# Введение

Токсикомания – это разновидность химической зависимости, она сопровождается физическими и психическими изменениями и является хроническим прогрессирующим заболеванием.

Первые сообщения о случаях употребления летучих веществ появились в медицинских архивах в середине XIX в. В 1847 г. было описано использование эфира в немедицинских целях, в 1861 г. появилось сообщение о смерти в результате отравления парами хлороформа юноши, который вдыхал хлороформ для получения приятных ощущений. Позже появились публикации о вдыхании бензина и его компонентов, хлоралгидрата, трихлорэтилена, ацетона и т.п. Но вплоть до 50-х годов описывались лишь отдельные случаи употребления ингалянтов подростками. С конца же 50-х годов употребление бытовых и промышленных ингалянтов с целью опьянения стало так быстро распространяться в северо-американских и европейских странах, что уже в начале 60-х годов появились основания говорить об «эпидемии» данного вида токсикомании среди подростков. В нашей стране злоупотребление ингалянтами началось в конце 60-х годов. Появились наблюдения об использовании для этих целей пятновыводителей, бензина, различных сортов клея, ацетона, лаков, красок и их растворителей. Эти же вещества в основном применяются и сейчас, хотя их «арсенал» неуклонно растет. Все они имеют сходные качества: хорошо растворяются в жирах, имеют высокую токсичность и быструю испаряемость. Токсические свойства перечисленных средств обусловлены входящими в их состав алифатическими и ароматическими углеводородами (бензол, ксилол, толуол, ацетон, этиловый и амиловый эфиры, трихлорэтилен и др.). По вызываемым эффектам ингалянты относятся к группе сильнодействующих веществ, оказывающих тормозящее действие на ЦНС.

# Токсикомания, обусловленная вдыханием летучих органических растворителей

К летучим наркотическим веществам (ЛНВ), иначе – делирианты, ингалянты – относятся все токсичные вещества различных химических групп, употребляемые путем вдыхания: эфир, бензин, различные растворители, лаки, клеи, очистительные жидкости, аэрозоли и другие летучие вещества. Растворители и средства от насекомых сейчас вышли на первое место среди употребляемых веществ, не считая лишь алкоголя и табака. Помимо опьяняющих свойств, общее качество этих веществ растворимость в жирах, что ведет к химическому разрушению тканей и органов. Основой препаратов может служить ацетон, перхлорэтилен, четыреххлористый углерод, толуол, пропал, бутан и пр.

Летучие наркотические вещества не включены в Перечень наркотиков, но их опасность от этого не уменьшается. В некоторых странах (например, в Швеции) продажа веществ, обладающих свойствами ЛНВ, строго контролируется.

За последние двадцать лет вдыхание летучих наркотически действующих веществ (токсикомания) приобрело характер эпидемии. Ежегодно сотни детей и подростков с кульками на голове отправляются в мир иной. Средний возраст потребителей продукции химической промышленности – 8–15 лет. Учитывая масштабы распространения токсикомании и те необратимые разрушения, которые она производит в детском организме и психике, можно серьезно говорить об угрозе будущему нации.

Летучие органические растворители, или ингалянты, вдыхают с целью опьянения. В качестве ингалянтов обычно используются средства бытовой и промышленной химии, являющиеся органическими растворителями.

При вдыхании летучие компоненты веществ быстро поступают через легочные альвеолы в кровь, а затем в головной мозг, вызывая состояние острого токсического опьянения. Некоторая часть вдыхаемого вещества попадает в организм через пищеварительный тракт. Начальный эффект проявляется уже через несколько секунд после начала вдыхания.

Среди способов употребления наиболее распространены вдыхание паров летучих жидкостей с помощью намоченной ими ткани или из бумажных или пластиковых пакетов. Реже используется аппликация на кожу головы.

Эффект различных летучих органических растворителей сходен. Клиническая картина в целом определяется не столько видом растворителя, сколько зависит от срока и длительности его употребления.

Из-за быстрой испаряемости употребляемых средств и разной интенсивности вдыхания трудно выявить дозу употребляемого вещества. Но опыт показывает, что в среднем первоначальные дозы при употреблении органических растворителей не превышают 10–15 мл ингалянта.

