**Реферат по теме:**

**«Токсикомания»**

Содержание

1.ИНТОКСИКАЦИИ

1.1.ОПЬЯНЕНИЕ ПАРАМИ ПЯТНОВЫВОДИТЕЛЕЙ

1.2.ОПЬЯНЕНИЕ ПАРАМИ АЦЕТОНА

1.3.ОПЬЯНЕНИЕ ПАРАМИ ТОЛУОЛА И РАСТВОРИТЕЛЕЙ НИТРОКРАСОК

1.4.ОПЬЯНЕНИЕ ПАРАМИ НЕКОТОРЫХ СОРТОВ КЛЕЯ

1.5.АТИПИЧНЫЕ ОПЬЯНЕНИЯ

1.6.ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОИДНОЕ АТИПИЧНОЕ ОПЬЯНЕНИЕ

1.7.ЭНЦЕФАЛОПАТИЧЕСКОЕ АТИПИЧНОЕ ОПЬЯНЕНИЕ

2.ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ И ТОКСИКОМАНИЯ. ОСОБЕННОСТИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ

3.ДИАГНОСТИКА ТОКСИКОМАНИИ, ВЫЗВАННОЙ ИНГАЛЯНТАМИ

4.О СТАДИЯХ ТОКСИКОМАНИИ

5.ПОСЛЕДСТВИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ: ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ТОКСИЧЕСКАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ

6.ЛЕЧЕНИЕ

## 1. ИНТОКСИКАЦИИ

### ОПЬЯНЕНИЕ ПАРАМИ ПЯТНОВЫВОДИТЕЛЕЙ

Жидкостью смачивают платок, любую тряпку или внутреннюю поверхность шапки, и ими закрывают нос и рот.

Кроме начальных вегетативных проявлений интоксикации, можно выделить 3 степени опьянения, границы между которыми нечетки.

Эйфория обычно выражена очень ярко - не только лицо расплывается в улыбке, но подросток начинает громко хохотать. Когда ингалируются группой, смех одного быстро заражает других. Эти моменты подростки сами называют "дурацким хохотом". Вегетативные явления в этот период выражены умеренно. На головную боль и тошноту не жалуются.

Визуализация представлений ("о чем подумаю, то и увижу") наступает вслед за эйфорией. Подростки эти видения неверно называют галлюцинациями ("поймать глюки" на сленге подростков 70-80-х годов). На самом деле истинных галлюцинаций нет - все "видения" произвольно вызваны. Сохраняющийся эйфорический фон определяет содержание представлений. Они, как правило, отражают то, о чем подросток раньше с увлечением слушал, фантазировал, что видел или читал. Преобладают картины приключенческо-авантюрного жанра, сцены боевых сражений, драк или сексуальные фантазии ("смотреть стриптиз" на сленге подростков). Все виденное хорошо сохраняется в памяти. Сексуальные переживания обычно избегают раскрывать. О других же охотно рассказывают приятелям.

Иногда во время групповой ингаляции обмениваются впечатлениями, возможно индуцируя друг друга.

Подышав несколько минут, ингаляцию прерывают, но еще в течение 5-20 мин могут продолжаться визуализированные представления. Затем ингаляцию могут повторять.

Онейроид развивается при более продолжительных ингаляциях. Они бывают уже при сформировавшейся токсикомании. С перерывами могут ингалироваться часами, достигают тяжелого опьянения, когда развивается онейроид. Видения уже не возникают тотчас по заказу. Обычно подросток начинает фантазировать на какую-либо тему, а далее перед ним развертываются яркие сценоподобные картины, напоминающие увлекательный фильм. Ощущение произвольности утрачивается. Появляется также легкое оглушение, но, несмотря на отрешенность от окружающего, сознание того, что эти переживания вызваны, а не реальны, сохраняется.

Подростки уединяются в места, где никто не будет мешать ингаляциям, иногда часами увлечены подобными видениями. При ослаблении опьянения, уменьшении степени оглушенности, прекращении видений, склонны бывают "добавлять дозу" вдыхаемого вещества. Если же в эти моменты им кто-то мешает, особенно препятствует продолжению ингаляции, обычно озлобляются, отталкивают от себя, проявляют агрессию.

