых из них и даже взять под сомнение вопрос об их ответственности в случае совершения преступления. Необходимо также

разъяснить самим больным и их родственникам, что после окончания курса лечения общее лечение не заканчивается, оно должно быть длительным.

Проводя антиалкогольную пропаганду, необходимо, чтобы слушатели не оставались равнодушными к предлагаемому материалу. Наоборот, живым, интересным содержанием следует вызывать у них непримиримое отношение к пьянству, чувство общественного презрения в отношении пьяниц и их покровителей, стремление и готовность семьи активно включаться в борьбу с пьянством, там, где речь идет о болезни, помочь излечиться.

Лекционная пропаганда медицинскими работниками должна проводиться по двум направлениям. Одно — это непосредственное общение с широким кругом слушателей. Второе — это организационно-методическая работа, проводимая со специалистами других министерств и ведомств. Это могут быть семинары, конференции, методические совещания с педагогами, юристами, работниками органов милиции, жилищно-коммунального хозяйства, Министерства пищевой промышленности СССР, торговли, преподавателями техникумов, профессионально-технических училищ, институтов. При этом стоит задача вооружить всех этих людей основными медицинскими знаниями в области проблемы пьянства и алкоголизма, с тем чтобы они могли бы эти сведения использовать в своей антиалкогольной пропаганде. Особенно хорошо в этих вопросах следует разбираться работникам юстиции, Министерства внутренних дел СССР, которые по роду своей работы постоянно сталкиваются с последствиями пьянства и алкоголизма в детских комнатах милиции, медицинских вытрезвителях, общественных местах, при дорожных происшествиях, преступлениях. Эту категорию людей необходимо обучать проведению умелой антиалкогольной работы в области борьбы с пьянством и алкоголизмом, совмещая ее с профессиональной деятельностью. Большую роль в антиалкогольной пропаганде должны сыграть всесоюзные и местные добровольные общества борьбы за трезвость. Активными пропагандистами трезвого образа жизни часто становятся люди, излечившиеся от этого недуга, влияя своим положительным примером.

Изучение усвояемости и информативности санитарно-просветительного материала на больших контингентах слушателей показало, что мужчины и женщины примерно одинаково воспринимают материал. Молодые люди лучше реагируют на конкретные и наглядные формы. Работники

интеллектуального труда также выше оценивают конкретные формы пропаганды: стенные газеты, окна сатиры. Медицинские работники предпочитают научный материал, лекции, доклады, кинофильмы. Лица, страдающие пьянством и алкоголизмом, предпочитают индивидуальные беседы, примеры, рассказывающие о выздоравливающих. Все эти факты еще раз подчеркивают необходимость очень тонкой, индивидуальной санитарно-гигиенической пропаганды. В связи с этим методы и формы антиалкогольной работы будут различными в зависимости от аудитории.

Основная аудитория — это рабочие и служащие. При подходе и организации работы с этими контингентами надо учитывать пол, профессиональную занятость, образование и многие другие обстоятельства. В мужской аудитории необходимо подчеркивать становление и развитие мужского пьянства и алкоголизма. Среди женщин следует делать особый акцент на особенностях женского организма, тяжести течения болезни. Для большего контакта лектора и аудитории слушателей желательно предварительное знакомство с производством, его особенностями, жизнью коллектива, в котором будет проводиться антиалкогольная пропаганда.

Особого внимания требуют люди, имеющие свободный доступ к спиртным напиткам, т. е. работники пищевой промышленности, торговли. Среди них необходимо особенно тщательно, последовательно и долговременно раскрывать пагубное влияние алкоголя.

При проведении антиалкогольной пропаганды очень часто забывают об особенностях сельской жизни, сельскохозяйственного производства, при котором зимой люди оказываются недостаточно загруженными трудом, что в сочетании со слабо организационным отдыхом нередко приводит к повышенному употреблению алкогольных напитков. Антиалкогольная оздоровительная работа с лицами, страдающими пьянством и алкоголизмом, требует постоянного, повседневного, индивидуального воздействия. Наиболее доходчивыми формами являются индивидуальные беседы с медицинскими работниками. В связи с этим полезно проводить тематические литературные встречи, диспуты с обсуждением судьбы людей, страдающих алкоголизмом.

Определенная часть лиц, злоупотребляющих алкогольными напитками, проходит через учреждения Министерства внутренних дел СССР, прежде всего медвытрезвители. Антиалкогольную, предметную пропаганду надо проводить

здесь со всеми — индивидуальную, коллективную, используя все средства наглядности, убеждения, разъяснения.

В последние годы значительно расширяется система лечения страдающих алкоголизмом в ЛТП. В них сосредотачиваются самые тяжелые контингенты больных. Антиалкогольную пропаганду в ЛТП должны проводить все работники — медицинские воспитатели, контролерский состав, мастера на производстве. Вот почему на врачебном и медицинском персонале профилакториев лежит двойная работа — готовить к антиалкогольной пропаганде всех сотрудников ЛТП и проводить ее среди профилактируемых. Нужно использовать все средства массовой и индивидуальной пропаганды, наглядную агитацию. Необходимо вести ее раздельно с лицами первично и вторично лечащимися, использовать юристов, педагогов, привлекать к этой работе семьи, актив тех предприятий и учреждений, на которых прежде работали профилактируемые. В ИТК тоже необходимо проведение всего комплекса антиалкогольной пропаганды.

Союз обществ Красного Креста и Красного Полумесяца — одна из наиболее массовых организаций трудящихся, имеющая свои ячейки на всех предприятиях, организациях народного хозяйства и сельского хозяйства страны, может и должен широко участвовать в проведении антиалкогольной работы.

В системе наркологической службы первичным звеном является наркологический пост на предприятиях, стройках, в сельском хозяйстве. Эти посты формируются в основном за счет актива обществ Красного Креста и Красного Полумесяца. Одна из главных задач этого актива заключается в раннем выявлении злоупотребляющих алкогольными напитками и оказании помощи в проведении поддерживающей терапии. Для того чтобы эти люди могли выполнить столь ответственную работу, с ними следует постоянно заниматься, просвещать по вопросам пьянства и алкоголизма.

Большую антиалкогольную работу призваны проводить фельдшера-наркологи и другой средний медицинский персонал. Для того чтобы санитарно-гигиеническое просвещение было действенным, необходимо самому среднему медицинскому персоналу хорошо ориентироваться в этой проблеме, а также соответствовать требованиям, предъявляемым к работникам санитарного просвещения, описанным выше (освоение некоторых лекторских приемов и др.).

Среднему медицинскому персоналу целесообразно проводить беседы, собеседования, выступать по радио, на производствах, в совхозах, колхозах. Беседы следует строить так, чтобы в них обязательно описывались факты из жизни того учреждения или производства, где она проводится. Не следует насыщать выступления теоретическими и обильными цифровыми данными, беседа должна быть доходчивой, простой, насыщена критикой, добрым советом, хорошими пожеланиями. В то же время антиалкогольная пропаганда должна быть наступательной и воспитывать отрицательное отношение к потреблению спиртных напитков.

Санитарное просвещение должно основываться на новых идеях и подходах. Эти новые идеи включают положения о том, что поведение людей нельзя изменить только с помощью информации, в основу подхода к решению проблемы должно быть положено понятие мировоззрения, а не борьбы с болезнями, что следует избегать авторитарного подхода, что поза «всезнающего эксперта», обращающегося к «невежественной массе», и все другие формы покровительственной манеры донесения информации до населения отжили свой век. Вместо устаревших методов прошлого следует на многосторонней и многодисциплинарной основе разрабатывать программы санитарного просвещения для детей школьного возраста. «Многосторонняя основа» предполагает, что источником санитарных знаний должна быть школа, где дети проводят часть дня, семья, где проходит еще одна часть их жизни, и то окружение в широком смысле слова, в котором дети пребывают в течение остального времени.

Эффективное санитарное просвещение должно иметь четко определенные цели и задачи, содержание его основываться на знании этих целей и того контингента, к которому оно обращено, получать свое дальнейшее развитие на базе современной научной теории и практики. Оно должно начинаться в самом раннем возрасте. Последние социологические исследования указывают на то, что уже в 8-летнем возрасте и даже ранее дети многое знают об алкоголе и его употреблении, а определенное отношение к этой стороне жизни и взгляды вырабатываются у них еще до этого возраста.

Санитарное просвещение по вопросам трезвеннических установок обязано стать частью непрерывного процесса просвещения, способствующего выработке у человека самосознания, адаптивных механизмов, способности

справляться с трудностями и самостоятельно принимать решения, помогая тем самым делать здоровый и правильный выбор. Исключительно повышают эффективность антиалкогольной пропаганды правильно организованный отдых населения, разумное использование свободного времени. В Постановлении ЦК КПСС от 7 мая 1986 г. отмечена необходимость «...улучшить организацию досуга трудящихся, особенно молодежи, создавать условия, обеспечивающие разумное использование свободного времени, развивать сеть клубов по интересам, в том числе по месту жительства, оказывать им всестороннюю помощь в организации и проведении работы. При этом нужно с максимальной отдачей использовать материальную базу профсоюзов для развития культурно-просветительной, туристско-экскурсионной работы, самодеятельного художественного и научно-технического творчества, поощрять коллективное садоводство и огородничество»¹.

Свои особенности имеет санитарно-гигиеническая работа, касающаяся наркомании. Она резко отличается от таковой при алкоголизме. Прежде всего она не может и не должна быть публичной, так как может стать причиной нездорового интереса к наркотикам. Откровенная санитарно-просветительная работа — лекции, доклады, беседы — может принести непоправимый вред, а не пользу, так как вызывает у слушателей повышенный интерес, любопытство к возможным ощущениям.

В связи с изложенным рекомендуется проводить лишь индивидуальные беседы с лицами, в отношении которых установлен факт немедицинского потребления наркотических средств, их родственниками, педагогами, работниками милиции, юридических органов.

Особое место в этой работе следует уделять описанию синдрома привыкания к наркотическому средству, состояния абстиненции, методам лечения и профилактики.

Всю эту работу должен возглавлять врач. Вообще в случаях наркомании домашнее наблюдение, патронаж, оздоровление микросоциальной среды играют особенно большую роль. Врач, средний медицинский персонал должны на какое-то время стать семейными врачами, сестрами, советчиками, наставниками, целителями.

¹ Трезвость — закон нашей жизни. Постановления ЦК КПСС, Совета Министров СССР, Указы Президиума Верховного Совета СССР, Президиума Верховного Совета РСФСР о мерах по преодолению пьянства и алкоголизма, искоренению самогеноварения. Май, сент. 1985 г. — М.: Политиздат, 1986, с. 5.

Токсикомания лекарственными препаратами возникает прежде всего от неправильного назначения некоторых медикаментов, имеющих тенденцию вызывать к ним привыкание. Таких, особенно синтетических, препаратов в настоящее время выпускается много — это снотворные, некоторые транквилизаторы и др. В связи с этим профилактика этого рода токсикоманий будет заключаться в знании врачами всех специальностей свойств различных групп медикаментов, их способности вызывать синдром привыкания. Это не означает, что такие препараты следует исключить из лечебной практики, их просто следует разумно назначать — не превышать дозировки, не удлинять время применения, своевременно заменять другими и т. д.

Важное значение имеет оздоровление среды. Это целая система комплексных мероприятий, направленных на создание обстановки, препятствующей зарождению и распространению пьянства, алкоголизма, наркомании и токсикомании.

Эта система состоит из двух составных частей: первая — оздоровление общества общегосударственными мероприятиями, вторая — оздоровление микросоциальной среды. К общегосударственным мероприятиям относятся политика государства, направленная на оздоровление общества в целом, — это разработка и внедрение в жизнь постановлений, направленных на борьбу с вредными привычками и социальными болезнями — пьянством, алкоголизмом, наркоманией, курением, туберкулезом, сифилисом; пропаганда здорового образа жизни, разъяснение вредных наклонностей через радио, печать, телевидение и другие средства массовой информации и пропаганды.

Сюда же следует отнести и работу, проводимую непосредственно на производствах. Например, на промышленном предприятии совместно с администрацией, партийной, комсомольской организациями, профсоюзом, первичной организацией Общества Красного Креста и Красного Полумесяца и Общества борьбы за трезвость проводится систематическая разъяснительная работа о вреде употребления алкоголя, курения. Затем выявляются лица, страдающие вредными привычками или заболеваниями, с ними проводится целенаправленная систематическая разъяснительная, лечебная и профилактическая работа, к проведению которой, помимо общественных организаций и администрации, привлекаются медицинские работники. Последние становятся ведущими фигурами в этой системе пропаганды, лечения и профилактики.

Это первое звено в общей системе мероприятий по оздоровлению среды. Оно выполняет роль санитарно-просветительную и оздоровительную в широких масштабах, лишь косвенно касаясь отдельных индивидов.

Второе звено — микросоциальная среда. Она состоит из товарищей, коллег по работе, спорту, отдыху, друзей и родственников, семьи. Таким образом, в судьбе одного человека, злоупотребляющего алкоголем, наркотиками, токсикоманическими средствами, в среднем принимают непосредственное участие несколько человек. Эти люди оказывают своим трезвеническим поведением прямое воздействие на пьющего, а срывы ремиссий в основном связаны с вовлечением в повторное пьянство друзьями (50%), супругами (8—10%).

Товарищи, коллеги по работе, друзья. Без этих людей нет общества. Они с самого начала всюду сопровождали будущую жертву пьянства и алкоголизма, другие сами приобщали его к алкоголю, третьи оставались равнодушными. Те же, кто пытался оказать благотворное воздействие, увы, в таких случаях не могли добиться положительных результатов.

Трудно переоценить значение трудового коллектива в деле борьбы с пьянством и алкоголизмом. ЦК КПСС считает необходимым освещать положительную роль трудовых коллективов в воспитании трезвенических традиций.

Своеобразный коллектив складывается в период пребывания больного в наркологическом стационаре. Здесь есть свои лидеры, имеются люди с большим «стажем» злоупотребления алкоголем или наркотиками, люди, все «знающие» и могущие принести большую пользу или, наоборот, вред в своем общении с новичками. Эту категорию больных необходимо своевременно выявить, пытаться направить их энергию на пользу, при необходимости нейтрализовать.

Особенно сложной оказывается в этом отношении микросреда в ЛТП. Здесь формируются своеобразные «семейки» со своим лидером, традициями, привычками. Поэтому особое значение приобретает правильное формирование отрядов по первичности или повторности поступления в ЛТП, ранее судимых, первичных больных. А в дальнейшем большое значение имеет умелое проведение санитарно-гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий.

Еще одна серьезная проблема возникает, когда лицо, страдающее алкоголизмом, после лечения в стационаре или ЛТП возвращается в привычное окружение «бывших друзей», где постоянно потребляют спиртные напитки. Бесс очень важным является культивирование новых традиций, современных обрядов, исключающих употребление алкоголя. В связи с чем следует еще раз подчеркнуть значение добровольных обществ борьбы за трезвость.

Особого такта требует работа с детскими, юношескими коллективами, одинаково восприимчивыми к хорошему и плохому, очень чуткими к положительному и отрицательному. Поэтому совсем не просто разъяснить и доказать подростку вред от таких привычек, тем более что многие его сверстники это себе позволяют, да и самому хочется попробовать, самоутвердиться в собственных глазах и глазах друзей. Мало того, ведь задача состоит порой не только в собственном воздержании, но также и в том, чтобы помочь старшим — педагогам, пионервожатому, родителям, отторгнуть от вредной привычки товарища, друга. А дело ведь осложнено еще и тем, что ребят чаще всего медикаментозно не лечат. Значит, все воздействие идет на психологическом уровне.

Оздоровление среды — это сложная, психологически очень тонкая и продолжительная работа, требующая большой наблюдательности, такта и настойчивости. Ее должны проводить педагоги в школах, средних и высших учебных заведениях, работники милиции, юристы, члены различных обществ, общественные организации.

Задача медицинских работников, с одной стороны, заключается в том, чтобы умело направлять эту работу, выявлять лиц, страдающих пьянством и алкоголизмом, обеспечивать их лечение, наконец, постоянной воспитательной работой воздействовать на окружение, создавая в нем трезвеннический климат. Для этого необходимо врачу, фельдшеру-наркологу, патронажной медицинской сестре иметь хороший доверительный контакт с родными, близкими, товарищами больного. Медицинский работник должен быть желанным человеком в семье страдающего алкоголизмом.

В настоящее время пьянство и алкоголизм среди мужчин распространены в большей степени, чем среди женщин, и поэтому чаще всего страдающий стороной выступает женщина — мать, жена.

Как правило, страдающие пьянством и алкоголизмом эгоистичны, придирчивы, вспыльчивы, не умеют сдержи-

вать свои эмоции. Поэтому в семье постоянно поддерживается нездоровая атмосфера: то придирки, брюзжание, скандалы, вплоть до побоев, то слезливость, заверения в вечной любви. Такая обстановка постоянной нервозности и напряжения не проходит бесследно. Наблюдения показали, что в подобных семьях у 81% женщин отмечаются невротические, депрессивные состояния, функциональное расстройство нервной системы. В контрольных же группах, в которых семьи были благополучными, лишь у 14% женщин обнаруживались различные отклонения в психической сфере, но все они обуславливались причинами, ничего общего не имеющими с ненормальными отношениями в семье. Не следует забывать, что срабатывает также фактор наследственности, в результате чего могут родиться физические калеки или психически неполноценные дети. Бывают и обратные ситуации, когда причиной срывов является не муж, а, наоборот, жена.

Дети — это тоже микросреда. Пока маленькие, они лишь наблюдают. В их глазах сквозит любопытство. В неблагополучных семьях они растут пугливыми, забитыми, молчаливыми, замкнутыми. Их сердце черствеет, и доступ к ним закрывается для родителей, учителей и товарищей. Нередко эти обстоятельства служат поводом для плохой успеваемости, а следовательно, и психофизического недоразвития. Нередко у юноши или у девушки хватает мужества осудить отца или мать за аморальный образ жизни, исковерканное существование и начать борьбу за престиж семьи.

Близкие родственники — братья, сестры, как ни странно, замечая иногда падение страдающего пьянством и алкоголизмом, иногда не только не останавливают, не осуждают поведение близкого человека, а, наоборот, поощряют его, хващают крепостью своего рода, а при необходимости пытаются прикрыть неблагоприятное поведение родственника. В подобных ситуациях все бремя беды снова ложится на плечи жены, а в худшем случае ее же обвиняют в неумении быть хорошей женой, хозяйкой.

В современном обществе резко увеличилась продолжительность жизни людей (в СССР и ряде капиталистических стран до 72 лет и более). Следовательно, во многих семьях живут люди старшего поколения. Они явились воспитателями своих детей и нередко занимаются этим же со своими внуками. Здоровые отношения, семейные традиции, трезвый образ жизни они свято соблюдают, но ведь не всегда это так. Встречаются случаи обратного

порядка. К сожалению, порой именно люди старшего поколения являют собой пример отрицательных привычек, традиций.

Таким образом, микросоциальная среда, окружающая больного, как в губке, сосредоточивает все положительное и отрицательное, что может влиять на пациента. Врач, фельдшер-нарколог должны тщательно изучать эту обстановку. Еще только начиная лечить больного, заботиться и думать о том, куда он вернется после выписки из стационара, а если это амбулаторное лечение, то как его будет продолжать. В семье своего пациента участковый врач, фельдшер должны постоянно бывать, внушать мысль о дальнейшем непрерывном лечении, поддерживать добрый тонус, оптимизм в отношении выздоровления. Известно, что после окончания курса основного лечения некоторые больные алкоголизмом скрываются от медицинских работников, даже стараются сменить местожительство, работу, не ночевать дома. Все это нужно предусмотреть с учетом особенности личности больного, по возможности предупредить.

Глава 2

ДЕОНТОЛОГИЯ

Марксистско-ленинская этика — это философская наука о социальной сущности, структуре, функциях и закономерностях развития морали, о путях формирования коммунистической морали как высшей ступени нравственного процесса, ибо марксизм-ленинизм провозглашает, в противоположность буржуазным надклассовым философским направлениям, классовый, партийный характер морали, основывающейся на классовых интересах различных социальных групп. Подобный тезис признает органическую связь коммунистической нравственности с практикой борьбы трудящихся за свои права, за идеалы нового человека.

Марксистско-ленинская этика включает и профессиональную этику и ее разновидность — медицинскую этику. Под этикой следует понимать учение о морали и нравственности, а медицинскую этику — как раздел науки о роли нравственных начал в деятельности медицинских работников и их высокогуманном отношении к больному, укреплении его здоровья, а при необходимости успешного лечения.

Еще Ф. Энгельс писал: «В действительности каждый класс и даже каждая профессия имеет свою собственную мораль»¹. В процессе развития общественных формаций изменялось и содержание законов, положений, заповедей медицинской этики. Наша социалистическая медицинская этика отличается высоким гуманизмом в отношении к труду, а профессиональный долг составляет главную сторону общественного долга. Понятие врачебного долга представляет важнейшую часть врачебной этики, иначе говоря, врачебная деонтология является одной из главных, составных частей врачебной этики. Понятие «деонтология», как и «профилактика», — греческого происхождения и означает: *deon* — должное и *logos* — учение, т. е. учение о должном. Это понятие в начале XIX века ввел в практику английский философ И. Бентам.

Учение о должном в медицинской науке и практике мы называем медицинской деонтологией и она тесно сливается с понятием нравственности, морали. Деонтология по существу определяет поведение врача, среднего, младшего медицинского работника по отношению друг к другу, пациентам, обществу в целом, но это не механическое копирование свода правил или наставлений, определяющих профессиональное поведение медицинского работника, а поведение и поступки, совершаемые действительно на благо всего народа и каждого пациента в отдельности.

Во врачебной деятельности есть ряд вопросов, без правильного научного обоснования которых невозможно проповедывать и реализовывать идеи деонтологии на практике. К ним, в частности, относятся такие, как соотношение личности и общества, врача и общества.

В 1970 г. ВОЗ провозгласила как главную цель своей деятельности стремление обеспечить право на здоровье каждого человека, живущего на земле, и достижение максимально высокого уровня здоровья людей². В дальнейшем были подготовлены материалы, касающиеся проблем здравоохранения и прав человека в свете современных проблем — научно-технической революции, загрязнения окружающей среды, борьбы с инфекционными и другими болезнями. В свете этих предложений каждая

¹ Маркс К., Энгельс Ф. Соч. 2-е изд., т. 21, с. 298—299.

² Проблемы здравоохранения и права человека. — Хроника ВОЗ, 1977, № 1, с. 3.

страна должна выработать свои мероприятия, направленные на решение этих задач.

В нашей стране эти положения находят свое реальное воплощение в статье 42 новой Конституции СССР, в которой записано: «Это право обеспечивается бесплатной квалифицированной медицинской помощью, оказываемой государственными учреждениями здравоохранения; расширением сети учреждений для лечения и укрепления здоровья граждан; развитием и совершенствованием техники безопасности и производственной санитарии; проведением широких профилактических мероприятий; мерами по оздоровлению окружающей среды; особой работой о здоровье подрастающего поколения, включая запрещение детского труда, не связанного с обучением и трудовым воспитанием; развертыванием научных исследований, направленных на предупреждение и снижение заболеваемости, на обеспечение долголетней активной жизни граждан».

Деонтология, постепенно развиваясь, стала своеобразным сводом норм, требований, правил поведения, нравственных принципов, характеризующих деятельность врачей, средних медицинских работников. Тезис, провозглашенный Гиппократом о том, что у врача руки должны быть чистыми, а совесть незапятнанной, остается и сегодня актуальным и значимым.

Более того, введение в ранг обязательных для врача правил — прием присяги, обязательство хранить врачебную тайну, внедрение в жизнь Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении возвели деонтологию, этические нормы в степень закона, которого обязан придерживаться каждый, кто посвящает свою жизнь науке врачевания.

На мартовском 1985 г. Пленуме ЦК КПСС Генеральный секретарь Коммунистической партии Советского Союза М. С. Горбачев сказал «Все во имя человека, на благо человека — это программное положение должно наполняться все более глубоким и конкретным содержанием»¹.

Совершенно иными предстают перед нами принципы деонтологии в капиталистических странах. Еще бывший президент США Д. Кеннеди говорил, что американский врач продает больному свои услуги точно так же, как

¹ Материалы внеочередного Пленума Центрального Комитета КПСС, 11 марта 1985 г.— М.: Политиздат, 1985, с. 10.

любой другой бизнесмен продает своим клиентам какой-либо товар. Ничего с тех пор не изменилось в американской и других медицинских корпорациях капиталистических стран. Так, американская медицинская ассоциация откровенно заявляет, что взаимоотношение врач — больной определяется гонораром, т. е. зиждется на деловых принципах частного порядка, вплоть до того, что эта ассоциация противится снижению оплаты за медицинские услуги со стороны безработных. В Англии, Франции, ФРГ, Италии заболеть — значит разориться или пробить глубокую брешь в семейном бюджете.

Этого мало, нередко случаи, когда с целью наживы пациентам назначают ненужные обследования, проводят операции без достаточных медицинских показаний, продают заведомо недостаточно апробированные лекарства, спрос на которые очень высок, тем более что в таких случаях медикаменты стоят дешевле обычных.

Деонтологические принципы на различных уровнях: врач — врач, врач — средний и младший медицинский работник, врач — больной, врач — родственник больного в наркологии особенно важны и имеют свои особенности.

Во взаимоотношениях врач — средний медицинский работник нередко выявляется упрощенческий взгляд на хронический алкоголизм со стороны последних. Фельдшера, медицинские сестры, наблюдая пьянство, переходящее в алкоголизм, иногда представляют себе эту цепь как простое явление «спился», а следовательно, «пусть сам же и выкарабкивается из болота». Такие ошибочные взгляды особенно вредны, так как в наркологии роль среднего медицинского персонала в системе организации медицинской помощи особенно велика. Подобное отношение больные чувствуют безошибочно, и это отрицательно сказывается на всем лечении. Психиатрам-наркологам следует не только постоянно учить средний персонал, но и вселять в него уверенность в успешном решении задач терапии. Своей верой и знаниями заражать ту часть средних медицинских работников, которая настроена пессимистически. Здесь же следует сказать о младшем обслуживающем персонале, который медицински не подготовлен, неискушен в вопросах лечения алкоголизма и своими высказываниями, действиями порой может принести больше вреда, чем пользы. Этот контингент текуч, в него нередко попадают люди случайные, поэтому постоянное просвещение, разъяснение основ деонтологии необходимы.

Большое место в вопросах деонтологии занимает партнерство врач — больной, фельдшер — больной. Разумеется, это партнерство, в котором лидером является медицинский работник; он всегда должен быть вдумчивым, преданным делу, высокогуманным энтузиастом, профессионально подготовленным специалистом, так как больной человек становится особенно чутким к своему здоровью, прислушиваясь к каждому слову медицинского работника.

В психологии больных хроническим алкоголизмом есть два отрицательно влияющих на результаты лечения фактора — один из них упрощенчество: «подумаешь, захочу — перестану пить», «я не больной». Второй — недостаток веры в излечение: «мой друг лечился, лечился, вышел из больницы и снова запил». Между тем бросить пить сам пациент чаще всего не может, всей пагубности болезни не представляет, с годами критика снижается еще более и он катится по наклонной плоскости. Неверие в лечение, недоверие к медицинскому работнику, врачу, фельдшеру мешают успеху лечения.

Врач, фельдшер-нарколог убеждениями, психотерапевтическим воздействием должны активно бороться с этими предрассудками, умело сочетая слово и лекарство. При срывах ремиссий не терять веры в исцеление, а с новыми силами, используя при необходимости другие методы и способы лечения, бороться за больного.

Первая встреча с больным может произойти в любом месте: в кабинете диспансера, стационаре, приемном покое больницы, на производстве. Везде она должна отличаться своеобразием подхода к больному — чуткостью, соединенной с твердостью, верой в выздоровление, основанной на профессиональных знаниях, психотерапевтическом воздействии, построенном на изучении личности больного.

В этом отношении важнейшее значение имеет сбор анамнеза, который является отражением действительного, имевшего место на различных этапах жизни пациента. Искусство опроса именно в том и состоит, чтобы суметь понять переживания больного человека, помочь выявить необходимые симптомы заболевания.

«Человеческие понятия субъективны в своей абстрактности, оторванности, но объективны в целом, в процессе, в итоге, в тенденции, в источнике»¹, — писал В. И. Ле-

¹ Ленин В. И. Философские тетради. — Полн. собр. соч., т. 29, с. 190.

нин. Ибо психическая деятельность человека есть ничто иное, как единство субъективного и объективного.

В практике наркологии имеет значение все — интонация, с какой говорит о себе пациент, психологический настрой, с которым он обратился к врачу, желание активно включиться в лечение, стремление к контакту с врачом или, наоборот, желание быть не до конца откровенным, что-то не договорить из-за стеснительности, неуверенности в себе, наивности или, наоборот, желания скрыть отдельные симптомы. Следует помнить, что лица, страдающие пьянством и алкоголизмом, во многих случаях недооценивают своего состояния, не придают значения отдельным симптомам болезни и потому о них не склонны говорить. Нередко за бравадой, ложным оптимизмом больные стремятся скрыть некоторые симптомы. Бывают случаи, когда в силу снижения личности больные становятся лживыми и попросту стремятся замаскировать свои пороки.

При опросе пациента очень важно постараться выявить первичные причины, послужившие основанием к началу пьянства, возникающие при обострениях или срывах ремиссий. Ведь такими причинами могут быть особенности личности или характера, повышенная эмоциональность, реактивная лабильность, отсутствие побудительных мотивов и интересов в жизни, компании, микросоциальная среда, семья, близкие. Знание всех этих моментов в сочетании с полученными данными о симптоматике болезни может помочь правильно определить диагноз, стадию болезни, наметить план лечения, дать рекомендации при проверке поддерживающей терапии.

В процессе обследования больного полезно применение различных инструментальных и аппаратных методов исследования. Помимо того, что это дает возможность получить некоторые дополнительные данные, объективизирующие диагностику, такого рода исследования оказывают большое психологическое влияние на больных, их окружение, так как они подтверждают те выводы, предложения и рекомендации, которые при этом делаются. Следует заметить, что даже в тех случаях, когда диагноз ясен, аппаратные методы диагностики усиливают психологическое влияние на больного и с точки зрения деонтологии могут оказать неоценимую услугу. Вместе с тем не следует преувеличивать их значения как для врача, так и больного.