У начинающих потребителей после 3–5 вдохов появляются легкое головокружение, шум в голове, першение в горле, слезо- и слюнотечение, двоение в глазах, легкое оглушение. Зрачки расширяются, пульс учащается. Затрудняется концентрация внимания, замедляется реакция на внешние раздражители. Речь становится дизартричной. Если вдыхание прекращается, состояние опьянения продолжается еще 10–15 мин и сменяется неприятными ощущениями тяжести в голове и головными болями. Появляются специфический сладковатый вкус во рту, тошнота, может быть рвота, жажда. Постинтоксикационное состояние продолжается в течение 2–3 ч.

Если вдыхание органических растворителей продолжается более длительный срок, вслед за оглушенностью и расслабленностью развиваются психомоторное беспокойство, иногда возбуждение. Повышается настроение, появляются психосенсорные расстройства: искажаются формы и размеры предметов, цвета становятся более яркими и контрастными, меняется тембр внешних звуков и голосов, все услышанные слова и звуки многократно повторяются, превращаясь в «бесконечное эхо». Симптом «эхо» очень характерен для интоксикации ингалянтами. При продолжении ингаляции звуки становятся все тише, больные перестают замечать происходящее вокруг, как бы отключаются от него; постепенно развивается делирий. При закрытых глазах появляются очень яркие и образные сценоподобные зрительные галлюцинации. Эти галлюцинации носят характер либо последовательно сменяющих друг друга картин с определенным сюжетом, действующими лицами, движущимися фигурами, большими и малыми, как при мультипликации, либо сюжета нет и картины сменяют друг друга. Реальное при этом тесно переплетается с фантастическим: галлюцинаторные образы представлены либо в виде живых существ (людей или животных), имеющих вполне реальные формы и цвет, либо в виде необычных существ или предметов (кружочки, квадратики, необычные фигурки и пр.). Характерно, что галлюцинаторные образы всегда очень яркие, цветные, находятся в непрерывном движении. Все предметы кажутся объемными, часто меняют форму. Преобладают как бы проецирующиеся на экран картины сказочного, авантюрно-приключенческого или эротического содержания, иногда напоминающие сюжеты виденных кинофильмов. Нередко галлюцинации носят устрашающий характер. К зрительным галлюцинациям могут присоединиться слуховые. Больные «слышат» музыку или голоса, с которыми поддерживают беседу. Изолированных слуховых галлюцинаций без зрительных образов обычно не бывает. При вдыхании некоторых органических растворителей, например пятновыводителей, ацетона, больные могут «заказывать» галлюцинации на определенную тему. По мнению А.Е. Личко и В.С. Битенского (1991), это указывает на то, что речь идет не об истинных галлюцинациях, а о визуализации представлений. Авторы считают, что истинные галлюцинации наблюдаются только при вдыхании паров бензина (в этих случаях они непроизвольны).

Аффект зависит от содержания галлюцинаций. Это может быть аффект радости, счастья, блаженства или страха. При этом подростки отмечают, что даже те картины, которые сопровождаются страхом, все равно приятны («и страшно, и приятно»).

Ингаляции чаще всего производятся циклами от 10–20 с до нескольких минут. Затем ингаляцию прерывают на несколько минут и повторяют вновь. У больных с длительным опытом злоупотребления ингалянтами зрительные галлюцинации типа визуализированных представлений приятного содержания (как бы «жизнь во сне») могут вызываться как бы по заказу, и пациенты могут их поддерживать определенными дозами ингалянтов на протяжении нескольких часов.