Протрезвление на стадиях эйфории и визуализации представлений при прекращении ингаляций происходит довольно быстро - от нескольких минут до получаса. Даже запах пятновыводителя в выдыхаемом воздухе исчезает сравнительно скоро. Неприятные ощущения в виде головной боли, тошноты, головокружения впоследствии минимальны, а после легких опьянений могут вовсе отсутствовать. Вслед за онейроидом обычно наступают астения, вялость, апатия, иногда легкая депрессия с дисфорическим оттенком.

В США описаны смертельные отравления от ингаляции смеси пятновыводителей с нашатырным спиртом.

### 1.2. ОПЬЯНЕНИЕ ПАРАМИ АЦЕТОНА

Картина бывает сходной с тяжелым опьянением от паров пятновыводителей.

При вдыхании паров ацетона на фоне легкой эйфории быстро возникают онейроидные переживания с красочными грезоподобными фантазиями, чаще всего сексуального содержания. Во время этих состояний подростки производят впечатление оглушенных, они как бы отключаются от окружающего. Словно оцепенелые, сидят они с опущенной головой. Глаза полузакрыты, на лице - застывшая улыбка, на обращение почти не реагируют, отмахиваются, что-то невнятно бормочут (неопубликованные описания И. П. Кабанова и К). А. Строгонова). При тяжелом отравлении, вслед за онейроидным оглушением, может последовать сопор, а затем кома. Сильный запах ацетона изо рта позволяет распознать природу этих бессознательных состояний. Иногда сопору и коме предшествует внезапная смена эйфории на аффект страха ("страх смерти").

Онейроидные состояния длятся по нескольку часов и сменяются тяжелой астенией с раздражительностью и апатией. Об онейроидных переживаниях сохраняются достаточно яркие воспоминания. Мало того, иногда создается впечатление, что в последующие дни подросток живет этими воспоминаниями ("резидуальный онейроид"?).

Легкие степени опьянения ацетоном вызывают только эйфорию и визуализацию представлений, аналогичные ингаляциям пятновыводителя [Заленская Л. М., Смолякова М. М., 1980].

### 1.3. ОПЬЯНЕНИЕ ПАРАМИ ТОЛУОЛА И РАСТВОРИТЕЛЕЙ НИТРОКРАСОК

Психические нарушения от толуола начинаются с эйфории и двигательной расторможенности, которые сменяются делирием (Дзюбич Л. И. и др., 1987). Дышат 1-2 мин, налив толуол в целлофановый пакет. Эйфория с двигательным возбуждением начинается через 10-15 мин. Ощущают головокружение, походка делается шаткой. Затем около часа продолжается делирий с истинными зрительными и слуховыми галлюцинациями. Тем не менее, в определенные моменты может быть визуализация представлений.

При ингаляции парами растворителей нитрокрасок, главным действующим агентом которых предполагается толуол [Гуськов В. С., Шмакова Н. П., 1987], отмечены существенные отличия первых и последующих ингаляций. При первых опьянениях имеют место сужение сознания, двигательное возбуждение, быстрая смена аффекта от восторженного экстаза до неукротимой злобы, бледность, тахикардия, сухость во рту. При повторных опьянениях развивается приятное благодушное состояние ("кайф") с ощущением легкости тела, душевного подъема. Изменяется перцепция: появляется ощущение особой яркости красок вокруг, ощущение обострения слуха. Затем возникает визуализация представлений. Опьянение в зависимости от дозы использованной жидкости (она колеблется от 10 до 1000 мл) длится от нескольких минут до 2 ч. При вытрезвлении возникает астения с дисфорией ("все противно") и головной болью.

### 1.4. ОПЬЯНЕНИЕ ПАРАМИ НЕКОТОРЫХ СОРТОВ КЛЕЯ

Для ингаляции также используют целлофановые мешки. В прошлые годы, налив в них клей, подростки натягивали эти мешки на лицо как противогазную маску. В состоянии глубокого опьянения, не будучи способными этот мешок с себя стянуть, достигали смертельно опасного опьянения или погибали от удушения. В Ленинграде в 1985/1986 гг. было зарегистрировано 10 подобных смертных случаев [Марков А., 1987]. После этого при ингаляции стали только прикладывать мешок к лицу - в оглушении его роняли и вытрезвление наступало само собой.

