

## Психические и поведенческие расстройства в результате употребления психоактивных веществ

### ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В РЕЗУЛЬТАТЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ОПИАТОВ

*Распространенность.* Опиаты -наиболее распространенные наркотики после каннабиноидов. Число потребителей колеблется в разных странах и регионах от 1% до 0,05% населения. Не менее 30% потребителей опиатов составляют подростки. В Беларуси в 2000 г. на наркологическом учете состояло 4483 опийных наркомана, из них 253 подростка. Эти цифры не отражают истинную распространенность зависимости. Существует предположение о том, что на одного зарегистрированного наркомана приходится 5-10 незарегистрированных.

*Этиология и патогенез.* К опиатам относятся: опий, морфин, кодеин, героин, фентанил, метадон и др. Среди подростков распространено кустарное получение опиатов для внутривенного введения из различных частей макового растения (млечный сок, стебли, головки) с последующей экстракцией. Изредка маковая соломка употребляется внутрь (в виде кашицы или чая). Героин в виде порошка для инъекций и вдыхания изготавливается в нелегальных лабораториях. Эффект действия опиатов (эйфория, миоз, угнетение дыхания) обусловлен их связыванием с опиатными рецепторами головного и спинного мозга.

*Клиническая картина.* Острая интоксикация характеризуется наступающей через 10-15 мин эйфорией, анал-гезией, вегетативными проявлениями («горячая волна», идущая снизу вверх, покраснение, зуд, покраснение лица и шеи). Отмечаются миоз (зрачки приобретают размеры булавочной головки), подавление кашлевого рефлекса, угнетение дыхания и перистальтики кишечника, бради-кардия, гипотония. Опьянение длится от 2 до 6 ч, заканчивается вялостью и сонливостью. Подростки малоподвижны, ищут покоя и уединения, испытывают грезопо-добные фантазии. При передозировке опиатов нарастает оглушение (вплоть до комы), возможен летальный исход в результате угнетения дыхания.

*Употребление с вредными последствиями.* Развиваются периферическая нейропатия, миелопатия, снижение тактильной чувствительности. Характерны абсцессы и тромбофлебиты в местах инъекций, увеличение частоты респираторных заболеваний (пневмоний), отек легких (при интоксикации героином), нарушение функции печени и почек, ВИЧ-инфекция, инфекционные гепатиты, снижение либидо, задержки месячных, эмоциональные расстройства в виде тревоги, депрессии, изменения личности с тенденцией к асоциальности и эгоцентрическим стремлением к употреблению наркотиков.

*Синдром отмены.* Возникает через 6-8 ч после последнего введения наркотика. Доминируют мысли о повторном введении препарата. Отмечаются аффективные нарушения в виде дисфорий, тревоги, депрессии, демонстративного (истерического) поведения с рыданиями, заламыванием рук, театральными суицидальными попытками и требованиями денег на приобретение опиатов. Характерны бессонница и потеря аппетита. Достаточно специфичны вегетативные нарушения: расширение зрачков, на- сморк, чихание, слезотечение, познабливание, потливость, тремор, мышечные и суставные боли («ломка»), неусидчивость, схваткообразные боли в животе, рвота, понос. Повышается артериальное давление, температура, учащается пульс. Симптомы отмены наиболее выражены на 2-4-е сутки. Затем на протяжении 1-2 недель они сглаживаются, однако влечение к наркотикам сохраняется в течение нескольких месяцев. Психозы при зависимости от опиатов возникают редко, возможны затяжные депрессивные состояния. При длительном заболевании формируется психоорганический синдром с выраженными изменениями личности.

*Диагностика.* Включает определение опиатов в крови и моче, сбор наркологического анамнеза у больного и родственников, учет поведения больного (жалобы на сильные боли и требования введения наркотика), осмотр кожных покровов («дорожки» в местах инъекций), типичную клиническую картину острой опиоидной интоксикации и синдрома отмены, а также применение

налоксоновой пробы (внутривенное введение 0,2-0,4 мг налоксона вызывает расширение зрачков у потребителей опиатов).

*Дифференциальная диагностика.* Дифференциальная диагностика с другими формами психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ осуществляется на основании разницы в клинических проявлениях и определении наркотиков в биологических средах организма.

## ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ КАННАБИНОИДОВ

*Распространенность.* Считается, что от 10 до 60% подростков пробовали каннабиноиды; от 1,5 до 4% - употребляют ежедневно.