При продолжительных ингаляциях у больных со сформированной токсикоманией может наблюдаться онейроидный вариант опьянения. Чаще это бывает у лиц с резидуальным органическим поражением ЦНС. Видения у этих больных уже не возникают по заказу. У них в большей степени выражена оглушенность сознания, отмечаются эпизоды двойной ориентировки. Усиление отрешенности от окружающей реальности сочетается с наплывом ярких грезоподобных образов сказочно-фантастического содержания. В дальнейшем развивается онейроидное помрачение сознания с псевдогалюцинаторными переживаниями фантастического характера, иногда с отрывочными несистематизированными бредовыми идеями. При этом подростки чаще являются «наблюдателями», чем «участниками» нереальных событий. Нередко, несмотря на отрешенность от окружающего, сознание того, что все переживания вызваны, а не реальны, сохраняется. Если попытаться прервать наркотизацию, то со стороны подростка обычно возникает злобно-агрессивная реакция.

Обратное развитие явлений опьянения начинается с момента прекращения вдыхания. Через 0,5–1,5 мин после последнего вдоха исчезают галлюцинаторные образы, постепенно восстанавливается ориентировка; состояние блаженства, легкости сменяется раздражительностью; появляются головная боль, головокружение, вялость, слабость, тошнота, возможна рвота (см. Приложение). Лицо гиперемировано, зрачки расширены, склеры инъецированы, тахикардия, движения некоординированы, неуверенная походка. Остаточные признаки интоксикации могут наблюдаться от нескольких часов до 1–3 сут – в зависимости от дозы употребляемого вещества. Длительное время остается неприятный привкус во рту, иногда бывает затрудненное мочеиспускание. Настроение обычно снижено, с выраженной дисфорией.

В случае передозировки ингалянтов развивается сопорозное и коматозное состояние.

Чаще всего начало вдыхания ингалянтов относится к возрасту 13–15 лет, иногда к более младшему – 11–12 лет, в отдельных случаях -9–11 лет.

Ингалянтами чаще злоупотребляют мальчики. Непосредственной мотивацией, кроме поиска необычных сильных ощущений, является пассивное подражание товарищам, что отражает незрелость психики подростков, их психический инфантилизм и конформность. Обращает на себя внимание, что среди злоупотребляющих ингалянтами подростков имеется значительное число лиц с признаками резидуального органического поражения ЦНС и примитивностью интересов.

Вначале вдыхание паров органических растворителей носит групповой характер. Размеры группы чаще всего небольшие – 3–5 человек, но иногда они бывают более многочисленными. Этап эпизодического употребления продолжается 1–5 мес, в редких случаях – до 1 года. Значительная часть подростков потом прекращают наркотизацию. Некоторые из них переходят к злоупотреблению алкоголем или другими психоактивными веществами. Если ингаляции продолжаются, то постепенно формируется психическая зависимость и устанавливается определенный ритм наркотизации. Нередко психическая зависимость формируется уже после 3–5-кратного употребления ингалянтов. Ингалянты вдыхают чаще всего 3–4 раза в неделю, на более отдаленных этапах – ежедневно и даже несколько раз в день. Диагностическим признаком сформированной зависимости является переход от группового употребления ингалянтов к индивидуальному.

О толерантности при злоупотреблении органическими растворителями судить трудно, так как их трудно дозировать. Косвенно об увеличении толерантности можно судить по учащению эксцессов ингаляции (вначале 1 раз в неделю, а затем 3–4 раза в неделю, а потом ежедневно), увеличению количества вдыхаемого растворителя в 4–5 раз по сравнению с первоначальным. Толерантность также зависит от способа ингаляции и умения дышать.

Возможность развития физической зависимости при злоупотреблении ингалянтами признается не всеми. К проявлениям физической зависимости можно было бы отнести вегетативные нарушения, которые возникают после прекращения ингаляций: головную боль, бессонницу, потливость, мышечный тремор, шаткость походки, аритмии сердечных сокращений, а также выраженные депрессивные состояния с дисфорией. Эти нарушения отмечаются в течение нескольких дней и постепенно сглаживаются. Но депрессии и дисфории могут быть проявлением психической, а не физической зависимости, а вегетативные нарушения могут возникать вследствие токсической энцефалопатии, которая постепенно развивается у подростков, злоупотребляющих ингалянтами [Личко А.Е., Битенский B.C., 1991].

Хроническая интоксикация ингалянтами ведет к нарастанию изменений личности, появлению таких не свойственных ранее черт характера, как агрессивность, равнодушие к близким, повышенная раздражительность. Постепенно развиваются психопатоподобное поведение и интеллектуальное снижение с некритичностью к своим действиям и к ситуации в целом.

