

МЕДИЦИНА

25.09.2016

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ **ВЕСТНИК**



TOM 1 // HOMEP 11

ЖУРНАЛ «ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ ВЕСТНИК»

Том 1 // Номер 11 // 25 сентября 2016 г.

ISSN: 2499-9989

Редакционная коллегия

Главный редактор:

Филиппов Вадим Леонидович,

проф., д.м.н., Санкт-Петербург

Зам. главного редактора:

Воробьева Ольга Владимировна,

проф., д.м.н., Москва

Состав редколлегии:

Бойко Е. О., проф., д.м.н., Краснодар

Игумнов С. А., проф., д.м.н., Республика Беларусь

Меззич Х. Е., prof., M.D., США

Туркан Я., JUDr, Словацкая Республика

Куташов В. А., проф., д.м.н., Воронеж

Солдаткин В. А., проф., д.м.н., Ростов-на-Дону

Хансон Й., M.D., Ph.D., Швеция

Преображенский А.П., проф., д.т.н., Воронеж

Дроздовский Ю. В., проф., д.м.н., Омск

Аммон М., prof., Dr. phil., Dr.H.C., Федеративная Республика Германия

Ретюнский К. Ю., проф., д.м.н., Екатеринбург

Колесникова О.А., проф., д.э.н., Воронеж

Сакисян С. Г., prof., M.D., Ph.D., Республика Армения

Хатуаева В. В., проф., д.ю.н.

Разинкин К. А., проф., д.т.н., Воронеж

Доктор Р., prof., M.D., Великобритания

Белоцерковский Г., M.D., Эстонская Республика

Воронов А.А., проф., д.ю.н., Воронеж

Якупов Э. З., проф., д.м.н., Казань

Андреас Г., prof., M.D., Федеративная Республика Германия

Воронцова З. А., проф., д.б.н., Воронеж

Александрович Дж., prof., dr.hab.med., Республика Польша

Сиволап Ю. П., проф., д.м.н., Москва

Трофимова Н. Б., проф., д.п.н., Воронеж

Тьяно С., prof., Государство Израиль

Чопоров О.Н., проф., д.т.н., Воронеж

Контактная информация

WWW.CScB.su

Адрес для корреспонденции:

141241, г. Пушкино, Московской области, ул. Рабочая д.20, к.49

Телефон: **+7 (473) 258-09-78**

E-mail: **CScB@list.ru**

Учредитель и издатель журнала:

ООО «Издательство РИТМ»

г. Пушкино

Тираж 300 шт.

Подписано в печать 25.09.2016

Формат 60x84 1/8

Бумага офсетная

СОДЕРЖАНИЕ

МЕДИЦИНА

Анисимова Н. А. 3	СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЗАВИСИМОСТИ ОТ КУРИТЕЛЬНЫХ СМЕСЕЙ ТИПА СПАЙС
Ржевская Н. К. 5	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМА У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ
Чеканова Г.С. 7	АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ СНОТВОРНЫМИ СРЕДСТВАМИ

Материалы публикуются в авторской редакции. За содержание и достоверность статей ответственность несут авторы. При использовании и заимствовании материалов ссылка на издание обязательна.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЗАВИСИМОСТИ ОТ КУРИТЕЛЬНЫХ СМЕСЕЙ ТИПА СПАЙС

Анисимова Наталья Александровна,

к.м.н., заместитель главного по медицинской части ОГКУЗ «Белгородская областная клиническая психоневрологическая больница», г. Белгород

Аннотация. Актуальность рассматриваемой проблемы связана с особенностями воздействия курительных смесей на организм человека и тяжёлыми последствиями их употребления, в том числе и смертельными исходами. Увеличение числа наркопотребителей происходит преимущественно за счет молодежи, что приводит к физической и психической деградации, стремительной социальной дезадаптации, инвалидизации наркозависимых. Эти вещества способны не только вызывать состояния одурманивания, отрешенности, расслабленности, но и приводить к зависимости от них с тяжелыми последствиями для психики и всего организма в целом.

Ключевые слова: курительные смеси, спайс, дизайнерские наркотики, синтетические каннабиноиды, синдром зависимости, диагностика, терапия

Курительные смеси под общим названием «Спайс» стали доступны для покупки через Интернет в США с 2006г., в Европе с 2008г., в России в 2009г. В составе смеси одно или несколько различных веществ, являющихся агонистами CB₁/CB₂ каннабиноидных рецепторов. Спайс (от англ. «spice» — быстрый, жгучий) — разновидность травяной смеси, в состав которой входят синтетические каннабиноидподобные вещества, а также энтеогены (растения, содержащие вещества психотропного действия) и обыкновенные травы [7]. На 100 тыс. населения и пробы марихуаны, гашиша, а теперь — и спайсов, занимают ведущее место именно среди молодежи [6].

Внешними симптомами наркотического опьянения являются: краснота глаз, размашистость или заторможенность движений, неестественность поз, расслабление речевой мускулатуры и, следовательно, невнятность речи. Для легкого опьянения характерно отсутствие симптомов, для средней степени тяжести характерны: беспричинный смех, болтливость и перепады настроения, для тяжелого — неподвижность мимической мускулатуры, фиксированный взгляд, бред, неадекватная оценка происходящего. Независимо от тяжести наркотического опьянения, его пик длится не более двух часов [5].