*Этиология и патогенез.* Высушенные и размельченные цветы и листья конопли (марихуана), собранная на верхушках конопли смола (гашиш, анаша, план) содержат тетрагидроканнабиол, каннабинол, каннабидиол, которые связываются с G-протеинсодержащими рецепторами нейронов и при курении, заваривании, поедании вызывают наркотическое опьянение.

*Клиническая картина.* Первые приемы могут не вызвать никаких субъективных положительных ощущений, наоборот возможны тошнота, головокружение, головная боль. При дальнейшем употреблении, обычно в «своей» компании, курильщики, затягиваясь и передавая папиросу по кругу, через 5-10 мин приходят в состояние веселости (эйфории) с приступами хохота, пустой, невнятной говорливости, излишней жестикуляции, присущее всем участникам процедуры (индуцирование друг друга). У некоторых возникает тревога, страх, подозрительность.

Психотические нарушения характеризуются психосенсорными расстройствами: изменяются размеры окружающих предметов, расстояния до них, окраска (очень яркая). Время тянется бесконечно медленно. Появляется чувство легкости, невесомости. Обостряется слух (например, шум слабой струи воды из крана воспринимается как грохот водопада), звуки музыки кажутся необычайно проникновенными. Возможны явления деперсонализации — раздвоение, наблюдение за собой со стороны. Нарушения сознания представлены легкой оглушенностью, делирием со зрительными и слуховыми галлюцинациями, онейроидом с отрешенностью и погружением в мир грезоподобных, часто эротических, фантастических представлений, сумеречными состояниями с полной дезориентировкой, невозможностью установить контакт, немотивированной агрессией и последующей амнезией.

Вегетативные нарушения проявляются расширением зрачков, гиперемией конъюнктивы, и лица, сухостью во рту, першением в горле и кашлем, тахикардией. Длительность наркотического опьянения составляет несколько часов, психозы могут продолжаться несколько суток. По выходе из состояния наркотического опьянения появляется сильное чувство голода («волчий аппетит»), подростки съедают все, что оказывается под рукой. Насытившись, они становятся вялыми и быстро засыпают.

Гашиш относится к «легким» наркотикам. Для привыкания к нему требуется несколько лет регулярного приема. Некоторые ученые считают, что возникает только психическая зависимость. Делаются попытки легализовать марихуану на государственном уровне (Голландия). В то же время существует опасность перехода потребителя каннабиноидов на употребление более «тяжелых» наркотиков.

*Синдром отмены.* Выражен слабо и проявляется астенией, сонливостью или бессонницей, тревогой или дисфорией, вегетативными явлениями (холодные мокрые ладони).

*Диагностика.* Основывается на типичной клинической картине острой интоксикации, данных анамнеза, специфическом запахе в помещениях, где курят марихуану и запахе от одежды курившего, результатах лабораторных исследований смывов с рук и мочи.

*Дифференциальная диагностика.* Проводится на основании различий клинических проявлений после употребления психоактивных веществ других групп. Дифференциальная диагностика хронических хронических психозов с шизофреноподобной симптоматикой и шизофренией базируется на наличии при шизофрении негативной симптоматики (апатия, абулия, аутизм) и преобладании при хроническом интоксикационном психозе психоорганического синдрома с неврологическими знаками (дизартрия, атаксия, анизокория и др.).

## ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В РЕЗУЛЬТАТЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ СЕДАТИВНЫХ И СНОТВОРНЫХ ВЕЩЕСТВ

*Распространенность.* Случаи выраженной зависимости встречаются редко. Однако многие подростки с асоциальным поведением используют препараты этих групп на стадии «наркотического экспериментирования»; для усиления действия наркотических средств и алкоголя; как заменитель привычного наркотика при его отсутствии; для смягчения синдрома отмены. В Беларуси в 2000 г. состояло на учете 175 человек, из них - 12 подростков.

*Этиология и патогенез.* К данному виду зависимостей относится немедицинское употребление барбитуратов (*фенобарбитал*, *небутал*, *барбамил*, *натрия оксибутират*); транквилизаторов (*диазепам*, *феназепам*, *нитразепам*, *хлордиазепоксид*, *алпразолам* и др.); *реладорма* (в состав которого входит циклобарбитал) и др. В малых дозах эти препараты оказывают эйфорический эффект, в больших - наркотический. Они взаимодействуют с рецепторами гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК), что приводит к гиперполяризации клетки и снижает порог судорожной готовности.