При постановке диагноза очень важно не торопиться с определением стадии заболевания, а это нередко случается при неумелом сборе анамнеза, анализе симптомокомплекса, лабораторных и аппаратных данных. Например, на вопрос о нарушении памяти пациент может ответить, что да, такое состояние у него бывает. Но отдельный признак расстройства памяти еще не определяет стадию заболевания, так как в каждой из них может быть такое состояние, хотя внутренняя структура этих нарушений будет различна. Только в совокупности с другими симптомами можно поставить правильный диагноз.

Вместе с тем бывают случаи ошибочной постановки диагноза, т. е. врачебной ошибки. Причины таких ошибок, видимо, кроются в нескольких обстоятельствах: недостаточно хорошо собранный анамнез, диссимуляция, допускаемая больным для того, чтобы скрыть истинные симптомы болезни, халатность врача, поверхностно ознакомившись с пациентом, недостаточно опросившего его или плохо вникшего в высказанные жалобы. Таким образом, могут быть ошибки, допускаемые не по вине врача,— добросовестное заблуждение, основанное на несовершенстве самой медицинской науки либо в связи с атипичностью жалоб и симптомов болезни, либо в результате халатного отношения врача к своим прямым обязанностям, иначе говоря, нарушение врачом своего прямого профессионального долга. В первом случае врач понесет административную ответственность, во-втором — уголовную, об этом следует всегда помнить.

Близко к проблеме врачебной ошибки стоит вопрос о сохранении врачом тайны о болезни пациента. В наркологии этот вопрос отнюдь не праздный. О том, что пациент пьянствует, обычно знают или догадываются многие — соседи, сослуживцы, но одно дело — «пьет как все», другое дело — «болен алкоголизмом», т. е. становится человеком, которого могут принудительно лечить, ограничивать в правах.

В отдельных случаях пациент тяжело переживает свое падение, хочет избавиться от болезни, но не обращается к врачу, боясь огласки, ибо опасается потерять семью, работу, престиж. Конечно, есть лица, которым все равно, как его будут называть и как к нему станут относиться. Характерно, что и они становятся очень чувствительными к своему положению, оскорбляются по малейшему поводу в период воздержания от пьянства.

Особо стоит вопрос об употреблении пациентами наркотиков или токсикоманических средств. Первое в ряде республик уголовно-наказуемое явление и поэтому о таких следует оповещать и органы милиции для постановки этих людей на обоюдный учет и проведение в последующем лечения. Токсикоманы на учете в милиции состоять не должны, среди них немало встречаются жертв врачебных ошибок и оплошностей. Эти люди чаще всего глубоко переживают свое состояние, пытаются бороться с ним. Врачи должны быть особенно внимательны и чутки и в постановке диагноза, и во взятии их на 5-летний обязательный учет. Поэтому в наркологии следует применять анонимные формы наблюдения и лечения, если пациент, сам стремясь к излечению, активно помогает врачам, аккуратен в проведении поддерживающего лечения. Однако там, где лицо, страдающее алкоголизмом, нарушает покой семьи, соседей, трудовую дисциплину, он должен быть предметом обсуждения, по отношению к нему сохранения врачебной тайны не должно быть.

Однако помнить о врачебной тайне необходимо, ибо ее нарушение может принести непоправимый ущерб (моральный или материальный) пациенту, а также самому врачу.

Осуществление деонтологических принципов в наркологическом стационаре начинается с приемного покоя, где должно определиться добровольное желание больного лечь на излечение, далее проявиться при сборе анамнеза, носящего психотерапевтический характер, затем в самом отделении. Весь режим наркологического отделения должен быть пронизан принципами уважения друг к другу в среде персонала, между медицинскими работниками и больными, последними друг к другу. Созданию деонтологического климата способствует режим нестеснения, для большей части больных — открытые двери, трудовая культуротерапия, общественное самоуправление, постоянное желание излечения, взаимопомощи, поддержки друг друга с опорой на медицинский персонал.

К. Маркс, говоря о том, что «Человеческое тело от природы смертно» и что «Болезни поэтому неизбежны», обращает внимание на то, что человек при заболевании обращается к врачу, и приводит важную мысль о том, что «Постоянная врачебная опека превратила бы жизнь в зло...»¹

¹ Маркс К., Энгельс Ф. Соч. 2-е изд., т. 1, с. 64.

С позицией деонтологии постоянное наблюдение врача, медицинского персонала при выявлении болезни, лечение больных, страдающих алкоголизмом, психологически не должны расцениваться как постоянный надзор над «осужденными». Это особо важно подчеркнуть, так как наркологическая служба в своей работе опирается не только на психиатров-наркологов, но и на общественное звено — наркологические посты — и вообще на широкие круги общественности и при слабой их подготовке с деонтологических позиций может привести к травме.

Таким образом, проводится лечение амбулаторно или стационарно, следует помнить о психотерапевтическом воздействии на больного каждого слова врача, каждого действия медицинского персонала. Особенно сложными бывают периоды срывов ремиссии, обострения болезни, когда у больных возникает желание снова выпить. В этот период умелое вмешательство врача необходимо, но оно должно быть особенно чутким, вдумчивым, очень целенаправленным и настойчивым. Вместе с тем законы деонтологии, ее главные нравственные принципы — «уважай больного, как самого себя, но будь тверд и мудр в своих лечебных мероприятиях» — должны торжествовать. А это значит, что, несмотря на, возможно, не очень благоприятный прогноз, нужно верить в успех лечения и искать пути для его успешного осуществления.

Во взаимоотношениях с родственниками больных врачу приходится встречаться с несколькими формами их подхода к оценке заболевания. Это недопонимание того, что уже случилась беда и болезненные симптомы налицо. Таких родственников порою долго и упорно приходится просвещать, пока они не станут помощниками медицинского работника. Встречаются образованные люди, которые считают, что им все известно о пьянстве и алкоголизме, а также средствах лечения. Необходимо упорно перестраивать подобное «всезнательство» и проводить свою тактику.

Иногда приходится иметь дело с людьми, потерявшими веру в излечение, это бывает в случаях неудачного излечения. Надо переубедить больного, привести пример другого заболевания, которое требует долгого, упорного активного и поддерживающего лечения (ревматизм, туберкулез), объясняя, что алкоголизм также требует длительного лечения. Врач, несмотря на тяжесть заболевания всегда должен внести в прогноз элемент оптимизма, подбодрить человека.

Древние говорили, главным в науке врачевания должно быть три правила: cito, tuto, jucunde — быстро, безопасно, приятно. Разумеется, при лечении алкоголизма, наркоманий, токсикоманий эти правила выполнить крайне трудно, но рассказать об этом пациенту и их родственникам надо. Ни в коем случае не следует обманывать людей, лгать. Беседы надо проводить с больным и родственниками вместе и только о некоторых моментах можно сообщить отдельно. У пациента не должно складываться впечатление, что от него что-то скрывают. В наркологии это особенно важно, так как в результате таких бесед в лице родных, близких, товарищей будут формироваться единомышленники врача, помощники, а беду переносить легче в коллективе, а не в одиночку.

Ятрогенное заболевание (ятрогения)¹ в наркологии также нередко препятствует ремиссии, мешает получению хороших результатов от лечения. Чаше всего ятрогенное заболевание вызывается неосторожным замечанием, словом среднего медицинского работника, активистов Общества Красного Креста и Красного Полумесяца, составляющих наркологические посты на предприятиях. Искренне желающие помочь лицам, страдающим пьянством и алкоголизмом, они могут невзначай брошенным словом или собственным умозаключением нанести непоправимый психологический ущерб больному или его родственникам. Тезис деонтологии — «не вредить» — остается главным в работе этих помощников медицинского персонала.

Следовательно, расширение медицинского кругозора активистов наркологических постов, просвещение в области пьянства и алкоголизма, обучение правильному обращению с больными и их родственниками являются заботой и задачей врачей, фельдшеров-наркологов.

Таким образом, в наркологической службе вопросы деонтологии имеют большое лечебное значение, они неразрывно связаны со всей системой организации и лечения больных, страдающих алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, и составляют единое целое, своеобразный комплекс психопрофилактики, психогигиены, санитарного просвещения, оздоровления микросоциальной среды, психотерапии.

¹ Ятрогенное заболевание обусловлено неосторожными высказываниями или поступками врача (или другого лица из числа медицинского персонала), неблагоприятно воздействовавшими на психику больного.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Чаще всего болезнь развивается медленно, исподволь, так что ни родные, ни товарищи, ни тем более сам субъект не понимают надвигающегося бедствия. В дальнейшем окружающие начинают оценивать всю тяжесть заболевания, а больные вследствие снижающейся критики и изменений личности этого так и не могут понять.

В настоящее время арсенал антиалкогольных средств широк и разнообразен. Однако теория и практика терапии показывают, что в отличие от соматических и психических заболеваний при лечении алкоголизма и наркомании одним из условий эффективности является активное стремление самого больного к выздоровлению. Без такой психологической установки успех лечения резко снижается, а порой даже оказывается равным нулю. Это становится более понятным, если учесть, что одним из главных факторов развития алкоголизма является социальное окружение. Вот почему главный принцип лечения алкоголизма — это формирование добровольного активного, самостоятельного стремления к излечению.

Высокая эффективность лечения обеспечивается длительностью его и преемственностью. Приказами Министерства здравоохранения СССР предусмотрены сроки и последовательность лечебных мероприятий при алкоголизме и наркомании, они включают вопросы терапии и профилактики обострений. Рекомендуемая терапия предполагает минимальные, но обязательные курсы специального лечения в условиях стационара или во внебольничной сети.

Выбор лечения — стационарного или амбулаторного, более или менее интенсивного — принадлежит врачу. При этом врач исходит из принципа индивидуальности подбора методов и средств. Первичное лечение может начинаться в стационаре, и тогда его продолжительность должна составлять не менее 45 или 60 дней, если речь идет о наркоманах. Это время необходимо для проведения дезинтоксикационной, общеукрепляющей витаминной и активной антиалкогольной терапии.

При повторном поступлении в стационар продолжительность лечения не регламентируется. Оно проводится целиком по индивидуальному плану, намечаемому ле-

чащим врачом. Периодически могут возникать ситуации, когда бывает необходима повторная госпитализация. Такое стационарирование в зависимости от причин может проводиться по просьбе самого больного, его родственников, близких, товарищей. Это может быть добровольное лечение, но не исключены случаи госпитализации, проводимой согласно совместной инструкции Министерства здравоохранения СССР и Министерства внутренних дел СССР, согласованной с Прокуратурой СССР. Такое помещение в стационар обычно бывает вызвано состоянием больного. Абсолютные показания для такого рода действий создаются в тех случаях, когда поведение лица, страдающего алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, социально опасно. Это случаи, когда человек находится в состоянии острого алкогольного психоза (делирий, галлюциноз и др.), хронического (хронический галлюциноз, бред ревности), если появляются стремление к агрессивным действиям по отношению к окружающим или самому себе (членовредительство и др.), выраженные колебания настроения с тенденцией к беспричинному его нарушению (застойность, вязкость аффекта, глубокая депрессия с суицидальными мыслями и намерениями), некоторые состояния похмельного синдрома с наличием грубых соматовегетативных и психоневрологических нарушений (вегетативные кризы, неблагополучие со стороны сердечно-сосудистой системы, атаксия, депрессия, суицидальные мысли).

Очень важно, чтобы направление в стационар в таких случаях выписывал участковый психиатр-нарколог, во всяком случае он должен быть информирован о случае неотложной госпитализации. С целью охраны прав человека в Основях законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении особо записано, что при такой госпитализации больной в течение суток должен быть представлен консилиуму старших врачей (желательно с участием участкового психиатра-нарколога) для того, чтобы были подтверждены диагноз, целесообразность, необходимость неотложной госпитализации. В противном случае неправильно стационарированный гражданин должен с соответствующими извинениями быть выписан. К неотложной госпитализации могут привлекаться специальные психиатрические бригады станций скорой и неотложной медицинской помощи и сотрудники милиции.

Во время консилиума следует обязательно постараться выяснить, в чем причина повторного обострения

болезни, срыва ремиссии — плохо налаженная поддерживающая терапия, заброшенная больным по его вине, или халатность медицинского персонала. Ни один случай такого отношения участковой наркологической бригады не должен быть оставлен без внимания и строгой оценки.

Иногда лечение можно начинать в условиях поликлиники, считается, что этот вид лечения при определенном стечении обстоятельств более эффективен. Амбулаторное лечение на различных этапах показано всем без исключения больным, например не нуждающимся в госпитализации, выписанным из наркологических или психиатрических стационаров и лицам, закончившим лечение в ЛТП.

Первенствующее место в общем комплексе лечения должна занимать психотерапия. Она по существу начинается еще при подготовке человека к сознательному принятию антиалкогольного средства и должна сопровождать его на всех этапах стационарного или амбулаторного лечения, быть активной, целенаправленной, последовательной. Виды ее подбирает индивидуально лечащий врач. Более того, при противопоказании к условно-рефлекторной терапии и лечению тетурамом психотерапия является основным методом антиалкогольного лечения.

Трудовая терапия должна начинаться по возможности с первых дней пребывания больного в стационаре и продолжаться после выписки. Трудовая терапия — это воспитательный, корригирующий и мощный лечебный фактор.

Порой складываются обстоятельства таким образом, что во время амбулаторного лечения больной потерял работу, уволен за систематический выход на работу в нетрезвом состоянии или уволился сам в состоянии запоя. Врач обязательно должен выяснить эти обстоятельства и в подобной ситуации принять меры к реабилитации больного. Лучше всего устроить больного на производство и контролировать его трудовую деятельность, ибо далеко не все пациенты, особенно первое время, добросовестно выполняют свои трудовые обязанности. Следует помнить, что при хроническом алкоголизме астенический синдром может длиться до 2 нед и более, при наркомании — до 6—8 нед и в этот период трудоспособность больных снижена. Об этом целесообразно информировать администрацию предприятия, так как в связи с этими обстоятельствами больных нередко уволь-

няют, а это ведет к отрицательным эмоциям, стрессовым состояниям, которые приводят к срыву ремиссии.

При терапии алкоголизма, наркомании и токсикомании должен соблюдаться следующий закон: лечение должно идти от простого к сложному, даже если обращается больной с хронической или поздней стадией заболевания. Терапия должна быть преемственной. Ни в коем случае не следует сразу отменять лечение другого врача, тем более критиковать его в присутствии больного. Такое поведение не этично по отношению к коллеге и с деонтологических позиций, дает право больному также критично и с недоверием отнестись и к новым назначениям. Разумеется, методы и формы терапии могут и должны меняться, но делать это нужно, не нанося вреда больному, не подрывая доверия к конечному результату.

Во всех случаях стационарного или амбулаторного лечения необходимо придерживаться этапности терапии. Первый этап заключается в назначении дезинтоксикационной терапии, общем укреплении и стимулировании организма. Второй этап — это основное антиалкогольное лечение. За этот промежуток времени, по усмотрению лечащего врача, применяются различные антиалкогольные средства, их комбинации, направленные на выработку отрицательного рефлекса на алкоголь или наркотик. Третий этап лечения сводится к закреплению результатов лечения, т. е. предотвращению рецидива заболевания и срыва ремиссии.

Параллельно различным видам лечения необходимо постоянно проводить санитарно-просветительную работу и оздоровление микросоциальной среды. Эту работу надо осуществлять на всех этапах антиалкогольного лечения, ибо его эффект резко снижается, когда ближайшее окружение больного, среда оказывает на него отрицательное влияние.

Добровольное лечение лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией, не всегда возможно. В отдельных случаях пациенты еще в начальных этапах развития болезни категорически от него отказываются, не считая себя больными. Следуют отказы также и в хронической или поздней стадиях болезни в результате снижения критики и явлений алкогольного или наркоманического слабоумия. В этих случаях следует назначать принудительное лечение. Его проводят в ЛТП. За время пребывания в ЛТП или наркологическом учреждении на принудительном лечении больной должен получить весь

комплекс медикаментозной терапии, изменить свой жизненный стереотип, утвердиться в трезвеннических установках. Все это время он должен также заниматься трудовой терапией в ЛТП, на производстве и испытывать на себе психологическое и морально-этическое воздействие окружающей среды, быть подготовленным к ведению правильного образа жизни. После выписки из ЛТП больной вновь поступает на динамический учет в наркологические учреждения органов здравоохранения.

При лечении наркомании и токсикомании обязательным является их строжайшая изоляция, для чего рекомендуется организовывать отдельные палаты в психиатрических или наркологических учреждениях, ни в коем случае не соединяя их с лицами, страдающими алкоголизмом. Это положение необходимо соблюдать, так как наркоманы и токсикоманы, особенно в периоды абстиненции, стремятся получить наркотическое средство, готовы ради этого даже на преступления, могут использовать для этих целей больных алкоголизмом, нередко и их приобщая к употреблению наркотических или токсикоманических средств. Последние в связи со своей повышенной внушаемостью и снижением критики идут на такие поступки.

Глава 4

ПСИХОТЕРАПИЯ

В далекой древности говорили, что лечение людей можно проводить при помощи «травы, ножа и слова». Таким образом, лечебное воздействие слова одного человека на другого было известно давно, однако, методом лечения, имеющим теоретическое обоснование и разработанные приемы, психотерапия стала сравнительно недавно.

Психотерапия как клиническая дисциплина предполагает влияние человеческого слова (врача) на психику больного человека, а через нее на телесные и психические страдания пациента. П. Б. Ганнушкин писал: «Истерик, психастеник, сангвиник, маньяк — все они каждый по-своему реагируют на одно и то же заболевание: истерик будет маскировать свою истинную болезнь и повесть врача по совершенно ложным следам, психастеник будет преувеличивать, а сангвиник преуменьшать и даже

отрицать свое заболевание. По отношению к каждому из них врач должен точно установить тот плюс, ту добавку, которая должна быть отнесена за счет психики больного, только тогда может быть намечена врачебная правильная линия поведения. Не следует думать, что все это касается редких, а следовательно, и неважных случаев, когда дело идет о соматических заболеваниях у выраженных психопатов, вовсе нет. Так называемые психически нормальные люди имеют свой характер, свои психические особенности»¹.

Это высказывание П. Б. Ганнушкина имеет особое значение для тактики психиатра-нарколога при лечении больных алкоголизмом, наркоманией. Ибо этим больным свойственны сниженная критика, лживость и изворотливость, изменение памяти, общее снижение интеллекта. Все это ставит перед наркологами, проводящими психотерапию, задачи глубокого изучения личности каждого больного, вырабатывать умение сопереживать, быть глубоко заинтересованным в конечной цели — излечении больного, заставить различных больных — тупых, активных, равнодушных, молчаливых, эротичных, холодных, мнительных, настороженных, дурашливых, словоохотливых — поверить в лечение, сделать их активными союзниками в борьбе: больной — болезнь — врач! Важно эмоциональное воздействие врача на больного.

Психотерапия при алкоголизме должна быть комплексной и разнообразной, так как с ее помощью предпринимаются попытки, с одной стороны, разорвать патологический круг болезненного состояния, привыкания к алкогольным напиткам, с другой — установить новые социальные связи больного с окружающей средой. Таким образом, в первом случае психотерапия является мощным лечебным средством, во втором — своего рода социальным методом воздействия.

Психотерапия должна применяться на всех этапах лечения алкоголизма, разумеется, с учетом личностных особенностей пациента, стадии заболевания, типа высшей нервной деятельности, социальных связей, иначе говоря, быть сугубо индивидуальной. Врачу принадлежит право выбора метода лечения.

Таким принципиальным направлением психотерапии является направление, устраняющее патологический

¹ Ганнушкин П. Б. Избранные труды.— М.: Медицина, 1964, с. 291.

стереотип, из-за которого стойко фиксируются симптомы болезни. Такой вид психотерапии особенно показан при лечении алкоголизма, наркомании, токсикомании. Следующие виды психотерапии — это регулирующий, который регламентирует отношение пациента к этиологическим факторам или самой болезни; седативный — успокаивающий, этот метод должен помочь больному снять тяжесть болезненной симптоматики, спокойнее относиться к ней; стимулирующий, направленный на повышение тонуса больного, его сопротивляемости болезни. Такая систематика достаточно условна.

К методам специальной психотерапии относят рациональную, косвенную, суггестивную психотерапию, проводимую в состоянии бодрствования, гипнотерапию, педагогическую, аутогенную, имаготерапию, библиотерапию, мелотерапию и др. Лечение проводится индивидуально и коллективно.

Перед началом психотерапии врач обязательно должен познакомиться с каждым больным, собрать анамнез, определить тип нервной системы больного, решить, насколько глубоко стремление его к излечению, установить доброжелательные, доверительные отношения с больным. Без этой подготовительной работы дальнейшее лечение будет безуспешным, так как основой психотерапии является воздействие слова врача на больного. После проведения перечисленных предварительных мероприятий и выбора метода психотерапии можно приступать к лечению.

Групповая (коллективная) психотерапия в условиях нашей страны имеет свои преимущества. Человек живет в социальном окружении, его воспитывает коллектив. Во время болезни отношения между людьми нарушаются, формируются новые связи, которые могут способствовать углублению болезненного состояния. Поэтому лечение хронического алкоголизма в коллективах дает больший эффект, чем индивидуальная психотерапия. Лечение проводится сразу большими группами. Наконец, при работе с группой можно выделить положительных лидеров, которые будут благоприятно влиять на остальных, помогая врачу.

Суггестивная психотерапия в ее групповом варианте проводится следующим образом. Подбирают группы в 5—20 человек. На сеансы приглашают близких больному людей — жен, родителей, взрослых детей. Врач умело направляет весь сеанс терапии, внушает мысль о недо-

пустимости употребления спиртных напитков в дальнейшем. Далее беседы носят характер санитарного просвещения. Врач разъясняет социальные и медицинские аспекты алкоголизма, объясняет, что ничего сверхъестественного в гипнозе нет, что этот метод психотерапии основан на физиологических особенностях нервной системы человека и его не следует опасаться. Разъяснить, что не все засыпают во время сеанса, но полудрема действует также благотворно, как сон. Опираясь на новейшие научные данные, особенно надо подчеркивать вред, наносимый алкоголем организму человека (нервной системе, внутренним органам).

Затем в бодрствующем состоянии пациентам внушают мысли об отвращении к алкоголю, о неспособности организма к приему спиртных напитков во всех его видах. С помощью гипноза укрепляют стойкость в его желании излечиться, волю и сопротивляемость пагубному пристрастию. Все время фиксируют внимание на необходимости полного воздержания от приема алкоголя, правильного образа жизни. Для проведения суггестивной терапии можно использовать радио, телевидение, магнитофонные записи.

Вариантами суггестивной терапии может быть внушенный седативно-коррективный и стимулирующий монолог, а также самовнушение в предсонном и просономном состоянии.

Монологи могут быть различны, например: «не беспокоя себя излишними сомнениями. Самое тяжелое время — ожидание воображаемой беды. Живой человек — должен жить и радоваться. Я спокоен. Я доброжелательно настроен, у меня хорошее настроение. Когда напряжен сам, будь особенно внимательным и доброжелательным к людям. Никогда свое раздражение не переноси на людей. Береги нервную систему окружающих, как берег бы ее у себя».

Для закрепления эффекта лечения одним больным назначают активную антиалкогольную медикаментозную терапию, другим продолжают групповую или переводят их на индивидуальную гипнотерапию. Классический метод групповой гипнотерапии предложил В. М. Бехтерев. Она складывается из 3 этапов: предварительной беседы, сеанс гипнотерапии и обучения самовнушению. Он считает, что предсонное и просономное внушение самое эффективное, ибо в это время психика человека находится в состоянии повышенной внушаемости.

Применяется и семейная психотерапия. Алкоголизм и наркомания нарушают внутрисемейные отношения. Меняются ролевые установки, а затруднения финансового и сексуального порядка усугубляют этот разлад. Чаще всего страдающей стороной в таких «алкогольных конфликтах» выступают женщины. Состояние жены в этих случаях характеризуется эмоциональной неустойчивостью, напряженностью, опасением, беспокойством за детей, свое будущее. Все это приводит к повышенной нервозности, головной боли, нарушению сна. Постепенно по мере алкоголизации мужа постоянно действующие отрицательные эмоциональные факторы могут привести к развитию невроза.

В настоящее время считается, что психотерапия супружеских пар — одна из важных форм лечения. Однако при этом обязательным должно быть желание обоих супругов принять курс лечения. Задачи семейной психотерапии сводятся к следующему: формирование у жены правильного понимания заболевания мужа и стремления к его излечению, желания создать нормальные отношения в семье после окончания лечения и главное снятие невротических симптомов у жены. Практика показала, что после стационарного или амбулаторного курсового лечения мужа еще долгое время ее состояние в эмоциональной, психологической и трудовой сферах подвержено колебаниям, улучшение и ухудшение его сменяют друг друга. Также неустойчивыми оказываются и налаживающиеся внутрисемейные отношения. Поэтому после окончания первых обязательных курсов лечения встречи врача с женами и терапевтическое корректирование должны продолжаться.

Само лечение для снятия невротических состояний проводится примерно по следующей схеме. Подбирается группа жен в 5—7 человек, курс лечения — 5—6 нед, по 2 раза в неделю. Женщины знакомятся при свободном общении, разговоре, обмене мнениями, обсуждают эмоционально значимые для каждой из них проблемы своих семейных отношений. В этих беседах они имеют возможность свободно выражать свои мысли, делиться положительным опытом, набираться мужества и твердости, наметать линию своего дальнейшего поведения.

В беседе врач должен выявить то положительное, что связывает семью, на этой основе строит фундамент будущих отношений. При необходимости в систему включаются элементы коллективной или индивидуальной

психотерапии. Жены больных, организованные в подобные группы, вскоре отмечают определенные улучшения в собственном состоянии и внутрисемейных отношениях. Они охотно посещают групповые занятия долгое время, черпая в них поддержку и опору.

Наркологические больные отличаются повышенной внушаемостью, поэтому гипнотерапия при этой патологии распространена достаточно широко. В просоночном состоянии, возникающем в результате гипнотического внушения, эффект психотерапевтического воздействия значительно повышается.

Как отмечалось, началу лечения необходимо предпослать несколько ознакомительных бесед, которое помогает выяснить общее состояние больного, характер его личности, внушаемость — гипнабельность. Это можно сделать следующим образом — предложить пациенту встать, в основном опираясь на пятки, и закрыть глаза. Затем врач обычным голосом произносит фразу: «Вас тянет назад. Вы падаете, вы падаете». При этом следует одной рукой подстраховывать пациента. Если он пошатывается или отклоняется назад, то его можно считать достаточно внушаемым.

Далее следует разъяснить пациенту, что смысл гипноза состоит не в подчинении воле врача, а в выработке здоровых установок на жизнь, уверенности в успехе лечения, активации защитных сил организма.

Рекомендуется проводить гипнотерапию в специально оборудованных гипнотерапиях, где царит полумрак, имеются удобные кресла или диваны, возможна мелодичная приглушенная музыка. Продолжительность сеанса гипноза составляет в среднем 45—60 мин. На фазу гипнотизации отводится до 15 мин, лечебное внушение 10—15 мин, собственно лечебный сон 20—40 мин и на дегипнотизацию — 5—10 мин. Разумеется в зависимости от лимита времени у пациента и врача эти примерные сроки этапов гипнотерапии могут удлиняться или укорачиваться. Если больной хорошо засыпает, то надо дать ему возможность поспать. У большинства пациентов внушение должно сопровождаться выработкой отрицательного условного рефлекса на запах или вкус спиртного напитка, который предпочитает употреблять больной.

Можно пробовать также вырабатывать отрицательный условный рефлекс на запах гашиша, вкус сигареты, начиненной гашишем и пахнущей коноплей. Надо пробовать отучивать от самих инъекций наркотиков, внушая

чувство жгучей боли, ломоты в суставах, вызывая рвоту при одном виде шприца, инъекции.

Разнообразные формы могут применяться при отучении от токсикоманических средств, особенно запаха, вкуса табака, вида табачного изделия. Однако надо помнить, что подростки и юноши слабо гипнабельны и к ним гипнотерапию применять практически не имеет смысла.

В настоящее время предложено много способов групповой психотерапии. Каждый из них имеет свои положительные стороны, и врач, исходя из особенностей подбираемых групп, останавливает свой выбор на одном из них. Большой популярностью пользуется метод групповой эмоционально-стрессовой гипнотерапии алкоголизма, предложенный В. Е. Рожновым. Автор считает, что сеансы гипнотерапии являются лишь одним из звеньев в общей системе лечебных мероприятий психотерапевтического, медикаментозного и трудового воздействия.

При этом виде лечения большое значение имеет эмоциональный фактор во взаимоотношениях между больным и врачом. Последний должен выступать не как лектор, учитель, а как доброжелательный, волевой, участливый и правдивый человек, глубоко верящий в успех лечения. Больной должен это чувствовать и отвечать на это доверием и активностью.

Перед созданием группы тщательно изучается история болезни каждого больного. Перед началом курса лечения проводят психотерапевтическую беседу, во время которой знакомят больных с порядком лечения и сущностью гипноза. Далее больных погружают в гипнотический сон (некоторые больные не погружаются в сон, но у большинства из них также вырабатывается рвотный рефлекс на алкоголь). На фоне этого состояния проводят беседу, в которой подчеркивается вредное воздействие спиртных напитков на организм больного, неблагоприятное влияние пьянства и алкоголизма на семью, микросреду. Врач должен добиваться эмоционального воздействия этих внушений. Следующий этап — это выработка рвотного рефлекса на алкогольный напиток. Сеансы заканчиваются самоотчетами больных.

Рефлекс можно считать достаточно выработанным, если на одно слово «водка» у членов группы появляется выраженная вегетативная реакция с тошнотно-рвотными признаками. На курс лечения назначают 10—12 сеансов, затем рекомендуют поддерживающую терапию 1—2 раза в месяц в течение года.

Для закрепления эффекта лечения следует пациентов обучить методам самовнушения и аутогенного тренинга (релаксации). При самовнушении пациент должен научиться владеть собой.