Опьянение начинается с эйфории без двигательного возбуждения, за которой следует онейроидное состояние с нарастающим оглушением. Для онейроидных переживаний особенно характерны видения, напоминающие мультипликационные фильмы ("мультики"), часто развлекающего, смешного содержания. Оглушение может достигать такой степени, что в какие-то моменты подросток как бы отключается от окружающего, будучи полностью поглощен занимательными картинами. Тем не менее, речь идет об инейроидном состоянии, а не о делирии: у подростка сохраняется ощущение, что ему "показывают".

Легко предположить, что подобное содержание онейроидных переживаний связано с широким распространением мультипликационных фильмов в телевизионных передачах для детей и с интересом к этим фильмам также со стороны младших подростков. Однако ярко окрашенные маленькие человечки и зверюшки, быстро движущиеся, что-то делающие, с живой мимикой и жестами, иногда говорящие писклявыми голосами, весьма напоминают "лилипутские галлюцинации", описанные задолго до появления мультипликационных фильмов [Leroy R., 1910]. Эти галлюцинации считались характерными для инфекционных и интоксикационных психозов. Высказывалось предположение, что, они обусловлены поражением височных долей и обонятельного мозга [Baruk Н., 1959].

Эйфорический фон сохраняется на всем протяжении опьянения, вплоть до глубокого оглушения. Движения плохо координированы, речь смазанная, с пропусками слогов и слов.

### 1.5. АТИПИЧНЫЕ ОПЬЯНЕНИЯ

Встречаются два вида атипичных опьянений, вызванных ингалянтами. При одном из них выявляются нарушения, характерные для 'галлюцинаторно-параноидного синдрома, при другом - расстройства, характерные для некоторых резидуальных органических поражений головного мозга.

### 1.6. ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОИДНОЕ АТИПИЧНОЕ ОПЬЯНЕНИЕ

Характерно отсутствие эйфории или же она бывает мимолетной, выражена слабо. Степень атипичности может быть различной [Зефиров С. К)., 1988]. В наименее атипичном виде визуализация представлений, онейроидные или делириозные переживания сопровождаются отдельными истинными слуховыми галлюцинациями, по содержанию со зрительными переживаниями никак не связанными. Слышатся оклики по имени или чей-то голос комментирует поведение подростка, или даже отдает ему приказы.

Еще большей атипичностью отличаются случаи, когда зрительные расстройства почти отсутствуют и заменяются слуховыми галлюцинациями, как правило, вербальными.

Наконец, могут встречаться картины слухового псевдогаллюциноза, психические автоматизмы, когда в момент интоксикации появляется ощущение, что звучат собственные мысли, голоса, слышатся внутри головы ("радиопередатчик в голове").

Могут возникнуть также транзиторные бредовые идеи воздействия, преследования, отношения. Например, слуховые галлюцинации трактуются как передача кем-то особых радиоволн, появляются мысли, что кто-то замышляет расправиться с подростком или что он подвергается чьим-то насмешкам. Вместо эйфории или вслед за ней фон настроения может стать тревожным или депрессивным.

Подобные атипичные картины опьянения от ингалянтов, возможно, являются транзиторными психозами шизофренического круга, относящимися к так называемым провоцированным психотическим "зарницам" шизофрении [Личко А. Е., 1989]. В анамнезе у подростков, заболевших шизофренией, которые до манифестации этого заболевания прибегали к злоупотреблению ингалянтами, как правило, были отмечены подобные атипичные картины опьянений [Зефиров С. Ю., 1988]. Начавшиеся во время интоксикации слуховые галлюцинации, псевдогаллюцинации, психические автоматизмы и бредовые идеи могут сохраняться по миновании интоксикации на протяжении нескольких часов. Описаны также случаи, когда опьянение ингалянтами послужило провокатором для манифестации шизофрении [Личко А. Е., 1985].

Если галлюцинации и бред были только на высоте интоксикации, то оснований для диагноза шизофрении как болезни еще нет. Речь скорее идет о выявлении шизофренического "патоса" [Снежневский А. В., 1972]. Такие подростки составляют группу высокого риска и нуждаются лишь в профилактическом наблюдении психиатра.

### 1.6. ЭНЦЕФАЛОПАТИЧЕСКОЕ АТИПИЧНОЕ ОПЬЯНЕНИЕ

С первых моментов интоксикации начинаются элементарные зрительные (фотопсии) и слуховые (акоазмы) расстройства. Видятся яркие цветные полосы, круги, вспышки. Слышатся гудение, жужжание, звон, скрежет, какие-то неясные шумы, иногда звуки совершенно неразборчивой речи. Могут возникать галлюцинаторные переживания, связанные с чувством равновесия: кажется, что летят в пропасть, что стены и потолок вокруг качаются, грозят обвалиться.