У больных, злоупотребляющих ингалянтами, описано развитие полиневропатии, которая характеризуется чувством онемения, парестезиями в кистях и стопах, сочетающимися с гипотрофией или реже с атрофией соответствующих мышц, уменьшением болевой чувствительности по поли-невритическому типу, снижением карпорадиальных и ахилловых рефлексов, акрогипергидрозом, багрово-синюшным цветом кожи кистей и стоп, гипотермией их и трофическими нарушениями [Лукачер Г.Я., 1990]. Токсическая энцефалопатия проявляется психоорганическим синдромом. Она быстрее формируется у подростков с резидуальным органическим поражением головного мозга.

Общее действие ингалянтов, в том числе на мозг, связано также с их токсическим влиянием на многие внутренние органы и системы, особенно на почки, печень, желудочно-кишечный тракт и мышечную ткань.

Характерен внешний вид подростков, злоупотребляющих ингалянтами. Они бледны, с синевой под глазами, с зеленоватым оттенком кожи лица. После окончания ингаляции от них исходит характерный неприятный запах. Могут наблюдаться ознобы с повышением температуры тела до 38 °С.

Отдаленные катамнезы свидетельствуют о том, что у тех, кто в подростковом возрасте злоупотреблял ингалянтами, в дальнейшем имеется высокий риск злокачественного течения хронического алкоголизма с быстрым развитием психической и физической зависимости от алкоголя и психической деградацией.

#

# Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления летучих растворителей (токсикомании, вызванные летучими ароматическими веществами)

Летучие ароматические вещества (ЛАВ), летучие ингалянты – вещества, которые вдыхают с целью получить токсическое опьянение.

Опьяняющий эффект достигается несколькими вдыханиями. Опьянение имеет свои особенности у разных ЛАВ. Так, при опьянении от паров бензина сперва возникает раздражение верхних дыхательных путей, затем происходит покраснение лица и глазных склер, расширяются зрачки. Нарушается координация движений, речь становится дизартричной. Затем возникает эйфория без заметного усиления двигательной активности. Если в данный момент прекратить ингаляцию, то признаки опьянения проходят за 15–30 минут и сменяются вялостью, головной болью, раздражительностью. Если ингаляция продолжается, то на высоте эйфории сознание утрачивает ясность, окружающее воспринимается иллюзорно, развивается делирий.

Эти вещества очень токсичны, поэтому осложнения появляются рано, уже после нескольких недель частых и продолжительных ингаляций.

Через 2–3 месяца регулярной наркотизации снижаются сообразительность, возможность концентрации внимания, нарушается память. Школьники не могут запомнить и удержать в памяти новый учебный материал, не способны вспомнить и ранее полученную информацию. Они не могут решить даже простейших задач по математике, безразличны к отметкам и полностью теряют интерес к учению. Жалуются на головную боль, головокружение, непереносимость транспорта, бессонницу. Ухудшается способность ориентироваться в меняющейся обстановке. Речь бедная, с использованием одних и тех же слов и речевых оборотов.

Снижение интеллекта проявляется и в том, что юные токсикоманы перестают скрывать наркотизацию от взрослых, могут вдыхать ингалянты в общественных местах и даже в школе.

Через несколько месяцев развиваются токсическая энцефалопатия и слабоумие.

Устойчивое поражение мозга вызывается не только парами растворителей, но и содержащимися в летучих препаратах высокими концентрациями тяжелых металлов, меди и цинка.

Помимо тяжелых психических нарушений, токсическая энцефалопатия проявляется неврологическими расстройствами. Поражаются диэнцефальная область, мозжечок, большинство структур мозга, происходят дегенерация, дистрофия и атрофия нервных клеток и волокон. Возникают периферические невриты, поражаются черепно-мозговые нервы. При передозировках возможны судорожные припадки.