Метод аутогенного тренинга состоит в том, что больной после нескольких тренировок научится расслаблять мускулатуру всего тела — лица, шеи, туловища, спины, конечностей. Для этого он принимает следующую позу: лежит на спине, руки вытянуты вдоль туловища, слегка согнуты в локтевых суставах, ладони вверх, глаза закрыты. Можно находиться в положении сидя — голова и все туловище слегка наклонены вперед, опора на полные ступни, руки лежат на бедрах ладонями вниз, глаза также закрыты.

На следующем этапе больной обучается, расслабив все тело, вызывать ощущение тепла в различных его частях. Для этого существуют краткие формулы, разработанные Шульцем. Эти стандартные упражнения следующие: каждое упражнение повторяется по несколько раз, постепенно ежедневно прибавляется по 1 упражнению. Весь комплекс заучивается и начинает функционировать через 10—12 нед. Формула самовнушения должна быть краткой, например: «Я чувствую все меньшее влечение к спиртным напиткам (водке, вину, пиву). Я не стану их больше употреблять, несмотря на уговоры и предложения. Я здоров, и залог моего здоровья в абсолютном воздержании от алкоголя». Курсы лечения могут продолжаться до 3 мес и повторяться.

Мелотерапия — музыкотерапия, один из древнейших методов лечения. Музыка создает эмоциональный настрой у людей, помогает им сосредоточиться или растормозиться, найти самовыражение или углубиться в себе. Возможности музыки неограничены, но пока этим мало пользуются в клинической практике. Более целебной считается исполнительская деятельность врача, музыкальных работников, чем магнитофонные записи.

Известно, что ритмические мелодии показаны при двигательных расстройствах. Тихая, мелодичная музыка показана при депрессии, а громкая с энергичным темпом — при возбуждении. Струнная музыка располагает к душевной гармонии и успокоению.

Диапазон используемой музыки огромен — от классической, народной, танцевальной до ритмичной, рок-мелодий.

Библиотекотерапия — лечение книгой. Кому неизвестно то художественное, эмоциональное, эстетическое влияние, которое оказывает художественная литература на жизнь человека. Образы положительных и отрицательных героев, сложные жизненные коллизии, экстремальные ситуации — все это заставляет людей думать, рассуждать, критиковать, принимать как эталон для подражания. Книга успокаивает, отвлекает от житейских дел, волнует, будоражит ум и сердце. Поэтому книга — мощный раздражитель, одинаково волнующий и не оставляющий человека равнодушным. Однако так или иначе при помощи художественного произведения можно лечить депрессии, дезадаптации, чувство неуверенности в себе.

В системе лечения хронического алкоголизма, наркомании и токсикомании терапия художественным произведением должна занимать достойное место. Ведь наркологические больные — это, как правило, разочарованные в жизни, неуверенные в себе, во всем сомневающиеся, ни во что не верящие люди, с колебаниями настроения, чаще в сторону снижения. Они слабо верят в излечение, сомневаются в эффективности назначенной терапии. Поэтому, изучив характерологические особенности больного, его анамнез, посоветовавшись с библиотекарем, целесообразно назначать в качестве одного из видов психотерапии книгу — мощное лечебное оружие в руках врача. Это может быть героический роман, внушающий волевые порывы, поднимающий настроение, классическое произведение, отвлекающее от повседневной действительности. Особое место могут играть книги, рассказывающие о больных алкоголизмом, их борьбе за выздоровление.

Для этих же людей используется метод рисования как своеобразную возможность самовыражения. Последующее обсуждение рисунков больных, сделанных ими в различных эмоциональных состояниях, помогает иногда в поиске причин алкоголизации, а следовательно, и лечения.

Часто в силу особенностей личности или характера, особенно усугубленных злоупотреблением алкоголем, наркотиками или токсикоманическими средствами, у больного создается впечатление, что он настолько слабохарактерен, что его просто считают «тряпкой», иной не может общаться с противоположным полом, ибо всегда этот процесс сопровождается для него мучитель-

ным чувством неполноценности. Бывает, что больной постоянно ощущает себя измененным внешне, лицом, формой головы и др.

В этих случаях рекомендуется воспитывать волевые побуждения, формировать ровное настроение, закладывать «заряд бодрости» и оптимизма, веру в хорошие результаты лечения.

Рациональная психотерапия — это лечение, основанное на разъяснении больному причины болезни с использованием логических доводов для доказательства безопасности болезни для жизни. Этому виду психотерапии следует уделять большое внимание. По существу основами рациональной психотерапии должны владеть все медицинские работники, от врача и санитарки приемного покоя в больнице до сотрудников стационаров, от работников регистратуры в наркологическом диспансере до главного врача. Всех их нужно обучать рациональной психотерапии — внушению больным веры в выздоровление. Основоположниками рациональной психотерапии принято считать Э. Дюбуа и М. В. Бехтерева. Известно высказывание философа Сенеки о влиянии на самочувствие отношения больного к своему страданию. Он говорил, что боль легко переносится, если не увеличивать ее мыслями о ней, если же, наоборот, ободрять себя, то боль становится легкой.

Рациональная психотерапия обращена к разуму, личности больного, поэтому ее эффективность будет зависеть от умения правильно оценить положение, переживания больного и на основе логических умопостроений разубеждать больного, переориентировать его на другое восприятие окружающего, на создание по-настоящему новых жизненных стереотипов. Вся эта работа основана на том, что критика неправильных, ошибочных взглядов, поступков больных, их опека проводятся, не задевая, не оскорбляя личности больного, его самолюбия, в доброжелательном, тактичном тоне («Помогая, не унижайте»). В конце концов, рациональная психотерапия призвана, не вызывая осложнений (например, ятрогенного заболевания, дидактогений и др.), менять мировоззрение, мироощущение больных. Она очень близко связана с педагогической психотерапией.

Педагогическая психотерапия — не только лечебное средство, заключающееся в воздействии на сознание больного путем переучивания или обучения заново. Задачи, стоящие перед педагогической психотерапией:

и избавление больных от неведения и ошибок суждений и умозаключений; коррекция переживаний тревоги и страха; обоснование и внушение оптимизма в отношении перспективы лечения; социальное активирование личности.

Любой врач, берущий на себя обязанность проведения педагогической психотерапии, помимо всего, должен быть хорошим психологом, педагогом. Психологом — для того чтобы уметь понять больного, его переживания, мир его болезненных симптомов, педагогом — чтобы уметь обучать, иметь большое терпение, выдержку, ибо приходится некоторые положения многократно повторять, заставлять заучивать, разбираться и в вопросах психогигиены, психопрофилактики, положения и выводы которых должны стать навыками, а последние не приходят сами, им обучают.

Обучение педагогической психотерапии проходит на занятиях, лекциях, беседах, но не только — этим положениям и навыкам нужно обучать всегда в любое время, в любых обстоятельствах.

Психотерапия это комплексная, многоплановая дисциплина, без применения которой в настоящее время немыслимо лечение в наркологии.

Глава 5

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Трудовая деятельность в жизни человека занимает доминирующее положение. Обучение с раннего детства, получение специальности, трудоустройство создают тот трудовой стереотип, который необходим каждому, ибо делает полноценной жизнь, дарит радость, удовлетворение плодами своего труда.

Алкоголизм разрушает трудовые установки. У одних этот процесс тянется долго, у других нарастает быстро, но во всех случаях идет неуклонно, человек опускается по социальной лестнице, так как каждый член общества оценивается прежде всего по тому, что он делает, и по тому социальному окружению, в котором живет.

Реадаптация обращена в отличие от медико-биологической терапии к личности больного. В последние годы доказано, что в процессе антиалкогольного лечения и последующего воздержания от употребления спирт-

ных напитков происходит восстановление психических функций. Это зависит от степени имеющейся деградации. Чем она была заметнее, тем улучшение идет медленнее и бывает незначительнее. При неглубоких расстройствах интеллекта можно рассчитывать на хорошее восстановление утраченных навыков, приобретение новых. Много зависит от того, как будет организовано лечение.

В отличие от медикаментозной терапии — важнейшего звена восстановительного лечения, другую часть терапии, направленную на восстановление или создание новых, социальных связей и трудовых навыков, мы называем производственно-трудовым звеном системы восстановительного лечения.

Реадаптация есть система мероприятий, направленных на восстановление личностного и социального статуса больных и предупреждение при определенной дефектности социальной дезадаптации больного. Поэтому реабилитация — это один из методов комплексного воздействия на больного. В зависимости от патологического процесса в общей системе мероприятий она будет занимать различное место.

В последние годы выдвинуто (М. М. Кабанов) несколько основных положений реабилитации в отношении к наркологии. Считается, что одной из основ метода должен быть принцип партнерства между врачом и больным, ибо от их взаимоотношения зависит большая доля успеха восстановительного лечения. Так называемая модель результатов лечения практически целиком зависит от взаимопонимания между врачом и пациентом.

Вторым принципом является разносторонность (разноплановость) усилий, направленных на восстановление социального лица больного. Здесь имеют значение профессиональные, семейные, психологические, образовательные и другие виды полученных знаний и навыков и возврат к ним, т. е. изменение образа жизни больного алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, возврат к прошлому трезвенническому стереотипу жизни.

Единство биологических и психосоциальных отношений реализуется в комплексном воздействии медикаментозной терапии и психосоциальных механизмов и должно привести к компенсации, адаптации, приспособлению восстановленного здоровья к формирующейся по-новому окружающей среде.

Наконец, ступенчатость (этапность) проводимых мероприятий — один из важнейших моментов восстанов-

ения утерянного здоровья. На I этапе главной задачей является приостановка нарастающего «дефекта» личности; II этап — это уже приспособление больного к условиям окружающей среды независимо от того, проводится ли лечение в стационаре или амбулаторно; III — это уже собственно реабилитация, при которой идет процесс восстановления или обучения новым навыкам, усилиям, направленным на реадaptацию с окружающей средой.

В настоящее время общепринятые этапы реадaptации состоят из следующих звеньев:

I. Трудовая терапия госпитализированных и амбулаторных больных, находящихся в стадии выраженной истощения личности, утеравших трудовые навыки (специальность). Работа может проводиться внутри стационарных отделений по хозяйственному обслуживанию учреждений, ЛТП и состоит из простейших видов труда, может быть дозированной и сочетаться с медикаментозным лечением. Начинать ее следует через 3—5 дней для алкоголиков и 2—3 нед для наркоманов, когда у них стихают абстинентные явления и исчезают выраженные симптомы астении. Больные должны втягиваться в самообслуживание, культурно-просветительную работу, участвовать в самодеятельных организациях наркологических, психиатрических учреждений.

II. Занятия квалифицированным трудом (при необходимости обучение) для дальнейшего трудоустройства. Максимальное привлечение больных к культурно-просветительным мероприятиям. Активное антиалкогольное лечение с оздоровлением микросоциальной среды.

На этом этапе реадaptации полезнее всего перевести больного в отделение на промышленном предприятии. Надо помнить, что там облегчаются вопросы реадaptации, но это не приближает больного к полному производственному циклу со всеми его особенностями, ритмом, требованиями выполнения плана, взаимоотношениями между людьми. Окружающие хорошо осведомлены, что перед ними больной человек, освобожденный от выполнения нормы выработки, находящийся на лечении и поэтому иногда работающий неполный рабочий день или даже пропускающий отдельные дни, когда проводятся сеансы лечения. Следует еще использовать отделения при совхозах, колхозах. Многие лица имеют большую тягу к сельскому хозяйству, зем-

ле. Они охотно работают на огородах, парниках. Элемент желания, приязни к какому-то виду работы всегда создает более благоприятные условия для повышения эффективности лечения. Доказано, что длительность ремиссий лиц, проходящих лечение в наркологических отделениях при промышленных предприятиях, выше, чем в других наркологических стационарах.

3. Трудоустройство на производстве. В этом большую помощь должен оказать медицинский персонал.

В одних случаях администрация предприятий, учреждений не желает восстанавливать уволенных за систематическое пьянство и прогулы работников, в других, прежде чем определить больного на самостоятельную работу, его надо обучить новой специальности, в третьих — старое окружение (товарищи на производстве) само ненадежно в алкогольных привычках и больного надо вывести из него или заняться лечением и перевоспитанием данного микроколлектива. Во всех этих ситуациях медицинский работник должен разобратся заранее и подготовить почву для благополучной работы больного. Не следует забывать о семье больного, его бытовом устройстве, активном включении в культурную жизнь и обеспечении качественного проведения поддерживающего антиалкогольного лечения.

Решение этих вопросов несколько облегчится при наличии в структуре наркологического и психиатрического учреждений наркологических отделений при промышленных предприятиях. В этих случаях этапы трудоустройства и приспособления будут сокращаться по времени и проходить более целенаправленно и четко с самого начала в условиях промышленного производства с разнообразием видов труда, регулируемых социальными отношениями.

Определенные трудности вызывает трудоустройство больных, имеющих группу инвалидности по наркологическому или соматическому заболеванию. Помимо основного алкогольного заболевания, приходится считаться с соматическим неблагополучием больного, а следовательно, особенно тщательно подбирать возможный вид труда. Также непросто бывает решить эти вопросы при лечении женщин, молодых людей и лиц, выписываемых из ЛТП. В тех случаях, когда степень изменения личности это позволяет, особенно молодым людям, нужно рекомендовать повысить образовательный уровень. Такое доверие стимулирует к социальному

росту, вырабатывает волевые качества, способствует лечению.

Заслуживает внимания опыт, накопленный наркологами, пришедшими к выводу, что на промышленных предприятиях, неблагополучных в отношении трезвеннических установок, не может быть создан подобный кабинет, а, следовательно, влияние администрации, общественных организаций настолько слабо, что они не могут быть инициаторами и помощниками медицинских работников в выявлении и лечении больных алкоголизмом. Проведенная комплексная работа врачей и психологов показала, что она должна начинаться с гигиенического и санитарного просвещения всех, кто так или иначе связан с проблемой — администрации высшего, среднего звена, общественных организаций, актива Общества Красного Креста и Красного Полумесяца, просто рабочих и служащих предприятия.

Затем поэтапно проводятся выявление лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, взятие их на динамический учет, разъяснение и активизация деятельности администрации и общественных организаций уже в плане оказания помощи в непосредственном лечении, психологическая подготовка самих больных, микросоциальной среды на производстве, установление связей с семьей и по возможности включение членов семьи в эту работу, проведение многолетнего поддерживающего лечения, установление контроля за больным, проведение поощрительных общественных и административных мер по поддержанию бодрости и высокого психологического тонуса, наконец, создание на производстве коллективов из лиц — бывших алкоголиков, которые, с одной стороны, продолжая общаться, поддерживают друг друга, с другой — своим примером благотворно влияют на тех, кто только начинает лечиться.

Хорошо зарекомендовал себя наркологический кабинет, который организуется на предприятиях с малым количеством работающих или даже обслуживает несколько небольших предприятий; врач и фельдшер наркологического кабинета могут проводить большую работу: это мероприятия с администрацией и общественными организациями, выявление и учет лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, активное антиалкогольное и поддерживающее лечение. В условиях небольших предприятий особенно важно опираться на актив Общества Красного Креста и Крас-

ного Полумесяца, ибо своих медицинских работников здесь, как правило, нет, а помощь в выявлении и слежении за прошедшими лечение необходима.

Существует еще один метод лечения, когда при наркологическом кабинете диспансера или непосредственно на производстве комплектуется группа из 18—20 человек, которая затем примерно по единой программе получает лечение. Причем группа проходит как бы подготовительный период продолжительностью 2—3 мес, когда больные изучают друг друга, а медики изучают их самих, определяют их характерологические черты, семейный, производственный статус, обследуют. За это время отсев составляет 2—4 человека.

Затем проводится весь комплекс общеукрепляющей, антиалкогольной и поддерживающей терапии. В группе формируется актив и избираются органы самоуправления: староста, его заместитель и секретарь, контрольная комиссия (3 человека), редколлегия, фотокорреспондент, культорг, товарищеский суд (3 человека). По существу все члены коллектива имеют общественные поручения.

Одновременно формируется совет жен. Здесь также избираются председатель и организуются комиссии: культмассовая, производственная, контрольная. Этот совет не только помогает обеспечивать явку больных на лечение, но и сами жены проходят курс просветительной, психогигиенической работы и становятся в большинстве своем хорошими помощниками медицинских работников.

После испытательного срока в торжественной обстановке в присутствии жен, родственников, представителей предприятий производится прием больных в коллектив группы, при этом каждому дается краткая характеристика, он подписывает специальное обязательство, главным пунктом которого является обязанность быть в коллективе не менее 3 лет, даже при срыве ремиссий. Такой «устав» помогает больным лучше держаться, контролировать друг друга, в случае срыва ремиссии сразу же купировать ее, при необходимости поменять место работы, учитывая неблагоприятный микроклимат, или восстановиться на производстве, если произошло ЧП.

Первые 3 мес основной курс лечения проводится 2 раза в неделю, последующие 3 мес — 1 раз в неделю, затем 1 раз в 2 недели и 1 раз в месяц. Сеансы длятся

примерно 1½—2 ч. Первые 15—25 мин каждый рассказывает, как провел время между сеансами, затем идет короткая резюмирующая и просветительная беседа врача (15—20 мин). Суггестивная психотерапия с мотивированным нарушением отвращения к алкоголю, гипнотерапия — 15—20 мин.

Большое значение в комплексе лечения имеют периодические встречи с выздоровевшими бывшими больными, хорошими производственниками.

В коллективе все время проводится лечебно-воспитательная работа, захватывающая не только медицинский аспект, но и социально-реабилитационный. Разработаны следующие приемы психотерапии: взаимоконтроль; работа контрольных комиссий, направленная на постоянное предупреждение срывов ремиссии; коллективные обсуждения ситуаций, способствующие отказу от употребления алкоголя; систематическое расширение круга общения путем обмена полезной информацией; заочная коллективная психотерапия, проводимая медицинскими работниками в период временного отсутствия какого-то из членов коллектива, которого информируют о проделанной работе, дают прослушивать магнитофонные записи и т. д.

Описанные приемы терапии в устойчивых психотерапевтических коллективах показали, что у основного большинства больных восстанавливаются утерянные трудовые навыки, все они возвращаются к полноценному производственному труду, у них возрождается положительная репутация как человека и члена трудового коллектива. Нормализуются семейные отношения, повышаются культурные запросы. Такого рода коллективы могут создаваться как в наркологических диспансерах, так и при промышленных предприятиях. На промышленных предприятиях, сельскохозяйственных предприятиях могут также организовываться клубы выздоравливающих, структуру и деятельность которых рассматривали выше. Разумеется, большое значение в вопросах реабилитации играют внутрисемейные отношения. Влияние жен, родственников на правильные установки, воспитание их, а главное поддержание в периоды нарастающей болезни — это сложная задача не всегда по плечу членам семьи, но когда они с нею справляются, медицинским работникам бывает легче работать.

ПОДГОТОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

В настоящее время арсенал средств, предназначенных для лечения различных состояний, связанных с алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, насчитывает более 60 наименований. Однако единого патогенетического средства нет. Каждое из предложенных ниже медикаментов имеет определенный спектр воздействия на различные симптомы заболевания. В общем плане лечение можно условно разграничить на 4 основные этапы — подготовительный, основной (антиалкогольный), поддерживающий и купирующий.

Организм человека, долгое время злоупотребляющего алкоголем или наркотиками, всегда ослаблен. В нем извращены обменные процессы, регистрируется недостаток витаминов, нарушен баланс углеводов, белков и жиров, имеется значительное количество промежуточных продуктов распада этилового спирта. На этом этапе человек обычно слаб физически, ибо при злоупотреблении алкоголем, дипсомании (запое) больные плохо питаются или совсем не едят. Имеется и психическая астения, так как мозг буквально отравлен значительным количеством алкоголя. Поэтому лечение алкоголизма следует начинать с дезинтоксикационной терапии, общего укрепления организма, нормализации витаминного дисбаланса, его стимуляции, т. е. подготовки к активному антиалкогольному лечению. Разумеется, что при построении плана лечения необходимо учитывать индивидуальные особенности организма, клинической картины заболевания.

В зависимости от общего состояния организма средняя продолжительность первого этапа терапии составляет от 10 дней до 2—3 нед. За это же время проводят необходимые лабораторные исследования, но независимо от этого лечения начинают сразу. Если нет противопоказаний со стороны сердечно-сосудистой системы, назначают обильное питье (чай, молоко, минеральная вода; фруктовая вода исключается, так как в ней может содержаться спирт). Внутривенно вводят 10—20 мл 40% глюкозы с 5 мг 5% раствора натрия аскорбината. Далее эти процедуры продолжают до 10—15 введений.

Рекомендуется в течение 3—4 дней проводить лечение аналептическими (кофеин, кордиамин), спазмолити-

ческими сердечно-сосудистыми средствами (папаверин, эуфиллин, корвалол и др.).

Хорошо зарекомендовало себя такое антитоксическое средство, как унитиол, которое вводят курсом в течение 2—3 нед (6—10 инъекций). Эти инъекции болезненны, иногда вызывают побочные явления — тошноту, побледнение лица, головокружение, тахикардию. При непереносимости их следует отменить.

В качестве дезинтоксикационного лечения рекомендуется применение 30% стерильного раствора натрия тиосульфата от 5 до 30 мл внутривенно. На курс лечения — 8—10 введений. Метионин назначают по 0,5—1 г 3 раза в день за 30 мин до еды в течение 15—30 дней. Этот препарат участвует в синтезе витаминов, ферментов, хорошо удаляет избыток жира из печени, является активным антиоксидантическим средством.

Целесообразным является введение большим пирацетамом (ноотропил). Препарат можно вводить внутрь, внутримышечно и внутривенно. Путь введения и дозировка зависят от состояния больных. При его назначении ускоряется процесс дезинтоксикации и исчезновения абстинентных проявлений. Быстрее снимаются явления астении, улучшается память, мыслительные процессы. Внутрь назначают пирацетам в капсулах по 40 мг по 2—3 капсулы 3 раза в день, внутривенно вводят 5—15 мл 20% раствора 1—3 раза в день.

Обязательным являются применения комплекса витаминов. Лечение проводится в течение месяца, затем курс лечения повторяют 5—6 раз. Например, можно применять порошок, в состав которого, кроме 0,5 г глюкозы, входят 0,05 г никотиновой, 0,2 г аскорбиновой кислоты, 0,05 г биофлавоноидов (витамин Р), 0,02 г пиридоксина гидрохлорида, 0,02 г тиамин бромид и 0,005 г рибофлавина.

Положительный эффект оказывает пангамовая кислота (витамин В₁₅). Он, с одной стороны, несколько снижает патологическое влечение к алкоголю, а с другой — показан при поражениях печени, сердечно-сосудистой системы. Курсы длятся по 20 дней с перерывами на 2—3 мес, всего 4—5 таких курсов. Назначают пангамовую кислоту по 50—75 мг 2 раза в день.

При половой слабости показано применение токоферола (витамин Е) внутримышечно по 1 мл 5—10—30% раствора. Кислоту глутаминовую по 0,5—1 г назначают 2—3 раза в день до еды в течение 3—5 мес. Курсы

лечения можно повторять. Этот препарат улучшает функцию памяти, выравнивает настроение.

Препараты барбитуровой кислоты (барбитал, фенобарбитал, этаминал-натрий и др.), оказывающие успокаивающее и снотворное действие, назначать нужно очень осторожно на короткие сроки (3—4 дня), так как к ним быстро возникает привыкание, особенно у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом.

Большое место в лечении алкоголизма занимают психотропные средства. Они способствуют улучшению настроения, снимают состояние тревоги, напряженности, улучшают сон, приводят к быстрейшему общему успокоению. В некоторых случаях смягчают состояние абстиненции. Например, препарат мебикар применяется для купирования абстинентных состояний (соматовегетативного и психического компонентов). Может использоваться при спонтанно возникающем влечении к алкоголю, а также при пред- и делириозных психозах. Применяется в течение 2 нед — 3 мес 3 раза в день независимо от приема пищи. Разовая доза 0,5—1 г, суточная 2—3 г.

При явлениях астении, состоянии тревоги и общей нервозности показан амизил по 0,001—0,002 г 2 раза в день в течение 15—20 дней.

Состояние внутреннего беспокойства, страха, тревоги, дисфории, неглубокой дистимии смягчает хлорзепид (хлордиазепоксид, элениум, напотон), который назначают по 10 мг 2—3 раза в день в течение 10—15 дней. Однако хлорзепид может вызвать побочное явление — сонливость, кожный зуд, диспепсические явления, нарушение менструального цикла. При длительном употреблении возможно привыкание, поэтому при лечении алкоголизма продолжительность его не должна превышать двух недель.

Сибазон (диазепам, седуксен, реланиум и др.) назначают при тревоге, сниженном настроении, бессоннице по 5—10 мг в день в течение 7—10 дней. При необходимости дозу можно увеличить до 20—30 мг в день. В случаях нарушений сна применяют нитразепам (эуноктин, радедорм) по 5—10 мг на ночь не более 10—15 дней.

Мезапам (медазепам, рудотель) показан при алкогольной абстиненции с целью снятия тревоги, опасений, страха, раздражительности, нормализации ночного сна, уменьшения сердечно-сосудистых расстройств. Препарат

применяется внутрь 0,01 г, средняя суточная доза 0,02—0,03 г. Доза может быть повышена до 0,04—0,05 г.

Наиболее выраженным положительным эффектом при купировании абстинентных состояний обладает пирроксан. Его принимают внутрь по 0,015 г 2—3 раза в день в таблетках; парентерально вводят по 2—3 мл 1% раствора 1—3 раза в день. Курс лечения длится от 5 до 10—15 дней. Противопоказанием являются выраженные формы атеросклероза, стенокардии, нарушения мозгового кровообращения.

Среди средств, положительно влияющих при повышенной возбудимости, тревоге, чувстве внутреннего беспокойства наиболее эффективен феназепам, который назначают по 0,0005—0,001 г 2—4 раза в день. Этот препарат обладает также выраженным снотворным эффектом.

Нозепам (оксазепам, тазепам) также показан при снятии алкогольных абстинентных состояний. Назначается внутрь. Разовая доза 0,02—0,04 г. Суточная доза индивидуальна и составляет от 0,03 до 0,09 г.

Все перечисленные транквилизаторы способны усиливать действие алкоголя и к ним довольно быстро может возникнуть привыкание, поэтому длительность их непрерывного применения у больных хроническим алкоголизмом не должна превышать 2—4 нед. Лечение ими должно проводиться под строгим контролем.

При сочетании алкоголизма, атеросклероза и гиперлипидемической болезни показано применение оксилидина, так как, помимо успокаивающего, он вызывает спазмолитическое действие. Препарат применяется внутрь (по 0,02—0,04 г 2—4 раза в день), подкожно (1—2 мг 1% или 5% раствора), внутримышечно.

Другую группу психотропных препаратов составляют нейролептические средства. В основном они применяются при лечении алкогольных психозов, о чем подробно сказано в соответствующей главе, но некоторые из них могут использоваться и при других состояниях. Например, аминазин хорошо купирует начинающийся психоз, упорную бессонницу, возбуждение. Применяется внутримышечно — 0,5—1—1,5 мл 2,5% раствора. Этаперазин (перфеназин, трилафон и др.) подавляет патологическое влечение к алкоголю, по транквилизирующему эффекту превосходит аминазин в 5 раз, а по противорвотному действию — в 10 раз.

Больным хроническим алкоголизмом, испытывающим сильное влечение к спиртным напиткам, этаперазин назначают в дозах по 0,005 г 1—2 раза в день, при необходимости — в сочетании с циклодолом по 0,002 г. Курсы длятся по 20 дней с перерывами на 2—3 мес всего 4—5 таких курсов.

Трифтазин (стелазин) применяется для лечения неврозоподобных, психопатоподобных и галлюцинаторно-бредовых нарушений у больных алкоголизмом, а также в комбинации с антидепрессантами депрессивно-бредовых и депрессивно-галлюцинаторных состояний. Назначают внутримышечно и внутрь. Разовая доза 1—5 мг в начале лечения и до 10—20 мг в период интенсивного лечения (так как суточная доза может составлять 20—80 мг). При острых психотических состояниях рекомендуется начинать лечение с инъекций, а затем переходить на таблетированные формы. Побочные явления нередко выражаются в экстрапирамидных нарушениях, пароксизмальной дискинезии. Лечение следует проводить под контролем крови и функции печени.

Еще одна группа препаратов, применяемых при лечении больных алкоголизмом, — антидепрессанты. Инказан показан при депрессии легкой и средней тяжести, возникающей в структуре психического компонента абстиненции. Начинают лечение с 0,025—0,05 г, 2 раза в день — утром и днем. Повышать дозу можно до 0,1—0,15 г до получения терапевтического эффекта. В начале лечения может появляться чувство желудочно-кишечного дискомфорта. Инказан противопоказан при ажитации.

Азафен назначают при тревожно-депрессивном состоянии. Уменьшаются тревога, беспокойство, раздражительность, улучшается сон (за счет седативного эффекта). Он хорошо переносится больными, имеющими соматические нарушения. Начальная доза 50 мг/сут, оптимальная 150—200 мг/сут (в 2—3 приема). При применении азафена могут появиться головные боли, тошнота, рвота, однако при уменьшении дозы эти явления быстро проходят. Препарат не совместим с приемом алкоголя, а также не рекомендуется назначение препарата водителям транспорта в амбулаторной практике.

Пиразидол применяется для лечения депрессивных и тревожно-депрессивных состояний, часто возникающих в период абстиненции. Его особенностью является преобладание аналептического действия (подъем настро-

гия) при меньшей выраженности стимулирующего и седативного эффектов; он хорошо переносится и сочетается с транквилизаторами и нейролептическими средствами. Начальная суточная доза 25—50 мг/сут, увеличивается до 150—200 мг/сут (в 2 приема). Противопоказан при отравлении наркотиками, снотворными, анагестизирующими средствами, заболеваниях крови, печени. Не рекомендуется принимать одновременно с ингибиторами МАО и в течение 2 нед после их отмены. Пираридол не совместим с приемом алкоголя.

