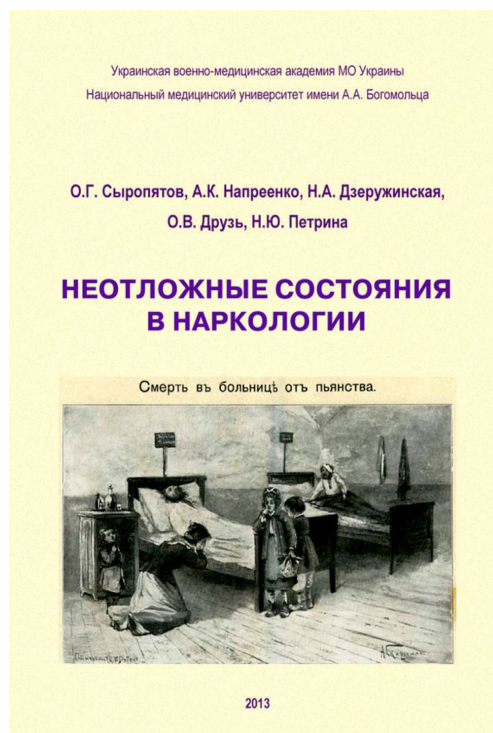


**О.Г. Сыропятов, А.К. Напреенко, Н.А. Дзеружинская,
О.В. Друзь, Н.Ю. Петрина**

Неотложные состояния в наркологии: Учебное пособие



Украинская военно-медицинская академия МО Украины
Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца

Рецензенты:

В.А. Вербенко – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии, психотерапии, наркологии с курсом общей и медицинской психологии Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского;

В.А. Солдаткин – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии

и наркологии Ростовского государственного медицинского университета.

Смерть въ больницѣ отъ пьянства.



Раздел I

Неотложная наркология для семейных врачей

В последние десятилетия наблюдается увеличение числа критических, угрожающих жизни состояний у наркологических больных, что привело к созданию нового направления – неотложной наркологии. Объем информации, которой должны овладеть семейные врачи, возрастает с каждым годом и уже на настоящем этапе развития медицинского образования превышает возможности для усвоения. В аспекте неотложной наркологии изучена взаимосвязь между клинической картиной и нарушением обмена медиаторов в ЦНС, доказана роль иммунной системы и генетических факторов, усовершенствована система помощи этим больным с использованием новых медицинских технологий и лекарств и т. д. Изучение неотложных состояний в медицине является строго обязательным для выпускника медицинского ВУЗа и врача любой специальности. Вопросы диагностики и лечения неотложных состояний являются наиболее важным элементом подготовки семейного врача. Все неотложные состояния являются междисциплинарными, так как в критической ситуации в патологический процесс вовлекаются все системы организма человека, в результате чего их клинические проявления бывают исключительно многообразными. Поэтому для своевременной диагностики и лечения неотложных состояний недостаточно владеть знаниями только в какой-то одной области неотложной медицины.

Под неотложным состоянием в реаниматологии понимают наиболее острый период

заболевания, когда в результате воздействия внешних факторов или при неблагоприятном развитии имеющихся болезненных процессов возникают тяжёлые расстройства жизненно важных физиологических функций. В наркологии неотложные состояния могут развиваться при остром отравлении психоактивными веществами (ПАВ) – выраженная интоксикация, интоксикационный психоз; тяжёлом течении заболевания зависимости – судорожный синдром, делирий; сопутствующей соматической или неврологической патологии – энцефалопатия, сердечно-сосудистая недостаточность; в результате резистентности или интолерантности к проводимой терапии. Знания из различных специальностей, по мере их получения, встраиваются в единую систему знаний врача и позволяют эффективно оказывать помощь. При осуществлении неотложной помощи проверяются профессиональные качества, уровень знаний и умений врача.

Введение института семейной медицины – одно из главных условий проведения реформы здравоохранения в Украине. Подготовка специалиста в западных странах по данному направлению длится в среднем 10–15 лет, из них около пяти лет она совмещена с практической работой. Врачи по профилю семейных специалистов выпускаются отечественными вузами только с 2001 года. Правда, с каждым годом увеличивается количество педиатров и терапевтов, переучивающихся на семейных врачей. Все это приводит к одному знаменателю: на место узкопрофильных специалистов, знающих специфику определенной сферы медицины, чаще всего приходит неопытная молодежь, которая должна уметь оказать терапевтическую, хирургическую, педиатрическую и другие виды неотложной помощи. То, что отечественная система медицинского обеспечения нуждается в реформировании, подтверждается данными социологических опросов: около 80 % наших граждан считают систему здравоохранения неэффективной. При этом даже в соседней Беларуси, в которой уже создано сеть «семейных» медицинских кабинетов, обращение пациентов к семейному врачу стало обыденным явлением. Полноценный переход Украины на новые стандарты медицинского обслуживания должен произойти до 2020 года. И хотя первые кабинеты семейной медицины в Украине были созданы еще в 2000 году, их существующая сеть не способна удовлетворить потребности населения в получении качественной медицинской помощи.