Делириозный синдром отмечался при употреблении спайсов характеризуется дезориентировкой в месте, времени, ситуации при сохранности ориентировки в собственной личности; психомоторным возбуждением; истинными зрительными галлюцинациями; наличием слуховых галлюцинаций. По выходе из делирия частично сохранялись воспоминания о своих бывших переживаниях. Синдром сумеречного помрачения сознания отмечался при употреблении спайсов проявлялся выраженным психомоторным возбуждением; полной неконтактностью; наличие стереотипных действий, периодическое

выкрикивание отдельных слов или фраз; аффектом тревоги и страха; по выходе из психоза отмечалась полная амнезия периода психоза и своего поведения. Синдром вербального галлюциноза характеризовался акаозмами, слуховыми галлюцинациями, психомоторным возбуждением, аффектом страха и тревоги. Тактильный галлюциноз при употреблении спайсов сопровождался моторным беспокойством и суеливостью, аффектом тревоги. В дальнейшем происходит трансформация галлюциноза в делирий. Данный психоз отмечался вследствие употребления спайсов с симптомами зависимости. Для маниформного синдрома было характерно ускорение мышления по темпу, ощущение «избытка энергии», излишняя подвижность, редовые идеи переоценки своей личности, идеи богатства и могущества. Острый полиморфный синдром, характерный для употребления спайсов, включал в себя состояние эйфории, явления дереализации, дурашливость, которые сменяются тревогой, страхом, психомоторным возбуждением [1].

При всех психозах отмечались изменения в соматоневрологической сфере в виде гиперемии или бледности кожных покровов, инъекированности склер, тахикардии, расширения зрачков, оживления сухожильных рефлексов.

Формирование синдрома зависимости от синтетических каннабиноидов в целом соответствует общим закономерностям формирования наркоманий и токсикоманий. Курение синтетических каннабиноидов является прерогативой лиц молодого возраста: лица в возрасте старше 30 лет в исследованной выборке не встречались. Мотивация употребления чаще исчерпывалась гедонистической: желание пережить необычные впечатления, испытать «особенный кайф», зачастую — добиться удовольствия любой ценой. В тех случаях, когда у пациентов отмечалось сочетанное употребление

нескольких ПАВ, формирование зависимости от синтетических каннабиноидов носило викарный характер. «Спайсы» пациенты пробовали, как правило, по совету знакомых, поскольку «курительная смесь — это травяное безопасное полезное успокоительное средство». Психическая зависимость от синтетических каннабиноидов может сформироваться довольно быстро — уже после нескольких, даже единичных проб. Этап эпизодического употребления в среднем продолжается от 1 до 6 месяцев. Толерантность к синтетическим каннабиноидам установить трудно, условно можно говорить о росте толерантности при учащении курения. Физическая зависимость формируется в гораздо более короткие сроки по сравнению с зависимостью от природных каннабиноидов, что является свидетельством высокой наркотичности «Спайс». Форма употребления «Спайс» чаще бывает постоянной. Средняя длительность синдрома зависимости от синтетических каннабиноидов составляет 11 месяцев [2,8,9].

Специфических программ терапии для синдрома зависимости от синтетических каннабиноидов пока не разработано [4]. Основными задачами терапии являются: купирование острой интоксикации «Спайс», купирование психозов при их развитии, купирование актуализации влечения, поведенческих и аффективных нарушений в его структуре, купирование токсических последствий хронической интоксикации [3].

В терапии абстинентного синдрома используются транквилизаторы бензодиазепинового ряда, снотворные средства. Учитывая выраженное влечение к «Спайсам», проявляющееся грубыми поведенческими расстройствами, выраженными аффективными и вегетативными нарушениями, использование антипсихотиков, нормотимиков, седативных препаратов оправдано [8]. При болевых нарушениях в структуре абстинентного синдрома пред-

почтение следует отдавать анальгетикам ненаркотического действия. Терапия синдрома зависимости проводится поэтапно, с учетом особенностей клинической картины, поведенческих расстройств и выраженности последствий хронической интоксикации. В отношении их частоты и выраженности у больных с синдромом зависимости от синтетических каннабиноидов преобладают нарушения сердечно-сосудистой системы и органическое поражение головного мозга. Необходимо сочетание психотерапевтического и медикаментозного лечения [4,10,11,12].

Таким образом, курительные смеси являются наиболее быстро и широко распространяющимися среди новых видов ПАВ. Они имеют особенности фармакохимического действия, заключающиеся в высокой симпатомиметической активности и способности вызывать галлюцинации. Курительные смеси способны вызывать в организме человека многочисленные нарушения, наиболее частыми и тяжелыми из которых являются передозировки и развитие психотических состояний. В отношении медико-социальных последствий обращает на себя внимание стремительно нарастающая социальная дезадаптация пациентов, а также проявления органического поражения ЦНС. Однако при наличии твердой мотивации на поддержание трезвого образа жизни, сохранности критических способностей, структуры личности и адаптационных воз-

можностей, а также прохождении всех этапов лечения - положительный.

Литература:

1. Белявский А.Р. Острые отравления новыми синтетическими наркотиками психостимулирующего действия. Информационное письмо для врачей. — Екатеринбург, 2011. — С. 18.
2. Булыгина И.Е. Клинические проявления интоксикации новым психоактивным веществом MDMB (N)-Bz-F, Всероссийская научно-практическая конференция «Совершенствование правовых основ наркологической помощи», Москва, 2014, 45-52
3. Грибанова Н.В., Куташов В.А. Лекарственная безопасность и препараты, неблагоприятно влияющие на мозговое кровообращение // Центральный научный вестник. 2016. Т.1.№1(1). — С. 18-20.
4. Жучков Н.А., Куташов В.А. Синкопальные рефлекторные и кардиогенные состояния. Особенности диагностики и лечения // Центральный научный вестник. 2016. Т.1.№4(4). — С. 17-20.
5. Каклюгин Н.В. Современные виды наркотических средств и психотропных препаратов и психосоциальные последствия их потребления // Психическое здоровье. — 2014. — №2. — С. 73-99.
6. Куташов В.А., Сахаров И.Е. Наркология. Клиника. Диагностика. Лечение. — Москва. — 2016. — 982с.
7. Макиев К.Т., Гладырев В.В., Любецкий Г.В., Кайргалиев Д.В., Васильев

Д.В. Современные угрозы национальной безопасности России (курительные смеси, содержащие аналоги каннабиноидов) и пути их преодоления // Современные проблемы науки и образования. — 2015. — № 2 -1.

8. Менделевич В.Д., Психотические расстройства в результате потребления наркотиков: современное состояние проблемы // Наркология. — 2014. — №7. — С. 93-100.