Имизин (мелипрамин, тофранил) применяется для лечения алкогольных депрессий, апатико-депрессивных и апатико-абулических состояний. Препарат назначают 2 раза в день (2-й прием не позднее 16 ч). Начальная доза 50—100 мг/сут с наращиванием дозы до 200 мг/сут. В связи с наличием тревоги, особенно при состоянии витальной тоски, его целесообразно применять в комбинации с транквилизаторами и нейролептиками. При передозировке или индивидуальной непереносимости могут быть следующие явления: головная боль, головокружение, бессонница, зуд, парестезии. Редко возникают желудочно-кишечные расстройства, задержка мочеиспускания. Необходимо снижение дозировки, лишь в некоторых случаях — отмена препарата.

При использовании нейролептических средств могут появляться побочные явления, которые надо снимать препаратами-корректорами, например циклодолом.

В общем комплексе лечения хронического алкоголизма положительный эффект оказывают общеукрепляющие и тонизирующие средства, например настой аралии маньчжурской (по 15 капель 3 раза в день в течение месяца), таблетки корня женьшеня (по 0,15 г 1—2 раза в день в течение 15—20 дней), пантокрин (по 1 мл подкожно или внутрь 2—4 раза в день в течение 15—20 дней).

В последние годы начали применять отвар чабреца (богородская трава). Чабрец — многолетнее травянистое растение, вызывает быстрое отвыкание от алкоголя, подавляет тягу к нему. Используя эти свойства, чабрец применяют для снятия дипсомании. Особенно целесообразно применение в амбулаторных условиях. Назначают прием внутрь по 50 мл отвара чабреца 2 раза в день в течение 2—4 нед.

При общих явлениях астении применяются биогенные стимуляторы типа жидкого экстракта алоэ внутрь

по 1 чайной ложке 3 раза в день, экстракта алоэ для инъекций подкожно по 1 мл в течение 20—25 дней; ФиБС для инъекций 1 мл подкожно; раствор натрия аденозин трифосфата (АТФ) назначают в виде внутримышечных введений 1% раствора по 1—2 мл. АТФ ослабляет тягу к алкоголю, хорошо действует на функции высшей нервной деятельности, нормализует сон.

При тяжелых формах хронического алкоголизма с явлениями физического истощения рекомендуется проведение инсулинотерапии малыми дозами. Перед началом лечения необходимо обследовать больного, провести сахарную нагрузку. Начинают инъекции инсулина с 2—4 ЕД, ежедневно добавляют по 2—4 ЕД до 20—26 ЕД. Курс лечения 25—30 дней. Инсулин оказывает влияние на обменные процессы, улучшает аппетит, снимает тревогу, страх. При лечении инсулином следует вызывать явления гипогликемии и купировать их дачей внутрь раствора сахара или внутривенным введением глюкозы.

Сульфозин применяется с целью купирования делирия и похмельного синдрома. Он дает хороший результат, когда пациент находится в состоянии легкой или средней степени опьянения. Сульфозин хорошо помогает при проведении психотерапии, а также когда имеются противопоказания для лечения тетурамом (антабусом), апоморфином. Ни в коем случае сульфозин не может применяться как средство, корригирующее поведение больного. Сульфозин (0,5—1% стерильный раствор в персиковом масле) вводят в верхний наружный квадрант ягодицы, начиная с 0,5—2 мл с постепенным увеличением дозы до 3—5 мл. Лечение проводят 2 раза в неделю, всего 5—6 инъекций. У больного через 8—12 ч повышается температура тела до 38—39 °С и держится в течение 24—36 ч. Лечебное действие сульфозина обусловлено гипертермией, дезинтоксикацией и улучшением обменных процессов.

Рекомендуется также применение аутогемотерапии. При этом методе лечения (терапия «собственной кровью») внутримышечно вводят 5 мл крови самого больного. Каждые 2—3 дня добавляют по 2—5 мл, дозы доводят до 20—25 мл. На курс лечения приходится 10—12 инъекций. Продукты распада белков крови своим стимулирующим действием способствуют повышению защитных реакций организма и улучшению эффекта от лечения другими средствами.

Кислородная терапия заключается в подкожном введении в подлопаточную область или бедро кислорода. На курс лечения предусматривается 10—15 вдуваний по 300—500 мл. Кислород является дезинтоксикационным средством.

Кроме перечисленных методов лечения, на всех этапах амбулаторного лечения могут применяться различные виды физиотерапии (электрофорез, диатермия), водолечения (ванны, души). Лечебный сон может использоваться в различных модификациях — медикаментозный, электросон, гипнотический. Во всех случаях он оказывает благотворное воздействие на основные нервные процессы, повышает эффект воздействия другими антиалкогольными средствами лечения. Электросон может проводиться в амбулаторных условиях в течение 20—30 дней. Продолжительность его 2—3 ч ежедневно. Лечение гипнотическим сном можно проводить ежедневно, продлевая естественный сон на 1½—2 ч каждый день или через день; курс лечения — 15—20 сеансов.

В качестве средства, подавляющего условнорефлекторные связи, способствующего выведению промежуточных продуктов обмена, используется диетотерапия с применением разгрузочных диет. Она показана и в случаях сочетания хронического алкоголизма с гипертонической болезнью, нарушением жирового обмена. Дозированное голодание по Ю. С. Николаеву проводится в течение 5—20 сут под медицинским наблюдением и при строжайшем соблюдении режима.

В последние годы широко используются в похмельных состояниях лечение иглоукалыванием — рефлексотерапия стальными иглами. Первые 3 дня ежедневно, затем через день, всего 8—12 процедур по 30—60 мин для получения субъективного чувства улучшения — снимается напряжение, уменьшается тревога, улучшается настроение, появляется чувство успокоенности, расслабления, дремоты. Улучшается соматическое самочувствие.

У большинства лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, как уже отмечалось, нарушен обмен веществ, они истощены, поэтому организация обычного питания — также один из элементов терапии. Необходимо разработать режим дня с регулярным питанием 4—5 раз в день. Пища должна быть богата витаминами, углеводами, изобиловать молочными и растительными видами продуктов. Употребление жиров по возможности сле-

дует избегать. Завтрак должен быть особенно плотным, с тем чтобы уже с утра не возникала бы тяга к алкоголю. Энергетическая ценность рациона должна быть несколько выше обычной, с тем чтобы пополнить дефицит в пищевых ингредиентах, возникающий в процессе алкоголизации.

Глава 7

ОСНОВНОЕ АНТИАЛКОГОЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Основное антиалкогольное лечение — главный этап в цепи терапии алкоголизма. Начинается оно, как правило, еще в то время, когда до конца не сняты явления абстиненции — астения, колебания настроения, нарушение сна. Поэтому первое время основное антиалкогольное лечение идет на фоне продолжающейся общеукрепляющей, дезинтоксикационной, стимулирующей терапии, витаминотерапии. Вместе с тем в зависимости от состояния больного в среднем через 2—4 нед уже начинается проводится активная терапия.

При первичном стационарном лечении основное антиалкогольное лечение продолжается в среднем 3—4 нед. Выбор метода лечения зависит от решения врача. К группе основного антиалкогольного лечения относится условнорефлекторная, «сенсibiliзирующая», комбинированная, психо- и другие виды терапии.

Условнорефлекторная терапия. Вопрос о лечении алкоголизма рвотными средствами для выработки отрицательной реакции на алкоголь неновый. Еще издавна в медицине с этой целью применяли настой чабреца, сульфат меди, другие средства. Проф. В. Л. Минор в 1910 г. рекомендовал настойку из рвотных средств. Н. В. Конторович пробовал выработать такой рефлекс сочетанием приема алкогольных напитков с раздражением электрическим током. В 1938 г. И. Ф. Случевский и А. А. Фрикен впервые применили для условнорефлекторной терапии апоморфин. Они добавляли апоморфин к водке в дозе от 3 до 10 мг, если рвота не появлялась, вводили апоморфин подкожно. Впоследствии апоморфин для лечения алкоголизма стали применять широко и в различных модификациях. Отвращение к алкоголю в процессе лечения рвотными средствами возникает в результате комплекса воздействий: выработка

условного рефлекса на базе безусловного раздражителя (апоморфин), суггестивного внушения во время сеансов, психотерапевтического воздействия в широком смысле социальной переориентацией личности.

Применяются 0,5—1% растворы апоморфина, только свежеприготовленные, так как он быстро разлагается на свету. Дозу апоморфина подбирают индивидуально, начиная с 0,1—0,2 мл 1% раствора. При отсутствии реакции дозу увеличивают до 0,4—0,5 мл, добавляя по 0,1—0,2 мл 1% раствора, вводят под кожу. Препарат оказывает избирательное возбуждающее действие на рвотный центр, вызывая тошноту, рвоту, которые появляются быстрее при парентеральном введении, чем при приеме внутрь. В настоящее время принята следующая методика проведения лечения. Создается «питейная обстановка», т. е. накрываются столы, раскладывают бутерброды, ставят напитки, иногда даже делают стойку типа буфетной, а в шкафах выставляют посуду из-под алкогольных напитков. Желательно проводить сеансы одновременно по группам больных.

Такой метод способствует индуцированию, т. е. воздействию одного больного на другого, и быстреей выработке рвотного рефлекса, закреплению его. Больному дают обильную еду, до 2 литров теплого чая. Дозу апоморфина, определенную заранее, вводят подкожно. Больной получает стакан с «любимым напитком» (30 мл), нюхает, полощет рот, перед наступлением рвоты (за 5—20 мин) выпивает половинную дозу алкоголя. Реакция обычно начинается с обильной саливации, головокружения, шума в голове, чувства жара, затем появляются тошнота, раздражение слизистых оболочек носа и верхних дыхательных путей. Лицо краснеет, а у молодых людей, наоборот, бледнеет, тело покрывается холодным липким потом. Артериальное давление снижается. Пульс вначале ускоряется, а затем выявляется брадикардия. Эта бурная сосудисто-вегетативная реакция заканчивается рвотой. Рвотная реакция после инъекции длится обычно 2—30 мин. За это время больной выпивает остальную порцию алкоголя. После рвоты наступает облегчение, возможен сон, который можно продлить с помощью лекарственного средства или гипнотического внушения.

Если рвота наступает после больших доз препарата, то через 10—15 мин после инъекции апоморфина следует ввести кордиамин или кофеин. Для усиления рвотной

реакции вслед за инъекцией апоморфина можно дать смесь рвотных средств, предложенную И. В. Стрельчуком (рыбий жир, касторовое масло, сульфат натрия, сульфат меди, дистиллированная вода). Курс лечения состоит из 15—20 ежедневных сеансов.

Осложнением считается вегетативная реакция, которая заканчивается обмороком или коллапсом, реже бывают припадки, желудочное кровотечение. Если апоморфин вызывает вместо рвоты и тошноты опьянение, его следует отменить. У некоторых больных апоморфин вызывает побочное действие — коллапс, обморок. Отдельные больные, перенесшие в прошлом психоз, отмечают появление зрительных галлюцинаций. У лиц, страдающих травматической энцефалопатией, усиливается локальная симптоматика.

При снижении артериального давления, коллапсе вводят коразол, кордиамин, кофеин, коргликон, эфедрин, а также назначается постельный режим на несколько часов, редко — дней.

Противопоказания: язвенная болезнь желудка, тяжелые формы туберкулеза легких, предынфарктные, постинфарктные состояния, тяжелые формы гипертонической болезни, кардиосклероз, стенокардия, артериальная гипотензия, бронхиальная астма, возраст старше 60 лет, состояние после тяжелых черепно-мозговых травм. В некоторых случаях возможно применение малых доз апоморфина.

Применяют эметин, который является дигидрохлоридом алкалоида эметина, содержащегося в корне ипекакуаны. Кроме рвотного действия, эметин оказывает специфическое химиотерапевтическое действие в отношении амёбной дизентерии. Применяется внутрь, под кожу, внутримышечно 1% раствор. Дозы внутрь — 0,02—0,05 мл (высшая суточная доза 0,1 мл). Рвотные дозы подбирают индивидуально. После приема порошка больному дают выпить воду или теплый чай 1—2 л, с наступлением тошноты и рвоты заставляют нюхать и пить спиртной напиток. Рвотная реакция наступает через 10—30 мин, иногда позже. Может быть слабительное действие. Вегетативные реакции выражены слабее, чем при лечении апоморфином.

Для усиления рефлекторного действия апоморфина рекомендуется в водку накапать 15—20 капель 10—20% раствора эметина. Не зная об этом, больной предполагает, что только водка сама по себе вызывает у него

тошноту или рвоту. Целесообразно также чередование приема апоморфина с эметином. Рефлекс специфичный — только на определенный спиртной напиток и легко угасает. На курс лечения назначают 20—30 сеансов.

Лечение эметином проводят по следующей методике: в затемненной комнате ярко освещается стол с алкогольными напитками. Больной садится за стол. Ему вводят 0,03—0,07 г эметина и одновременно кофеин. В течение интентного периода больной пьет алкоголь в обычных дозах, чтобы наступление эйфории совпало с чувством тошноты. Сеанс повторяют до тех пор, пока не возникает рвота или тошнота от одного вида спиртного напитка.

Осложнения при лечении эметином редки. Побочное действие может выражаться в сердечной слабости, снижении артериального давления, общей слабости, мышечных болях, явлениях полиневрита. При снижении артериального давления вводят эфедрин. Если побочные явления резко выражены, то лечение следует прекратить. Противопоказания те же, что при лечении апоморфином.

В случаях, когда апоморфин или эметин не дают желаемого эффекта, можно использовать рвотные «коктейли», например такого состава: 200 мл дистиллированной воды, в которой разбавляют по 15 г поваренной соли и 15 г натрия сульфата (глауберова соль), 0,5—1 г порошка корня ипеакауаны, 30 г касторового масла и 10 г рыбьего жира. Больной делает глоток спиртного напитка и выпивает столовую ложку коктейля. Чаще всего реакция наступает сразу, но ей может предшествовать длительная тошнота и только позже обильная рвота. Для выработки отрицательной реакции бывает достаточно 8—10 сеансов. Во всех случаях проведения условнорефлекторной терапии следует использовать словесное внушение.

Лечение отваром баранца предложено в 1952 г. И. В. Стрельчуком. Баранец — вечнозеленое травянистое растение, применяют отвар баранца в тех случаях, когда другие методы лечения (апоморфин, эметин, пестурам и др.) не дали нужного эффекта. Для лечения алкоголизма применяют 70—150 мл отвара. Принятый внутрь он вызывает тягостное состояние в виде общего неприятного самочувствия. Отмечаются головная боль, головокружение, слабость, гиперсаливация, потливость, тошнота и рвота, последняя повторяется неоднократно на протяжении от 30 мин до 6 ч (до 8—30 раз). Отмечаются дрожание рук, ног, иногда жидкий стул. Это

состояние развивается через 10—20 мин после приема лекарства. Больной принимает привычный спиртной напиток дробными дозами перед каждым позывом на рвоту. Иногда отвращение к алкоголю развивается только в течение одного сеанса, лучше провести 3—5 подобных проб с отваром баранца.

Осложнения: судороги, снижение артериального давления, мерцательная аритмия. Оказание помощи состоит во введении средств, улучшающих деятельность сердечно-сосудистой системы. При сильном обезвоживании — питье, внутривенное введение 10% раствора хлорида натрия. При повторных сеансах дозу отвара увеличивают или уменьшают (в зависимости от состояния): водку дают через полчаса, чтобы отвар всосался.

Противопоказаниями могут быть заболевания сердечно-сосудистой системы, язвенная болезнь желудка, хронический гастрит, бронхиальная астма, активная форма туберкулеза, состояние после черепно-мозговой травмы, заболевание печени и почек, возраст старше 50 лет.

Лечение малыми дозами отвара баранца практически не дает осложнений и поэтому может применяться достаточно широко. Используется 5% раствор отвара по 10—15 мл, назначаемых в первой половине дня (суточная доза 30—40 мл). Больной выпивает порцию отвара баранца и делает глоток спиртного напитка. Затем он присутствует на сеансах апоморфинотерапии, которые проводятся другим больным. Для большинства больных этого оказывается достаточно, чтобы у них была вызвана тошнота или даже рвота. У остальных появляется выраженная вегетативная реакция — потливость, саливация. Постепенно за 10—15 сеансов таких сочетаний вырабатывается отрицательная реакция на алкоголь.

При неудачах с применением описанных препаратов в связи с понижением чувствительности рвотных центров у страдающих алкоголизмом рекомендуется применение более массивных доз рвотных средств. Лечение этим методом требует осторожности и хорошего соматического обследования больных.

Для лечения формируются группы из 5—20 человек. Перед началом терапии с ними проводят психотерапевтическую беседу, за общим столом они получают завтрак, обязательно большое количество питья (до 1—2 л). Через 20—30 мин принимают рвотную смесь,

и затем 50—100 мл алкоголя. Примерно через 10 мин начинаются тошнота и рвота, но больного следует заставить принимать дополнительные порции алкоголя, что в свою очередь вызывает повторные мучительные позывы на рвоту.

Для предотвращения осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы можно ввести сердечно-сосудистые средства. Затем для усиления действия рвотной смеси больному вводят 0,4—0,6 мл свежеприготовленного 1% раствора апоморфина. Начинается новый приступ тошноты, рвоты.

Такая массированная терапия в течение 4—5 сеансов вырабатывает отрицательное отношение к алкоголю. Однако следует помнить, что каждый сеанс может закончиться выраженными, а порой и тяжелыми нарушениями деятельности сердечно-сосудистой системы, вплоть до коллапса. Возможны также кровотечения из пищевода, желудка в связи с разрывом мелких сосудов, судорожные припадки. Поэтому аптечка (первой помощи) должна оснащаться всеми необходимыми средствами и быть наготове. При тяжелых состояниях, особенно повторяющихся, лечение этим методом отменяется.

Сульфозин, о котором уже упоминалось, также может использоваться в качестве средства, вызывающего отвращение к алкоголю. Для этого на высоте гипертермии дают малые дозы спиртного напитка. У определенной группы больных это сочетание вызывает отвращение к последнему. Можно применять в двух вариантах. В течение 7—10 дней перед едой 3 раза в день дают внутрь по 0,1—0,2 г никотиновой кислоты. Известно, что этот препарат вызывает покраснение кожи, чувство жара, одышку и другие вегетативные реакции. На 10-й день больной должен выпить алкоголь. Чтобы усилить реакцию, можно дополнительно ввести 1—2 мл 1% раствора никотиновой кислоты внутримышечно. Сеансы проводят ежедневно (всего 15—25), через несколько сеансов сначала возникает отвращение к алкоголю, а затем и тошнотно-рвотная реакция.

Сенсибилизирующая терапия. Никотиновая кислота (витамин В₃, никотиноид, пелонин, пеллаграмин и др.) может использоваться как дезинтоксикационное и общеукрепляющее средство, а также как сенсибилизирующее средство для выработки условнорефлекторной отрицательной реакции на алкоголь. Учитывая широкий спектр ее действия, ее можно применять при лечении

хронического алкоголизма, осложненного заболеваниями печени, желудка, сердечно-сосудистой системы. Лечение можно проводить в стационаре и амбулаторно.

Сочетание приема никотиновой кислоты в возрастающих дозах (от 0,1—0,2 г до 1—2 г) с внутривенным введением 15—20 мл 30% раствора тиосульфата натрия вызывает более выраженные тошнотно-рвотные реакции. При отсутствии выраженной реакции через 4—5 сеансов метод лечения можно сменить. Лечение целесообразно проводить группами, часть больных из которых могут получать апоморфинотерапию, всего 15—20 сеансов. Противопоказания и осложнения индивидуальны и аналогичны таковым при апоморфиновом лечении. Однако следует помнить, что при выраженных явлениях гипертонической болезни или тяжелых форм атеросклероза лечение никотиновой кислотой проводить нельзя.

В отдельных случаях могут возникнуть побочные явления в виде снижения артериального давления, парестезии, крапивницы, чувства прилива крови к голове, головокружения. Чаще всего эти явления проходят самостоятельно. При их повторении лечение следует проводить осторожно или отменить.

При длительной терапии высокими дозами никотиновой кислоты могут появиться явления жировой дистрофии печени, поэтому лечение необходимо проводить под контролем исследований печени с одновременным лечением метионином.

Тетурамалкогольные реакции (ТАР). Тетурам (антабус, стопетил, абстинил, дисульфирам и др.) и ему подобные средства — это такие вещества, которые на фоне употребления алкоголя создают повышенную чувствительность к спиртным напиткам, в результате чего их употребление становится непереносимым. Таких веществ много, но эффект от их применения отличается кратковременностью. Тетурам оказался одним из тех препаратов, который вызывает довольно стойкую реакцию. Между тем следует помнить, что тетурам обладает довольно высокой токсичностью. У некоторых больных он может активизировать патологические процессы, а в отдельных случаях даже без проведения тетурамалкогольных проб возникают антабусные психозы, эпилептиформные припадки. Во время лечения возможны инфаркт миокарда, инсульт и другие осложнения: гепатит — лечение отменяется, гастрит — лечение приостанавливается или отменяется. Особенно опасно,

когда больные после лечения тетурамом продолжают употреблять спиртные напитки. Противопоказаниями являются сердечно-сосудистые заболевания — гипертоническая болезнь II—III стадии, кардиосклероз, тяжелые формы атеросклероза, пред- и постинфарктные, пред- и постинсультные состояния, тиреотоксикоз и диабет, туберкулез легких с распадом, злокачественные опухоли, тяжелые болезни глаз, ушей, эпилепсия и другие судорожные состояния, бронхиальная астма, эмфизема, кровоточащая язва желудка, болезни печени и почек.

Лечение тетурамом следует проводить под наблюдением врача. Его проводят в виде тетурамалкогольных проб и как поддерживающую терапию без них, но с длительным приемом небольших доз препарата, создавая так называемую химическую изоляцию.

Тетурам выпускается в таблетках по 0,1, 0,15 и 0,25 г. Он обладает способностью блокировать некоторые ферментные системы и задерживать окисление алкоголя на стадии ацетальдегида. Последний, поступая из печени в кровь, вызывает гиперемию кожи лица и верхней половины туловища, ощущение жара, удушье, головную боль, тошноту, рвоту, снижение артериального давления, судороги, коллапс. Различают 4 стадии развития реакции, которая длится в среднем 1—2 ч, достигая апогея через 30—40 мин. Тетурам выводится из организма в течение 75 ч. При ежедневном введении препарата в дозе 0,5 г в течение 5—7 дней обеспечена тетурамалкогольная реакция. Оптимальной дозой является 0,25—0,5 г/сут.

Ежедневный прием индивидуально подобранной дозы препарата хорошо переносится больными и не дает осложнений даже при длительном лечении. Дозы тетурама ниже 0,15 г/сут, как правило, не вызывают сенсibilизации, так как он быстро выводится из организма.

Первая проба проводится через 7—10 дней с начала лечения. После утреннего приема 0,5—0,75 г тетурама больной принимает 20—30 мл спиртного напитка, чаще 40% водки.

Повторные пробы в стационарных условиях проводятся через 1—2 дня, амбулаторно — через 3—5 дней. При слабой реакции дозу спиртного напитка увеличивают на 10—20 мл. Максимальная доза водки составляет 100—120 мл.

При возникновении тяжелой реакции проведение пробы прекращают. Показанием к этому служат продолжительность реакции в течение $1-1\frac{1}{2}$ ч с момента приема спиртного напитка, сильные головные боли с чувством распираания и пульсации, резкое затруднение дыхания, снижение артериального давления ниже 50—40 мм рт. ст., нарушение сознания, психомоторное возбуждение, судороги. Купирование осложнений можно проводить внутривенным введением метиленового синего 15—20 мл 1% водного раствора. Далее подкожно вводят кордиамин, коразол или камфору, внутримышечно — цититон или лобелин, эфедрин, стрихнин, делают ингаляцию кислорода. При болях в сердце показан валидол, валокордин, нитроглицерин. Если артериальное давление остается низким, то через 15—30 мин вводят мезатон или адреналин.

В тяжелых случаях при резком ослаблении сердечной деятельности внутривенно вводят 0,25—0,5 мл 0,05% раствора строфантина в 20 мл изотонического раствора хлорида натрия. При судорогах показано внутримышечное введение 10 мл 25% раствора сульфата магния. При сильной тошноте и рвоте внутривенно вводят 10 мл 10% раствора хлорида или глюконата кальция, дают внутрь 0,015 г экстракта белладонны, вводят подкожно 0,5 мл 0,1% раствора атропина сульфата. Рекомендуется внутривенное введение метабисульфита натрия из расчета 5 мг/кг. Считается, что этот препарат гораздо эффективнее, чем названные выше средства. Резкое психомоторное возбуждение купируется внутримышечным введением 1—2 мл 2,5% раствора аминазина с 2 мл кордиамина. Стойкие судорожные состояния снимаются хлоралгидратом (15—20 мл 6% водно-крахмального раствора в клизме) или барбиталом (0,3—0,5 г барбитала на 25 мл воды в клизме или 3—4 мл 5% раствора внутримышечно).

Следует подчеркнуть, что длительное применение препарата также иногда приводит к различным осложнениям, особенно если больной принимал повышенные его дозы. Могут возникнуть поражение сердечно-сосудистой системы, периферической нервной системы, пищеварительного тракта, печени. Возможно обострение имевших место в прошлом заболеваний, таких, как гастрит, язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, тромбофлебит и др. Во всех случаях тетурам следует немедленно отменить, провести тщатель-

ное обследование больного и назначить необходимое лечение. При передозировке препарата, повышенной чувствительности к нему могут возникнуть тетурамовые психозы. Повторное лечение тетурамом возможно лишь через 3—4 мес, его надо проводить с большой осторожностью.

Для создания лекарственного депо выпускается препарат эспераль (радотер). Это стерильно приготовленные и запаенные в специальную стеклянную ампулу десять таблеток тетурама (по 0,1 г каждая). Эспераль вшивают в подкожную жировую клетчатку бедра, ягодицы, области спины. В дальнейшем происходит постепенное всасывание препарата, а в крови больного поддерживается определенная концентрация тетурама. Прием алкогольных напитков вызывает вегетативно-сосудистую реакцию, типичную для тетурама. Эспераль применяется для лечения хронического алкоголизма в случаях, резистентных к другим видам терапии, но не исключающих возможность воздействия на больного, например, психотерапевтических методов. Поэтому рекомендуется эспераль применять как одно из крайних мер лечения.

Эта терапия требует особого психотерапевтического подхода с обязательным получением письменного согласия на лечение от самого больного и его родственников, предупрежденных о возможных осложнениях терапии, вплоть до летального исхода.

Противопоказаниями к проведению лечения эспералью являются заболевания сердечно-сосудистой системы, пищеварительного, дыхательного аппарата и мочевыводящей системы, органические поражения ЦНС, беременность, хирургические, особенно гнойные, заболевания, эндокринная недостаточность, возраст старше 60 лет, однако в последнем случае этот вопрос решается индивидуально.

Вопрос о назначении терапии тетурамом решает лечащий врач, так как одно и то же соматическое заболевание в стадии декомпенсации может оказаться абсолютным противопоказанием к лечению, а в состоянии компенсации этому же больному с осторожностью терапия может быть назначена. Кроме того, сам вид лечения может использоваться в различных модификациях, с пробами и без них, с имплантацией радотера (эспералья).

В качестве модификации активного антиалкогольного лечения предложена комбинация условнорефлекторной

и тетурамовой терапии — тетурамапоморфиноалкогольная реакция (ТААР). В течение 6 дней ежедневно утром и вечером больной принимает по 0,5 г тетурама. На 7-й день утром принимает 1 г тетурама, затем после завтрака ему вводят 0,3—1 мл 1% раствора апоморфина. После появления легких признаков тошноты дают спиртной напиток.

При этом методе отмечаются долгий и мучительный этап безотчетного страха и тошнотно-рвотная реакция, не проходящая долгое время, иногда в течение дня. Повторные пробы проводят через 7 дней. При хорошо выраженных реакциях на курс лечения оказывается достаточным 2—3 проб

В 1959 г. был предложен метод активного лечения алкоголизма метронидазолом (трихопол, флагил). Его назначают по 0,5—0,75 г после еды в течение 3—4 дней. При хорошем состоянии больного суточную дозу можно увеличить до 1,5 г в день и применять препарат в течение 10 дней. Затем дозировку снова снижают до исходных величин, на которых продолжается лечение сроком 20—25 дней. Возможно проведение метронидазолалкогольных проб в сочетании с гипнотерапией.

С 1978 г. в наркологической практике стал применяться фуразолин (диафурон, нифулидон, оптазол, фуроксон и др.). Он используется при лечении алкоголизма в тех случаях, когда безуспешным оказывается лечение эметином, апоморфином, психотерапией и противопоказано применение тетурама. При приеме фуразолидона на 10—12 и 15—17 дней проводятся фуразолидоналкогольные пробы, вызывающие отрицательную реакцию на алкоголь. Во время пробы дается вначале 40—50 мл 40% водки, через 15—30 мин еще 40 мл. При хорошей реакции можно ограничиться однократным приемом алкоголя. При приеме водки больные жалуются, что она стала горькой. Через 5—7 мин испытывают чувство жара в области шеи, лица, появляются ощущение жжения во всем теле, особенно на лице, онемения, тяжесть в затылочной области, пульс учащается, артериальное давление снижается.

Реакция длится $1\frac{1}{2}$ — 2 ч, затем спонтанно стихает, но может еще проявляться через 6 ч, поэтому при лечении фуразолидоном амбулаторно больного следует на 2—3 ч задержать в поликлинике. Больного обязательно следует предупредить о том, что реакция может

наступить и без приема фуразолидона в течение неопределенного промежутка времени.

В качестве побочного действия при приеме препарата пациенты отмечают снижение аппетита, тошноту, рвоту, аллергические явления, в редких случаях коллапс. Рекомендуются обильное питье, антигистаминные средства, хлорид кальция, витамины группы В. В крайних случаях фуразолидон отменяется. Противопоказано лечение фуразолидоном при острых и тяжелых заболеваниях внутренних органов и грубых органических поражениях ЦНС.

Для снятия остаточных явлений алкогольной интоксикации и подавления влечения к алкоголю используется рефлексотерапия. Психотерапия как неотъемлемый компонент присутствует во всех видах и вариантах основного антиалкогольного лечения.