К этим расстройствам нередко добавляются выраженные вегетативные симптомы - внезапная фонтанообразная рвота, сильное головокружение, чувство дурноты, тахикардия, гиперемия лица, сменяющаяся резкой бледностью. Может случиться обморок.

Подобное атипичное опьянение возникает при некоторых резидуальных органических поражениях головного мозга, вероятно, с преимущественной локализацией в височных долях. Но в случаях, когда резидуальные органические изменения в мозгу развиваются как следствие длительного злоупотребления ингалянтами (психоорганический синдром, токсическая энцефалопатия), описанное атипичное опьянение вовсе не характерно.

### 2. ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ И ТОКСИКОМАНИЯ. ОСОБЕННОСТИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ

Чаще всего злоупотребление ингалянтами бывает групповым. Размеры группы различны - от 2-3 подростков до почти всего школьного класса или почти всех сверстников одного дома. Группа формируется по месту жительства (например, многоквартирный дом, микрорайон в городе) или по месту учебы. Именно в компаниях, злоупотребляющих ингалянтами, был описан феномен групповой психической зависимости [Строгонов Ю. А., Капанадзе В. Г., 1979].

Имеются также возрастные и половые особенности злоупотребления ингалянтами. Большинство начинают злоупотреблять в младшем или среднем подростковом возрасте (12-14 лет), иногда даже еще в 9-II лет. Впоследствии большая часть прекращают ингаляции. Некоторые из них переходят к злоупотреблению алкоголем или другими токсическими веществами. Именно 'предпочтительным возрастом можно объяснить преобладание среди ингалирующихся школьников, а не учащихся профессионально-технических училищ [Марков А., 1987].

Ингалянтами злоупотребляют мальчики. Девочки среди обследованных составили только около 3 % [Москвичев В. Г., 1988]. Они примыкали к компаниям мальчиков или, реже, вдыхали ингалянты в своих однополых группах.

Еще одной особенностью злоупотребления ингалянтами является их региональное и ограниченное во времени распространение. Одни вещества становятся "модными" среди подростков в некоторых городах и местностях и отсутствуют в других, где могут использовать иные вещества. С годами одни ингалянты сменяются другими и в одной и той же местности.

Мотивацией злоупотребления чаще всего служит любопытство, желание испытать неизведанные переживания и ощущения, а также комфортность со "своей" группой сверстников. Изобилие свободного времени, неумение себя чем-либо занять, скука являются предрасполагающими факторами. К ним можно также отнести несостоятельность в учебе и связанные с ней прогулы от нежелания учиться, быть посмешищем в классе [Битенский В. С. и др., 1989]. Неблагополучие в семье установлено в 70 % [Дзюбич Л. И. и др., 1987].

Одной из предрасполагающих причин считается также недоступность алкоголя в младшем подростковом возрасте, особенно в связи с законами об ограничении его продажи [Тихонов В. Н" 1987]. ^

Акцентуации характера среди злоупотребляющих в возрасте 14 лет и старше выявлены достоверно чаще (93%), чем они установлены в общей популяции [Вдовиченко А. А., 1989; Иванов Н. Я., 1985]. Однако остается неясным, создают ли некоторые типы акцентуаций характера повышенный риск злоупотребления или оно само способствует их выявлению, переводя скрытые акцентуации в явные, т. е. обычные варианты нормы в ее крайние варианты [Личко А. Е., 1983].

Среди злоупотребляющих ингалянтами значительно чаще, чем в популяции, встречаются неустойчивый и эпилептоидный типы [Личко А. Е., Чебураков С. Ю" 1989] и реже конформный, гипертимный и циклоидный типы. Возможно, конформные подростки в асоциальных компаниях склонны к патохарактерологическому формированию по неустойчивому типу. Тяготение к ингалянтам эпилептоидов может быть связано с тем, что эти вещества способны вызывать состояния, сходные с тяжелым алкогольным опьянением, дают возможность "отключаться" [Личко А. Е., 1983]. Гипертимы же отличаются активностью, общительностью и жизнерадостностью - ингалянты могут для них послужить лишь поводом для быстро проходящего любопытства.