9. Рожанец В.В. Феномен Spice // Наркология. — 2010. — №3. — С. 68-72.

10. Софронов Г.А., Головки А.И. и др. Синтетические каннабиноиды. Состояние проблемы // Наркология. — 2012. — №10. — С. 97-110.

11. Тетенова Е.Ю., Надеждин А.В., Савчук С.А. Синдром отмены синтетических каннабиноидов // Наркология. — 2014. — №8. — С. 66-69.

12. Швецова Е.Ю., Куташов В.А. Пути повышения эффективности тревожных расстройств в практике невролога // Центральный научный вестник. 2016. Т.1.№1(1). — С. 28-31.

Сведения об авторе:

Анисимова Наталья Александровна — к.м.н., заместитель главного по медицинской части ОГКУЗ «Белгородская областная клиническая психоневрологическая больница», г. Белгород, e-mail: anisimovana@list.ru

CURRENT APPROACHES TO DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ADDICTION TO SMOKING MIXTURES «SPICE»

N.A. Anisimova

Summary: The urgency of the problem is connected with the peculiarities of the impact of smoking mixtures on the human body and the grave consequences of their use, including deaths. Increase in the number of drug users takes place predominantly at the expense of young people, which leads to physical and mental degradation, rapid social exclusion, disability, drug addicts. These substances can not only cause a state of intoxication, detachment, relaxation, but also lead to a dependence on them with serious consequences for the psyche and the whole organism.

Key words: smoking mixtures, spice, designer drugs, synthetic cannabinoids, dependence syndrome, diagnostics, therapy

References:

1. Bielawski A.R. Acute poisoning with new synthetic drugs psychostimulant action. Newsletter for Physicians. - Ekaterinburg, 2011. - P. 18.
2. Bulygin I.E. Clinical manifestations of intoxication new psychoactive substance MDMB (N) -Bz-F, All-Russian scientific-practical conference "Improving the legal framework drug treatment", Moscow, 2014. -P 45-52
3. Gribanova N.V., Kutashov V.A. Drug safety and drugs, adversely affecting the cerebral circulation // Central Science Bulletin. Т.1.№1 2016 (1). -P. 18-20.
4. Zhuchkov N.A., Kutashov V.A. Cardiogenic syncopal reflex state. Diagnosis and treatment // Central Science Bulletin. Т.1.№4 2016. (4). —P. 17-20.
5. Kaklyugin N.V. Modern types of narcotics and psychotropic drugs and psychosocial consequences of their consumption // Mental Health. -2014. - №2. - P. 73-99.
6. Kutashov V.A. , Sakharov I.E. Narcology. Clinic. Diagnostics.-M.-2016.- 982p.
7. Makiev K.T., Gladyshev V.V., Lyubetsky G.V., Kayrgaliev D.V., Vasilyev D.V. Modern threats to Russia's national security (smoking mixtures containing cannabinoid analogs) and ways of overcoming them // Modern problems of science and education. - 2015. - № 2 -1.- P. 14-29.
8. Mendelovich V.D. Psychotic disorders due to drug use: the current state of the problem // Drug Addiction. - 2014. - №7. - P. 93-100.
9. Rozhanets V.V. The phenomenon of the Spice // Drug Addiction. - 2010. - №3. - P. 68-72.
10. Sofronov GA Golovko AI et al. Synthetic cannabinoids. State of the problem // Drug Addiction. - 2012. - №10. - P. 97-110.
11. Tetenova EY, Nadezhdin AV Savchuk SA Syndrome cancel synthetic cannabinoids // Drug Addiction. - 2014. - №8. - P. 66-69.
12. Shvetsov E.J., Kutashov V.A. Ways to improve the efficiency of anxiety disorders in the practice of the neurologist // Central Science Bulletin. Т.1.№1 2016 (1). —P.28-31.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМА У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Ржевская Наталья Константиновна,

к.м.н., заместитель главного по клинико-экспертной работе
ОГКУЗ «Белгородская областная клиническая
психоневрологическая больница», г. Белгород

Аннотация. В пожилом возрасте имеются особенности алкоголизма, однако в литературе этому вопросу уделяется существенно меньше внимания, чем подростковому или женскому алкоголизму. Употребление алкоголя пожилыми людьми остается наименее изученным вопросом, в связи с тем, в пожилом возрасте действие на организм психоактивных веществ оказывается более сильным и сложным вследствие старения организма, наличия в нем скрытой патологии, а также по причине приема нескольких лекарственных средств.

Ключевые слова: пожилой возраст, алкоголизм, алкогольные психозы, наркология, соматическая патология.

Алкоголизм в пожилом возрасте встречается у 3% населения старше 65 лет и является третьим по распространенности среди психиатрических диагнозов [7,17]. Лица старше 60 лет среди госпитализированных по поводу алкоголизма в психиатрические больницы составляют 5,4-10% [6].

Среди пожилых лиц, страдающих алкоголизмом, встречаются два типа: первая - больные, у которых алкоголизм возник в молодом и среднем возрасте, дожившие до позднего возраста; вторая - больные, у которых алкоголизм развился в пожилом возрасте, как правило в связи с реакцией на социальный или какой-либо иной стресс [18]. В первом случае речь идет об алкоголизме в позднем возрасте, а во втором - собственно об алкоголизме позднего возраста [6]. Лица с алкоголизмом позднего возраста составляют треть среди всех алкоголиков старше 65 лет [17]. Такое разделение оказалось оправданным, так как эти группы отличаются друг от друга не только по возрасту начала потребления этанола [19]. У лиц с алкоголизмом позднего возраста реже отмечается вовлеченность в алкоголизацию, потеря контроля над приемом алкоголя, тяга к спиртному, коморбидная психическая патология. Вместе с тем, у лиц с поздним началом злоупотребления было достоверно меньше детоксикаций в анамнезе, редкие и короткие запои, более продолжительные ремиссии. У больных алкоголизмом с поздним началом отмечается меньшая импульсивность поступков, агрессивность и стремление к поиску новых ощущений по сравнению с пациентами, чей алкоголизм начался в первой половине жизни [10].