*Опьянение парами пятновыводителей* также имеет свои особенности. Эйфория выражена очень ярко – лицо расплывается в блаженной улыбке, подросток начинает громко хохотать. Имеются сенестопатии в виде своеобразных ощущений, идущих от кожных покровов: покалывание, «приятное жужжание», «как под током». Далее следует визуализация представлений – «что захочу, то и увижу». Сами подростки называют эти ощущения «глюками» или «мультиками». При длительно продолжающейся ингаляции может возникнуть онейроидное помрачение сознания. Видения уже не возникают «по заказу», а перед подростком развертываются сценоподобные галлюцинации, нередко фантастического содержания, напоминающие увлекательный фильм. Ощущение, что эти переживания нереальны, сохраняется. Опьянение парами ацетона внешне напоминает картину тяжелого опьянения парами пятновыводителей. При тяжелом опьянении вслед за онейроидом может последовать сопор, а затем кома.

Для ингаляции *паров клея* (максимальную «популярность» с 80-х годов приобрел клей «Момент») используют целлофановые мешки. Раньше подростки натягивали их на голову целиком. После многочисленных смертельных случаев от асфиксии подростки стали прикладывать мешок к лицу, чтобы при достижении выраженного опьянения его уронить: тогда вытрезвление происходит само собой. Помимо эйфории наиболее характерным является наплыв галлюцинаторных зрительных образов («мультиков»). Нередко содержанием «мультиков» являются подростковые сексуальные фантазии. Подростки могут быть часами увлечены подобными видениями, периодически «добавляя дозу». Внешнее препятствие продолжению ингаляций вызывает озлобление, иногда агрессию.

Синдром зависимости при злоупотреблении ЛАВ проявляется выраженным стремлением к наркотизации. Учеба, семья у подростка отходят на второй план. Формируется группа из 2–3 человек, нюхающих ЛАВ. Группа формируется по месту жительства или по месту учебы. Применение ЛАВ – проявление группового поведения подростков. Зависимость поначалу носит групповой характер. Ингалянтами пользуются почти исключительно мальчики (до 97%). Большинство начинает злоупотреблять в младшем или среднем подростковом возрасте (12–14 лет), хотя бывают случаи злоупотребления уже в 9–11 лет. В старшем подростковом возрасте большая часть прекращает злоупотребление ЛАВ. Многие переключается на злоупотребление алкоголем. Из-за быстрого наступления энцефалопатии А.Е. Личко, В.С. Битенский (1991) считают, что при злоупотреблении ЛАВ I стадия, минуя вторую, сразу переходит в III стадию исхода заболевания. Кроме непосредственных тяжелых последствий злоупотребления ЛАВ, исследования показали, что подростки, злоупотребляющие ингалянтами, оказались группой высокого риска развития хронического алкоголизма (37% к возрасту 23–37 лет). В то же время утех подростков, кто эпизодически употреблял алкоголь без ингалянтов, уровень алкоголизма составил 6% к 23 годам и 11% к 32 годам.

#

# Лечение токсикомании

Лечение больных токсикоманией осуществляют в несколько этапов в стационаре (наркологическом или психиатрическому и амбулаторно снимают явления интоксикации и купируют абстинентный синдром, восстанавливают нарушенные соматические функции, нормализуют психическое состояние, подавляют симптомы психической зависимости, поддерживают противорецидивную терапию и проводят реабилитационные мероприятия. При снятии явлений интоксикации наряду с общепринятыми дезинтоксикационными средствами (глюкоза, витамины, кровезаменители) используют ноотропные средства в больших дозах, особенно ноотропил, который оказывает выраженный дезинтоксикационный и антигипоксический эффект, в тяжелых случаях показаны гемосорбция, гемодиализ, диурез форсированный.

Лечение лиц, начавших употребление ЛНДВ в детском и подростковом возрасте, имеет свои особенности. Таких пациентов труднее уговорить начать лечение, чем «зрелых» наркоманов.