Злоупотребление ингалянтами обычно идет рука об руку с социальной дезадаптацией. В Ленинграде до последнего времени почти 95 % злоупотреблявших выявляла милиция среди делинквентных подростков [Марков А., 1987]. Специально разработанная шкала высокого риска социальной дезадаптации при обследовании с помощью ПДО [Попов Ю. В., Иванов Н. Я., 1988] позволила обнаружить этот риск у 77 % злоупотреблявших по сравнению с 12 % среди учащихся профессионально-технических училищ, не замеченных в употреблении [Чебураков С. Ю" 1989].

## 3. ДИАГНОСТИКА ТОКСИКОМАНИИ, ВЫЗВАННОЙ ИНГАЛЯНТАМИ

Злоупотребление ингалянтами далеко не всегда приводит к зависимости от них, даже если к ингаляциям прибегают довольно часто в течение определенного периода (например, во время каникул).

Возникновение групповой психической зависимости, т. е. стремление к интоксикации, когда собралась "своя" компания, еще не свидетельствует о формировании токсикомании, несомненным признаком которой является индивидуальная психическая зависимость. Риск индивидуальной психической зависимости у начавших злоупотреблять относительно невысок-510 %, по нашим данным.

В поле зрения подросткового нарколога попадают почти все, у кого сформировалась токсикомания, и лишь незначительная часть злоупотреблявших без зависимости. Поэтому контингенты токсикоманов и злоупотребляющих без зависимости могут оказаться почти равными [Родионов И. А. и др., 1987; Битенский В. С. и др., 1989; Вдовиченко А. А., 1989].

Диагностическими признаками сформировавшейся токсикомании при злоупотреблении ингалянтами служат:

1) переход от ингаляций, начатых в компании, к вдыханию паров токсических веществ в одиночку. Данный признак является наиболее ярким проявлением индивидуальной психической зависимости. Но в редких случаях к ингалянтам с самого начала могут прибегать наедине, например, в целях "экспериментирования над собой", попытки прервать депрессию и т. п. В этих случаях ингаляции в одиночку еще не служат признаком токсикомании;

2) увеличение дозы потребляемого токсического вещества ("раньше хватало полтюбика клея, теперь нужно целый") наглядно свидетельствует о росте толерантности;

3) ежедневные длительные ингаляции, иногда помногу часов подряд, в течение которых подросток то вдыхает пары токсических веществ, то прерывает ингаляцию, будучи в онейроидном состоянии или полузабытьи, а при пробуждении снова возобновляет ее. Данный признак также может рассматриваться как проявление роста толерантности к токсическому веществу;

4) повторные ингаляции в течение одного дня изо дня в день;

5) злобная агрессия (вместо смущения, попыток убежать и т. п.) в отношении тех, кто застал за ингаляцией и пытается ее прервать, отвлечь от онейроидных переживаний, "сломать кайф";

6) прекращение попыток скрыть ингаляции от родителей, воспитателей, посторонних. При этом подросток появляется перед взрослыми, когда еще сильно пахнет от него вдыхаемым веществом, в одежде, покрытой свежими каплями клея, и даже подчас начинает ингаляции дома на глазах у родителей.

## 4. О СТАДИЯХ ТОКСИКОМАНИИ

Высказывались предложения выделять 2 стадии токсикомании: на 1 стадии имеется только психическая зависимость, на II - появляется физическая зависимость [Узлов Н. Д., 1981; Родионов И. А. и др., 1987; Тихонов В. Н., 1987]. При этом под физической зависимостью подразумевали появление выраженных вегетативных нарушений после прекращения ингаляций (головная боль, бессонница, потливость, мышечный тремор, шаткость походки, аритмии сердечных сокращений), а также возникновение депрессии с дисфорией. Судя по описаниям, эти нарушения длятся в течение нескольких дней и постепенно сглаживаются или сразу могут быть купированы соответствующей ингаляцией [Москвичев В. Г., 1988]. Нами наблюдались два случая, когда подростки отмечали, что через день-два после прекращения ингаляций, до этого регулярных и длительных, появлялись боли в мышцах, особенно плечевого пояса, ощущение дурноты, тоскливое настроение, и все это прекращалось после первой же ингаляции. Но третий подросток указывал, что боли в мышцах возникали еще до перерыва ингаляций, который он делал сознательно из-за этих болей и дурного самочувствия, а через 3-4 дня, когда боли проходили, ингаляции им возобновлялись.