Существует и иное мнение, о том, что в пожилом возрасте похмельный синдром развивается за 3-4 года, понижается толерантность, изменяется личность. К этому времени анамнез больного отягощен рядом соматических заболеваний. У пожилых людей чаще встречаются судорожные припадки, психозы. Течение алкоголизма у данной категории лиц более злокачественное, с быстрым темпом развития и неблагоприятным прогнозом [2,8].

В пожилом возрасте алкоголизм развивается на фоне соматической отягощенности, что приводит к утяжелению симптоматики постинтоксикационных и абстинентных расстройств, появлению органических знаков в клинической картине и быстрому развитию алкогольной деградации личности. Прекращение профессиональной деятельности, одиночество пожилого человека негативно влияют на прогноз заболевания. Вместе с тем, патологическое влечение к алкоголю в пожилом возрасте у многих больных характеризуется небольшой интенсивностью в связи с опасениями за здоровье, тягостными состояниями похмелья, снижением толерантности к алкоголю, что, в свою очередь, способствует формированию мотивации, конкурирующей с патологическим влечением к алкоголю. В результате формирование алкоголизма и его дальнейшее течение характеризуется медленными темпами [1].

Снижение кратности и количества потребления алкоголя, продолжительность ремиссий у пациентов пожилого возраста с алкогольной зависимостью положительно коррелировали с утяжелением соматических симптомов, а стрессовые ситуации приводили к усилению потребления алкоголя [13].

На развитие алкоголизма позднего возраста существенное влияние оказывает соматическое неблагополучие, при этом лица с поздним алкоголизмом реже имеют семейные и генетические предпосылки для его развития, при которых наличии таких факторов риска алкоголизма проявляется ранее. Часто пожилые люди, страдающие алкоголизмом, принадлежат к более высокому социально-экономическому слою общества, чем те, у кого симптомы алкоголизма проявились в более молодые годы [12].

К неблагоприятным факторам, свойственным пожилому возрасту, относится также алиментарная недостаточность, в сочетании с цереброваскулярной недостаточностью усугубляющая токсическое поражение ЦНС при алкоголизме, что приводит к быстрому формированию корсаковского синдрома [5].

Среди клинических особенностей алкоголизма в позднем возрасте отмечаются дисфорические и эксплозивные состояния в опьянении, обилие дисцефальных расстройств в структуре абстинентного синдрома, аффективные нарушения: тревожно-депрессивные проявления, эмоциональную лабильность, слезливость, ипохондричность, мнестические расстройства при отсутствии явных признаков нравственно-этического снижения. Во II стадии болезни возникают продолжительные запои с литическим окончанием, или большой постоянно потребляет небольшие дозы алкоголя. Характерны амнезии и палимпсесты опьянения. Абстинентный синдром пролонгирован во времени с явлениями тревожно-депрессивного аффекта и ипохондрическими переживаниями. Похмельный синдром затягивается на 5-7 дней, после чего больные могут пить ежедневно в незначительных дозах. При ежедневном пьянстве толерантность снижена больше. Нередко, когда проходят симптомы опьянения, эти лица испытывают отвращение к алкоголю. Алкогольные эксцессы усиливают проявления как различных сопутствующих алкоголизму соматических заболеваний, в позднем возрасте наблюдающихся у большинства больных, так и заболеваний, непосредственно с алкоголизмом не связанных [1].

В пожилом возрасте усугубляют алкоголизацию такие персональные факторы, как недостаточная самореализация, принадлежность к мужскому полу и копинг-стратегия избегания, а из внешних факторов - негативные жизненные события, стрессы, связанные с супружескими отношениями и здоровьем, и влияние пьющих друзей [11,15,17,18,19]. У мужчин среди стрессовых факторов преобладают финансовые трудности, проблемы с социальным окружением; у женщин - негативные жизненные события, трудности с мужьями и недостаточную помощь с их стороны [13,16,20]. Пожилые женщины чаще злоупотребляют алкоголем, чем молодые.

В пожилом возрасте алкоголизм может приобретать неблагоприятное течение

[4,21] - сопровождаться депрессивными состояниями с суицидальными тенденциями, атипичными алкогольными психозами [9], быстрым нарастанием физического одряхления и психической деградации. Толерантность к алкоголю, как правило, снижается, но в ряде случаев остается достаточно высокой. В других случаях алкоголизм и в пожилом возрасте приобретает регрессивное течение [3,22].

Устойчивость ремиссии у лиц с поздним алкоголизмом зависит от ухода от созависимых отношений с супругом, от желания обращаться за помощью, от поддержки микросоциального окружения [14]. Спонтанные ремиссии у проблемно пьющих лиц пожилого возраста отмечаются в 30% случаев, что выше, чем у лиц с ранним началом алкоголизма [16,23].

Таким образом, алкоголизм в позднем возрасте является самой распространенной химической зависимости в этой возрастной группе. Его возникновение связано преимущественно с социально-психологическими факторами, нежели с наследственной предрасположенностью. Отмечается исходная разнородность группы пожилых лиц с алкоголизмом, которую составляют лица с ранним началом алкоголизма и продолжающие злоупотребление во второй половине жизни, а также лица с собственно поздним алкоголизмом. Поздний алкоголизм характеризуется менее злокачественным течением. Алкоголизм в позднем возрасте протекает на фоне соматической и органической мозговой патологии, что неоднозначно влияет на его течение и прогноз.

Литература:

1. Альтшулер В. Б. Алкоголизм // Руководство по психиатрии. В 2 т. / Под ред. А. С. Тиганова. М.: Медицина. Т. 2, 1999.
2. Бабаян Э. А., Гонопольский М. Х. Наркология. М.: Медицина, 1987.
3. Гофман А. Г. Клиническая наркология. М.: Миклош, 2003.
4. Грибанова Н.В., Куташов В.А. Лекарственная безопасность и препараты,

неблагоприятно влияющие на мозговое кровообращение // Центральный научный вестник. 2016. Т.1.№1(1). – С. 18-20.