Глава 8

ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

Третий этап антиалкогольного лечения — поддерживающая терапия — самый продолжительный — 5 лет и более. Он достаточно сложен, так как в этот длительный период пациент находится в своем повседневном окружении, в условиях обычной жизни, где множество соблазнов, а действие медикаментозной терапии постепенно уменьшается.

Сложность лечения хронического алкоголизма заключается в необходимости качественного закрепления его результатов. К сожалению, ряд факторов делает это заболевание особым. Первая из этих особенностей кроется в том, что большинство людей считают употребление алкоголя обычным явлением, не придавая особой значимости возможности развития алкогольного заболевания. Ход рассуждений обычно бывает таким: «Я пью немного, как другие...» и т. п. Отсюда трудность в лечении, особенно после окончания курса активной антиалкогольной терапии.

Вторая особенность хронического алкоголизма заключается в том, что, как уже отмечалось выше, проводимое лечение в основном является патогенетическим, а не этиологическим, т. е. мы пытаемся нарушить звенья патогенетической цепи, не исключая самой

причины. В связи с этим многие считают, что лицо, страдающее алкоголизмом, не излечивается от него, а лишь переходит в состояние ремиссии (улучшения). Такая точка зрения неправильна, имеется множество примеров, когда вовремя начатое лечение обрывает развитие болезни, восстанавливаются хорошее состояние здоровья и положение пациента в обществе. Кроме того, такая позиция вызывает своеобразный пессимизм у самого больного и его родственников, подрывая веру в успех лечения. Все это привело к тому, что на современном этапе лечения хронического алкоголизма признано необходимым проведение поддерживающей длительной (5 лет), преемственной терапии, без которой рассчитывать на успех трудно. Поддерживающая терапия — генеральная линия в лечении алкоголизма.

Арсенал медикаментозных средств, направленных на снятие патологического влечения к спиртным напиткам и выработку отрицательного рефлекса на алкоголь, достаточно велик и разнообразен. Умелое сочетание психотерапии, различных лекарственных средств и методик в 60—70% случаев дает положительный терапевтический эффект. Надо полагать, что в ряде случаев отсутствие успеха обусловлено неправильным подбором лекарственных средств и недостаточно продуманной тактикой проведения лечения.

Так же как и на предыдущих этапах лечения, психотерапия в различных ее видах и сочетаниях занимает одно из главных мест в структуре поддерживающего лечения. Периодически в зависимости от общего состояния организма рекомендуется проведение общеукрепляющей, тонизирующей или успокаивающей терапии. Последний вид лечения включает в основном использование различных психотропных средств. Для снятия невротических состояний, бессонницы (агрипния), сопровождающихся усилением влечения к алкоголю, рекомендуется назначение хлосепада (элениума) по 20—40 мг в сутки. Хороший эффект дает нозепам (тазепам), особенно в случаях напряжения, там, где нельзя использовать сибазон (седуксен), хлосепид (элениум), так как они обладают некоторым миорелаксирующим действием. Можно использовать мебикар в качестве поддерживающего лечения короткими курсами 6—7 дней. Он хорошо снимает спонтанное влечение к алкоголю.

В структуре срывов ремиссий очень часто наблюдаются депрессивные компоненты. Появляются пониженное

настроение, мысли о никчемности существования, о собственной ничтожности, не редко суицидальные мысли, снижается активность. Чаще всего это бывает при психогенных расстройствах настроения или при спонтанно нарастающем желании употребить алкоголь. Возможны скрытые (маскированные) и периодические депрессии. В этих случаях показаны медикаменты класса антидепрессантов. В первую очередь имизин (мелипрамин), который применяется продолжительное время в дозировках 75—250 мг. Тиоридазин (меллерил) можно применять в дозах 200—300 мг. При алкогольной депрессии, протекающей с тревогой, назначается амитриптилин до 50—150 мг. При астенодинамических состояниях с явлениями депрессии показан сиднокарб, начиная с 15—20 мг до получения терапевтического эффекта (принимается 2 раза в сутки в первую половину дня). Положительный эффект дает комбинация антидепрессантов с препаратом «Модитен-депо», последний медикамент удобен, так как может вводиться 1 раз в 2—4 нед.

При неглубокой депрессии с тревогой и заторможенностью, а также психопатоподобных состояниях с депрессивной симптоматикой показан азафен. Лечение этих состояний начинают с 25 мг в сутки, каждые 2—3 дня прибавляют 25 мг до получения оптимального результата (примерно к концу 2-й недели), но не выше 200 мг.

Хорошо переносится препарат пиразидол в дозах 40—75 мг в день (в 2 приема), до 150—300 мг. Так же показан тиоридазин (дозы 50—150 мг), френолон 5—15 мг. При депрессии, сопровождающейся страхом, тревогой, беспокойством, показан фторацизин в дозах от 75—100 до 150—250 мг.

Нередко в клинической картине алкогольной ремиссии проявляются повышенная раздражительность, вспыльчивость, легкая возбудимость, т. е. явления невротических и психопатоподобных нарушений. При этих состояниях показано применение тиоридазина, в небольших дозировках 50—150 мг. Мезапам (рудатель) вызывает снижение тревоги, раздражительности, аффективных расстройств, последовательно снижает связанное с ними патологическое влечение к алкоголю. Дозировка — начиная с 15—20 до 40—60 мг. В небольших дозах (8—12 мг) возможно применение галоперидола.

В поздних стадиях заболевания имеются стойкие нарушения мнестического и интеллектуального порядка, снижение критики. Эти обстоятельства снижают эффект

любого лечения и могут привести к срывам ремиссии. Для корригирования этих нарушений широко применяется пирарцетам (ноотропил). Пирарцетам принимается внутрь, внутримышечно, внутривенно. Курс длится от 2—3 до 5—6 мес, по 2,4—2,8 г 3 раза в сутки. Показан также аминалон. Таблетки аминалона применяются внутрь по 1—1,25 г (4—5 таблеток) 3 раза в день. Курс лечения проводится от 2—4 нед до 2—4 мес. При необходимости курсы повторяют после 1—2-месячных перерывов.

При применении психотропных средств нельзя забывать, что больные хроническим алкоголизмом и лица, злоупотребляющие спиртными напитками, склонны к быстрому привыканию к этим препаратам, следовательно, их можно назначать лишь на короткое время и желательно в сочетании с другими симптоматическими средствами.

Для ряда больных очень важна «химическая изоляция» от алкоголя сразу же после активной фазы лечения или после выписки из ЛТП. В этих случаях можно назначать поддерживающие дозы тетурама по 0,15—0,25 г, метронидазола по 0,5—0,75 г, никотиновой кислоты по 0,1 г в день. На 1-м году ремиссии эти средства назначают систематическими курсами ежедневно в течение 1—3 мес с перерывами между ними по 2 мес, на 2-м году ремиссии — ежедневно в течение 1—2 мес с перерывами между курсами по 3 мес, на 3-м году ремиссии — ежедневно в течение 1—1½ мес с интервалом в 4—6 мес, на 4-м году ремиссии лечение проводят также ежедневно в течение 1—1½ мес с перерывами по 5—6 мес.

В зависимости от состояния больного при нарастающей тяге к спиртным напиткам и ослаблении отрицательного рефлекса на алкоголь рекомендуется проводить тетурамалкогольные, метронидазолалкогольные провокации. Некоторых больных следует приглашать просто присутствовать при таких пробах для психотерапевтического воздействия. Следует всегда помнить, что психотерапия должна с первых дней поддерживающей терапии сопровождать больного. Ему необходимо периодически приходить в наркологический диспансер или наркологический кабинет для получения сеансов рациональной психотерапии, а также специальных сеансов (гипноз, аутогенный тренинг и др.). Эти специальные методики могут применяться в качестве

самостоятельного вида лечения или в комплексе с другими методами терапии (тетурам, апоморфин, метронидазол и др.).

Условнорефлекторная терапия должна проводиться в зависимости от года наблюдения. На 1-м году ремиссии условнорефлекторную терапию назначают трижды: в виде курса активного антиалкогольного лечения, затем через 3—6 мес, на 2-м году проводят 2 раза; на 3-м году — 1 раз в год; на 4—5-м году — по показаниям.

При необходимости пациентов можно периодически помещать в стационар для проведения курсов условнорефлекторной терапии. Если провокации проводят амбулаторно, то в день пробы можно освобождать пациента от работы. Условнорефлекторная терапия апоморфином, ометином, рвотными коктейлями в среднем составляет 5—7 процедур, отваром баранца — 1—2 процедуры. В качестве поддерживающей терапии можно использовать рефлексотерапию. В последнее время для ускорения снятия абстинентного состояния и поддерживающей терапии применяется лития карбонат первые 10—30 дней по 0,9—1,2 г под контролем концентрации лития в плазме крови. Затем в течение 1 1/2—2 лет от 0,3—0,9 г в сутки также под контролем содержания лития в плазме крови.

Вопросы о сроках проведения терапии, комбинации различных медикаментозных средств, их интенсивности решает лечащий врач, однако все препараты, используемые при лечении, должны применяться строго по официально утвержденным инструкциям.

Для поддержания стойкой ремиссии рекомендуется, чтобы пациенты на 1-м и 2-м годах ремиссии воздерживались от посещения ресторанов, избегали званых вечеров. Полезно вести размеренный образ жизни, придерживаться стереотипа трудовой деятельности и отдыха, регулярно питаться. Желательно, чтобы пища была богата витаминами (фрукты, овощи) с некоторым ограничением мясных блюд. При всех условиях больной должен помнить, что малейший сбой в жизненном стереотипе, неожиданная депрессия, наоборот, взбудораженность, возбуждение он должен понять и правильно оценить как вариант возможной причины или следствия нарастающей тяги к алкоголю и немедленно обращаться к врачу или своему фельдшеру-наркологу.

В состоянии ремиссии у некоторых больных могут наступить срывы или рецидивы заболевания. Причин, способствующих этому, много, главные из них следующие:

1. Неправильный психологический настрой: «Я вылечился, теперь можно снова понемногу начать попивать», «много пить не надо, а попробовать, каков результат лечения, можно», «друзья, родные пьют, угваривают меня пригубить, неудобно отказать, тем более я хорошо подлечился», «врач говорил, что я не смогу пить 2 года, срок прошел; можно попробовать жить, как все люди». Эти и подобные высказывания мы называем аутопсихологическими причинами.

2. Повышенная эмоциональность, неспособность сдерживать аффекты, пониженные волевые качества пациентов при малейших невзгодах, психотравмирующих ситуациях в быту, на производстве нередко являются поводами для срывов ремиссий. Эти причины мы квалифицируем как эмоционально-ситуационные.

3. У некоторых больных в результате угасания отрицательного рефлекса на алкоголь, растущей тяги к спиртным напиткам, нарастающей тревоги, внутреннего дискомфорта, недомогания порой может появиться желание выпить, что приводит к срыву ремиссии. Особую тревогу должны вызывать беспричинные расстройства настроения и влечение к спиртным напиткам, возникающие без предшествовавшего их употребления. Такие состояния мы характеризуем как эндогенно-соматические, зависящие от имевшегося привыкания к спиртным напиткам.

Различают срывы ремиссий, заключающиеся в периодическом употреблении спиртных напитков, но не приводящие к новому злоупотреблению ими. При этом не успевает снова развиваться патологическое (психическое и физическое) стремление к приему алкоголя, хотя частые срывы могут привести к этому. К рецидивам же следует относить те состояния, при которых возобновляется систематическое употребление спиртных напитков, нередко по типу дипсомании, приводящее к восстановлению всех форм патологии, которые были у пациента до лечения.

Предусматривая возможность срывов ремиссий или рецидивов заболевания, необходимо психотерапевтически подготовить к этому больного, особенно его родных, близких, друзей. Это надо сделать для того, чтобы при появлении угрожающих симптомов, наступивших срывов, дипсомании, рецидива они сразу же обратились за помощью к психиатру-наркологу, психиатру, фельдшеру-наркологу, о чем мы уже говорили выше.

После срывов ремиссий или рецидивов важно снова восстановить психотерапевтический контакт с больным; вначале ежедневно, а затем 2—3 раза в неделю проводить с ним рациональную психотерапию, внушать, что нужно выработать у себя искреннее желание бросить пить, вылечиться. Надо предупредить больного, что в противном случае его ждет принудительное лечение.

Лечебные мероприятия при срывах ремиссий и рецидивах условно можно разделить на несколько этапов.

I этап — это вытрезвление, если пациент обратился за помощью в состоянии алкогольного опьянения или дипсомании. Эти процедуры следует проводить в медвытрезвителе. В лечебном учреждении этого делать по возможности не рекомендуется, чтобы у больных не возникали иждивенческие тенденции и они не рассчитывали бы на этот вид помощи в медицинских учреждениях.

II этап — купирование возникшей тяги к спиртным напиткам. Для этого используют различные средства. Хорошо зарекомендовали себя лекарственные вещества пирогенного действия. По некоторым данным, гипертермия купирует дипсоманию и похмельный синдром в 96—98% случаев. Применяются сульфозин и пирогенал. Внутримышечно в верхний наружный квадрант ягодицы вводят по 5—7 мл 0,37% раствора сульфозина. Пирогенал также вводят внутримышечно в нарастающих дозах — 500—750—1000—1250—1500 МПД (минимальных пирогенных доз). Гипертермия при лечении сульфозином наступает через 4—6 ч, пирогеналом — через 2—3 ч, достигает 38—39 °С и в течение суток снижается. Поэтому лечение можно проводить ежедневно или через день, всего — 3—5 процедур. Чтобы предотвратить стремление пациента принять алкоголь до повышения температуры тела, рекомендуется вызывать рвоту. При этом дают 0,1—0,2 г никотиновой кислоты или назначают внутрь 50 мл 1% раствора сульфата меди. Пирогенная терапия противопоказана во время беременности, при сердечно-сосудистой недостаточности, обострении заболеваний почек, туберкулеза, лихорадочных состояниях.

При купировании срывов ремиссий и рецидивов применяют тетурам по 0,5—1 г/сут, метронидазол по 1,5—2 г 3 раза с интервалом в 1 ч. Вызывают тошноту, рвоту, восстанавливают отрицательный рефлекс на алкоголь тиоловые препараты (унитиол, тиосульфат натрия).

Для ускорения снятия абстинентного состояния сразу же следует начинать и симптоматическое лечение, направленное на борьбу с астенией, невротической симптоматикой, нарушением сна и аппетита. Для этого назначают глюкозу, витамины, кислород подкожно, инъекции стрихнина, малые дозы инсулина и снотворных средств, электросон. Применяются транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептические средства короткими курсами и небольшими дозами. Назначение этих препаратов и их комбинации рекомендуются лечащим врачом.

С успехом при рецидивах можно применять рефлексо-терапию амбулаторно. В случаях, где рецидив возник на фоне аффективных нарушений, проводят методику с вовлечением аурикулярной точки «аффекта». При возникновении влечения к алкоголю рекомендуется стимуляция точки «диафрагмы» с последующей выработкой негативной реакции на алкоголь. Повторное лечение проводится в течение 7—12 дней и оказывается достаточным для нормализации состояния больного.

III этап — вновь назначают активную антиалкогольную терапию, сочетающуюся с массивной психотерапией. Рекомендуется проводить смену методов лечения: если прежде больной получал условнорефлекторную терапию, то целесообразно назначить ему ТАР или провести ТААР. В отдельных случаях показана госпитализация, особенно если пациент ранее никогда не лечился в стационаре. Имеет свое преимущество и амбулаторное купирование срывов ремиссий и рецидивов, так как это не отрывает больного от производства, семьи, вселяет уверенность в успех лечения.

Следует помнить, что успешное лечение срывов ремиссий, дипсомании, рецидивов заболеваний возможно лишь при комплексном лечении.

Глава 9

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ФОРМ АЛКОГОЛИЗМА

Лечение алкоголизма, осложненного болезнями внутренних органов. Сочетание алкоголизма с заболеваниями внутренних органов, как правило, осложняет лечение. В этих случаях рекомендуется начинать лечение в условиях стационара. Здесь имеется возмож-

ность в зависимости от тяжести соматического заболевания подобрать адекватный, щадящий вид лечения, купирующий диссоманию, абстинентное состояние. Далее тщательно обследовать сомато-неврологическое состояние, решить вопрос о дальнейшей терапии.

Иногда вследствие тяжести соматического или неврологического страдания нельзя проводить активное антиалкогольное лечение, в таких случаях показан перевод больного в соматический стационар. Чаще всего вначале приходится проводить лечение соматического заболевания. При этом можно параллельно назначать дезинтоксикационную, общеукрепляющую, а в отдельных случаях и стимулирующую терапию. Надо помнить, что при одних и тех же заболеваниях в состоянии декомпенсации нельзя применять активные виды антиалкогольной терапии, а в компенсированном состоянии некоторые из них можно. Во всех случаях аптечка с сердечно-сосудистыми, кровоостанавливающими и другими средствами должна быть наготове.

Впоследствии больных можно переводить на амбулаторную поддерживающую терапию, чаще всего с использованием всего арсенала антиалкогольного лечения.

При язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки условнорефлекторная терапия противопоказана, при заболевании поджелудочной железы, печени и почек не следует назначать сенсibiliзирующую терапию из-за ее токсичности. При болезнях дыхательных путей показаны все виды терапии, а в активной фазе туберкулеза антиалкогольное лечение противопоказано. Нельзя назначать условнорефлекторную, тетурампоморфинную терапию в прединфарктном, постинфарктном, постинсультном состояниях. Через определенный промежуток времени в период компенсации уже можно осторожно проводить лечение. У страдающих алкоголизмом нередко отмечается скрытая форма сахарного диабета. Для того чтобы исключить диабетическую кому, рекомендуется проведение исследования на наличие сахара в крови и моче. При необходимости следует лечить диабет, а после нормализации содержания сахара в крови можно назначать различные виды антиалкогольной терапии.

Лечение алкоголизма, сочетающегося с психическими расстройствами. Определенные трудности представляет лечение алкоголизма, протекающего на фоне психическо-

го заболевания (шизофрения, эпилепсия), травматического поражения головного мозга, атеросклероза и др., сопровождающимися психическим расстройством. Терапевтическая тактика в этих случаях вырабатывается в зависимости от выраженности основного психического процесса, степени имеющегося слабоумия, из-за которого часть больных недооценивает своего заболевания, не имеет желания к излечению и не может правильно оценивать необходимость приема медикаментов. Во всех случаях лечение рекомендуется начинать в стационаре с купирования алкогольного опьянения, делирия.

Нередко на фоне вялотекущего процесса возникают острые алкогольные психозы. В таких случаях требуется немедленная госпитализация. Возбуждение снимают введением 2—3 мл 2,5% раствора аминазина. Явления острой психотической симптоматики купируются в течение 10—12 дней, затем продолжается лечение поддерживающими дозами нейролептических средств. При затяжных бредовых или галлюцинаторных состояниях показаны галоперидол и трифтазин. После длительной делирии или злоупотребления алкоголем показана дезинтоксикационная, общеукрепляющая, витаминотерапия.

Активное антиалкогольное лечение можно начинать только после полного снятия острых психотических симптомов, восстановления критики, отсутствия выраженного слабоумия. Применение тетурама противопоказано, так как при недостаточной критике больной может употребить алкоголь, что может вызвать серьезные осложнения. Кроме того, тетурам имеет свойство обострять психотическую симптоматику. Возможно лечение посредством имитации алкогольных проб при помощи плацебо. Не исключено применение условно-рефлекторной терапии апоморфином, эметином, различными рвотными смесями, солями тяжелых металлов, отваром баранца, большими дозами никотиновой кислоты, метронидазолом, фуразолидоном.

Психотерапию, особенно гипноз, этой группе больных надо применять крайне осторожно при условии, что у больных нет тенденций к бредаобразованию, особенно бреда отношения, преследования.

После окончания курсов активной антиалкогольной терапии больным, страдающим шизофренией, также показано проведение поддерживающего лечения сенси-

билизирующими средствами, плацебо, никотиновой кислотой, витаминами, там, где это возможно,— психотерапией.

В последние годы в результате известного патоморфоза при вялотекущем процессе, параноидной шизофрении часто встречаются психопатоподобные, неврозоподобные состояния. В таких случаях антиалкогольная терапия успеха не имеет, должно проводиться лечение основного психического расстройства.

При приступообразно-прогредиентной (шубообразной) и периодической формах шизофрении во время глубоких, стойких ремиссий при отсутствии выраженных нарушений личности показаны повторные курсы условнорефлекторной терапии. При этом следует тщательно следить за колебаниями аффекта, особенно развитием депрессии, которую необходимо купировать соответствующими средствами.

Крайне тяжело протекает алкоголизм, сочетающийся с атеросклерозом или церебральной формой гипертонической болезни. Для подобных состояний характерны запойные формы пьянства, выраженные состояния слабоумия, гипертонические кризы, инсульты, эпилептиформные припадки, острые и хронические психозы. Поэтому осложненный алкоголизм следует лечить комплексно. Показаны вливания сульфата магния, массивные дозы витаминов всех групп, гипотензивные средства. Кроме того, должны использоваться транквилизаторы, антидепрессанты. Из активных антиалкогольных средств условнорефлекторная терапия и лечение тетурамом противопоказаны. Наилучший эффект дают гипнотерапия и другие методы психотерапии. В качестве поддерживающего лечения следует использовать симптоматические средства, суггестивную психотерапию.

Судорожный синдром алкогольной этиологии, как правило, купируется при исключении из употребления алкоголя и применении противосудорожных средств. При истинной эпилепсии, осложненной алкоголизмом, прежде всего следует добиться исключения алкоголя, а затем лечения основного заболевания. Тетурам и условнорефлекторная терапия противопоказаны. Наилучший эффект дает гипносуггестивная терапия.

Лечение травматической энцефалопатии, осложненной алкоголизмом, проводится так же, как лечение эпилепсии. Наилучший эффект дает гипнотерапия.

ВЫТРЕЗВЛЕНИЕ. СКОРАЯ И НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Выраженные или утяжеленные формы опьянения по-разному проходят у различных индивидов. Одни становятся вялыми и сонливыми, другие — раздражительными, гневливыми, беспокойными. В таких состояниях они могут быть опасными для окружающих и для самих себя. Утяжеленное опьянение опасно не только возможным противоправным действием, но оно может оказаться предвестником начинающихся психотических состояний. В свою очередь эти состояния иногда свидетельствуют о срыве ремиссии или начинающейся дипсомании. Описанные симптомы являются прямым показанием к проведению вытрезвления.

Во всех случаях поступления больного в состоянии тяжелого опьянения необходимо организовать тщательное наблюдение за его поведением, состоянием и, только убедившись в отсутствии осложнений, приступить к вытрезвлению.

Начинать вытрезвление, если нет противопоказаний к нему, следует дачей теплой воды, слабого раствора перманганата калия, щелочной воды (боржом), теплого молока с медом (125 г меда на 0,5 л молока), 2 г ацетилсалициловой кислоты, запиваемой также молоком. Желательно вызывать рвоту раздражением задней стенки глотки до тех пор, пока выделяемые рвотные массы перестанут издавать запах алкоголя.

Промывание желудка можно ускорить проведением зондирования. Вводят подкожно 0,3—0,5 мл раствора апоморфина с сердечно-сосудистыми средствами. Апоморфин нельзя вводить больным, находящимся в коматозном состоянии или в состоянии наркотического сна. Рекомендуются катетером выпускать мочу, с тем чтобы алкоголь повторно не всасывался в кровь. Рекомендуется вдыхание нашатырного спирта. Следует учитывать частоту пульса, состояние дыхания, при появляющихся отклонениях от нормы надо применить соответствующие средства (кофеин, коразол, кордиамин, лобелин), кислород.

Для получения эффекта вытрезвления применяют малые дозы (0,5 мл) 0,1% раствора атропина сульфата, большие дозы метронидазола — 1,5—2 г с повторением

этих же доз через 2—2 $\frac{1}{2}$ ч. Метронидазол сравнительно быстро вызывает рвоту и отвращение к алкоголю. Лечение этим препаратом, но уже в обычных дозах можно продолжать до следующего дня. Применяют теплые ванны. Не рекомендуется назначение нейролептических средств в таких состояниях, так как они могут привести к ухудшению и вызвать у больных прекоматозное или коматозное состояние. Нельзя применять их также в лихорадочных состояниях.

Грозным признаком тяжести острого алкогольного отравления является коматозное состояние. Врач должен по возможности дифференцировать алкогольную кому от апоплектической (кровоизлияние в мозг, возникшее в состоянии опьянения), диабетической, гипогликемической, печеночной, уремической. В этих случаях обязательна госпитализация, целесообразно помещение таких больных в палаты интенсивной терапии, реанимационные центры.

Клинически алкогольное коматозное состояние проявляется следующими признаками: кожа холодная, липкая, лицо гиперемировано, цианотично, изо рта запах алкоголя, дыхание прерывистое. Пульс нитевидный, слабого наполнения и напряжения, артериальное давление резко снижено. Изменена лейкоцитарная формула — отмечается сдвиг ее влево, лейкоцитоз, в моче белок, эритроциты.

Следует помнить, что при кровоизлиянии в мозг появляются неврологические симптомы, помочь диагностике может спинномозговая пункция, рентгенография черепа. При подозрении на инфаркт миокарда делают ЭКГ.

При углублении коматозного состояния угасают сухожильные, роговичные (корнеальные), зрачковые рефлексы, появляется мышечная атаксия, может нарушаться акт глотания, дыхание становится прерывистым. Проводят промывание желудка, катетеризацию, согревание тела, искусственную вентиляцию легких. Одновременно вводят средства, стимулирующие сердечно-сосудистую систему, дыхательный аппарат. Помимо этих средств, показано введение изотонического раствора хлорида натрия. В некоторых случаях может быть рекомендована спинномозговая пункция. Алкогольная кома чаще всего купируется в течение 1—4 сут, все это время показаны постельный режим и интенсивная терапия. При развитии в состоянии опьянения инфаркта

миокарда вытрезвление больного следует проводить очень осторожно, обязательно при постельном режиме и по возможности с участием терапевта.

После проведения первых вытрезвляющих процедур целесообразно ввести больного в сонное состояние. Можно применять барбитал (амитал-натрий) в клизме. Затем назначают дезинтоксикационную терапию, вводят антагонисты алкоголя, такие, как стрихнин, или дуплекс, кофеин и другие стимуляторы нервной системы. После вытрезвления больные часто жалуются на плохой сон, общее плохое самочувствие, подавленное настроение, беспокойство, тоску, тремор рук, потливость. Все эти симптомы характерны для абстиненции, которую нужно снять, с тем чтобы не наступила дипсомания или рецидив болезни. С этой целью спустя 12 ч и более применяют нейрорепитивные средства (аминазин), транквилизаторы (седуксен, элениум, мепробамат) и др.

Для обеспечения вытрезвления, оказания экстренной помощи в приемном покое наркологических, психиатрических стационаров, процедурных кабинетах, отделениях поликлиник должны иметься специальные наборы аппаратов, инструментов и медикаментов.

Рекомендуется иметь следующий набор для оказания скорой и неотложной медицинской помощи: зонд, ротаторасширитель, аппарат для измерения артериального давления, шприцы (5—10—20 мл), иглы для спинномозговой пункции, кислородные подушки, грелки, стерилизационная коробка (бикс) со стерильным материалом, уретральные катетеры (мужской, женский), раствор перманганата калия, 1% раствор апоморфина (должен быть свежеприготовленный), метронидазол, раствор аммиака (нашатырный спирт), кофеин, камфора, кордиамин (коразол), строфантин, лобелин, коргликон, цититон, кровозаменяющие жидкости, стрихнин (дуплекс), глюкоза, сульфат магния, тиосульфат натрия, унитиол, фенобарбитал (люминал), барбитал для приема внутрь или для внутримышечных инъекций, 2,5% раствор аминазина, сибазон (седуксен) в ампулах, элениум, 1% раствор сульфазина.

Существует ускоренный метод вытрезвления, который чаще всего применяется в медицинских вытрезвителях или в тех случаях, когда по различным обстоятельствам необходимо получить быстрое вытрезвление пациента. При применении этого метода продолжительность вытрезвления сокращается примерно в 2 раза, предотвра-

ется утяжеление опьянения, углубления интоксикации не наступает, а наоборот, улучшается общее состояние. Прежде чем применять метод ускоренного вытрезвления, у пациента необходимо по возможности собрать анамнез, осмотреть его, определить, нет ли противопоказаний к использованию вытрезвляющих препаратов. Особенно тщательно необходимо отдифференцировать от инфаркта миокарда, черепно-мозговых травм, коматозных состояний, связанных с сахарным диабетом, болезнями печени, мочевыводящей системы, нарушениями мозгового кровообращения, состоянием, возникающим после припадка. Наконец, противопоказан этот метод вытрезвления при наличии алкогольных психозов.

Процедура ускоренного вытрезвления применяется лицам, находящимся во II, III стадиях алкогольного опьянения. Им дают лекарственную смесь, состоящую из коразола (0,2 г), фенамина (0,01 г), никотиновой кислоты (0,1 мг). Все это размешивают в 10—15 мл кипяченой воды. Затем в верхний наружный квадрант ягодицы внутримышечно вводят 10 мл 5% раствора (500 мг) пиридоксина (витамин В₆). В зависимости от состояния пациента и степени его опьянения можно сначала ввести пиридоксин, а затем дать ему выпить лекарственную смесь. Давать указанные медикаменты 2—3 раза не следует.

Этот метод лечения побочных явлений, как правило, не вызывает. Спустя 30—40 мин появляется возможность вступить с пациентом в речевой контакт, через 1—1½ ч можно собрать анамнез, через 2—3 ч налицо явный эффект вытрезвления, особенно если после приема медикаментов наступил сон.

Глава 11

ЛЕЧЕНИЕ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ

Психозы возникают чаще всего у лиц, страдающих хронической или поздней стадией алкоголизма. В хронической стадии это острые психотические расстройства, в поздней — с затяжным, пролангированным течением.