*Клиническая картина.* Клиническая картина острой интоксикации имеет несколько периодов. *Острая интоксикация.* В начальный период - эйфория, чувство покоя, забывание неприятностей, затем - оглушенность, паузы перед ответами, смазанная речь, трудность сосредоточения, неустойчивая походка, возможны раздражительность, агрессивность. Состояние заканчивается сном, который при передозировке может перейти в сопор и кому. Вегетоневрологические расстройства представлены устойчивым нистагмом, сужением или расширением зрачков, ослаблением сухожильных рефлексов, угнетением дыхания.

*Вредные последствия.* После употребления этих препаратов возможны пневмония, отек легких, печеночная и почечная недостаточность, гипотензия, аллергические реакции. Длительный прием препаратов данной группы вызывает изменения личности по эпилептоидному типу (вязкость мышления, взрывчатость, снижение памяти).

*Синдром отмены.* Характеризуется чувством тревоги, дисфорией, психомоторным возбуждением, недомоганием, слабостью, бессонницей, тошнотой и рвотой, атаксией, тремором, судорожными припадками, преходящими галлюцинаторными обманами и бредовыми высказываниями.

*Диагностика и дифференциальная диагностика.* При постановке диагноза учитывают анамнез, типичную клиническую картину интоксикации, синдрома отмены и ре- :щдуального состояния, лабораторное выявление препаратов и их метаболитов в крови и моче. Всегда следует помнить о возможности суицидальной попытки путем приема больших доз препаратов этих групп.

*Лечение.* При передозировке барбитуратов внутривенно вводится *бемегрид*, при передозировке бензодиазепинов - их специфический антагонист *флумазенил*. Вызывается рвота, осуществляется промывание желудка. Даются слабительные и активированный уголь, усиливается диурез. Проводится внутривенная инфузия *реополиглюкина* или *полиглюкина*, *физиологического раствора*, *5% раствора глюкозы*. Предотвращаются осложнения в виде угнетения дыхания, аспирации и отека мозга. Синдром отмены лечится детоксикацией, постепенным снижением дозы бензодиазепинов. Бензодиазепины должны применяться короткими курсами (не более 2 недель), во избежание

привыкания, а при необходимости продолжения терапии следует назначить транквилизаторы других групп (*триоксазин, фенибут, буспар* и др.).

## ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В РЕЗУЛЬТАТЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ КОКАИНА И ДРУГИХ СТИМУЛЯТОРОВ

*Распространенность.* Зависит от «моды» и доступности. Отмечены пики злоупотребления кокаином в США в 80-е гг. XX в. (до 0,2% популяции), расширение употребления 3,4-метилendioксиметамфетамина («экстази») в последнее десятилетие среди молодежи. В Беларуси в 2000 г. зарегистрировано 152 потребителя, из них - 19 подростков.

*Этиология и патогенез.* Кокаин - белый кристаллический порошок. Существует в Двух видах: кокаина гидрохлорид и кокаин-основание. Кокаина гидрохлорид употребляется внутривенно или ингаляционно (вдыханием через нос), кокаин-основание («крэк») - путем курения. Амфетамины - эфедрин («эфедрон»), первитин («ширка»), «экстази», «спид» (смесь амфетаминов) - применяются внутривенно, в виде порошка, таблеток. Кофеин также относится к стимуляторам ЦНС. Кокаин повышает уровни дофамина, норадреналина, серотонина за счет подавления их обратного захвата в синаптической щели. Амфетамины являются непрямыми моноаминовыми агонистами, высвобождая их из пресинаптических окончаний.

*Клиническая картина.* Клиническая картина острой интоксикации проявляется эйфорией, приливом энергии, повышением яркости ощущений и восприятия, психомоторным возбуждением, многоречивостью, ускорением мыслительных процессов при легковесности суждений, переоценкой возможностей. Отмечаются отсутствие потребности во сне и еде, сексуальная расторможенность. Возможны тревога, страх, агрессивность, галлюцинации и бред. Отмечаются: мидриаз, тахикардия, аритмия, гипотония, гипертермия, гипергидроз, сухость во рту, одышка, тремор, нистагм, судороги и др.

*Употребление с вредными последствиями.* Наблюдаются боли за грудиной, инфаркт миокарда, миокардиопатия, аритмия, отек легких, пневмоторакс, острая дистрофия печени, колит, кератит, язвенный гингивит, перфорация носовой перегородки, задержка мочи, снижение веса, сексуальные расстройства, депрессии со склонностью к суициду, изменения личности с сужением круга интересов.