5. Жучков Н.А., Куташов В.А. Синкопальные рефлекторные и кардиогенные состояния. Особенности диагностики и лечения // Центральный научный вестник. 2016. Т.1.№4(4). – С. 17-20.

6. Куташов В.А., Сахаров И.Е. Наркология. Клиника. Диагностика. Лечение.- Москва.-2016.- 982с.

7. Лукомский И. И. Лечение хронического алкоголизма. М.: Медгиз, 1960.

8. Надеждин А. В. Возрастные особенности наркологических заболеваний // Руководство по наркологии / Под ред. Н. Н. Иванца. Т. 1. М.: Медпрактика-М, 2002.

9. Пятав М. Д., Шумский Н. Г. Возрастные аспекты алкоголизма //Алкоголизм: руководство для врачей /Под ред. Г. В. Морозова, В. Е. Рожнова, Э. А. Бабаяна. М.: Медицина, 1983. С. 176 - 188.

10. Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В. Д. Менделевича. СПб.: Речь, 2007.—768 с.

11. Ураков И. Г., Куликов В. В. Хронический алкоголизм. М.: Медицина, 1977.

12. Энтин Г. М. Лечение алкоголизма. М.: Медицина, 1990.

13. Швецова Е.Ю., Куташов В.А. Пути повышения эффективности тревожных расстройств в практике невролога// Центральный научный вестник. 2016. Т.1.№1(1).- С. 28-31.

14. G. Dom, P. D'haene, W. Hulstijn, B. Sabbe Impulsivity in abstinent early- and late-onset alcoholics: differences in self-report measures and a discounting task Addiction Volume 101, Issue 1 January 2006 P.50–59

15. Geroldi, C., Rozzini, R., Frisoni, G. B., & Trabucchi, M. (1994). Assessment of alcohol consumption and alcoholism in the elderly. Alcohol, 11, P. 513-516.

16. Hurt, R.D., Finlayson, R.E. Morse, R.M., & Davis, L.J. (1988), Alcoholism in elderly persons: Medical aspects and

prognosis of 216 inpatients, in: Mayo Clinic Procedures, 63, 8, P. 761- 768.

17. Moos, R. H., Brennan, P. L., Schutte, K. K., & Moos, B. S. (2010). Social and financial resources and high-risk alcohol consumption among older adults. Alcohol Clin.Exp.Res., 34, P. 646-654.

18. Schutte, K.K., Brennan, P.L. & Moos, R.H. (1998). Predicting the development of late-life drinking problems: A 7-years prospective study. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 22, 1349-1358. Schutte, K.K., Byrne, F.E., Brennan, P.L. & Moos, R.H. (2001). Successful remission of late-life drinking problems: A 10-year follow-up. Journal of Studies on Alcohol, 62, P. 322-334.

19. Brennan. P.L., Schutte, K.K. & Moos, R.H. (1999). Reciprocal relations between stressors and drinking behavior: A three-wave panel study of late middle-aged and older women and men. Addiction, 94, P. 737-749.

20. Schutte, K.K., Moos, R.H. & Brennan, P.L. (1995). Depression and drinking behavior among women and men: A three-wave longitudinal study of older adults. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63, P. 810-822.

21. Ticehurst, S. (1990). Alcohol and the elderly. Anstrulium und Nr-t, Zeu/und Jorrnrl of Pysc-hiurry, 24. 252-260.

22. Zimberg, S. (1978). Treatment of the elderly alcoholic in the community and in an institutional setting. Addictive Discuses. 3, 417-427.

23. Wetterling T, Veltrup C, Driessen M, John U. Drinking pattern and alcohol-related medical disorders. Alcohol and Alcoholism 1999 May-Jun;34(3) / . P/. 30-36.

Сведения об авторе:

Ржевская Наталья Константиновна – к.м.н., заместитель главного по клинико-экспертной работе ОГКУЗ «Белгородская областная клиническая психоневрологическая больница», г. Белгород, e-mail: rzhevskaya_nk@mail.ru

FEATURES OF ALCOHOLISM IN ELDERLY PEOPLE

Summary: The elderly are particularly alcoholism, but in the literature of the subject is given much less attention than adolescent or female alcoholism. Alcohol elderly remains the least-studied question in connection with old age effect on the body substance is stronger and more difficult as a result of aging, the presence in it a hidden disease, as well as due to the reception of several drugs.

Key words: elderly age, alcoholism, alcoholic psychoses, addictology, somatic diseases

References:

1. Altshuler V.B. Alcoholism // Manual of Psychiatry. In 2 vols. / Ed. A. Tiganova. M.: Medicine. T. 2, 1999.
2. Babayan E.A., Gonopolsky M. X. Drug Addiction. M.: Medicine, 1987.
3. Hofmann A.G. Clinical drug and alcohol abuse. M.: Miklos 2003.
4. Griбанова N.V., Kutashov V.A. Drug safety and drugs, adversely affecting the cerebral circulation // Central Science Bulletin. T.1.№1 2016 (1). -P. 18-20.
5. Zhuchkov N.A., Kutashov V.A. Cardiogenic syncopal reflex state.

Diagnosis and treatment // Central Science Bulletin. T.1.№4 2016. (4). –P. 17-20.

6. Kutashov V.A. , Sakharov I.E. Narcology. Clinic. Diagnostics.-M.-2016.- 982p.

7. Lukomsky I. Treatment of chronic alcoholism. M.: Medgiz 1960.

8. Nadezhdin A.V. Age characteristics of substance abuse // Guide to Addiction / Ed. NN Ivanets. T. 1. M.: Medpraktika M-2002.

9. Pyatov M.D., Shumsky N.G. // Age aspects of alcoholism Alcoholism: A Guide for Physicians / Ed. GV Morozov,

VE Rozhnova, EA Babayan. M.: Medicine, 1983, p. 176 - 188.