Большинству острых психозов предшествуют периоды продрома, начальных стертых признаков психических расстройств — тяжесть абстиненции, тяжелые диссомнии, нарушение сна — прерывистый сон, кошмарные

сновидения, раннее пробуждение без чувства отдыха, отдельные иллюзорные нарушения, слуховые галлюцинации (оклики), чувство тревоги, страха, опасения за жизнь, проходящий бред отношения, преследования, периодически наступающие ажитация или возбуждение. Все эти признаки должны служить сигналом к назначению активного лечения, которое нужно начинать с назначений медикаментов, снимающих повышенное влечение к алкоголю (во время дипсомании, тяжелой абстиненции), таких, как терален в дозах 200—400 мг в сутки, этаперазин 4—20 мг в сутки, инказан 25—50 мг 2 раза в день.

При различных нарушениях сна, страхах необходимо назначать мебикар до 2—3 г в сутки, нитразепам (эуноктин) 0,001—0,01—0,02 г за 30 мин до сна, нозепам (элениум) 20—30 мг 2—3 раза в день. При иллюзиях, окликах, галлюцинациях, бреде рекомендуется галоперидол в дозах 10—15 мг, симбазон (седуксен) до 40—60 мг в сутки, кроме того применяется френолон 40—60 мг. При возбуждении, ажитации необходимо пользоваться аминазином 2,5% раствором (2—3 мл, 2—3 раза в день), галоперидолом, трифтазоном 40—60 мг. Одно правило следует помнить всегда, таких больных следует госпитализировать, нельзя надеяться на самопроизвольное купирование начинающегося психоза, более того, эти состояния нередко затягиваются, утяжеляются и могут даже закончиться летальным исходом.

Больные с острыми алкогольными психозами обязательно подлежат госпитализации. Эта мера продиктована еще и тем, что при нарушении психики под влиянием галлюцинаций, бреда или возбуждения больные могут совершать общественно опасные поступки, направленные на окружающих лиц или самих себя. Эта опасность не снимается и в стационаре до тех пор, пока не будут купированы симптомы острого психоза. Поэтому с момента поступления такие больные должны находиться под строжайшим надзором медицинского персонала.

Во всех случаях психических расстройств, связанных с хроническим алкоголизмом, имеются нарушения водно-электролитного, витаминного баланса в организме, гипоксия мозга и тканей. У некоторых больных психозы развиваются на фоне похмельного синдрома, когда из организма еще не выведены недоокисленные промежу-

точные продукты распада этилового спирта. Все это делает необходимым быстро, тщательно познакомиться с больным, по возможности собрать анамнез (чаще всего у родных, соседей, так как сам больной не в состоянии дать полноценные сведения о себе) и приступить к лечению. Лечение алкогольных психозов должно быть комплексным, преемственным и строго индивидуальным.

Задача сводится к купированию психотических расстройств, в том числе возбуждения и бессонницы. Лечение соматических нарушений направлено на дезинтоксикацию и дегидратацию организма с поддержанием деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной системы, корригирование обменных нарушений и гиповитаминозов, предотвращение явлений гипоксии и отека мозга.

Для снятия психотических расстройств применяются нейролептические средства — 2,5% раствор аминазина по 2—3 мл 2—3 раза в сутки, галоперидол. Последний дает хороший эффект при делирии, особенно при наличии обильных зрительных галлюцинаций. Под влиянием галоперидола быстро наступает моторное успокоение, галлюцинации исчезают в течение 2—3 дней (дозы 10—15 мг, на 2—3 приема). Галоперидол хорошо зарекомендовал себя и при других острых и хронических алкогольных психозах. Сибазон (седуксен) показан при состояниях возбуждения, галлюцинациях, бреде в высоких дозировках — 40—60 мг в сутки. Это лечение рекомендуется проводить в течение от 2—5 до 10—15 дней в зависимости от состояния больного.

Замечено, что хороший терапевтический эффект дает карбамазепин (стазепин, финлепсин). Его назначают сразу при поступлении больного в стационар по 200 мг 3—4 раза в день, на 2-й день дозу можно повысить до 1200—1400 мг; средняя суточная доза составляет 600—800 мг. В отличие от нейролептиков к применению этих препаратов практически отсутствуют противопоказания, в среднем они в течение 36—48 ч снимают психомоторное возбуждение, приводят к редукции психопатологической симптоматики, малотоксичны, обладают антисудорожным действием. Показана массивная дезинтоксикационная, дегидратационная и витаминотерапия с использованием симптоматических средств, направленных на снятие возбуждения, галлюцинаций и бреда.

В специально оборудованных палатах интенсивной терапии при обязательном участии анестезиолога проводится лечение тяжелых случаев делирия, если дезинтоксикационная, седативная терапия эффекта не дает. В этих случаях можно рекомендовать гемосорбцию. В результате применения этого метода психотические явления делирия снимаются в течение нескольких часов, остаточные — в течение 2—3 суток.

С этой же целью возможно использование гемодеза (дезинтоксикационного средства). Его вводят по 300 мл капельно внутривенно ежедневно. Улучшение наступает как в виде кризиса, через 10—15 мин, так и постепенно. В среднем количество вливаний гемодеза ограничивается 3—5, в тяжелых случаях до 8.

К интенсивной терапии следует также отнести медикаментозный сон, вызываемый используемыми в реаниматологической практике гексеналом, тиопенталом-натрия, оксибутиратом лития, ГАМК в комбинации с барбитуратами и преднионом (виадрил). Эту методику следует проводить только специалистам. Возможна гипербарическая оксигенация и инфузионно-трансфузионное лечение, требующее особой тщательности проведения.

Лечение делирия проводится в зависимости от стадии заболевания. В I, II стадиях в основном проводят дезинтоксикационную терапию, в III — дегидратационную. Важно восполнять обезвоженный организм обильным питьем, введением внутривенно капельно стандартного раствора, содержащего глюкозу, хлорид кальция, глюконат кальция, инсулин, кордиамин, комплекс витаминов группы В, аскорбиновую, никотиновую кислоту, седуксен, эуфиллин с изотоническим раствором хлорида натрия.

Хороший эффект дает использование 15% раствора маннита (маннитол), а при его отсутствии мочевины, которую применяют при хорошей функции почек. С первого дня лечения необходимо введение больших доз витаминов. Постепенно через 4—5 дней их дозы можно снижать и доводить до обычных, но еще в течение 3—4 нед витаминотерапия должна проводиться. Тиамин вводят в количестве до 1000 мг/сут, частично внутривенно (3 мл 6% раствора), внутримышечно (3 мг 2—3 раза в день) и в виде таблеток (2—3 раза в день). Организм также обогащают пиридоксином, цианокобаламином, пангамовой (витамин В₁₅), аскорбиновой, никотиновой кислотой. При повышении температуры тела и подозрении на пневмонию назначают антибиотики.

При угрожающих явлениях возможного отека мозга проводят интенсивную дегидратационную терапию; иногда показана спинномозговая пункция. Для предупреждения осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы рекомендуется вводить кордиамин, коразол по 2 мл 3—4 раза в день. Возможно применение рефлексотерапии. Кроме того, больные нуждаются в молочно-растительной диете, тщательном уходе, наблюдении за их физиологическими отправлениями.

Лечение острого алкогольного галлюциноза в основном такое же, как и делирия, только дезинтоксикационную терапию можно проводить менее длительное время. Антипсихотические средства, применяемые в этих случаях (седуксен в дезинтоксикационном растворе или самостоятельно, аминазин), нередко довольно быстро купируют галлюциноз. Хорошие результаты дает карбамазепин (финлепсин) в описанных выше дозах. Психомоторное возбуждение снимается препаратами: аминазином, нозепамом. Они хорошо купируют, помимо возбуждения, еще и явления растерянности. Рекомендуется начинать лечение с инъекцией, затем переходить на таблетированный прием препарата: внутримышечно — 1—2 мг через 4—6 ч (до 6—8 мг в сутки), таблетки 40—80 мг. Этаперазин назначают по 4—12 мг 1—2 раза в день и доводят до 30—40 мг (средние дозы). Он влияет не только на возбуждение, но в большей степени на галлюцинаторно-параноидные, паранойяльные состояния. Тизерцин снижает возбуждение, сочетающееся с аффективно насыщенными, яркими витальными угрозами. При его применении редуцируется бред. При остром галлюцинозе необходимы более высокие дозы и продолжительное лечение. В течение 5—7 дней 100—150 мг тизерцина снимают вербальные галлюцинации и связанные с ними бред преследования, страхи, тревогу, подавленность, нарушение сна.

Острый алкогольный параноид лечат дезинтоксикационными смесями (капельным способом с добавлением седуксена — 2—3 мл 0,5% раствора). Целесообразно применение других психотропных препаратов, например галоперидола, нозепама. Внутримышечно вводят 2 мл 1% раствора димедрола. Внутривенно назначают 25% раствор сульфата магния с 10 мл 40% раствора глюкозы. Рекомендуются тиосульфат натрия, снотворные средства, большие дозы витаминов (группы В). Назначают глутаминовую кислоту внутрь по 0,5—1 г 2—3 раза в день, не большие дозы инсулина.

При неглубоком расстройстве сознания некоторые больные самостоятельно обращаются за помощью в лечебные учреждения. В этих случаях на фоне медикаментозного лечения целесообразно использование рациональной психотерапии. После купирования острых психотических явлений всем больным с учетом особенностей соматического и психического их состояния необходимо проводить активное антиалкогольное лечение. Часть из них отказываются от него, некоторые неохотно соглашались. Практика же показывает, что без такого лечения подавляющее большинство больных через некоторое время начинают снова злоупотреблять спиртными напитками.

Следует использовать все меры для убеждения больного, а в случае необходимости принуждать, но проводить активное антиалкогольное лечение. После перенесенных легких форм делирия лечебные процедуры активного антиалкогольного лечения можно начинать спустя 8—10 дней, форм средней тяжести — через 15—20 дней и тяжелых форм психоза — спустя 1—2 мес. Сенсибилизирующее лечение (тетурам) с проведением алкогольных провокаций назначать не следует. Назначение тетурама можно использовать как поддерживающую терапию спустя 2—3 мес. Дозы тетурама не должны превышать 0,25—0,3 г в день в сочетании с общеукрепляющим лечением и витаминотерапией.

Рекомендуется применять плацебо с имитацией тетурамалкогольных проб с использованием никотиновой кислоты по 0,1 г 3 раза в день. Возможно проведение курса условнорефлекторной терапии (8—12 сеансов) с применением минимальных доз апоморфина, рвотных средств. Условнорефлекторную терапию сочетают с гипно-суггестивным воздействием. Гипнотерапия может проводиться и в более ранние сроки по 15—20 сеансов. Поддерживающая терапия обязательна для всех больных на протяжении 5 лет.

Некоторые алкогольные психозы с самого начала принимают подострое или затяжное течение, а часть из них после перенесенных острых психотических эпизодов переходит в хроническую форму. Лечение этих состояний желательнее проводить стационарно, но можно и амбулаторно (при вербальных хронических галлюцинозах).

При хроническом алкогольном галлюцинозе, помимо дезинтоксикационной терапии, назначают тиоловые препараты, сульфат магния, гипогликемические дозы инсулина в сочетании с психотропными препаратами и высокими

дозами витаминов. Может использоваться лечение дозированным голоданием.

При подостром и хроническом течении алкогольных параноидов назначают психотропные препараты: аминазин, тизерцин, галоперидол, трифлуперидол (триседил). Осложнения купируют препаратами-корректорами — циклодолом и др. Используются гипогликемические дозы инсулина в сочетании с цианокобаламином. Некоторые авторы рекомендуют шоковую терапию инсулином. В течение такого курса (1—1½ мес) 1 раз в неделю вводят сульфозин.

Особым упорством характеризуется хронический бред ревности. У некоторых больных он обостряется при приеме спиртных напитков. В таких случаях главное лечение — исключение возможности их употребления. Лечение психотропными средствами проводится длительно. Применяются аминазин, трифтазин, галоперидол в сочетании с седуксеном, элениумом. Используют тиопроперазин (мажептил).

В основе корсаковского психоза, геморрагического полиоэнцефалита (энцефалопатия Вернике) и ряда других хронических психотических расстройств алкогольной этиологии лежит витаминная недостаточность. Этим больным параллельно с дезинтоксикационным лечением проводят массивную терапию витаминами группы В (тиамин, пиридоксин, цианокобаламин), никотиновой, аскорбиновой, глутаминовой кислотой. Длительность лечения витаминами 2—3 мес. Параллельно назначают такие препараты, как бромиды, транквилизаторы, можно — нейролептики в сочетании с сердечными средствами. После стихания явлений обострений общее лечение целесообразно продолжать (витамины, глутаминовая кислота, малые дозы инсулина, тонизирующие средства в несколько уменьшенных дозах).

Активное антиалкогольное лечение сенсibilизирующими средствами лиц, перенесших затяжные алкогольные психозы, противопоказано. Условнорефлекторную терапию проводить можно, но малыми дозами в сочетании с гипнотерапией.

При алкогольной депрессии прекращение употребления спиртных напитков улучшает настроение, облегчает подавленное состояние. Назначают антидепрессанты: имизин (мелипрамин), амитриптилин и др. Тизерцин хорошо переносится, обладает способностью купировать соматические нарушения при депрессии, хорошо сочетается с

нейролептиками и транквилизаторами. Дозировки 150—300 мг в сутки, эффект чаще всего наступает через 12—14 дней. С целью купирования депрессивных расстройств, пониженного настроения, протекающих с тревогой, назначают также малеинат дамилена от 150 до 400 мг, фтораизин в дозах 100—150 мг в сутки. Применяется френолон, особенно при депрессии, протекающей с заторможенностью, слабодушием, тревогой, в дозах 40—60 мг в зависимости от тяжести заболевания.

При выраженной депрессии обязательна госпитализация, так как больные опасны в отношении суицидальных мыслей и попыток. Проводят лечение нарушений сна, вводят глюкозу с сульфатом магния, витамины. Хороший результат дает психотерапия, особенно гипнотерапия.

При выраженном расстройстве настроения типа дисфории назначают этаперазин по 0,006 г 2 раза в день с препаратами-корректорами (циклодол и др.). Лечение проводят в течение 3—5 нед. Рекомендуются также сибазон, витаминотерапия, психотерапия.

В III стадии хронического алкоголизма или после перенесенных корсаковского психоза и геморрагического полиоэнцефалита у многих больных выявляются различные степени слабоумия. В ряде случаев слабоумие сглаживается, состояние улучшается, но у многих остается, и эти больные становятся обитателями домов для больных с хроническими психическими заболеваниями. Несмотря на это, необходимо назначать этим больным пираретам по 40—60 мг ежедневно, но несколько курсов в течение многих месяцев. Периодически могут возникать рецидивы психотических эпизодов — возбуждение, галлюцинации, бред. Все эти явления лечат соответствующими медикаментами. Лечение должно быть длительным и индивидуальным.

Глава 12

ЛЕЧЕНИЕ НАРКОМАНИИ И ТОКСИКОМАНИИ

Как уже говорилось, наркомании по своим клиническим проявлениям отличаются от алкоголизма. Кроме того, каждый вид наркомании (морфинизм, гашишизм и др.) характеризуется особенностями биохимических изменений, наступающих в организме. Лечение наркомании имеет как сходные, так и специфические черты по сравнению с алкоголизмом.

Сходным с принципом лечения алкоголизма является этапность лечения: 1) предварительный этап — дезинтоксикационная, общеукрепляющая, стимулирующая терапия в сочетании с прекращением приема наркотического вещества; 2) основное активное антинаркотическое лечение; 3) поддерживающая терапия. При первом обращении обязательным является госпитализация независимо от того, находится больной в состоянии абстиненции, острого отравления, хронической интоксикации или психоза. Стационарное лечение должно проводиться в наркологических, психиатрических и только при отсутствии таковых в общесоматических учреждениях. Длительность первичной госпитализации составляет не менее 60 дней (приказ Министерства здравоохранения СССР № 928 от 23 сентября 1976 г.).

Этот приказ обусловлен тем, что наркоманы и токсикоманы, даже желающие добровольно лечиться, всегда находятся в состоянии опасения, страха перед соматовегетативными и психотическими кризами, наступающими в состоянии абстиненции. Как правило, это безвольные люди, которые боятся прекращения приема наркотического вещества и тех ощущений, порой выраженных и тяжелых, которые им предстоит перенести. Поэтому, начиная лечение, они быстро «сникают» и всеми доступными средствами стремятся возобновить употребление наркотического вещества. В связи с этим необходима организация специальных отделений или палат с созданием в них таких условий, при которых был бы исключен занос наркотических или иных веществ, которыми злоупотребляют больные. Персонал должен быть хорошо осведомлен о режимных мероприятиях и неукоснительно выполнять их. В порядке дня рекомендуется по возможности предусматривать активную занятость, особенно в вечернее время, когда не привыкшие к целенаправленной деятельности наркоманы остаются наедине со своими думами и неприятными ощущениями. Следует вовлекать их в коллективы больных, в трудовые процессы, культтерапию, заинтересовывать чтением, беседами.

Необходимо особенно чутко наблюдать за поведением и состоянием больных. Если подавленный, вялый, с пониженным настроением больной вдруг становится словоохотливым, активным, с приподнятым настроением, то очевидно запретными путями он сумел добыть наркотическое вещество. Надо искать источник доставки наркотического средства и наказывать тех, кто его внес в отделение.

Большого внимания требуют больные к концу 2—3-й недели лечения, в период неустойчивого равновесия, когда появляется повторное непреодолимое желание (тяга) к употреблению наркотиков. В этом состоянии они становятся беспокойными, неусидчивыми, начинают критиковать лечение или, наоборот, расхваливают его, говорят о хорошем самочувствии, стремлении выписаться, так как они уже вылечились. Некоторые жалуются на головную боль, плохой сон, зубную боль (характерный симптом). Такие состояния обычно проходят самостоятельно через 2—4 дня. Лечение больных должно сочетаться с психотерапевтическим воздействием. Врач, средний медицинский работник, даже младший медицинский персонал обязаны постоянно внушать больным уверенность в успехе лечения, твердо, убежденно вскрывать пагубность употребления наркотиков, убеждать в возможности полного излечения.

Для купирования абстиненции в последние годы широко применяются различные транквилизаторы. Хорошо купирует наркотическую абстиненцию, особенно морфинную и кодеиновую, пирроксан. Он довольно быстро снимает наиболее тягостные симптомы — бессонницу, тягу к наркотику. Препарат применяется внутривенно, внутримышечно, внутрь. Начинают чаще всего в инъекциях 30 мг или внутрь 60 мг при суточной дозе соответственно 90—180 мг под контролем артериального давления. Длительность лечения 5—7 дней.

При тревожно-боязливом аффекте, подозрительности, страхе, расстройстве сна, вегетативных нарушениях показаны элениум, триоксазин, сибазон. Сибазон назначается в дозах 0,005—0,015 г (5—15 мг), средняя суточная доза 15—45 мг, высшая 60 мг. Кроме того, сибазон через 2—3 дня приводит к уменьшению колебаний аффекта, снимает страхи, повышенную раздражительность, непреодолимую тягу к наркотику. Мезапам (рудотель) применяют в дозах 20—30 мг в сутки. Мебикар хорошо купирует психопатологические расстройства, особенно сенесто-ипохондрические и вегетативно-сосудистые нарушения. Разовые дозы 0,5—1 г 3 раза в день, суточная — 2—3 г. К этой же группе транквилизаторов относится и нозепам, который особенно хорошо снижает тревожно-депрессивные состояния, порой возникающие в период прекращения приема наркотика. Дозировки от 30 до 90 мг в сутки. В последние годы стали применять успешное и менее болезненное снятие абстинентных явлений при помощи иглоукалывания.

Рекомендованные транквилизирующие средства обладают успокаивающим действием, облегчают состояние беспокойства, ажитации, но применять их следует в небольших дозах и непродолжительными курсами. Антидепрессанты — мелипрамин, ниаламид (нуредаль) и др. — следует назначать осторожно, так как они могут иногда усиливать ажитацию. Лучше снимают явления депрессии азафен, амитриптилин.

Не исключается применение препаратов типа френолона, трифлуперидола (триседил), галоперидола. Рекомендуется применять их в малых дозах, в 3—4 раза меньших, чем указано в инструкциях. В этих случаях они дают необходимый седативный и гипногенный эффект, не вызывая тяжелых экстрапирамидных расстройств, дополнительных неприятных ощущений — чувства разбитости, тяжести в голове и др.

При наркотической абстиненции широко используется сульфозин в дозе от 5 до 10 мл внутримышечно через 1—3 дня, 5—6 инъекций; пирогенал 1000—1500 МПД через 1—2 дня, 6—8 инъекций; тиосульфат натрия 10 мг 30%, 10—15 вливаний с глюкозой; сульфат магния внутримышечно ежедневно 5—10 мл 25%, 5—10 инъекций; унитиол; витамины: ретинол, витамины группы В, аскорбиновая, никотиновая кислота, токоферолы.

Помня о том, что при наркомании астенический синдром длится дольше, чем при хроническом алкоголизме (1—1¹/₂ мес), назначают препараты фосфора: глицерофосфат кальция по 0,2 г в таблетках 3 раза в день, фитин по 0,25 г в таблетках 3 раза в день.

Из общеукрепляющих средств показаны различные микстуры (Бехтерева и др.) по 1 столовой ложке, 3 раза в день. При возбуждении, бессоннице, напряженности применяют аминазин 2,5% раствор внутримышечно 1—3 мл или внутривенно 1—2 раза в день в течение 5—7 дней; тизерцин 2,5% раствор 2—4 мл внутримышечно или внутривенно 1—2 раза в день в течение 5—7 дней; димедрол, пипольфен.

Как правило, у большинства больных имеется нарушение сна. Нормализация его представляет трудности, поэтому целесообразнее применять не барбитал и микстуры, а те транквилизирующие средства, о которых говорилось выше, и такие общегигиенические способы, как вечерние прогулки, ножные теплые ванны, проведение психотерапевтических бесед, гипнотерапии, аутогенного тренинга. Хорошо действуют физиотерапевтические процедуры —

ванны (сульфидные, обычные), гальванический воротник Щербака.

В период абстиненции постепенно появляются неприятные, болевые ощущения со стороны внутренних органов. В этих случаях применяют анальгетики — анальгин, амидопирин (пирамидон) и их комбинации, а также димеколин по 0,05—0,1 г 4 раза в день внутрь, циклодол по 0,002 г 3 раза в день, мелликтин по 0,04—0,08 г 4 раза в день и т. д.

На первом этапе лечения больного лишают приема наркотических средств. Для этого существуют 3 метода: медленный, быстрый и внезапный. Предпочтительно использовать внезапный метод, однако этот вопрос решает психиатр-нарколог в зависимости от индивидуальных особенностей больного, стадии заболевания, наличия или отсутствия противопоказаний к этому. Здоровым молодым людям, лицам с выраженными психопатическими чертами рекомендуется внезапное лишение наркотического средства. Так же следует поступить, когда в поведении больного выявлены элементы аггравации.

Медленный и быстрый (ступенчатый) обрыв введения наркотических или других веществ проводится физически ослабленным больным, у которых имеются сопутствующие заболевания, III стадия наркомании, лицам пожилого и старческого возраста. Первый этап терапии продолжается 3—4 нед, хотя больного с явлениями астении следует лечить на протяжении всего периода пребывания его в стационаре. Второй этап лечения состоит из активной и симптоматической терапии. В настоящее время еще отсутствуют специфические методы, поэтому пока используются в основном те из них, которые применяются в антиалкогольной лечебной практике.

Главным методом лечения следует считать психотерапию в различных ее видах — гипноз с внушением отвращения и выработкой отрицательного рефлекса на наркотическое средство или вещество, укрепление воли, здоровых установок на активное выздоровление. Психотерапией должно сопровождаться любое медикаментозное лечение. Весь комплекс психотерапевтического воздействия удачно называют психоортопедией.

Медикаментозное лечение заключается в приеме сульфата магния, эмитина (по 0,02 г в порошке 1 раз в день), апоморфина (0,1—0,2 мл 0,5% раствора подкожно).

Чаще всего наркоманы в отличие от больных алкоголизмом быстрее деградируют в интеллектуальном отношении, становятся безразличными, безвольными, оторванными от жизни коллективов, уже задолго до поступления в стационар теряют работу, трудовые навыки. Продолжительная астения усугубляет это состояние.

На втором этапе лечения необходимо в ежедневный режим обязательно включать трудовую терапию, начиная с дозированного по часам труда, постепенно переходя на полный рабочий день.

Из медикаментов особенно показан пираретам. Он оказывает влияние на обменные процессы в мозге, улучшает его интегративную функцию, способствует улучшению памяти, облегчает процесс обучения. Дозы 2—4—6 г в сутки. На этом же этапе хорошо применять физиотерапевтические процедуры: ванны, душ, гальванизацию, лекарственный электрофорез, дарсонвализацию, грязевые и парафиновые аппликации, ультрафиолетовые облучения. Электросон применяется от 10—15 до 20—30 процедур, по 1—2 ч каждый сеанс. При повторной абстиненции проводят новые курсы терапии.

Третий этап лечения — поддерживающая терапия длительный промежуток времени (5 лет). На протяжении этого периода больные обязательно находятся под наблюдением психиатра-нарколога, регулярно посещает его патронажная медицинская сестра на дому. Необходимо помнить, что всегда возможны срывы и обострения ремиссий, вызываемые повторными компульсивными влечениями к потреблению наркотического средства, нарушениями настроения, психотравмирующими ситуациями, влиянием микросоциальной среды. В это время обязательно проводятся психотерапевтическое вмешательство, повторные курсы условнорефлекторной, общеукрепляющей, стимулирующей терапии. Больному необходимо оказать содействие в трудоустройстве и помочь удержаться в трудовом коллективе, всячески поощрять положительные эмоции и действия — повышение трудовой квалификации, учебу, бытовое и семейное устройство. Приказом Министерства здравоохранения СССР № 388 от 19 апреля 1978 г. «Об утверждении обязательных минимальных курсов лечения больных наркоманиями и токсикоманиями» предусмотрены следующие обязательные курсы поддерживающей терапии. На 1-м году обязательно посещение наркологического кабинета 1 раз в месяц, на 2-м году — 1 раз в 2 мес, на 3-м году — 1 раз в 3 мес,

на 4-м году — 1 раз в 4 мес, на 5-м году — 2 раза в год. Обязательное поддерживающее лечение проводят в течение 3—4 нед в течение первого месяца после выписки из стационара и затем на 1—2-м году ремиссии через каждые 3 мес, на 3-м году ремиссии — 2 раза, на 4—5-м году — по медицинским показаниям.

Остановимся на специфических особенностях лечения некоторых видов наркомании. Самым распространенным среди галлюциногенов является гашиш (анаша, марихуана). При остром отравлении проводится промывание желудка, затем дезинтоксикационная, общеукрепляющая, стимулирующая терапия. Абстиненция неглубокая, нестойкая и не вызывает тяжелых соматовегетативных и неврологических изменений. Она проявляется общим недомоганием, головной болью, повышенной утомляемостью, болью в области живота или во всем теле. Эти явления проходят самостоятельно, отмечаются в течение 3—5 дней.

Психическая зависимость длится более 15—20 дней. В это время курильщик старается всеми доступными средствами добыть гашиш. Он идет на обман, готов на кражу, спекуляцию, хулиганство. Настроение неустойчивое, с преобладанием пониженного фона — раздражительность, гневливость, склонность к агрессивным поступкам.

Явления неглубокой физической зависимости позволяют отрыв от наркотического вещества производить сразу. Поэтому любому лечению должна предшествовать своего рода подготовительная фаза, во время которой с помощью психотерапии больного наркоманией готовят к сознательному стремлению к лечению.

Всегда за прекращением приема наркотического вещества назначают общеукрепляющую терапию: комплекс витаминов — группы В, аскорбиновую кислоту, небольшие дозы инсулина (5—20 ЕД), фитин по 0,5 г 3 раза в день, нейролептические средства или транквилизаторы. Вводят подкожно 0,5 г (по 0,2—0,5 мг) апоморфина гидрохлорида. Спустя 5—7 мин, когда появляется тошнота, больному дают вдыхать дым от горящей папиросы, начиненной гашишем. Рвота по механизмам условнорефлекторных связей после 3—4 сеансов вызывает появление отрицательного рефлекса на гашиш.

Следующим этапом лечения является длительная (2—3 мес) общеукрепляющая психотерапия, направленная на обязательное восстановление и приобретение

новых положительных социально-трудовых эмоций и установок. Вовлечение больного в трудовые процессы является обязательным компонентом лечения.

При гашишном психозе лечебные мероприятия, особенно на первом этапе, характеризуются большей интенсивностью и продолжительностью — это общеукрепляющая терапия с дачей витаминов, седативные, нейролептические средства, дезинтоксикационная терапия. Такое лечение длится 3—4 нед. Если не отмечается улучшения, то следует переходить на инсулинотерапию, 15—20 сеансов. При преобладании маниакального синдрома начинать лечение следует с назначения аминазина, лишь затем (через 2—3 нед) переходить на лечение инсулином. При явлениях слабоумия с психопатизацией личности прежде всего назначают транквилизаторы, глутаминовую кислоту.

В СССР наркомании, вызванные злоупотреблением наркотического средства типа ЛСД, отсутствуют. Наркомании с преобладанием злоупотребления фенамином и другими амфетаминами встречаются редко, их надо лечить внезапной отменой этого вещества. Далее проводят дезинтоксикационную, общеукрепляющую (глюкоза, инсулин, кислород подкожно), стимулирующую витаминотерапию. Применяются в небольших дозах нейролептические средства.

Кокаинизм в последние годы ликвидирован. В лечебном плане применяют внезапное прекращение приема наркотического средства, абстиненция кратковременная и нетяжелая. При обмороке дают вдыхать амилнитрит. При судорогах — ингаляции эфиром или хлороформом, сердечно-сосудистой недостаточности — камфора, кофеин и др. Далее проводят все виды терапии. Учитывая стойкую потерю аппетита и выраженное похудание, назначают витамины, инсулин с глюкозой, усиленное питание.

К классу опиатов относятся опий, его дериваты — морфин, кодеин и др. Близки по действию некоторые синтетические наркотические средства (промедол и др.). При остром отравлении опием показаны многократное промывание желудка, сердечные средства, согревания. Абстиненция выраженная, возможны любые методы отрыва от наркотического вещества, они зависят от состояния больного. Применяются все перечисленные способы лечения. Для опийной абстиненции характерно упорное желудочно-кишечное расстройство, в частнос-

ти профузные поносы, для снятия которых необходимо специальное лечение, например танальбин в клизме. Назначают инсулин (небольшие дозы) с глюкозой (40% раствор) и хлоридом кальция (5—10 мл 10% раствора).