Не только особенности психики детско-подросткового возраста и, возможно, имевшие место до начала употребления ЛНДВ расстройства психики, но и возникающие в результате их употребления психопатологические сдвиги не позволяют детям и подросткам объективно оценить свое состояние. В первую очередь это касается анозогнозии – осознания собственной болезни. Практически все потребители ЛНДВ не считают такую зависимость болезнью, почти всегда негативно относятся к проводимому лечению и редко проявляют активность, направленную на самостоятельный отказ от вдыхания используемых веществ. В связи с этим основная задача врача – убедить пациента (а иногда и его родственников) согласиться на лечение, чтобы оно не превратилось в формальное отбывание срока в стационаре или формальное же посещение ребенком либо подростком специалиста (врача психиатра-нарколога).

Основными задачами лечения являются:

* купирование острой интоксикации ЛНДВ и ее последствий; устранение абстинентных проявлений;
* подавление влечения к употребляемому средству;
* терапия осложнений хронической интоксикации;
* социально-педагогическая и трудовая коррекция.

Таким образом, в схеме терапии донозологических и нозологических форм употребления ЛНДВ можно выделить три этапа:

* неотложной наркологической помощи (включающий терапию острых отравлений и явлений абстиненции);
* восстановительного (направленного на устранение последствий массивной острой или хронической интоксикации ЛНДВ) лечения;
* реабилитации (адаптации больного к условиям существования в обществе без употребления ЛНДВ).

Рекомендуемая экстренная помощь при передозировке является симптоматической и обычно заключается в купировании возможных развившихся токсических последствий – введение кардиотонических, аналептических средств, гипервентиляция (в тяжелых случаях при помощи аппарата искусственного дыхания) с подачей кислорода. Как при любом остром отравлении, показаны дезинтоксикационная терапия (внутривенное введение растворов 5% глюкозы, тиосульфата натрия; физиологического раствора), плазмозамещающие растворы, внутримышечно унитиол. Лечение нужно начинать непосредственно в машине скорой медицинской помощи с последующей передачей больного в токсикологический центр или реанимационное отделение, где оно будет продолжено с учетом тяжести состояния. При тяжелой интоксикации ЛНДВ рекомендуются применение дезинтоксикационных средств (плазмозамещающие дезинтоксикационные растворы: поливидон, декстран 70, декстран 40, хлосоль, трисоль, раствор хлорида натрия; 5% и 10% раствор декстрозы), витаминотерапия (группы В, С, РР и др.), ноотропы (пирацетам, пантогам, пиритинол, глицин и др.), симптоматическая терапия. В стационаре возможно проведение детоксикации экстракорпоральными методами. Острая интоксикация ЛНДВ легкой и средней степеней тяжести обычно медицинского вмешательства не требует.

Во всех выявленных случаях – как при эпизодическом, так и при систематическом употреблении детьми и подростками ЛНДВ – желательна госпитализация в специализированное наркологическое отделение для решения вопроса о наличии зависимости от употребляемого средства, а также для подбора адекватной схемы терапии как собственно токсикомании, так и имеющихся личностных расстройств. Поэтому лечение токсикомании лучше проводить в условиях закрытого отделения со специальным режимом, что создает препятствия для тайного употребления наркотических веществ (либо в условиях изолированной палаты в психиатрических отделениях).

Если токсикомания обусловлена приемом седативных или снотворных средств, особенно барбитуратов, во избежание развития тяжелых проявлений абстинентного синдрома не рекомендуется форсированный диурез, следует постепенно снижать дозы препаратов или применять заместители, в частности фенобарбитал. Ежедневно доза обычно снижается на 10%. При психозах применяют нейролептические средства, транквилизаторы, проводят дезинтоксикационную и симптоматическую терапию. Для коррекции поведенческих нарушений и подавления патологического влечения в период активной и поддерживающей терапии хороший эффект отмечается при приеме нейролептиков – пролонгов пипорттила и галоперидола-деканоата.

Используют также биофизические (включая рефлексотерапию и электростимуляцию), психотерапевтические (психокоррекция, групповая и индивидуальная психотерапия и др.) методы лечения. Проводят групповые дискуссии, направленные на выработку негативного отношения к употреблению токсикоманических веществ, понимание сущности токсикомании как серьезного хронического заболевания и создание установок на полное прекращение употребления токсикоманических веществ; групповые психотерапевтические занятия, на которых отрабатываются поведенческие реакции в ситуациях, связанных с повышенным риском. Важное значение имеют семейная психотерапия – коррекция и перестройка взаимоотношений внутри семьи; индивидуальная психотерапия, предусматривающая личностную коррекцию, создание мотивации на здоровый образ жизни, отработку позитивных навыков активной саморегуляции.