10. Guide addictology / Ed. prof. Mendeleevich V.D. SPb.: Rech, 2007.-768 p.

11. Urakov I.G., Kulikov V. Chronic alcoholism. M.: Medicine, 1977.

12. Entin G.M. Treatment of alcoholism. M.: Medicine, 1990.

13. Dom G., D'haene P., Hulstijn W., Sabbe B. Impulsivity in abstinent early- and late-onset alcoholics: differences in self-report measures and a discounting task Addiction Volume 101, Issue 1 January 2006.- P. 50–59.

14. Geroldi C., Rozzini R., Frisoni G. B., Trabucchi, M. (1994). Assessment of alcohol consumption and alcoholism in the elderly. *Alcohol*, 11, -P.513-516.

15. Hurt R.D., Finlayson, R.E. Mors R.M., Davis L.J. (1988), Alcoholism in elderly persons: Medical aspects and prognosis of 216 inpatients, in: *Mayo Clinic Procedures*, 63, 8, -P. 761- 768.

16. Moos, R. H., Brennan, P. L., Schutte, K. K., & Moos, B. S. (2010). Social and financial resources and high-risk alcohol consumption among older adults. *Alcohol Clin.Exp.Res.*, 34, -P. 646-654.

17. Schutte, K.K., Brennan, P.L. & Moos, R.H. (1998). Predicting the development of late-life drinking problems: A 7-years prospective study. *Alcoholism: Clinical*

and Experimental Research, 22, 1349-1358. Schutte, K.K., Byrne, F.E., Brennan, P.L. & Moos, R.H. (2001). Successful remission of late-life drinking problems: A 10-year follow-up. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 322-334.

18. Shvetsov E.J., Kutashov V.A. Ways to improve the efficiency of anxiety disorders in the practice of the neurologist // *Central Science Bulletin*. Т.1.№1 2016 (1). -P.28-31.

19. Brennan. P.L., Schutte, K.K. & Moos, R.H. (1999). Reciprocal relations between stressors and drinking behavior: A three-wave panel study of late middle-aged and older women and men. *Addiction*, 94, -P. 737-749.

20. Schutte K.K., Moos, R.H. &

Brennan, P.L. (1995). Depression and drinking behavior among women and men: A three-wave longitudinal study of older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, -P. 810-822.

21. Ticehurst S. (1990). Alcohol and the elderly. *Anstruliu und Nrt, Zeuund Jorrnnul of Psychiurry*, 24. -P.252-260.

22. Zimberg S. (1978). Treatment of the elderly alcoholic in the community and in an institutional setting. *Addictive Discusos*. 3-P. 417-427.

23. Wetterling T., Veltrup C., Driessen M., John U. Drinking pattern and alcohol-related medical disorders. *Alcohol and Alcoholism* 1999 May-Jun;34(3):P. 330-336.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ СНОТВОРНЫМИ СРЕДСТВАМИ

Чеканова Г.С.

ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, кафедра психиатрии и неврологии ИДПО
Россия, Воронеж

Аннотация. Статья посвящена проблеме распространенности наркоманий, вызванных употреблением снотворных препаратов, тяжести вызываемых ими последствий, определяет то большое значение, которое придается решению проблем, связанных с этими заболеваниями.

Ключевые слова: наркомания, лекарственная зависимость, снотворные средства, производные барбитуровой кислоты, острая интоксикация, синдром зависимости

К снотворным (гипнотическим) относятся вещества, вызывающие дремотное состояние и сон. К этим веществам относят также малые транквилизаторы, снижающие тревогу, или анксиолитики. Седативно-гипнотические и анксиолитические препараты используются для поднятия порога судорожной готовности, повышения мышечной релаксации и общей анестезии, а по отношению к алкоголю и друг к другу обладают перекрестной толерантностью[3,7,9].

Данная классификация включает две группы препаратов, вызывающих лекарственную зависимость. К первой относятся снотворные средства, производные барбитуровой кислоты и др., ко второй - анксиолитики, предпочтительно транквилизаторы бензодиазепиновой группы (диазепам, нитразепам, феназепам и др.). Злоупотребление седативными средствами с формированием последующей зависимости происходит двумя направлениями: первый - лекарственный прием с последующей зависимостью и второй - с целью первичной наркотизации, для достижения эйфорического состояния. Усиление контроля над использованием этих средств сократил масштабы их употребления, однако они еще часто доступны, как «уличные наркотики». Из производных этих двух групп чаще злоупотребляют бензодиазепинами. Более серьезные проблемы связаны со злоупотреблением барбитуратами [5,6,8].

Механизм действия. Принятые внутрь барбитураты всасываются в тонком кишечнике. При попадании в кровяное русло связываются с белками и метаболизируются в печени[2,10,11]. Приблизительно 25 % барбитуратов выделяется с мочой в неизменном виде, что существенно для диагностики барбитурового опьянения.

Основной механизм действия барбитуратов связан с тем, что они проникают во внутренние липидные слои и раздражают мембраны нервных клеток, нарушая их функцию и нейротрансмиссию. Барбитураты блокируют возбуждающий нейротрансмиттер — ацетилхолин, в то же время стимулируют синтез и повышая тормозящие эффекты ГАМК[1]. В процессе развития зависимости холинергическая функция усиливается, в то время как синтез ГАМК и ее связывание уменьшаются. В толерантности к барбитуратам играют роль как фармакодинамический, так и метаболический компоненты. Метаболический компонент заключается в индуцировании ферментов печени. Ткани становятся менее чувствительными к барбитуратам. Барбитураты могут вызывать со временем повышение устойчивости мембран нервных клеток. В целом барбитураты оказывают тормозящее действие на ЦНС, что клинически проявляется снотворным, эйфоризирующим, а также седативным, анксиолитическим и антиконвульсивным действием. Они потенцируют действие анальгетиков, в токсических дозах угнетают внешнее дыхание,

деятельность сердечно-сосудистой системы (вследствие угнетения соответствующего центра в продолговатом мозге). При передозировке барбитуратов у интактных до этого лиц последовательно развиваются нарушения сознания: оглушение, сопор и кома. Тяжелое отравление сопровождается падением сердечно-сосудистой деятельности, гипорефлексией. Причины смерти: дыхательная недостаточность, острая печеночная недостаточность, шоковая реакция с остановкой деятельности сердца[11].