При остром отравлении морфином показано немедленное промывание желудка независимо от способа введения вещества. Вводят атропин. Для улучшения дыхания показаны лобелин или цититон, ингаляция кислорода или карбогена, кофеин. Абстиненция при хроническом употреблении морфина выраженная и достаточно тяжелая, она может протекать с тошнотой, рвотой, поносами, болями в животе, сердцебиением, слабым пульсом, снижением артериального давления, выраженными вегетативными расстройствами — гиперсаливацией, чувством проваливания в пустоту, чиханьем, кашлем и др. Больные жалуются на слабость и боли в ногах, дрожание рук, шаткость походки, бессонницу или сон с кошмарными сновидениями. Рекомендуются, если нет противопоказаний, внезапное лишение наркотического вещества. При медленном или дробном снятии наркотического средства абстиненция протекает легче, но продолжительнее. Принципы купирования абстинентного синдрома те же, которые были описаны выше. При сердечно-сосудистой недостаточности применяются соответствующие препараты, при поносах — вяжущие средства. Назначаются и другие лекарства — димеколин, пентамин (ганглиоблокирующего действия), для уменьшения вегетативных проявлений — циклодол (ромпаркин). В дальнейшем в качестве условнорефлекторной терапии можно использовать апоморфин. Больной самостоятельно вводит себе апоморфин подкожно или внутривенно. Вначале действие апоморфина напоминает реакцию, возникающую после приема морфина, но затем после введения морфина он вызывает тошноту и рвоту. Лечение наркомании, вызванной злоупотреблением кодеином, промедолом и другими средствами с морфиноподобным действием, проводится по рекомендованным выше схемам.

В связи с бурным развитием фармакологической промышленности и синтезированием новых медицинских препаратов с каждым годом количество медикаментов, вызывающих токсикоманию, будет увеличиваться. Дальнейшее развитие (отрицательное) получают и распространяющиеся ароматические синтетические средства (не медикаменты), а следовательно, и токсикомании.

При токсикоманиях могут быть острые отравления. В этих случаях больным необходимо оказывать экстренную помощь. Доставляют больных в реанимационные отделения или в палаты интенсивной терапии. При хроническом употреблении токсикоманических веществ выдерживаются основные принципы лечения — предварительный, основной и поддерживающий этапы лечения.

Приказом № 388 от 19 апреля 1979 г. «Об утверждении обязательных минимальных курсов лечения больных наркоманиями и токсикоманиями» предусмотрено, что первичное лечение в обязательном порядке следует проводить в стационарах. Минимальное количество пребывания в отделениях составляет 60 дней. Обязательным является также трудовая терапия, но только в специальных ЛТМ, цехах, на производстве или в отдельных палатах, где эти больные будут изолированы от общения с рабочими или другими больными.

На предварительном этапе лечения идет параллельно отрыв от токсикоманического вещества (медленный, быстрый и внезапный методы) и сразу же начинается дезинтоксикационная, общеукрепляющая витаминотерапия. При токсикомании период абстиненции переносится несколько легче, чем при наркомании, исключение составляет абстиненция, возникающая при злоупотреблении барбитомом (амитал-натрий). Астенический синдром менее выражен, колебания настроения, симптомы депрессии также несколько мягче и менее длительны, чем при наркомании. С первого дня больные должны получать психотерапию, метод лечения выбирает врач. В связи с тем что токсикоманическими средствами чаще всего являются медикаменты психотропного действия, эти препараты применять как лечебные практически нельзя и это осложняет процесс снятия или купирования абстиненции токсикоманического происхождения.

С большой осторожностью разовым назначением можно применять в качестве средств, смягчающих явления абстиненции, нозепам, мебикар, литонит, мезапам (рудотель), пирроксан. Пирацетам хорошо помогает при острых отравлениях, особенно барбитуратами. Он вводится внутримышечно или внутривенно 2—4 г, суточную дозу доводят до 6 г. При получении эффекта переходят на прием внутрь. Из общих медикаментов, помогающих снятию явлений абстиненции при токсикоманиях, могут быть сульфозин, пиррогенал, хлорид кальция вместе с глюкозой, сульфат магния, унитиол,

витамины группы В, аскорбиновая, никотиновая кислота. При бессоннице, возбуждении назначаются аминазин, тизерцин, пипольфен, 2,5% растворы по 2 мл 1—2 раза в день в течение 5—7 дней, димедрол 1% раствор 1—2 мл внутримышечно 1—2 раза в день в течение 5—7 дней в сочетании с кордиамином. При тяжелых формах бессонницы возможно применение фенobarбитала, барбитала (веронал), хлоралгидрата (50 мл 2% раствора в клизме). При болезненных и болевых расстройствах со стороны внутренних органов возможно применение анальгезирующих средств, димеколина, мелликтина.

Лечение абстиненции, вызванной злоупотреблением транквилизаторами (мепробамат, элениум, седуксен, тазепам и др.), состоит в проведении дезинтоксикационной, дегидратационной, симптоматической и витаминотерапии. Показано также иглоукалывание.

При злоупотреблении ароматическими средствами прекращение их приема в абсолютном большинстве случаев проводится по методу внезапного отрыва. Для облегчения общего состояния можно применять мепробамат, мезапам, нозепам, мебикар, сибазон и др. Применять их нужно осторожно по несколько дней, при пролонгированном лечении менять медикаменты.

Продолжительность предварительного этапа в среднем 2—3 нед. В детском, подростковом возрасте отрыв надо проводить внезапно, медикаменты дают слабый эффект и их применение нежелательно. В этих случаях больше показана рациональная психотерапия, ненавязчивая, с одновременным переключением подростка на новые интересы, занятия.

Второй этап — основное антитоксикоманическое лечение. Следует указать, что специфического лечения нет. Применяются те же методы, что и при лечении наркоманий. В отличие от наркоманов у больных, страдающих токсикоманией, изменения личности наступают медленнее и они не очень выражены (исключение составляют лишь лица, злоупотребляющие барбитамом), в связи с чем этой группе больных особенно показаны различные виды психотерапии (рациональная, суггестивная), аутогенный тренинг и др. Предпочтительны индивидуальные сеансы.

Большое место в лечении токсикомании занимает электросон, курсами от 10—15 до 20—30 процедур, с продолжительностью лечебной процедуры от 1 до 2 ч. Электросон хорошо нормализует сон, устраняет невротиче-

ческие, дисфорические, астенодепрессивные и другие симптомы.

Поддерживающая терапия обязательна в течение 5 лет, при срывах ремиссий срок лечения соответственно увеличивается. Она имеет целью закрепить успех лечения, полученного на первых двух этапах, смягчить астенодепрессивные, вегетоневрологические, дисфорические явления.

На первом году поддерживающего лечения пациенты должны являться к врачу 1 раз в месяц, на втором — 1 раз в 2 мес, на третьем — 1 раз в 3 мес, на четвертом — 1 раз в 4 мес, на пятом — 1 раз в полгода. Лечение проводится курсами, по 3—4 нед, на первом-втором году — 1 раз в 3 мес, на третьем году — 2 раза, на четвертом-пятом годах — по медицинским показаниям.

Из токсикоманических препаратов наибольшее значение имеет барбитил. Нередко встречаются острые отравления барбитуратами, связанные с суицидальными попытками. При употреблении большого количества вещества необходима госпитализация в реанимационные центры или в палаты интенсивной терапии. Проводят промывание желудка раствором перманганата калия, вводят стрихнин (по 1 мл 0,1% раствора через 3—4 ч). В зависимости от сопутствующих соматовегетативных нарушений применяют симптоматические средства.

При хроническом употреблении барбитила внезапное лишение больного этого препарата может привести к коллаптоидным состояниям, судорожным явлениям, психозам. Абстиненция протекает тяжело, поэтому рекомендуется метод постепенного медленного снижения дозы препарата, на протяжении 1—3 нед (начинать следует с $\frac{1}{4}$ привычной дозы препарата, ежедневно снижая ее), с параллельным назначением всех видов терапии — витаминами, дезинтоксикационными, общеукрепляющими, стимулирующими средствами, нейролептиками. При судорожных явлениях антиэпилептические средства назначать не следует, так как в них содержатся снотворные вещества (фенобарбитал), а надо пользоваться бромидами, седуксеном. Показаны иглоукалывание и лечение литием по 300 мг 3 раза в день под постоянным контролем содержания его в крови.

Методы отучивания от табакокурения. Слишком долго человечество употребляет и злоупотребляет табакокурением, чтобы оно могло в кратчайшие сроки осознать всю пагубность этой вредной привычки и отказаться от нее.

Нужна большая организаторская и санитарно-гигиеническая работа санитарного просвещения, обществ «Знание», Красного Креста и Красного Полумесяца и других добровольных обществ и организаций. В этой связи должны проводиться разъяснительные, ограничительные, а в необходимых случаях и запретительные мероприятия.

От органов и учреждений здравоохранения в широкой антиникотиновой пропаганде требуется активное участие. Но, помимо этого, на медицинских работников ложатся все мероприятия по лечению отдельных личностей. Вследствие особенностей никотиновой токсикомании — широкого распространения, укоренившихся «положительных эмоций», связанных с табакокурением, недопониманием отрицательных сторон употребления табака, наконец, своеобразия абстиненции, лечение и отучивание от этого недуга представляют значительные трудности и требуют особого обучения врача. В настоящее время этим занимаются психиатры-наркологи, однако, их малочисленность не позволяет охватить этой помощью большие контингенты нуждающихся в ней. Следовательно, необходимо готовить врачей широкого профиля к данной работе: терапевтов, хирургов и др. Отучивание от табакокурения и лечение в основном проводятся амбулаторно, но в случаях сочетания этого недуга с другими, например хроническим алкоголизмом, различными соматическими заболеваниями, целесообразно проводить единую терапию в стационарных условиях того лечебного учреждения, в котором в данный момент пациент нуждается по основному заболеванию.

Лечение никотиновой интоксикации с самого начала и во всех случаях проводится комплексно, т. е. должно включать в себя психотерапию, применение симптоматических средств, лечение отвращением, заместительную терапию. Врач, учитывая личность пациента, его стремление отвыкнуть от курения, соматические противопоказания, решает вопрос о предпочтительности применения различных методов терапии в общем комплексе использования всех видов лечения. Итак, лечение никотиновой токсикомании — это комплексное воздействие на личность и соматическую сферу пациента, это длительная преемственная терапия.

Применять можно 3 способа прекращения употребления табака: одномоментное прекращение, быстрое прекращение и постепенное отучивание от курения. Лечение начинают с психотерапевтической беседы, налаживания контакта врача с пациентом, установления доверия и

проведения рациональной психотерапии по разъяснению вреда употребления табака, укрепления волевых усилий пациента, направленных на воздействие. Психотерапия может проводиться коллективно — групповая и индивидуально. Используются самовнушение, внушение наяву, в гипнотическом сне. Гипнотические состояния вызываются далеко не у всех пациентов, поэтому внушение наяву используется более широко как дополнение к рациональной психотерапии.

Внушением в гипнотическом сне можно решать несколько задач — пытаться устранить невротические синдромы, возникающие в период абстиненции, укрепить волевые установки на лечение. Другая задача заключается в том, чтобы выработать отрицательную условнорефлекторную реакцию на запах, вкус, вид табачного дыма и табака. В среднем проводят 10—12 сеансов по 30 мин каждый. Хороший результат дает аутогенный тренинг. Пациент, научившись самовнушением вызывать у себя состояние релаксации (расслабления), способен неплохо регулировать и некоторые свои соматовегетативные состояния, особенно в период абстиненции.

Хотя медикаментозная терапия в последнее время при лечении табакокурения применяется все шире, она является вспомогательным методом, главным остается психотерапия. Лекарственное лечение делят на 3 вида: терапию отвращением, заместительную терапию и вспомогательную, или симптоматическую.

Лечение отвращением ставит задачу вызвать у курильщика при употреблении табака, вдыхании дыма рвотную реакцию или неприятные вкусовые ощущения. Для этого вводят 0,2—1 мл 1% раствора апоморфина подкожно. Процедуры совмещают с вдыханием дыма табака 4—5 раз в день в течение 3—4 дней. За это время может быть выработана отрицательная — рвотная — реакция. Кроме того, используются такие препараты, как спиртовая настойка чернильных орешков, нитрат серебра, галлодубильная кислота (танин), отвар корневища змеевика, молодые побеги (ветки) черемухи обыкновенной (применяется как жвачка).

Медикаментозная заместительная терапия основана на «конкуренции» некоторых медикаментов и никотина. При приеме этих медикаментов больные легче переносят абстиненцию. К ним относятся 5—6% раствор лобелина, который применяется в виде 10—15 капель 5—6 раз в день. Цитизин выпускается в виде 15% водного раствора

в ампулах, носит название цититона. При лечении цититонном назначают 12—14-дневный курс внутримышечных или внутривенных вливаний по 0,5 мл 2—3 раза в день. При этом больной на $\frac{1}{3}$ ежедневно снижает количество выкуриваемых сигарет. После прекращения курения еще 2—3 дня делаются заключительные инъекции. Таблетки по 0,0015 г препарата называются «Табекс». Лечение этим препаратом проводят примерно в течение 25 дней по следующей схеме: 1—5 дней — 6—7 таблеток в день, 6—12-й день — 5—6 таблеток в день, 13—16-й день — 4—5 таблеток в день, 17—20-й день — 3 таблетки, 21—25-й день — 2 таблетки в день. Также надо ежедневно снижать выкуривание сигарет на $\frac{1}{3}$. В среднем к 10—15-му дню курение прекращается, но курс следует довести до конца. Лобелин также выпускается в двух лекарственных формах — 1% раствор в ампулах по 1 мл и в форме таблеток «Лобесил». Лобелин вводится внутримышечно по 1 мл утром и вечером в течение 12—15 дней. Пациент должен снижать количество выкуриваемых сигарет. При настойчивом желании закурить можно содержимое ампулы лобелина вылить на кусочек сахара и постепенно рассасывать его во рту. Лечение таблетками «Лобесил» проводится или в течение 11 дней или 21 дня с постепенным снижением количества выкуриваемых сигарет.

У лиц, много лет употребляющих никотин, абстинентный синдром затягивается. В период лечения возникает повторное непреодолимое желание получить порцию никотина. Эти явления могут выражаться в повышенной раздражительности, головных болях, понижении работоспособности, нарушении настроения, общем соматовегетативном дискомфорте. В таких случаях даже хорошая волевая установка на прекращение курения, лечение отвращением или замещением иногда не могут предупредить срыва ремиссии. Требуется еще вспомогательное или симптоматическое лечение, которое помогает предотвратить намечающийся рецидив. К нему относятся: седативные средства — настой и экстракт валерианы, пустырника, бромид натрия; транквилизаторы — элениум, нитразепам, амизил и др.; стимулирующие средства — настойка женьшеня, лимонника, аралии, пантокрин; витамины — ретинол, витамины группы В, никотиновая, аскорбиновая кислоты, токоферолы, таблетки «Декамевит», драже «Ундевит», аевит и др.

При различных симптомах, связанных с сердечно-сосудистыми нарушениями, хроническими заболеваниями

верхних дыхательных путей или легких, мигренеподобными головными болями и другими расстройствами, следует применять симптоматическую терапию. Широко используется иглоукалывание. Оно должно проводиться специалистом — врачом, владеющим этим методом. Сеансы проводят спустя 6—10 ч после последней выкуренной сигареты, через день. Курс — 5—6 процедур. Больные отмечают, что у них пропадает желание курить, а попытка закурить вызывает отвращение к запаху или вкусу табака. Довольно быстро улучшается общее самочувствие, упорядочивается сон.

Глава 13

ПРИНУДИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ

Учитывая специфические особенности лечения алкоголизма и наркомании, в связи с чем, с одной стороны, указанные категории больных часто отказываются от добровольного лечения, с другой стороны, могут представить опасность для окружающих и для себя, Основами законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении (статья 36) предусмотрена возможность принудительного лечения и принудительной госпитализации указанных категорий больных.

В соответствии с этим осуществлять принудительное лечение больных алкоголизмом и наркоманией призваны специальные лечебно-трудовые профилактории — ЛТП — системы Министерства внутренних дел СССР, а также специальные отделения системы здравоохранения для принудительного лечения больных алкоголизмом, страдающих сопутствующими соматическими заболеваниями, являющимися противопоказаниями для направления в ЛТП.

Медицинская помощь в медицинских вытрезвителях не является принудительным лечением по постановлению судебных органов, но по существу в ней содержатся элементы кратковременной принудительной терапии. Речь идет о быстром выведении задержанного из состояния опьянения, предотвращении психомоторного возбуждения и агрессии, которые могут нанести вред самому клиенту или окружающим.

Прием больших доз алкоголя нередко приводит к различного рода соматическим осложнениям, в первую очередь со стороны сердечно-сосудистой системы, печени, почек, попыткам к самоубийству, припадкам, психотическим эпизодам. Поэтому лечебная работа в медицинском вытрезвителе крайне напряженная и ответственная. Каждого клиента после заполнения необходимых документов желательно размещать, учитывая первичность или повторность поступления, возраст. Такой отбор в какой-то мере исключает отрицательное влияние завсегдатаев медицинских вытрезвителей от лиц, случайно попавших в них.

В начальном периоде пребывания в медицинском вытрезвителе контакт с вытрезвляемым самый относительный, в это время необходимо принять меры к максимально быстрому снятию симптомов опьянения. Обязательно должна проводиться работа по профилактике пьянства и алкоголизма, медицинские работники обязаны определить, с кем имеют дело — случайным клиентом, бытовым пьяницей или хроническим алкоголиком. Существенной возможностью повышения уровня и активности медицинской помощи в медицинских вытрезвителях является организация участкового наркологического врачебного кабинета в их помещениях. Лица, повторно поступающие в медицинский вытрезвитель, по договоренности с наркологическим учреждением должны быть направлены на стационарное лечение.

Терапевтические мероприятия, проводимые ЛТП системы Министерства внутренних дел СССР, имеют свои особенности. Лечение в них длительное, комбинированное (общеукрепляющее и специфическое), большой удельный вес занимают психотерапия, трудовое перевоспитание.

Ежедневно по усмотрению врачей до 10% профилируемых могут быть отстранены от работы по медицинским показаниям, остальные контингенты должны получать амбулаторное лечение. Учитывая закрытый характер, особые требования, предъявляемые в ЛТП, схема лечения строится с учетом длительного пребывания в профилактории. В связи с этим лечение подчинено следующим основным требованиям: длительное лечение; комбинирование общеукрепляющей и активной антиалкогольной терапии; использование психотерапии и санитарно-просветительской работы на всех этапах лечения; перестройка морально-этических установок больного, трудовое перевоспитание.

Лечение подразделяется на 3 этапа:

первый, адаптационный, этап дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапии. Примерный срок проведения от 2—3 до 4—6 мес. При лечении наркомании следует придерживаться максимальных сроков, так как явления интоксикации и астении держатся дольше и бывают более глубокими, чем при алкоголизме;

второй, основной, этап активной антиалкогольной терапии. Продолжительность определяется в зависимости от времени пребывания в ЛТП и охватывает в среднем $1/2—3/4$ срока;

третий, заключительный, этап подготовки к выписке. Последняя четверть срока. Проведение поддерживающего лечения, закрепление трезвеннических установок.

Целесообразно в ЛТП отряды формировать по районам обслуживания. Это позволяет привлекать к воспитательной работе работников территориальных органов здравоохранения, подшефные организации, а после выписки из ЛТП устанавливать лучшее наблюдение за бывшими профилактируемыми. Для усиления эффективности лечения рекомендуется привлекать к работе в отрядах родственников профилактируемых, образ жизни которых, трудолюбие являются положительным примером.

Большое место в системе психотерапевтического воздействия принадлежит санитарному просвещению. Шаблонные методы работы в ЛТП оказываются недействительными. Хотя лекции, доклады занимают определенное место в санитарном просвещении, вместе с тем более эффективными оказываются беседы, собеседования, обмены мнениями с небольшими группами или индивидуальными. Хорошо воспринимаются вечера вопросов и ответов, дискуссии по прочитанным книгам. Популярностью пользуются встречи с бывшими профилактируемыми, ведущими трезвый образ жизни, демонстрация кинофильмов.

Санитарно-просветительная работа тесно переплетается с проблемой проведения свободного времени, особенно в субботнике и воскресные дни. В самой идее организации ЛТП трудовое воспитание и перевоспитание стоят наравне с лечением, а с медицинской точки зрения их можно рассматривать как неотъемлемую часть терапевтического вмешательства. На первом этапе стационарного лечения следует выявлять профессиональные возможности каждого профилактируемого совместно с представителями режимного, воспитательного персонала и самим больным

решать вопрос об их использовании. При этом нередко выясняется, что какой-то промежуток времени до поступления в ЛТП часть профилактируемых не работала, утратила трудовые навыки, некоторые не имеют специальности. В этих случаях возникает необходимость в обучении или переобучении. Эти функции могут брать на себя мастера, наиболее квалифицированные рабочие из числа профилактируемых, из которых можно выделить мастеров-наставников.

В ЛТП необходимо изучать и широко внедрять воспитательные принципы А. С. Макаренки,— принцип «параллельного действия», когда воздействие сочеталось с воспитательной ролью коллектива. Наилучшей моделью в этих случаях служит трудовая занятость. В связи с этим стоит вопрос о подборе бригады, коллектива, в которых будет проходить трудовая деятельность.

Изучение трудовой деятельности показало, что эффективность лечения зависит от форм организации труда и психологического климата, сопровождающего его. Оказалось, что в ряде ЛТП имеются разнообразные виды работы и вполне удовлетворительно поставлена организация труда, а общий эффект лечения, психологическая атмосфера низки. В других — отмечаются трудности в самом процессе трудовой деятельности, но они компенсируются верой больного в выздоровление, стремлением добиться успеха в труде, повысить производственные показатели. Этому способствует умелая организация наглядной агитации, борьбы за высокие показатели в социалистическом соревновании, внедрение наставничества и другие формы политико-воспитательной работы.

Первый этап пребывания в ЛТП начинается со стационара МСЧ. Здесь происходит и изучение больного (обследование), и начало терапевтического вмешательства. Целесообразно наметить план лечения, обсудить его с профилактируемым. Полезно создавать малые группы больных с одинаковым планом лечения. На обсуждение имеет смысл приглашать больных, успешно лечащихся. Так с самого начала формируется атмосфера откровенности и доверия между медицинским персоналом и больными.

Безусловно, положительными являются поощрение переписки с родными и близкими, отправка им части заработка, получение посылок, свидания. Необходимо использовать в определенной мере различные виды поощрений, в том числе досрочную выписку из ЛТП. В на-

стоящее время еще не разработано достаточно специфическое лечение наркомании и терапевтические усилия направляются на снятие явлений абстиненции, астении, общее оздоровление организма, поднятие его реактивности, выработку нового отношения к труду, перестройку психической направленности в отношении привычных жизненных установок. При установлении диагноза наркомании необходима осторожность для того, чтобы четко отграничить наркоманию от токсикомании, так как токсикомания не является основанием для назначения принудительного лечения.

Терапевтический эффект лечения наркомании в ЛТП ниже, чем алкоголизма. В ЛТП направляются лица с большой давностью сформировавшегося синдрома, которые уклоняются от добровольного лечения. В связи с этим, как правило, направлению на принудительное лечение предшествует длительный непрерывный период злоупотребления наркотическими веществами, что приводит к соматическому неблагополучию, выраженной стойкой и глубокой физической и психической астении и затягивающемуся абстинентному состоянию.

Цепь лечебных мероприятий при наркомании состоит из пяти звеньев: диагностического, лечебно-диагностического, лечебного, лечебно-восстановительного и поддерживающего. Диагностическая работа начинается с момента задержания наркомана и обследования, которое рекомендуется проводить в стенах лечебных учреждений. Оставаясь на свободном режиме, наркоманы, как правило, продолжают употреблять наркотические вещества, срывают обследование, тем самым затягивают оформление документов для передачи их в судебные органы и назначения принудительного лечения.

В тех случаях, когда наркоман до задержания не состоял на учете в наркологическом или психоневрологическом учреждении, начинается по существу период первичной диагностики. Сами больные злоупотребление наркотиками чаще всего отрицают. При полинаркомании или употреблении наркотических средств в виде инъекций почти всегда можно обнаружить свежие или более застарелые рубцы в местах инъекций, сам период абстиненции при этом бывает более выраженным и тяжелым. Во время обследования в стационаре есть возможность собрать, кроме оперативных, еще и объективные данные о заболевании, оценить степень изменения

личности, привлечь к диагностике ряд лабораторных методов исследования.

Лица, употребляющие гашиш (как правило, юношеского или молодого возраста), почти во всех случаях отрицают употребление наркотических средств. Абстиненция у них проходит сравнительно легко, лабораторные данные неспецифичны, наконец, изменения личности еще не настолько выражены, чтобы быть достаточным критерием в постановке диагноза. В этих случаях приходится руководствоваться оперативными данными органов милиции, сведениями объективного анамнеза, выявлением скрытых симптомов абстиненции и только тогда ставить диагноз и решать вопрос о назначении принудительного лечения. При установлении диагноза необходимо учитывать особенности течения наркомании и рекомендовать судебным органам вынести решение о назначении как минимум 2-летнего срока принудительного лечения в ЛТП.

Лечебно-диагностическая работа начинается в ЛТП для больных алкоголизмом и наркоманией со дня прибытия в профилакторий. Проводить мероприятия необходимо в условиях стационара МСЧ. Перед врачебным персоналом в этом периоде стоят сложнейшие задачи — правильная диагностика стадии развития болезни, оценка степени изменения личности, определение психопатических черт характера больного алкоголизма и наркомана, построение лечебного, личностного и восстановительного прогноза. Важное значение имеют объективные сведения о больном, поэтому психиатрам-наркологам, психиатрам следует особенно тщательно готовить анамnestические и другие объективные и лабораторные данные, которые поступают в ЛТП. Первая беседа, умение установить тесный контакт с профилактируемым и при этом выявить необходимые сведения, дополняющие представления о нем, уловить явные или скрытые явления абстиненции, астении — важнейшая задача.

Время пребывания в стационаре следует рассчитывать, исходя из необходимости снять явления абстиненции и возможные обострения. Этот период должен быть насыщен психотерапевтическим, дезинтоксикационным, физиотерапевтическим, медикаментозным и общеукрепляющим лечением. С учетом уже приведенных фактов и пониженной работоспособности наркоманов рекомендуется на этом этапе терапевти-

ческих мероприятий вопросы трудовой деятельности решать очень осторожно. Первое время (1—1½ мес) ограничиться только психотерапевтической и медикаментозной терапией, затем использовать индивидуальную, облегченную трудовую терапию, лучше в условиях стационара (типа ЛТМ). В индивидуальных случаях в этот период возможно и полностью исключить труд из лечебных мероприятий.

Лечебно-восстановительное звено по своей структуре сложное. Продолжать содержание наркомана в стационаре уже нецелесообразно. Еще 4—6 мес продолжается период становления ремиссии (явления раздражительной слабости, повышенной возбудимости, неустойчивых аффектов у одних, преобладание астено-депрессивных компонентов у других, апатико-адинамические проявления у третьих). Наконец, у большинства периодически проявляется физическая слабость и возможны явления повторной абстиненции. Все это требует массивной терапии — общеукрепляющей, тонизирующей, специфической. Последняя особенно трудна ввиду отсутствия разработанных методик и адекватных медикаментов. Медицинскому персоналу следует на фоне массивной психотерапии проводить индивидуальное лечение. Возможно очень осторожное использование психотропных (психофармакологических) препаратов, которые помогают в дальнейшем адаптации.

Основную массу наркоманов составляют психопаты с различной глубиной изменения личности. Это обстоятельство требует глубокого индивидуального изучения каждого профилактируемого, определения формы психопатии, глубины и структуры изменения личности, вызванных наркоманией.

В первые дни пребывания на лечении у наркоманов устанавливаются своеобразные отношения с товарищами в стационаре, жилой секции, трудовом коллективе. Эти межличностные связи рождаются на основе внешней симпатии и антипатии, влияния уже сформировавшегося лидера или стремления самому занять руководящее положение, поисков возможного получения в зоне наркотического вещества, случайных стечений обстоятельств или иных факторов. Изучение межличностных отношений, активное формирование их с привлечением общественных организаций нужно начинать еще в стенах стационара, но особенную важность приобретает этот вопрос при переводе в жилую зону. От того, в какую

микросреду попадает новичок, во многом зависит дальнейший успех лечения. Учитывая структуру личности, профессиональную биографию каждого наркомана, нужно вести целенаправленную повседневную психотерапию, производственное обучение или переобучение.

Вся работа медицинской части должна быть пронизана психотерапевтической атмосферой. В отличие от аналогичной работы с лицами, страдающими алкоголизмом, санитарно-просветительная работа с наркоманами должна базироваться на индивидуальных, групповых собеседованиях с однородными контингентами. Полезны встречи с выписанными из профилактория, индивидуальные беседы с родственниками, культурно-просветительные мероприятия (лекции, книги, концерты, кино, телевидение, самодеятельность). Все формы воздействия должны достигать апогея в последние недели, перед выпиской из ЛТП. Желательно связаться с прежним местом работы профилактируемого для возможного трудоустройства. К сожалению, администрация предприятий, за редким исключением, неохотно идет на трудоустройство известных им наркоманов. Поэтому целесообразно подключить к этой работе органы милиции по месту жительства.

Выходя на свободу, профилактируемый должен знать, что ему необходимо сразу же обратиться в наркологический кабинет по месту жительства и наблюдаться в нем установленный срок. Об этом же должны позаботиться органы милиции и здравоохранения, которым благодаря извещению заблаговременно известно о выписке из ЛТП наркомана и необходимости взятия на учет.