*Синдром отмены.* Характеризуется выраженной вялостью, быстрой утомляемостью, болевыми ощущениями, склонностью к коллапсу, мышечным подергиваниям, нарушениями сна (сонливость или бессонница), повышенным аппетитом. Больные дисфоричны, подозрительны, агрессивны. Обостряется влечение к приему наркотика.

*Психотические расстройства.* Представлены кокаиновыми психозами: делирием с дезориентировкой, наплывом тактильных галлюцинаций (жучки, черви под кожей), параноидом с бредовыми идеями преследования, озлобленностью и агрессией. Клиническая картина амфетаминовых психозов характеризуется маниакальным состоянием с усилением воображения, яркими зрительными, слуховыми, обонятельными и тактильными галлюцинациями. Возможны нарушения дезориентировки (спутанность), бредовые идеи.

*Диагноз.* Ставится на основании типичной клинической картины злоупотребления стимуляторами и синдрома отмены. Специфичны: перфорация носовой перегородки при нюхании кокаина, «оранжевые» следы в местах инъекций и «крэковый палец». Незаменимы данные лабораторных исследований.

*Дифференциальная диагностика.* Проводится с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления других психоактивных веществ. Зрительные тактильные и обонятельные галлюцинации не характерны для аффективных и шизоаффективных расстройств.

## ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В РЕЗУЛЬТАТЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ГАЛЛЮЦИНОГЕНОВ

*Галлюциногены* — препараты, вызывающие галлюцинации, иллюзии, бред. К этой группе психоактивных веществ относятся *а-диэтиламид лизергиновой кислоты (ЛСД)*, *мескалин*, *псилобицин*, *фенциклидин*, холинолитические препараты (*атропин*, *тригексифенидил* - *цикло- дал*).

По мировой статистике наибольшее потребление галлюциногенов отмечается у лиц 18-25 лет; у мужчин в 5 раз чаще, чем у женщин.

*Распространенность.* В Республике Беларусь регистрируются единичные случаи.

*Этиология и патогенез.* Большинство галлюциногенов проявляет свои эффекты посредством влияния на обмен серотонина в мозге. Фенциклидин воздействует на глутаминергические рецепторы и в большей степени вызывает привыкание.

*Клиническая картина.* Клиническая картина острой интоксикации проявляется неконтролируемым смехом, плачем, изменением настроения, эйфорией, синестезией (ощущением цвета при определенных звуках), деперсонализацией (возможностью наблюдать себя со стороны), дереализацией (яркой окраской окружающего), зрительными галлюцинациями. Фенциклидиновая интоксикация похожа на амфетаминовую - с мышечной дискоординацией, нистагмом, судорогами, гипертензией, оглушенным сознанием, галлюцинозом.

*Употребление с вредными последствиями.* Возможны угнетение дыхания, кома, смерть.

*Синдром зависимости.* Носит характер психической зависимости.

*Синдром отмены.* Неспецифичен. Отмечаются эмоциональные колебания со страхом, импульсивными агрессивными и аутоагрессивными действиями. Фиксируются мидриаз, тахикардия, гипергидроз, повышенные рефлексy.

*Психотическое расстройство.* Представлено преходящими делириозными нарушениями в результате применения холинолитических средств (атропинсодержащие вещества); повторными признаками галлюциноза без применения психотомиметиков; затяжными галлюцинаторно-параноидными психозами с шизофреноподобной симптоматикой.

*Диагностика.* Основана на данных анамнеза и клинических проявлениях интоксикации.

*Дифференциальная диагностика.* Необходима в случаях психотических расстройств при применении ингалянтов и гашиша. О потреблении ингалянтов (бензин, ацетон и др.) можно судить по специфическому запаху одежды и выдыхаемого воздуха. Гашишный психоз без данных объективного анамнеза отличить сложно. Катамнестические наблюдения позволяют дифференцировать интоксикационные психозы от шизофрении.

## ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В РЕЗУЛЬТАТЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ЛЕТУЧИХ РАСТВОРИТЕЛЕЙ (ИНГАЛЯНТОВ)

*Распространенность.* В отличие от подростков, злоупотребляющих различными ПАВ, 6-7-летние дети пользуются ингалянтами. Распространенность обусловлена доступностью, широким выбором, простым способом введения (вдыхание). В разных местностях «найденные» ингалянты различаются, могут сменять друг друга в зависимости от изменения ситуации на рынке и в регионе. Считается, что один из десяти школьников пробовал или систематически употреблял летучие вещества. Реальное количество детей и подростков с зависимостью от ингалянтов трудно учесть. В Беларуси в 2000 г. на наркологическом учете состояло 410 человек, из них 66 детей и 176 подростков.