Развитие физической зависимости не является общепризнанным - она отрицается, ставится под сомнение или вопрос считается невыясненным [DSM-111-R, 1987; Гуськов В. С., Шмакова Н. ГГ., 1987]. Депрессии и дисфории могут быть проявлением психической, а не физической зависимости. Вегетативные нарушения характерны для токсической энцефалопатии.

По нашему мнению, патогенез токсикоманий, вызванных ингалянтами, вряд ли сходен с патогенезом физической зависимости при хроническом алкоголизме и опийной наркомании. Алкоголь и опиоидные вещества (эндорфины) в небольшой концентрации содержатся в норме в здоровом организме улиц, никогда не злоупотреблявших ни спиртным, ни опиатами. Существуют специальные рецепторы, а также ферментативные и иммунные механизмы, участвующие в обмене и утилизации этих веществ. С ними в первую очередь связываются патогенетические механизмы физической зависимости. Токсические вещества, содержащиеся в ингалянтах, в норме в организме не содержатся. Они вызывают динамические нейромедиаторные и структурные изменения в нервных клетках.

Вероятно, патогенез токсикоманий при злоупотреблении ингалянтами скорее ближе к наркомании, вызванной гашишем. В обоих случаях может развиться выраженная психическая зависимость, а физическая зависимость отсутствует и вслед за 1 стадией при длительном злоупотреблении возникает сразу III стадия (по традиционной схеме развития алкоголизма и опийных наркоманий) с психоорганическим синдромом и токсической энцефалопатией.

## 5. ПОСЛЕДСТВИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ: ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ТОКСИЧЕСКАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ

Хроническая интоксикация ингалянтами возникает, когда на протяжении ряда недель и даже месяцев ингаляции следуют одна за другой почти ежедневно. Ее развитие ускоряется, если ингаляции продолжаются по нескольку часов подряд или повторяются в течение 1 дня. Те же явления могут развиваться при более редких (1-2 раза в неделю), но в течение большего срока (несколько месяцев, год, два) злоупотреблениях.

Итогом хронической интоксикации становятся довольно стойкий психоорганический синдром и симптомы токсической энцефалопатии.

Подростки делаются менее сообразительными, медленнее и хуже ориентируются в окружающей обстановке, особенно в случаях, когда требуется быстрота реакции. На это обращают внимание их сверстники (на подростковом сленге о них говорят, что они "не секут", т. е. неспособны быстро учесть условия стремительно меняющейся обстановки). Резко падает способность усваивать новый учебный материал - это служит нередкой причиной того, что подростки бросают учебу, категорически отказываются от занятий и даже сбегают из дома и интернатов. У одних при этом преобладают нарастающая пассивность, вялость, медлительность, склонность держаться в стороне от сверстников, искать уединения, проводя время в безделье. У других выступают склонность к аффективным реакциям, злобность, драчливость, агрессия по малейшему поводу [Волкова Т. 3., Лиленко М. Г., 1987].

Психологическое обследование обнаруживает низкий и интеллект (IQ = от 80 до 100 по методу Векслера). Но особенно выражены нарушения внимания - выявляются трудность сосредоточения, легкая отвлекаемость, неспособность долго удерживать внимание на чем-либо одном. Нарушается также кратковременная память, как механическая, так и оперативная [Волкова Т. 3., Лиленко М. Г., 1987].

Токсическая энцефалопатия проявляется рядом неврологических и вегетативных симптомов. Отмечаются спонтанный нистагм, пошатывание в позе Ромберга, легкий мышечный тремор, повышение сухожильных и снижение брюшных рефлексов, стойкий красный дермографизм. Подростки жалуются на головные боли, плохой сон, головокружения, повышенную потливость, иногда отмечают, что стало укачивать на транспорте. Может появиться своеобразный симптом, свидетельствующий об изменениях нервной трофики - белые полоски на ногтях, нечто вроде "паспорта токсикомана" [Altenkirch Н., 1982]. На ЭЭГ регистрируют умеренные диффузные изменения. Повышается "судорожная готовность".

При интоксикации бензином психоорганический синдром и токсическая энцефалопатия особенно выражены. То же наблюдается при хронической интоксикации толуолом и гораздо в меньшей степени при злоупотреблении пятновыводителями.