В настоящем методическом пособии в краткой форме даются рекомендации по тактике оказания медицинской помощи, вопросам диагностики и лечения неотложных состояний в психиатрии и наркологии.

1. Общие вопросы неотложной помощи

Умение распознать неотложное состояние и оказать необходимую помощь является обязанностью врача любой специальности, что регламентируется рядом специальных правил и законодательных актов. Согласно государственному образовательному стандарту (ГОС), врач – выпускник по специальности «лечебное дело» подготовлен для диагностики и оказания первой помощи при неотложных состояниях. Формирование личности компетентного специалиста в процессе обучения является залогом будущего страны. Готовность оказать необходимую неотложную медицинскую помощь отражена в «Клятві лікаря», которую дают все выпускники медицинских ВУЗов Украины.

Кроме того, согласно статьи 139 Карного кодексу України (так же, как и статьи № 124

УК Российской Федерации): «Неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности смерть больного либо причинение тяжкого вреда его здоровью, наказывается лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового».

1.1. Определение понятия и виды неотложных состояний

Неотложное состояние – это состояние, которое представляет угрозу для жизни пациента и поэтому требует проведения безотлагательных мер по диагностике, лечению и определению дальнейшей тактики ведения больного.

Понятие «неотложные состояния в психиатрии и наркологии» является условным, так как нет практически ни одного неотложного состояния, которое сопровождалось бы нарушением лишь психических функций и не вовлекало бы других систем организма. В ряде руководств в эту группу относят неотложные состояния, развивающиеся только в рамках психических заболеваний, алкоголизма, наркоманий и токсикоманий и исключают острые психические расстройства при соматических заболеваниях. В практической медицине применяется более широкая трактовка, согласно которой следует относить к «неотложным состояниям в психиатрии» все неотложные состояния, независимо от их нозологической принадлежности, сопровождающиеся выраженными психическими нарушениями.

Таким образом, возможно выделение нескольких принципиально различных групп неотложных состояний, протекающих с выраженными психическими нарушениями:

- неотложные состояния, развивающиеся в рамках течения собственно психических заболеваний (например, суицидальные действия при меланхолической депрессии);
- неотложные состояния, развивающиеся в рамках алкоголизма, наркоманий и токсикоманий (например, алкогольный делирий, передозировка героина);
- неотложные соматические состояния, протекающие с присоединением выраженных психических расстройств (например, соматогенный делирий при перитоните);
- неотложные состояния, развивающиеся как осложнения (нежелательные явления) при плановом применении психотропных препаратов в психиатрической и соматической практике (например, острая дистония, серотониновый синдром).

Главная особенность всех вышеперечисленных неотложных состояний – сочетание выраженных психических и соматических нарушений, что требует от врача, оказывающего помощь, достаточных знаний как психиатрии, так и других разделов медицины (терапия, неврология, хирургия и др.). Врачам скорой (неотложной) помощи и врачам соматических стационаров в большинстве случаев приходится сталкиваться с неотложными соматическими состояниями, протекающими с выраженными психическими расстройствами и с неотложными состояниями при алкоголизме и наркоманиях. Проблема неотложных состояний у наркологических больных состоит в разнообразии клинических проявлений, высокой частоте развития смешанных форм, тенденции к быстрому развитию и затяжному течению.

Основные правила оказания неотложной помощи в психиатрии и наркологии

- На центральном месте – врачебная беседа.
- Учет особенностей окружающей обстановки.
- Для психофармакотерапии достаточно одного соответствующего лекарственного средства: антипсихотика, антидепрессанта, бензодиазепина или противосудорожного препарата.
- Учет правовых аспектов в соответствии с Законом о Психиатрической помощи.