*Этиология и патогенез.* Действующим началом, быстро вызывающим эйфорию, являются содержащиеся в средствах бытовой химии и технических жидкостях (растворители,

пятновыводители, аэрозоли, бензины, клей и др.) алифатические и ароматические углеводороды (бензол, ксилолы, толуол, ацетон и другие кетоны, эфиры, спирты и др.). В качестве ингалянтов применяются также газы для анестезии (эфир, закись азота) и летучие нитриты. Быстрый эффект (через 5-10 мин) обусловлен легким проникновением летучих веществ в мозг. Вдыхают пары, смачивая жидкостями ткань, капая клей в целлофановые мешки и другими способами.

*Клиническая картина.* Клиническая картина острой интоксикации характеризуется эйфорией, легкостью в теле, расторможенностью, дезориентировкой, зрительными галлюцинациями, визуализацией представлений: «Что захочу, то и вижу». Дети часто видят «мультяшки», подростки - эротические сцены. Во время групповой ингаляции они могут обмениваться впечатлениями, индуцировать друг друга, хохотать. Отмечаются: гиперемия лица, склер, першение в горле, кашель, гипотензия, аритмия. Опьянение длится 10-30 мин. При передозировке возникают явления адинамии, дискоординации движений, смазанности речи, сопора и комы.

*Употребление с вредными последствиями.* В результате длительного вдыхания ингалянтов отмечаются конъюнктивиты, нарушения зрения, дерматиты вокруг рта и носа, изъязвления в дыхательных путях, бронхиты, носовые кровотечения, патология печени и почек. Возможен смертельный исход от удушья в целлофановых мешках, используемых для ингаляции. Хроническая интоксикация летучими растворителями ведет к токсической энцефалопатии с явлениями психоорганического синдрома и деменции. Замедляются мыслительные процессы, страдает сообразительность, ухудшаются внимание и память; характерны раздражительность, злобность, агрессивность, дизартрия, атаксия, нистагм. Могут отмечаться нейропатия, трофические нарушения - белые полосы на ногтях.

*Синдром зависимости.* Представлен явлениями как психической, так и физической зависимости с повышением толерантности, изменением стиля употребления (ранее в компании, затем - в одиночку), учащением приемов ингалянта, прекращением попыток скрыть употребление от окружающих, дисфориями при попытке помешать приему токсического вещества.

*Синдром отмены.* Характеризуется вялостью, сонливостью, головной болью, головокружением, тошнотой, шумом в ушах, раздражительностью, конфликтностью.

*Психотическое расстройство.* Носит признаки делирия (бензин), онейроида (пятновыводители, ацетон, клей). Встречаются атипичные шизофреноподобные психозы со слуховыми истинными и псевдогаллюцинациями, явлениями психического автоматизма и бредовыми идеями. Катанез позволяет отличить такие психозы от шизофрении.

*Диагноз.* Ставится на основании анамнеза, обнаружения у подростков тюбиков, мешков, тряпок со следами ингалянтов, «химического» запаха изо рта и от одежды, дерматита в области рта и носа, клинической картины опьянения, лабораторных данных, свидетельствующих об изменениях печени.

*Дифференциальная диагностика.* Осуществляется с психическими расстройствами при органических заболеваниях мозга, а также психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления других психоактивных веществ.

## ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В РЕЗУЛЬТАТЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

Острая алкогольная интоксикация обусловлена психотропным действием этилового спирта. Он вызывает длительную эйфорию. Алкогольная интоксикация, как правило, проявляется в виде простого алкогольного опьянения.

Клинически выделяют **три степени опьянения - легкую, среднюю и тяжелую**. Степень опьянения устанавливается по концентрации алкоголя в крови, которую определяют с помощью биохимических исследований. Наличие алкоголя в крови 0,5-1,5‰ соответствует легкой степени

опьянения, 1,5-2,5‰ - средней, свыше 2,5-3‰ - тяжелой степени. При острой алкогольной интоксикации с концентрацией алкоголя в крови свыше 3,5‰ наступает смерть (табл. 5). Указанные параметры хотя и являются важными признаками в определении степени опьянения человека, но не служат абсолютными показателями в диагностике состояния алкогольного опьянения. Дело в том, что быстрота развития и выраженность симптомов опьянения зависят не только от количества принятого алкоголя, но и от типа высшей нервной деятельности человека, индивидуальной чувствительности организма, степени утомляемости и качества спиртных напитков. Поэтому самым главным критерием при диагностике состояния опьянения является клинический метод.