Больные, находящиеся в психотическом состоянии, или с выраженными расстройствами интеллекта и памяти, приравниваемыми к психотическим состояниям, при совершении уголовно наказуемых деяний могут быть признаны невменяемыми и подлежат принудительному лечению. При наличии у больных выраженных интеллектуальных расстройств они могут быть признаны недееспособными.

# Заключение

Ингалянты – это летучие наркотически действующие вещества, которые относятся к средствам технической и бытовой химии и используются для опьянения.

В таком качестве используют жидкость для заправки зажигалок, керосин, газолин, вяжущие вещества, изготовленные на основе пластика и резины, резиновый, самолетный и другие виды хозяйственного клея, растворители нитрокрасок, жидкость для снятия лака с ногтей, лаки, краски, эмали, пятновыводители, очистители, полироли, различные аэрозоли, амилнитрит, бутилнитрит, моющие жидкости.

Активные ингредиенты включают бензин, ацетон, толуол, бензол, ксилолы, кетоны, этиловый и метиловый эфиры, метиленовый и изопропиловый спирты, ароматические и алифатические углеводороды, галогенированные (трихлорэтилен) и фторированные (дифторметан и триф-торметан) углеводороды.

Злоупотребление подобными средствами известно давно. В XIX в. появились случаи вдыхания паров эфира с целью опьянения. В последующем с этой же целью использовались многие средства, применяемые для наркоза. В 60-х годах нашего века в США и Европе появились нюхатели (снифферы) клея и бензина. Амилнитрит и бутилнитрит используют в США гомосексуалисты во время полового акта, чтобы усилить оргазм – интоксикация вызывает состояние парения, головокружения и эйфории.

В нашей стране первые случаи злоупотребления летучими наркотически действующими веществами известны с середины 70-х годов. Поскольку эти вещества можно приобрести в любом хозяйственном магазине, они доступны и дешевы, их используют дети и подростки. Злоупотребляют ингалянтами даже 6–8-летние дети. Чаще всего этим занимаются дети из семей низкого уровня развития, но бывает, что используют ингалянты и дети из благополучных семей.

1 млн американских подростков в возрасте от 12 до 17 лет регулярно вдыхают летучие наркотически действующие вещества (ЛНДВ) – нюхают клей, краску, бензин для зажигалок и тому подобные субстанции – для достижения удовольствия. Таковы данные управления по национальной политике в области контроля за наркотиками. По сведениям управления, число подростков, занимающихся этим, сократилось:

4,4% подростков вдыхали ЛНДВ в 2007 году;

3,9% подростков делали это в 2008 году.

0,4% подростков в 2008 году попали в категорию зависимых от такого рода наркомании.[[1]](#footnote-1)

В целом токсикомания летучими наркотически действующими веществами является одной из наиболее злокачественных, тем более, что поражает она детей и подростков.

# Литература

1. http://sistem.boom.ru/toksikomaniya.html – Токсикомания.
2. http://www.no-narcotics.ru/node/23 – Токсикомания ингалянтами (летучими органическими растворителями).
3. Журнал «Власть» №11 (814) от 23.03.2009.
4. Лечение и профилактика употребления летучих наркотически действующих веществ несовершеннолетними. «Лечащий врач» Медицинский научно-практический журнал. 01/2006.
5. Лечение и профилактика употребления летучих наркотически действующих веществ несовершеннолетними // «Лечащий врач» Медицинский научно-практический журнал. 01.2006.
6. Профилактика наркомании и токсокомании среди детей и молодежи / Ред. колл. Г.В. Куприянова, Т.Э. Петрова, В.В. Фещенко и др. М., 2004.
1. Журнал «Власть» № 11 (814) от 23.03.2009. [↑](#footnote-ref-1)