В эксперименте на крысах была воспроизведена хроническая интоксикация бензином, толуолом, ацетоном и хлороформом путем ингаляций. Обнаружено сходное для них всех эпилептогенное действие-появление миоклонических судорог и эпилептической активности на ЭЭГ [Лежава Г. Г., Ханаева 3. С., 1989]. Последнее, несомненно, подтверждает органическое поражение мозга, но следует учитывать, что у крыс судорожные реакции являются весьма распространенным ответом на разнообразные экзогенные вредности.

Резидуальные органические поражения головного мозга, предшествующие хронической интоксикации, облегчают формирование психоорганического синдрома и токсической энцефалопатии. По нашим данным, более чем у половины подростков в анамнезе были черепно-мозговые травмы различной степени, но развитие психоорганического синдрома началось только после хронической интоксикации ингалянтами. В 80 % отмечена задержка психомоторного развития в раннем детстве - позже обычного начинали ходить, говорить, долго не могли приобрести элементарные навыки самообслуживания, наблюдался энурез.

Для хронической интоксикации бензином характерно также поражение печени и почек. Может развиваться малокровие с лейкопенией.

При злоупотреблении пятновыводителями часто встречаются хронические бронхиты.

Отдаленные катамнезы свидетельствуют, что у тех, кто в подростковом возрасте злоупотреблял ингалянтами, в дальнейшем имеется высокий риск злокачественного течения хронического алкоголизма [Узлов Н. Д., 1983] с быстрым развитием психической и физической зависимости от алкоголя и даже с психической деградацией.

Среди тех, кто, будучи подростком, был госпитализирован для обследования в связи с алкоголизацией, по данным 10летнего катамнеза, хронический алкоголизм сформировался лишь в II %

Зато среди тех, кто злоупотреблял ингалянтами, через 10 лет хронический алкоголизм был диагностирован в 36 % [Попов Ю. В., 1989].

## 6. ЛЕЧЕНИЕ

Закона об обязательном лечении токсикоманий в настоящее время не существует. Большинство злоупотребляющих ингалянтами - дети и подростки до 16 лет, поэтому для их лечения требуется согласие родителей или заменяющих лиц, которое не всегда легко получить. Трудности возникают при отсутствии единого мнения между отцом и матерью.

После 16 лет нужно согласие самого подростка. Дается оно еще более неохотно, обычно под давлением инспекции по делам несовершеннолетних, которая настоятельно рекомендует подростку самостоятельно обратиться к наркологу. В противном случае в связи с тем, что злоупотребление ингалянтами обычно сочетается с делинквентным поведением, подростку угрожает специальное воспитательное учреждение.

При злоупотреблении ингалянтами без признаков зависимости обычно оказывается достаточным изолировать подростка от его асоциальной компании. В этих случаях злоупотребление прекращается.

Лечение необходимо при сформировавшихся токсикоманиях. Его следует проводить в стационарных условиях - прежде всего с той же целью изоляции от асоциальной компании и возможности строгого контроля за поведением.

Лечение складывается из дезинтоксикации, использования средств для подавления зависимости и терапии психоорганического синдрома.

Дезинтоксикация осуществляется с помощью обычных средств (глюкоза, натрия тиосульфат, мочегонные средства и т. п.), которые лучше вводить парентерально (особенно капельно внутривенно). В этих случаях, кроме дезинтоксикационного действия, добавляется психотерапевтический фактор, особенно для подростков младшего возраста, на которых подобная процедура производит впечатление как свидетельствующая о тяжести их отравления.

В качестве дезинтоксикационного средства иногда ранее использовались также инъекции сульфозина, вызывающего выраженную гипертермическую реакцию. Но подростки, особенно с признаками токсической энцефалопатии и психоорганического синдрома, переносят эту процедуру очень тяжело, обычно трактуют как наказание, и это еще более настраивает их против всякого лечения. С 1989 г. сульфозин изъят из числа лекарств, применяемых в нашей стране.

Купирование стертой абстиненции, в картине которой депрессия обычно занимает ведущее место, сводится к тому, что к дезинтоксикационным средствам можно добавить антидепрессанты с противотревожным действием (амитриптилин, пиразидол).