Количество принятого алкоголя, мл	Концентрация алкоголя в крови, ‰	Мозговые центры, на которые влияет алкоголь	Клинические симптомы опьянения
50			Усиление сердцебиения, расширение сосудов, снижение давления, повышение аппетита
100	0,5	Центры коры, управляющие поведением	Искусственное повышение настроения, болтливость, излишнее оживление, ослабление внимания, утрата контроля над поступками
200	1	Подкорковые центры влечений	Изменение эмоционального восприятия, нарушение поведения
300	1,5	Подкорковые двигательные центры	Утрата контроля над мышцами
400	3	Подкорковые центры, поддерживающие тонус мозговой деятельности	Утрата ориентации, потеря сознания
1000	5	Центры продолговатого мозга, контролирующие жизненно важные функции	Паралич дыхания, смерть

*Легкая степень* опьянения характеризуется появлением в первые минуты после приема алкоголя приятного чувства тепла, мышечного расслабления, ощущения комфорта, повышенного настроения, самоуверенности, ложного оптимизма, хвастливости. Опьяневший человек весел, активен, поет песни, танцует, говорит громко, легко переходит с одной темы на другую. Однако суждения его становятся неточными, неконкретными, критика к оценке своего состояния и окружающей обстановке снижается.

При *средней степени* опьянения также наблюдается эйфория, усиливается двигательное возбуждение, которое сопровождается раздражительностью, иногда подавленным настроением. Речь опьяневшего однообразна, стереотипна, артикуляция невыразительна. Нарушается координация движений и равновесия. Возможны импульсивные поступки. В ряде случаев наблюдается заострение индивидуальных черт характера опьяневшего, они становятся карикатурно обнаженными. Иногда, наоборот, имеет место нивелировка характерологических особенностей

личности. При средней степени опьянения часто наблюдаются «алкогольные палимпсесты», «лоскутная» память, «перфорационная» амнезия (фрагментарные пробелы памяти на период опьянения).

*Тяжелая степень* опьянения сопровождается оглушенным расстройством сознания. Движения опьяневшего совершенно не координированы, речь отрывиста, невнятна. Иногда возникают эпилептиформные припадки, непроизвольное мочеиспускание, дефекация. При тяжелой степени наблюдается полная амнезия. В этом случае лица, употреблявшие алкоголь, абсолютно не помнят, какие поступки совершали в состоянии опьянения.

У лиц, перенесших травматическое поражение головного мозга, у психопатов при длительном злоупотреблении алкоголем могут возникать атипичные формы опьянения, когда клиническая картина его не соответствует классической.

Одной из форм острого, атипичного алкогольного опьянения является *депрессивная форма*. В этом случае у опьяневшего вместо обычной эйфории наблюдается депрессивный фон настроения с явлениями дисфории, раздражительности, суицидальными попытками. Считается, что эта депрессия является результатом токсического действия алкоголя на организм. В некоторых случаях она представляет собой спровоцированную опьянением основную симптоматику латентного психического заболевания.

Атипичной формой опьянения является также *галлюцинаторная форма*. Для нее характерно обилие слуховых, реже - зрительных галлюцинаций, возникающих на высоте алкогольной интоксикации. Больные в это время слышат голоса, чаще неприятного для них содержания, видят разнообразных животных, чертей, ведьм. Психотические расстройства сразу же исчезают по выходе из состояния опьянения. Больные во время галлюцинаций понимают, где находятся, ориентируются во времени, память на болезненные события у них сохраняется. Галлюцинаторная форма опьянения чаще всего встречается у лиц, длительное время страдающих хроническим алкоголизмом.

*Эпилептиформное опьянение* также является атипичным. Вслед за нарастанием алкогольной интоксикации появившаяся вначале эйфория постепенно исчезает. Движения опьяневших становятся стереотипными и автоматизированными и сопровождаются агрессивными действиями по отношению к окружающим. Характерна полная амнезия переживаний. В целом же клиническая картина напоминает сумеречное расстройство сознания, остро развившееся на фоне обычного опьянения и закончившееся сном.