Как правило, в ИТК заключенные поступают в более поздние сроки, чем лица, страдающие алкоголизмом или наркоманией в ЛТП, поэтому явления абстиненции чаще всего у них снимаются в местах предварительного заключения. Однако следует рекомендовать помещение заключенных, которым назначено лечение по поводу алкоголизма, в МСЧ. Срок такого диагностического пребывания может быть ограничен 12—20 днями. За это время возможно полное обследование для выявления возможных противопоказаний к активному лечению, определение личностных особенностей, построение плана терапевтических мероприятий.

В отдельных случаях, особенно когда речь идет о наркомании, целесообразно задержать таких лиц в стационаре на более продолжительное время для глубокого изучения личности заключенного, снятия явлений абстиненции, астении или соматического неблагополучия. В дальнейшем нужно руководствоваться по возможности теми рекомендациями, которые даны в отношении наркоманов, лечущихся в ЛТП. Особенно тщательно необходимо ограждать этих лиц от вероятного употребления наркотических средств.

В отношении лиц, страдающих алкоголизмом, лечебно-воспитательные мероприятия базируются на уже известных рекомендациях, данных выше.

При сроке заключения более 2 лет вся программа лечения может быть выполнена в ИТК. При дальнейшем пребывании заключенного в ИТК МСЧ должна принимать на себя функции наркологического диспансера или кабинета и держать его на динамическом учете в течение 5 лет, проводя поддерживающее лечение. При небольшом сроке заключения этапы лечения могут разбиваться на 2 и даже 3: 1-й — в ИТК, 2-й — в ЛТП, 3-й — по месту жительства.

В ИТК рекомендуется особенное внимание уделять психотерапевтической и санитарно-гигиенической работе. Здесь заключенный находится под двойным контролем — карательным и лечебным. В отличие от ЛТП его окружают люди, нарушившие закон, часть из них играет отрицательную роль в психотерапевтической перестройке личности человека, страдающего алкоголизмом.

Среди профилактируемых определенное число составляют женщины, имевшие судимость. Среди них немало лидеров, отрицательное влияние которых по возможности следует исключить, по крайней мере на ту часть больных, которая впервые оказалась в условиях изоляции. Режим для таких лидеров и аналогичных лиц должен отличаться большой строгостью, требовательностью. Особой тщательности требует организация работы по восстановлению семьи: переписка, свидания с родителями, мужем, детьми.

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

- Абстиненция барбамиловая 313
- вызванная транквилизаторами 312
- опийная 309
- опийно-барбитуровая 214
- морфинная 310
- при алкоголизме 190
- гашишизме 207
- злоупотреблении снотворными средствами 199
- кокаинизме 192
- наркомании 190
- купирование 304
- табакокурение 205
- токсикомании осложненной 212
- Авитаминозы 142
- Алкоголизм, больной дееспособный 102
- недееспособный 102
- винный 168
- клиническая картина 168
- психоз, форма затяжная 168
- рецидивирующая 168
- эпизодическая 168
- влияние на рост дорожно-транспортных происшествий 48
- несчастных случаев 47
- трудоспособность 46
- возраста зрелого 155
- пожилого 155
- воспитание трудовое 65
- деменция 129
- детский, влияние среды 154
- изменение личности 154
- хронический 154
- этапы 153
- диагностика, врачебная ошибка 237
- женский, изменение интеллекта 151
- психики 151
- отклонения соматоневрологические 151
- признаки 149
- распространение 42
- синдром похмельный, формирование 150
- стадия начальная, формирование 149
- поздняя 152
- изменения личности 128
- органов внутренних 178
- патологоанатомические 176
- печени 178
- почек 179
- сердца 178
- сосудов 178
- история распространения 22
- лечение 241
- аутогемотерапия 268
- аутотренинг 252
- библиотекотерапия 253
- в ИТК 324
- ЛТП 320
- водолечение 269
- ванны 269
- души 269
- восстановительное 255
- гипнотерапия 247
- по Рожнову 251
- диетотерапия 269
- добровольное 244
- историческая справка 27
- кислородотерапия 269
- комплексное 67
- курсы минимальные обязательные 58
- мелотерапия 252
- подготовительное 262
- дезинтоксикационное 263
- поддерживающее 281
- поликлиническое 243
- принудительное 65
- методы 317
- организация 84
- срок 66
- трудовая деятельность больных, оплата 89
- психотерапия 243, 246
- групповая 247
- косвенная 247
- педагогическая 254
- рациональная 254
- семейная 249
- суггестивная 248
- супружеских пар 249
- ремиссия, поддержание 285
- срыв 287
- лечебные мероприятия 287
- рефлексотерапия 269
- срок минимальный 61
- стационарное 242
- трудовая терапия 243
- трудовое воспитание 67
- участие больного 89
- учет лечебно-профилактический 57
- этапы 244
- личности психопатические 116
- лишение родительских прав 81
- нарушения системы нервной периферической 131
- центральной 174
- сердечно-сосудистой 139
- ограничение дееспособности больного 102
- осложненный 18, 288

- ответственность уголовная 79
- период после лечения, наблюдение больных 88
- привыкание психическое 117, 124
- физическое 125
- причины в возрасте зрелом 115
- пубертатном 115
- юношеском 115
- факторы социальные 114
- проблема защиты семьи 80
- профилактика 215
- проявления клинические 105
- развитие, значение образования 115
- положения материального 115
- семейного 115
- факторов психологических 116
- физиологических 114
- предвестники 120
- расстройства, галлюцинозы 156
- делирий 156
- депрессии 156
- дипсомании 156
- энцефалопатии 156
- психозы бредовые 156
- острые 156
- энцефалопатии 156
- семьи наследственно отягощенные 147
- синдромы основные 119
- среди несовершеннолетних 79
- стадия начальная, нарушения системы нервной 131
- расстройства неврологические 130
- психики 126
- синдром похмелья 125
- поздняя, синдром похмелья 125
- сроки формирования 132
- хроническая, нарушения системы нервной 131
- расстройства неврологические 130
- психики 131
- синдром похмелья 125
- сроки формирования 132
- трудоустройство больных после лечения 68
- трушебный 49
- учет 42
- хронический, изменения высшей нервной деятельности 109
- лечение, особенности 281
- принудительное, организация 84
- состояние опьянения, течение 113
- эпидемиология 41
- этиопатогенез 114
- юношеский, роль психопатий 154
- этапы 153
- Алкоголь, влияние на активность мозга биоэлектрическую 108
- организм 135
- ребенка 152
- отравление, доза смертельная 176
- привыкание в возрасте детском 153
- пубертатном 153
- юношеском 153
- раннее 152
- Альдегид уксусный, токсичность 107
- Антидепрессанты, зависимость физическая 196
- Атеросклероз церебральный при алкоголизме 174
- Аутогемотерапия при алкоголизме 268
- Белая горячка см. Делирий алкогольный
- Беременность при алкоголизме 147
- Библиотекотерапия 253
- Болезнь алкогольная, классификации 121
- прием алкоголя в период начальный 123
- предвестников 123
- хронический 123
- реактивность организма, развитие 122
- синдромы предпочтительные 121
- стадия начальная 121
- поздняя 121
- предвестников 122
- хронический 121
- Вернике 146, 166
- гипертоническая при алкоголизме 139
- Боль головная 147
- Больница наркологическая 61
- Больной алкоголизмом, качества эмоционально-волевые 129
- направление в стационар 242
- функции интеллектуально-мнестические 129
- Бред ревности алкогольный 165
- при токсикомании снотворными средствами 209
- хронический, лечение 301
- Вернике болезнь 146, 166
- Вещества наркотические, гашиш 183
- диетиламид лизергиновой кислоты 194
- кокаин 191
- ЛСД 194
- мефротан 196
- морфин 187
- опиум 187
- психобицины 194
- психоактивные, контроль международный 20
- Влечение к алкоголю, стадия начальная 124
- предвестников 124
- хроническая 124

Вменяемость лиц, совершивших преступление в состоянии опьянения 100
 Водолежение при алкоголизме 269
 — ванны 269
 — души 269
 Врач-нарколог, взаимоотношение с родственниками больных 239
 — обязанности 70
 — работа с больным 235
 — врачебная тайна 237
 Вытрезвитель медицинский, задачи 66
 — персонал, задачи 76
 Вытрезвление 292
 — метод ускоренный 294

Галлюцинации при делирии алкогольного 159
 — токсикомании ЛСД 210
 — средствами снотворными 209
 — слуховые при токсикомании циклодомом 210
 Галлюциноз(ы) алкогольный острый 161
 — лечение 299
 — подострый 162
 — хронический 162
 — варианты 156

Гашиш 183
 Гашишизм 183
 — абстиненция, развитие психоза 207
 — формирование 186
 — лечение 308
 — психозы 207
 — стадия возбуждения 184
 — начальная 185
 — поздняя 186
 — предвестников 184
 — угнетения 184
 — хроническая 185
 — течение активно-прогредиентное 186
 — медленное 186
 — умеренное 186
 — хронический, психозы 208

Гепатит алкогольный 138
 Гигиеническое просвещение населения 218

Дееспособность больных алкоголизмом, определение 102
 — наркомана, определение 102

Делирий алкогольный, автоматизмы психические моторные 160
 — галлюцинации 159
 — иллюзии 159
 — клиническая картина 158
 — летальность 161
 — лечение 298
 — нарушение ориентировки 160
 — период начальный, продолжительность 161
 — развитие 158
 — синдром онейроидный 160

— тремор рук 160
 — форма abortивная 161
 — тяжелая 161
 — при токсикомании снотворными средствами 208

Деменция при алкоголизме 129
 Деонтология медицинская 232
 Депрессия алкогольная 166
 — лечение 301
 Диеотерапия при алкоголизме 269
 Дипсомания 123, 167
 Диспансер наркологический, задачи 54
 — нормативы должностей медицинского персонала 69
 — психиатров-наркологов 69
 Дизитиламид лизергиновой кислоты 194

Железа поджелудочная, деятельность, нарушение 137
 Желудочный сок, выделение под действием алкоголя 136

Изменения личности при алкоголизме 128
 Иммуная реактивность, снижение 142
 Инсульт 145
 Интоксикация алкогольная острая, картина патологоанатомическая 177
 — хроническая, картина патологоанатомическая 177
 — экспертиза при исследовании трупа 103
 — никотиновая, лечение 314
 Исправительно-трудовые колонии, контингенты 90

Кабинет наркологический в общесоциальной больнице 65
 — поликлинике 65
 — на промышленном предприятии, обязанности психиатра-нарколога 72
 Кардиомиопатия алкогольная 139
 Кислородотерапия при алкоголизме 269

Кодеин 187
 Кокаин 191
 — привыкание патологическое 194
 Кокаинизм 191
 — лечение 309
 — психозы 208
 — стадия начальная 192
 — поздняя 193
 — хроническая 192
 Кома алкогольная 112
 Кофеинизм 200
 Курение, действие на организм 204
 — среди девочек 207
 — детей 206
 — подростков, причины 206
 — расстройства нервные 206

Лекарственная зависимость врожденная 13

- определение 12
- приобретенная 13
- тип психический 13
- физический 13

Лечебно-трудовой профилакторий, задачи 85

- для женщин 66
- лечение больных 320
- ограничения для направления на лечение 87
- отделение амбулаторное 88
- стационарное 88
- структура 85

Личность, особенности психопатические при алкоголизме 176

Лишение родительских прав при алкоголизме 81

«Лоскутная» память 112

ЛСД, применение 194

- продолжительность действия 195
- расстройства психические 195

Медицинская сестра патронажная, обязанности 74

- стационара наркологического, задачи 75
- участковая, обязанности 74

Медицинский персонал средний, работа антиалкогольная 225

Мелотерапия 252

Мелотан, зависимость физическая 196

Мозг головной, поражение травматическое, стремление к алкоголю патологическое 174

Морфин 187

Наркологическая больница 62

- задачи 62
- состав 62
- структура 62
- бригада 59
- помощь, организация 52
- в автохозяйстве 67
- колхозе 67
- совхозе 67
- учреждении 67
- на стройке 67
- служба, организация 53

Наркологический диспансер, задачи 54

- состав 55
- кабинет 60
- на производстве, лечение групповое 260
- пост на предприятиях 224
- стационар, врач-нарколог, обязанности 70
- врач-ординатор, обязанности 71

Наркологическое отделение, режим 64

Наркология, аспекты правовые 77

Наркоман, вид внешний 190

— дееспособный 102

— недееспособный 102

— ограничение дееспособности 102

Наркомания, астенія психическая 190

— в Пакистане 51

— США 50

— Франции 51

— ФРГ 51

— Швейцарии 51

— Швеции 50

— Японии 51

— зависимость психическая 182

— физическая 182

— исследования патологоанатомические 191

— история борьбы 22

— распространения 22

— лечение, гипнотерапия 250

— добровольное 244

— изоляция больных 245

— особенности 302

— подготовительное 262

— принудительное 317

— принцип 244

— реадaptация 256

— срок минимальный 61

— трудовое воспитание 67

— участие больного 89

— меры борьбы, историческая справка 38

— опийная, трансформация в токсикоманию 213

— осложненная 18

— алкогольная 211

— алкогольно-гашишная 213

— алкогольно-опийная 213

— патогенез 182

— период после лечения, наблюдение больных 88

— преступления, лица вменяемые 101

— невменяемые 101

— профилактика 215

— работа санитарно-гигиеническая 226

— распространение 181

— типа морфинного 187

— стадия начальная 188

— поздняя 189

— хроническая 188

— трансформация 214

— формирование, стадия I 182

— II 182

— III 182

— хроническая, лечение, библиотекотерапия 253

— эпидемиология 41

Наркотики, действие, этапы 181

— морфинные, действие 187

— зависимость психическая 188

— отравление острое 188

Нарушение(я) мозгового кровообращения 145

— нервной системы 131

— психопатоподобные, тип истерический 127

— — — взрывчатый 128

Неврозы при алкоголизме 175

Некронефроз токсический 138

Нефропатия алкогольная 138

Обмен веществ, нарушения 142

Олигофрения при алкоголизме 175

Опий 187

Опьянение алкогольное атипичное 113

— — — виды 110

— — — диагностика 92

— — — исследования лабораторные 92

— — — концентрация алкоголя в крови

93

— — — механизмы патофизиологические 108

— — — нарушение деятельности внутренних органов 109

— — — реакции моторных 109

— — — речи 109

— — — функций ЦНС 109

— — — осложненное 113

— — — переход в коматозное состояние 112

— — — при хроническом алкоголизме, течение 113

— — — реакции психические 109

— — — форма дисфорическая 111

— — — тяжелая, помощь неотложная 292

— — — эйфорическая 111

— — — экспертиза на следующий день после употребления алкоголя 94

— — — при атипичном течении опьянения 100

— — — судебно-медицинская, лица вменяемые 100

— — — — невменяемые 100

— — — патологическое, длительность 157

— — — особенности 157

— — — поведение внешнее 157

— — — форма галлюцинно-параноидная 158

— — — делириозная 158

— — — маниакальная 158

— — — сумеречная 158

Ответственность за преступление, связанное с употреблением алкоголя 83

— — — — — наркотиков 83

— — — распространение наркотиков 83

— — — управление транспортом в состоянии опьянения 83

Палимпсест алкогольный 112

Панкреатит, роль алкоголя 138

Паранойд алкогольный 163

— — — острый 299

— — — подострый 301

— — — симптоматика неврозоподобная 163

— — — психотическая 163

— — — хронический, лечение 301

— — — — — течение 164

Печень, дистрофия алкогольная 138

— — — функции, изменения при алкоголизме 137

— — — цирроз алкогольный 138

Пневмония крупозная при алкоголизме 141

Полинаркомания 211

Полиневропатия алкогольная 144

— — — форма атактическая 144

— — — — — двигательная 144

— — — — — смешанная 144

— — — — — чувствительная 144

Политоксикомания 18, 211

Полиэнцефалит геморрагический 146, 166

— — — — — лечение 301

Помощь медицинская неотложная, набор инструментов 294

— — — — — медикаментов 294

Попечительство над ограниченными в дееспособности гражданами 102

Правонарушения, связанные с употреблением алкоголя 82

Предвестники алкоголизма 120

Препараты морфинные 187

— — — доза смертельная 187

Преступление на фоне алкоголизма, состояние реактивное 101

— — — — — наркомании, лица вменяемые 101

— — — — — невменяемые 101

— — — — — токсикомании, лица вменяемые 101

— — — — — невменяемые 101

Проба Раппопорта 92

— — — Шинкаренко — Мохова 93

Промедол, действие на организм 187

Пропаганда антиалкогольная 218

— — — в ЛТП 224

— — — задачи 221

— — — лекционная 222

— — — среди учащихся 219

Псевдодипсомания 123

Психиатр-нарколог промышленного предприятия 72

— — — участковый, задачи 59

— — — — — нормативы должностей 69

— — — — — обязанности 70

Психика, изменения при алкоголизме 126

Психогигиена 216

— — — связь с психопрофилактикой 217

Психоз(ы) алкогольный 130, 156

— — — бредовый, возникновение 164

— — — — — признак ведущий 164

— — — — — хронический 164

— — — — — возникновение 156

— — — — — лечение 295

— — — — — экспертиза судебно-психиатрическая 101

— — — — — антабусный 167

— — — — — стадии 167

- винные 169
- гашишные 207
- лечение 309
- маниакально-депрессивный 172
- диагностика 172
- метаалкогольный см. *Психоз ал-
когольный*
- при наркомании 207
- токсикомании 207
- ЛСД 210
- циклодолом 210
- хроническом приеме первитина 209

— фенамина 209

Психотерапия 245

- педагогическая 254
- при алкоголизме 90, 246
- групповая 90
- индивидуальная 90
- рациональная 90, 254

Психотропные вещества, определение 19

Пьянство одиночное 127

- особенности в зависимости от воз-
раста 148

— пола 148

Раппорта проба 92

Расстройства неврологические 143

- в стадии алкоголизма начальной 130

— предвестников 130

— хронической 130

- сексопатологические у женщин 143

— мужчин 143

— соматические 135

Реадаптация, звенья 257

Ремиссия, поддержание 285

— срыв 287

— лечебные мероприятия 287

Рефлексотерапия при алкоголизме 269

Санитарно-гигиеническая работа, касающаяся наркомании 226

Санитарное просвещение 225

Седуксен, зависимость физическая 196

Сибазон, зависимость физическая 196

Синдром алкогольный фетальный 147

— атаксический 146

— зависимости, определение 16

— никотиновый 204

— онейроидный 159

— похмельный стадии алкоголизма начальной 125

— поздней 125

— хронической 125

— развитие 118

— у женщин 150

— судорожный алкогольный 145

Система нервная периферическая, нарушения 131

— центральная, поражение при алкоголизме 174

— сердечно-сосудистая, нарушения при алкоголизме 139

Смертность при алкоголизме в разных странах 44

Сон лечебный 269

— гипнотическая 269

— медикаментозный 269

— электросон 269

Состояние коматозное алкогольное, признаки 293

Спирт этиловый, действие на высшую нервную деятельность 107

— доза смертельная 103

— отравление острое 103

— отек легких 141

— превращения в организме биохимические 105

— свойства 105

Спиртные напитки, потребление в Бельгии 23

— Великобритании 23

— Германии 23

— Дании 23

— США 23

— Швейцарии 23

— ограничение, историческая справка 25

Среда микросоциальная, оздоровление 228

Средства нейролептические мягкие 196

— зависимость физическая 196

— снотворные, зависимость 197

Стадия предвестников, расстройства неврологические 130

Стационар дневной для лечения алкоголизма 60

Суицидальные попытки при алкоголизме 167

Табакотурение 203

— методы отучивания 313

— расстройства соматические 205

— синдром никотиновый, стадия начальная 204

— поздняя 205

— хроническая 205

Теизм 200

Терапия условнорефлекторная 270

Токсикоман дееспособный 102

— недееспособный 102

Токсикомания 196

— вызванная антидепрессантами 196

— ЛСД, психозы 210

— мепротаном 196

— первитином, психозы 209

— седуксеном 196

— сибазоном 196

— средствами ароматическими 312

- — — нейролептическими мягкими 196
- — — психотропными 196
- — — снотворными, смертность 199
- — — — стадия начальная 198
- — — — — поздняя 199
- — — — — предвестников 198
- — — — — хроническая 198
- — — транквилизаторами 196
- — — триоксазином 196
- — — фенамином, психозы 209
- — — циклодолом, галлюцинации слуховые 210
- — — чифирем 200
- — — элениумом 196
- — — зупоктином 196
- — — история борьбы 22
- — — распространения 22
- — — лечение 251
- — — библиотекотерапия 253
- — — изоляция больных 245
- — — подготовительное 262
- — — поддерживающее 312
- — — принцип 244
- — — трудовое воспитание 67
- — — электросон 312
- — — осложненная 211
- — — помощь экстренная 311
- — — преступление, лица вменяемые 101
- — — невменяемые 101
- — — причины 196
- — — профилактика 215, 227
- — — эпидемиология 41
- Транквилизаторы, зависимость физическая 196
- — — токсикомания 196
- Трудоустройство после лечения 258
- Туберкулез при алкоголизме 142
- Фельдшер-нарколог, обязанности 75
- — — работа антиалкогольная 224
- Физиотерапия при алкоголизме 269
- — — диатермия 269
- — — электрофорез 269

- Циклодол, интоксикация 200
- — — стадии 201
- — — токсикомания 200
- — — эффект галлюциногенный 200
- — — опьяняющий 200
- — — эйфоризирующий 200
- Цирроз печени алкогольный 138

Чифирь 200

Шизофрения вялотекущая при алкоголизме 171

- — — дебют острый 169
- — — — картина психопатологическая 169

- — — — — стадия I 170

- — — — — II 170

- — — — — простая, вариант психопатоподобный, связь с алкоголизмом 171

Шинкаренко — Мохова проба 93

Экспертиза временной нетрудоспособности вследствие опьянения 95

- — — опьянения 91
- — — судебно-медицинская 103
- — — психозов алкогольных 101
- — — судебно-психиатрическая 96
- — — задачи 96
- — — заключение 98
- — — отделения при психиатрических больницах 97
- — — состав комиссии 97
- — — срок 97
- — — эксперт судебно-медицинский, права 98

Элениум, зависимость физическая 196

Энцефалопатия алкогольная, клиническая картина 165

- — — острая 144, 165
- — — хроническая 165

Эпилепсия генуинная 173

Этика медицинская 231

Эуноктин, зависимость физическая 196

УКАЗАТЕЛЬ ПРЕПАРАТОВ

- Азафен 266, 283
 Алоэ, экстракт жидкий 267
 Амидопирин 306
 Амизил 264
 Аминазин 265
 — раствор 2,5% 305
 Аминалон 284
 Амитриптилин 283
 Анальгин 306
 Антидепрессанты 266
 Апоморфин 270
 Атропина сульфата раствор 0,1% 278
 Барбамил 264
 Витамины, комплекс 263
 Витамин В₁₅ 263
 — Е 263
 — Р 263
 Галоперидол 296, 297
 Гемодез 298
 Диазепам 264
 Диафурон 280
 Димеколин 306, 310
 Женьшень, корень, таблетки 267
 Имизин 267, 283
 Инказан 266, 296
 Инсулин 268
 Кальция глицерофосфат 305
 — глюконата раствор 10% 278
 — хлорида раствор 10% 278
 Карбамазепин 297
 Кислота барбитуровая, препараты 264
 — галлодубильная 315
 — глутаминовая 263
 — никотиновая, дозы поддерживающие 284
 — пангамовая 263
 Лобелина раствор 5—6% 315
 Магния сульфат 306
 — — раствор 25% 278
 Мажептил 301
 Малейнат дамилена 302
 Маннитол 298
 Мебикар 264, 282, 296, 304
 Медазепам 264
 Мезапам 264, 283, 304
 Мелипрамин 267, 283, 305
 Меллерил 283
 Метионин 263
 Метронидазол 280
 — дозы поддерживающие 284
 Микстура Бехтерева 305
 Модитен-депо 283
 Мочевина 298
 Напотон 264
 Настой аралии маньчжурской 267
 — валерианы 316
 — пустырника 316
 Настойка чернильных орешков спиртовая 315
 Натрия аденозинтрифосфата раствор 268
 — бромид 316
 — метабисульфит 278
 — тиосульфата раствор 30% 263
 Ниаламид 305
 Никоноцид 275
 Нитразепам 264, 296
 Нифулидон 280
 Нозепам 265, 282, 296
 Ноотропил 263, 284
 Нуредаль 305
 Оксазепам 265
 Оксидин 265
 Оптазол 280
 Отвар баранца 273
 — — осложнения 274
 — — противопоказания 274
 — корневища змеиного 315
 — чабреца 267
 Пентамин 310
 Пантокрин 267
 Пелонин 275
 Пеллаграмин 275
 Перфеназин 265
 Пиразидол 266, 283
 Пирацетам 263, 284, 311
 Пирогенал 287
 Пирроксан 265, 304
 Психотропные средства 264
 Радедорм 264
 Радотер 279
 Реланиум 264
 Ромпаркин 310
 Рудатель 264, 283
 Седуксен 264
 Серебра нитрат 315
 Сибазон 264, 296
 Сиднокарб 283
 Стазепин 297
 Стелазин 266
 Строфантина раствор 0,05% 278
 Сульфозин 268, 275, 287, 305
 Табекс 316
 Танин 315
 Тазепам 265, 282
 Терален 296
 Тетурам 276
 — дозы поддерживающие 284
 — проба (ы) первая 277
 — — повторные 277
 Тетурамапоморфиноалкогольная реакция 280
 Тиамин 298
 Тизерцин 296, 299

Тиопроперазин 301
Тиоридазин 283
Тофранил 267
Трилафон 265
Триседил 305
Трифлуперидол 305
Трифтазин 266
Трихопол 280
Унитиол 263
Феназепам 265
Фенобарбитал 264
ФиБС 268
Финлепсин 297
Флагил 280
Френолон 283, 302
Фторацизин 283, 302
Фуразолин 280

Фуроксон 280
Хлозепид 264, 282
Хлоралгидрат 278
Хлордиазепоксид 264
Циклодол 266
Цитизина водный раствор 15% 315
Цититон 316
Экстракт белладонны 278
— валерианы 316
Элениум 264, 282
Эметин 272, 306
Эспераль 279
— противопоказания 279
Этаминал-натрий 264
Этаперазин 265, 296
Эуноктин 264, 296

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие. Э. А. Бабаян, М. Х. Гонопольский	3
Введение. Э. А. Бабаян, М. Х. Гонопольский	5

Часть I

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ. Э. А. Бабаян	9
Глава 1. Терминология	9
Глава 2. Из истории распространения алкоголизма, наркомании, токсикомании и организации борьбы с ними	22
Глава 3. Эпидемиология алкоголизма, наркомании, токсикомании	41
Глава 4. Организация наркологической помощи населению и некоторые формы борьбы с пьянством и алкоголизмом	52
Глава 5. Медицинский персонал (штаты, функциональные обязанности)	69
Глава 6. Правовые аспекты в наркологии	77
Глава 7. Организация принудительного лечения	84
Глава 8. Экспертиза в наркологии	91

Часть II

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМА. М. Х. Гонопольский	105
Глава 1. Механизм действия алкоголя на организм	105
Глава 2. Этиопатогенез алкоголизма	114
Глава 3. Синдромология и динамика алкогольной болезни	119
Глава 4. Отрицательное влияние алкоголя на организм человека	135
Глава 5. Особенности пьянства и алкоголизма в зависимости от пола и возраста	148
Глава 6. Алкогольный (метаалкогольный) психоз	156
Глава 7. Алкоголизм и психические болезни	169
Глава 8. Патологоанатомические изменения	176

Часть III

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НАРКОМАНИИ И ТОКСИКОМАНИИ. М. Х. Гонопольский	181
Глава 1. Наркомания. Отдельные виды наркомании. Э. А. Бабаян, М. Х. Гонопольский	181
Глава 2. Токсикомания	196
Глава 3. Табакокурение	203
Глава 4. Психозы при наркомании, токсикомании	207

Глава 5. Полинаркомании, политоксикомании. Осложненные наркомании и токсикомании. Трансформация видов наркомании и токсикомании. Э. А. Бабаян, М. Х. Гонопольский	211
---	-----

Часть IV

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АЛКОГОЛИЗМА, НАРКОМАНИИ И ТОКСИКОМАНИИ. Э. А. Бабаян, М. Х. Гонопольский	215
--	------------

Глава 1. Психогигиена и санитарное просвещение	215
Глава 2. Деонтология	231
Глава 3. Основные принципы лечения	241
Глава 4. Психотерапия	245
Глава 5. Восстановительное лечение	255
Глава 6. Подготовительное лечение	262
Глава 7. Основное антиалкогольное лечение	270
Глава 8. Поддерживающее лечение	281
Глава 9. Особенности лечения некоторых форм алкоголизма	288
Глава 10. Вытрезвление. Скорая и неотложная медицинская помощь	292
Глава 11. Лечение алкогольных психозов	295
Глава 12. Лечение наркомании и токсикомании	302
Глава 13. Принудительное лечение алкоголизма и наркомании	317
Предметный указатель	326
Указатель препаратов	333

Учебное пособие

Эдуард Арменакович Бабаян,
Маркс Хаймович Гонопольский

НАРКОЛОГИЯ

Редактор *Г. М. Руденко*
Редактор издательства *М. И. Сухерова*
Художественный редактор *Т. К. Винокурова*
Технический редактор *Н. В. Сорокина*
Корректор *Л. Ф. Карасева*

ИБ № 4678

Сдано в набор 05.08.86. Подписано к печати 31.03.87. Т-03718 Формат бумаги 84×108/32. Бумага кн.-журн. Гарнитура Таймс. Печать высокая. Усл. печ. л. 17,64. Усл. кр.-отт. 17,85. Уч.-изд. л. 20,29. Тираж 85 000 экз. Заказ 2916. Цена 70 коп.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина» 101000 Москва, Петроверигский пер., 6/8

Ордена Октябрьской Революции и ордена Трудового Красного Знамени МПО «Первая Образцовая типография» им. А. А. Жданова Союзполиграфпрома при Государственном комитете СССР по делам издательства, полиграфии и книжной торговли. 113054, Москва, Воровская, 28.

56.14

Б12



УЧЕБНАЯ ЛИТЕРАТУРА

Для студентов
медицинских институтов

51037-1

Э.А. Бабаян
М.Х. Гонопольский

Наркология

70 коп.

Медицина