Психотропные средства предназначаются для нормализации поведения и подавления влечения к токсическому агенту. Эффективность лечения ими невысока. Малые дозы нередко недейственны, а большие вызывают побочные явления, которые обусловливают крайне негативное отношение к лечению у подростков. Использование циклодола в качестве корректора паркинсоноподобных нарушений нецелесообразно, так как этот препарат сам по себе служит для подростков одним из привлекательных средств, чтобы вызвать у себя галлюцинации.

Некоторые транквилизаторы также являются средствами, которыми подростки злоупотребляют и не столько с целью успокоения и релаксации, сколько для того, чтобы усилить алкогольное опьянение при наличии малых количеств спиртного, а также как веществами, которые в больших дозах сами по себе могут вызывать своеобразное отупение с эйфорическим оттенком настроения ("балдеж" на сленге подростков).

Наиболее приемлемыми психотропными средствами, с учетом упомянутых оговорок, являются перициазин (неулептил) и тиоридазин (сонапакс, меллерил). Неулептил дают в каплях (1 капля 4 % раствора содержит 1 мг) по 5-10 мг 2-3 раза в день. После выписки из стационара его рекомендуется назначать 2 раза в день после учебы и на ночь. Сонапакс применяют в таблетках в дозе 10-25 мг дважды или трижды в день. Вялость и сонливость обычно наблюдаются лишь в первые дни приема. К упомянутым средствам можно присоединять небольшие дозы антидепрессантов (амитриптилин или пиразидол по 25 мг утром и днем), а при склонности к дисфориямкарбамазепин (финлепсин, тегретол) по 0,2 на ночь.

Аверсионная терапия применялась в качестве попыток для подавления влечения к какому-либо ингалянты предлагалось сочетать действие его запаха с применением средств, вызывающих рвоту. Однако неподкрепляемые постоянно условные рефлексы отличаются нестойкостью. Кроме того, когда выработан условный рвотный рефлекс на запах одного ингалянта, которым злоупотреблял подросток, для него остается возможность перейти к другим ингалянтам с совершенно иным запахом.

В США пробовали к клею, ингаляциями которого злоупотребляли школьники, примешивать добавки с отталкивающим неприятным запахом - заметного эффекта это не дало.

Лечение психоорганического синдрома, кроме общеукрепляющих средств и витаминов, осуществляется посредством приема пирацетама (ноотропила) - по 0,4 3 раза в день. Эффект сказывается после длительного (недели, месяцы) лечения. Тем не менее, по данным психологических

обследований, постепенно улучшаются кратковременная память, способность концентрировать внимание.

При вялости, астении, апатии, малоподвижности и малоконтактности показаны ноотропы (пирацетам, ноотропил) и неспецифические стимуляторы: экстракт левзеи (по 20 капель 3 раза в день), настойка аралии (по 30 капель 3 раза в день), экстракт элеутерококка (по 20 капель 3 раза в день), а также синдокарб (по 5-10 мг утром и днем; на ночь не давать) или сиднофен (в той же дозе).

В случае преобладания в картине таких психоорганических расстройств, как дисфория, аффективная взрывчатость, агрессивность, кроме неулептила, может быть рекомендован карбамазепин (финлепсин) по 0,2 2-3 раза в день.

Психотерапия у злоупотребляющих ингалянтами подростков имеет весьма ограниченную эффективность. Безусловно, подросток непосредственно от врача должен услышать обо всех возможных вредных последствиях для здоровья. Некоторые подростки не отдавали себе в этом отчета. Однако следует учитывать, что в среде многих асоциальных подростковых компаний субъективная цена собственного соматического здоровья бывает, невысока и значительно уступает субъективной цене развлечений и удовольствий. Угроза психическому здоровью, перспектива стать слабоумным, потерять способность соображать, стать беспамятным производит большее впечатление, но нередко воспринимается с недоверием. В этих случаях полезны бывают наглядные примеры, особенно с демонстрацией результатов психологических исследований, обнаруживающих нарушения памяти и внимания у данного подростка в сопоставлении с благоприятными результатами, полученными у других его сверстников.

Наиболее действенными в отношении подавления влечения и психической зависимости оказываются конкурентные интересы и увлечения, если таковые удается найти и пробудить.

Список литературы:

1. Проф. Джон А. Соломзес, Проф. Вэлд Чебурсон,

Док. Георгий Соколовский “Наркотики и общество” OCR Палек, 1998 г

1. А.Личко, В.Битенский “Учебник по наркомании для подростков” *ru.drugs, 1996 год.*