*Патологическое опьянение* также можно отнести к одному из видов атипичного опьянения. Однако развитие психотических нарушений при приеме даже незначительного количества алкоголя позволяет считать патологическое опьянение психотическим вариантом алкогольных психозов. Патологическое опьянение чаще всего наблюдается у лиц соматически ослабленных, перенесших тяжелые инфекционные заболевания и травмы головного мозга, а также у психопатов возбудимого круга. Этот психоз возникает после приема 50-100 г алкоголя, развивается остро и протекает, как правило, вне поля зрения врачей. Клиническая картина психоза устанавливается в основном из показаний очевидцев, а при совершении больными уголовного деяния - по свидетельским показаниям.

### **Различают два варианта патологического опьянения.**

1. Эпилептиформный вариант характеризуется острым развитием сумеречного расстройства сознания с психомоторным возбуждением. При этом наблюдаются аффективные нарушения в виде тревоги, страха, гнева, импульсивной ярости. Появляется стремление к бегству, причем внешне поведение больного может сохранять мотивированную направленность.

2. Параноидный вариант отличается острым возникновением галлюцинаторных расстройств, бредовых идей. Больные стремятся избежать мнимой опасности, а иногда прибегают к самозащите от кажущихся преследователей.

Патологическое опьянение длится от нескольких минут до нескольких часов и сопровождается полной амнезией. В редких случаях остается смутное воспоминание отдельных эпизодов.

**Дифференциальный диагноз.** Патологическое опьянение необходимо дифференцировать от простого алкогольного опьянения. Различие заключается в том, что патологическое опьянение развивается уже после приема незначительных доз алкоголя. У лиц, находящихся в состоянии патологического опьянения, наступает критический сон с амнезией пережитого. Лица, совершившие преступления в состоянии патологического опьянения, не пытаются оправдать себя, а искренне переживают из-за случившегося.

**Хронический алкоголизм.** Хронический алкоголизм - заболевание, характеризующееся развитием патологического влечения к алкоголю, психической и физической зависимостью от него. Алкоголизм формируется медленно в течение длительного, многолетнего злоупотребления алкоголем. Все начинается с обычного, случайного пьянства, которое, постепенно прогрессируя, превращается в привычное злоупотребление спиртными напитками.

По данным ВОЗ, показатель распространенности алкоголизма в высокоразвитых странах колеблется в пределах от 11 до 44 на 1000 человек. Подавляющее число лиц, страдающих алкоголизмом, — мужчины. Однако соотношение женского и мужского алкоголизма в последнее время возросло и составляет 1:6. Увеличиваются случаи злоупотребления алкогольными напитками подростками и юношами, приводящие к развитию злокачественных быстро прогрессирующих форм алкогольной патологии.

Злоупотребление алкоголем кроме того, что приводит к негативным социальным последствиям (утрачивается трудоспособность, увеличивается болезненность населения), вызывает трансформацию соматической и эндокринной патологии. Алкоголизм развивается в три стадии.

*Неврастеническая стадия* наблюдается обычно после многолетнего злоупотребления алкогольными напитками. Она характеризуется увеличением устойчивости (*толерантности*) организма к алкоголю, утратой защитного рвотного рефлекса. Больные могут выпить большое количество алкогольных напитков, нередко так и не достигнув желаемого опьянения. При этом развивается *потеря контроля* за количеством выпитого алкоголя. Начав с одной рюмки, больной не в состоянии остановиться, прекратить пьянство. Изменяется и сам характер опьянения - вместо желаемой эйфории появляется раздражительность, эксплозивность, угнетенность. Все чаще появляются амнестические формы опьянения. Больные смутно вспоминают свои переживания в пьяном состоянии, а отдельные эпизоды вовсе не помнят (*перфорационная амнезия*). Уже в этой стадии отчетливо выражено неодолимое влечение к алкоголю и вслед за приемом первой дозы возникает непреодолимое желание принять вторую, затем третью и т. д. Больные, стремясь достичь состояния опьянения, принимают алкоголь быстрее других (*симптом опережения*). Характерологические изменения личности также становятся отчетливыми - появляется лживость, хвастовство, назойливость, болтливость. Невозможность принять алкоголь сопровождается раздражительностью, депрессией, усиленным поиском средств для приобретения спиртных напитков.