Диагностика проводится на основе клинического описания интоксикации, анамнеза и лабораторного выявления препаратов в сыворотке. Клинические критерии **острой интоксикации, обусловленной употреблением снотворных средств**, отвечают общим критериям диагностики острой интоксикации.

Длительное употребление снотворных препаратов даже с лечебной целью (терапевтических доз) приводит к формированию **синдрома зависимости**, сначала психической, а с формированием толерантности и к физической зависимости. Привыкание и повышение дозировок может происходить довольно быстро, а переход от злоупотребления к зависимости происходит незаметно для наркотизирующегося. Одним из главных признаков сформировавшейся зависимости является прием препаратов в дневные часы и обычно проявляется в виде попыток легкого добывания регулярно принимае-

мых (в т.ч. прописываемых) снотворных средств. В процессе постановки диагноза удовлетворяются общие критерии диагностики синдрома зависимости[1,9,10].

Абстинентный синдром, вызванный употреблением бензодиазепинов, напоминает симптомы тревоги и напряжения, из-за которых эти лекарственные средства и прописываются врачом. Поэтому следует быть осторожным при повышении доз препарата пациентам, ошибочно предполагая, что наличие указанных симптомов есть проявление упорного тревожного расстройства.

В процессе оценки **состояния отмены снотворных средств** удовлетворяются общие критерии для диагностики состояния отмены (тремор языка, век или вытянутых рук, тошнота или рвота, тахикардия, постуральная гипотензия, психомоторное возбуждение, головная боль, бессонница, чувство недомогания или слабости, транзиторные зрительные, слуховые или тактильные галлюцинации либо иллюзии, параноидное мышление, большие судорожные припадки).

Последствия длительной наркотизации. При длительном злоупотреблении снотворными очень быстро формируются своеобразный дефект, напоминающий психопатоподобный органический. Появляются утомляемость, истощаемость внимания, недостаточная способность к концентрации внимания, невозможность интенсивной умственной деятельности. Постепенно падает работоспособность: большие работают лишь короткими периодами при условии приема достаточной дозы и достижения состояния психического и физического комфорта в периоде интоксикации. Сужается круг интересов. Больные становятся раздражительными, дисфоричными, злобными.

Характерен внешний вид больных: они бледны, пастозны, цвет лица с грязно-землистым оттенком, язык обложен. Отмечаются трофические нарушения: раны долго не заживают, гноятся; множество кожных гнойничковых высыпаний; глаза теряют свой блеск; волосы становятся ломкими.

Постепенно у больных развивается состояние токсической энцефалопатии, проявляющейся в замедленности мыслительных процессов и речи, выраженном интеллектуально-мнестическом снижении. Развивается характерная барбитуровая деменция со снижением сообразительности, затруднениями при малейшем умственном усилии, медлительностью мышления, замедленной речью, ограничением запаса слов, грубыми нарушениями памяти. Больные не критичны к своему состоянию и заболеванию в целом. У них отсутствуют какие-либо нравственно-этические нормы поведения. Они грязны и неряшливы. Состояние вялости и апатии часто сменяется грубыми дисфорическими реакциями со злобностью, иногда агрессивностью. Лицо амимично, маско-

образно. Выражены изменения личности. Больные эгоистичны, лживы. Нравственная деградация превосходит таковую при всех других формах наркомании. Все это вместе создает характерный облик больных, длительно злоупотребляющих снотворными[1,2,6,7].

Прогноз при наркоманиях, вызванных снотворными препаратами неблагоприятный. Об этом свидетельствует практически безремиссионное течение заболевания, у большинства больных и быстрое появление тяжелых медико-социальных последствий.

За последние 100 лет наркомания из проблемы, бывшей предметом узкой области медицины — психиатрии, социологии, перешла в разряд общесоциальных проблем. По данным группы экспертов ВОЗ, в современном мире отмечается непрерывная тенденция к увеличению числа лиц, принимающих наркотических препаратов, возрастает употребление наркотиков молодежью, активизируется употребление нетрадиционных наркотиков, широкое распространение получают синтетические наркотики, в употребление наркотиков вовлекаются представители всех социально-экономических групп общества. Употребление человеком наркотических веществ имеет очень древнюю историю. Однако распространение такого заболевания как наркомания вплоть до XX века не представляло такой злобной социальной проблемы.

Информационный взрыв, обусловленный развитием средств информации, упрощение международных связей и совершенствование транспортных средств, открытые границы, либерализация торговли и финансов сегодня кроме положительных последствий имеют и негативные. Это прямо соотносится с проблемой распространения наркотиков. Ни одна нация или народ, где бы они ни жили, и как бы ни прочны были демократия и государственный строй, не обладают иммунитетом к пагубным последствиям злоупотребления наркотиками и последствиям наркобизнеса. Особенно уязвимы, в этом отношении оказываются страны со слабой социальной и государственной организацией[1,3,5].

Употребление наркотиков - одна из наиболее серьезных молодежных проблем в мире. Количество наркоманов постоянно растет, а средний возраст их уменьшается. Проблема усугубляется криминальной ситуацией, риском заражения различными инфекциями, включая СПИД.

Лечение и освобождение от наркотической зависимости - это целый комплекс медицинских и социальных мероприятий. Их реализация сопряжена с большими материальными и моральными затратами, а положительный исход возможен далеко не всегда, так как на сегодня адекватной системы помощи наркозависимым лицам в России и Бангладеш не существует.

Исходя из этого, нельзя рассматривать лечение на стадии сформировавшейся зависимости как единственное средство борьбы с распространением наркомании. Такой подход не дает и не может дать положительного результата. Основной акцент должен ставиться на профилактические, превентивные меры.

Немедицинское использование психоактивных препаратов неизбежно в любом обществе. Понять, какую роль играют наркотики в жизни молодых людей необходимо. Употребление наркотиков вносит существенный ущерб обществу и личности. Основная часть потребителей наркотиков - молодежь, и одним из следствий наркомании является физическая и социальная деградация наиболее активной части населения.

Во всем мире школьные программы - это наиболее распространенные формы антинаркотического просвещения и в настоящий момент они многим кажутся панацеей[10,11].

Для объективного определения серьезности и размеров проблемы, связанной с употреблением наркотиков в немедицинских целях и для оценки эффективности политики в области наркотребления необходимо использовать весь объем информации о распространенности данного явления и связанных с ним факторах индивидуального и социально-культурного порядка. Политика, основывающаяся на утопической вере, что немедицинское использование наркотических препаратов можно искоренить, не способна изменить сложившуюся ситуацию в лучшую сторону.

Список литературы:

1. Аведисова А.С. К вопросу о зависимости к бензодиазепинам // Психиатрия и психофармакотерапия.-1999. <http://www.consilmm-medicaHm.com/media/psycho/p1/24.shtml>.
2. Александровский Ю. А. Клиническая фармакология транквилизаторов. - М.: Медицина, 1973. -336 с.
3. Грибанова Н.В., Куташов В.А. Лекарственная безопасность и препараты, неблагоприятно влияющие на мозговое кровообращение // Центральный научный вестник. 2016. Т.1.№1(1). - С. 18-20.
4. Дмитриева Т. Б., Игонин А. JL, Клименко Т. В., Пищикова JL. Е., Кулагина Н. Е. Зависимость от психоактивных веществ // Наркология. — 2002. №9,- С. 2-9.
5. Жучков Н.А., Куташов В.А. Синкопальные рефлекторные и кардиогенные состояния. Особенности диагностики и лечения // Центральный научный вестник. 2016. Т.1.№4(4). -С. 17-20.
6. Куташов В.А., Сахаров И.Е. Наркология. Клиника. Диагностика. Лечение.- Москва.-2016.- 982с.
7. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб, 1994. -304 с.

8. Иванец Н. Н., Анохина И. П., Стрелец Н. В. Современное состояние проблемы наркоманий в России // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. - 1999. - № 9. - Т. 97. - С. 4-10.

9. Мосолов С. Н. Основы психофармакотерапии. М., 1996. - 288 с.

10. Пятницкая И. Н. Наркомании. М., 1994. - 288 с.

11. Швецова Е.Ю., Куташов В.А. Пути повышения эффективности тревожных расстройств в практике невролога // Центральный научный вестник. 2016. Т.1.№1(1). - С. 28-31.

Сведения об авторе:

Чеканова Галина Сергеевна – врач психиатр-психотерапевт, врач по МСЭ ФКУ ГБ «МСЭ по Республике Крым Минздрава России», e-mail: ayavra@rambler.ru

Topical issues of abuse of hypnotics

Chekanova G.S.

Summary: Article is devoted to a problem of prevalence of the drug addiction caused by the use of somnolent medicines, weights of the consequences caused by them, defines that great significance which is attached to the solution of the problems connected with these diseases.

Keywords: drug addiction , drug dependency , hypnotics , barbituric acid derivatives , acute intoxication , dependence syndrome

Bibliography:

1. Avedisova A.S. On the question of dependence to benzodiazepines // Psychiatry and psihofarmakoterapiya.- 1999. <http://www.consilmm-medicHm.com/media/psycho/n1/24.shtml>.
2. Alexandrovskiy Yu.A/ Clinical Pharmacology tranquilizers. - Moscow: Medicine, 1973. -336 p.
3. Gribanova N.V., Kutashov V.A. Drug safety and drugs, adversely affecting the cerebral circulation // Central Science Bulletin. Т.1.№1 2016 (1). -P. 18-20.
4. Dmitrieva T.B., Igonin A. J., Klimenko T.V., Pischikov J. E., Kulagin N.E. Dependence on psychoactive substances // Drug Addiction. -. 2002. №9.- P. 2-9.
5. Zhuchkov N.A., Kutashov V.A. Cardiogenic syncopal reflex state. Diagnosis and treatment // Central Science Bulletin. Т.1.№4 2016. (4). –P. 17-20.
6. Kutashov V.A. , Sakharov I.E. Narcology. Clinic. Diagnostics.-М.-2016.- 982s.
7. ICD-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders. St. Petersburg, 1994. -304 p.
8. Ivanec N.N., Anokhin I.P., Sagittarius N.V. The current state of the drug problem in Russia // Journal. Neurology and Psychiatry. S. Korsakova. - 1999. - № 9. - Т. 97. - P. 4-10.
9. Mosolov S.N . Fundamentals pharmacotherapy. М., 1996. - 288 p.
10. Pyatnitskaya J.H. Addiction. М., 1994. - 288 p.
11. Shvetsov E.J., Kutashov V.A. Ways to improve the efficiency of anxiety disorders in the practice of the neurologist // Central Science Bulletin. Т.1.№1 2016 (1). –P.28-31.



МЕДИЦИНА

Археология	Ар	По	Политология
Биология	Би	Пс	Психология
Ветеринария	Ве	Сх	Сельское хозяйство
Военное дело	Вд	Сг	Социология
Демография	Де	Са	Строительство и Архитектура
Информатика	Ин	Тн	Технические науки
Искусствоведение	Ик	Фз	Физика
История	Ис	Фк	Физическая культура и спорт
Журналистика и СМИ	Жу	Фл	Филология
Культурология	Ку	Фф	Философия
Математика	Ма	Хи	Химия
Медицина		Эк	Экология
Науки о земле	Нз	Эу	Экономика и управление
Педагогика	Пе	Юр	Юриспруденция