*Наркоманическая стадия* характеризуется сформированным *абстинентным синдромом (синдром похмелья)*. Он развивается обычно через 2-10 лет после начала злоупотребления алкоголем на фоне указанных ранее симптомов алкоголизма. Похмельный синдром отличается тем, что после протрезвления появляется тахикардия, болезненное ощущение в области сердца, головокружение, головные боли, артериальная гипертензия, тремор конечностей и всего тела. Помимо этого в ряде случаев наблюдается снижение аппетита, тошнота, рвота, поносы, бессонница. Изменяется и психическая сфера больных. Они становятся пугливыми, тревожными, угнетенными, склонными к самоуничижению. Сновидения носят устрашающий характер. Прием небольшой дозы алкоголя облегчает состояние похмелья. С прогрессированием заболевания абстинентный синдром становится все более стойким. Если в начале развития он наблюдается на протяжении нескольких дней, то впоследствии сохраняется до двух недель и более. Для снятия абстинентного состояния алкоголь употребляется постоянно, изо дня в день, или в форме запоев в течение 4-10 дней.

Постепенно у больных происходит *алкогольная деградация личности* со снижением памяти и интеллектуальной деятельности. Они становятся грубыми, эгоистичными, лживыми, не заботятся о

семье, часто вынуждены менять место работы. Продают вещи, чтобы купить спиртные напитки, пьют суррогаты (денатурат, политуру, одеколоны и др.). В состоянии опьянения проявляется эмоциональная неустойчивость, беззаботная веселость, сменяемая злобой, раздражительностью, антисоциальными поступками.

Часто у больных алкоголизмом наблюдается *алкогольный юмор*. Он заключается в склонности к различным нелепым шуткам, анекдотам, хвастливым жаргонным рассказам о себе и друзьях. В этой стадии примерно у 13% всех больных развиваются алкогольные психозы.

*Энцефалопатическая стадия* характеризуется снижением толерантности к алкоголю. Опьянение наступает уже от небольших доз. Поэтому больные не употребляют водку, а переходят на крепленые вина, суррогаты, пьют чаще в одиночку. На этой стадии развивается глубокая социальная, психическая и физическая деградация личности, полностью утрачивается способность к труду, забота о семье. Больные неряшливы, неопрятны, продают последние вещи.

Личность больного приобретает психопатоподобные черты с эксплозивностью, неуместным юмором, депрессивным настроением, суицидальными тенденциями.

Нарушения личностных свойств может также идти по органическо-сосудистому типу, сопровождающемуся грубым снижением интеллекта, нарушением памяти, расстройством сна, депрессией. Может наблюдаться и смешанная симптоматика.

Во второй и третьей стадии у больных хроническим алкоголизмом нередко обнаруживается патологическая ревность, уверенность в супружеской неверности (*симптом Отелло*), развивается половая слабость (импотенция).

Длительное злоупотребление алкогольными напитками не оставляет без изменений и функцию внутренних органов. Соматические расстройства проявляются в склонности к ожирению или общему похуданию, одутловатости лица. На щеках и особенно на носу расширяются кровеносные сосуды (*симптом красного носа*). Токсическое действие сказывается на мышцах сердца (миокардит) и печени (хронический гепатит с последующим циррозом печени). Развиваются также гастриты, алкогольные полиневриты, гипертонии.

Нередко встречается *гепатотестикулярный синдром*, сопровождающийся циррозом печени, фиброзным перерождением щитовидной железы и атрофией половых желез, выпадением волос на животе.

Иногда у больных алкоголизмом возникает состояние, называемое *дипсоманией* — периодически возникающий запой. При этом без видимых причин появляется тоскливо-злобное настроение, бессонница, общее недомогание, стремление к перемене места жительства, бродяжничеству. Развивается запойное пьянство, длящееся до 2-3 недель. Больной ежедневно выпивает по 1-2 л алкоголя. После внезапного самопроизвольного окончания запоя больные становятся деятельными, активными, продуктивно работают. Существует мнение, что дипсомания является результатом периодически возникающего депрессивного состояния. При дипсомании больные отказываются от еды, соматически крайне ослаблены.

У больных хроническим алкоголизмом в рамках абстинентного синдрома может возникать *депрессивное состояние*, сопровождающееся подавленным настроением, слезливостью, тревогой с бредовыми идеями самоуничтожения, самообвинения. Депрессия длится 1-2 недели, во время которой появляются суицидальные мысли, поступки, что требует от врача соответствующего повышенного внимания. В этих случаях назначают дезинтоксикационную терапию, малые транквилизаторы, витамины, антидепрессанты.