Необходимая отчетная документация в неотложной психиатрии

- Оформление документации по аспектам организации помощи в конкретном случае (обнаружение – выявление – оповещение – ведение)
 - Подробное описание психопатологического статуса, включая незначительные детали
 - Подробное описание соматического статуса, включая незначительные детали
 - Данные лабораторных исследований
 - Информация об имеющихся психических заболеваниях
 - Данные субъективного анамнеза
 - Предполагаемый диагноз
 - План лечения
 - Этапы конкретных лечебно-диагностических мероприятий
 - Оформление документации по правовым аспектам (ограничению свободы, фиксации, информированию пациента и вышестоящих инстанций с указанием времени оказания помощи).

1.2. Тактика медицинской помощи при неотложных состояниях в психиатрии и наркологии

Тактика медицинской помощи при неотложных состояниях в психиатрии и наркологии зависит от тяжести состояния больного и условий оказания помощи, она определяется Законом України «Про психіатричну допомогу» (2000):

1) в случае необходимости реанимационные мероприятия должны проводиться безотлагательно. Нередко острые психические нарушения сопровождаются серьезной дестабилизацией соматического состояния и предшествуют развитию клинической смерти (например, психомоторное возбуждение на фоне нарастающей дыхательной недостаточности);

2) если больной нуждается в экстренной терапевтической, хирургической, токсикологической помощи, она должна быть оказана в первую очередь в положенном объеме. Даже выраженные психические расстройства не являются основанием для отказа больному в экстренной соматической помощи;

3) если психические расстройства (обычно это психомоторное возбуждение) препятствуют проведению экстренных диагностических и лечебных манипуляций, их купирование, не дожидаясь консультации психиатра, должен провести врач, оказывающий неотложную помощь;

4) после выполнения всех необходимых экстренных диагностических и лечебных манипуляций, в том случае если психические нарушения сохраняются, больному должен быть осмотрен психиатром:

в стационаре общего профиля – при наличии штатного психиатра-консультанта, он должен быть вызван для консультации и осмотра больного;

вне стационара (дома, на улице, в амбулаторном учреждении, на предприятии, в общественном месте) или в стационаре при отсутствии психиатра-консультанта – вызов бригады скорой психиатрической помощи (СПП).

В настоящее время в некоторых многопрофильных соматических стационарах имеются штатные психиатры-консультанты. В его обязанности входят: постановка диагноза психического расстройства, решение вопроса о месте лечения больного, назначение психофармакотерапии и контроль за ее проведением в том случае, если пациент продолжает лечение в соматическом стационаре.

Скорая психиатрическая помощь выезжает в общественные места, на предприятия и в организации, на улицу, в квартиры, в медицинские учреждения. Вызовы принимаются от медицинских работников, сотрудников милиции, руководителей предприятий и организаций (при отсутствии медработников) и прямых родственников больного. При развитии психотического состояния на улице или в общественном месте следует вызывать сотрудников милиции, которые, в свою очередь, вызывают бригаду СПП. При развитии психотического состояния на предприятии или в организации вызов СПП осуществляет штатный медработник. Вызовы в квартиры принимаются от прямых родственников больного или от соседей при отсутствии прямых родственников. От посторонних лиц вызовы принимаются только в случае общественно опасных действий больного.

Скорая психиатрическая помощь не может привлекаться для плановых консультаций пациентов с психическими расстройствами в соматических стационарах. Эта функция возложена на психиатра-консультанта стационара, а при его отсутствии обеспечивается психиатрами районного психоневрологического диспансера. В соматические стационары бригада СПП выезжает в двух основных случаях. Во-первых, для обеспечения перевода больного, находящегося в остром психотическом состоянии, в психиатрический стационар (после принятия решения о переводе психиатром-консультантом стационара). Во-вторых, к пациентам, находящимся в остром психотическом состоянии для осмотра и решения вопроса о дальнейшем лечении, если психиатр-консультант не может быть привлечен для осмотра (ночное время при отсутствии круглосуточной дежурной службы, выходные и праздничные дни). До вызова бригады СПП во всех случаях лечащему врачу необходимо установить предварительный синдромальный диагноз психотического состояния и приступить к оказанию неотложной помощи.

До прибытия бригады СПП (прихода психиатра-консультанта) пациент с выраженными психическими расстройствами, если позволяет его соматическое состояние, должен быть переведен в отдельное помещение на первом этаже стационара (изолятор или отдельная палата), и должно быть обеспечено постоянное наблюдение за состоянием больного (пост медсестры).

Таким образом, непосредственное оказание неотложной помощи и постановка синдромального диагноза психического (поведенческого) расстройства является обязанностью лечащего (дежурного) врача соматического стационара. Врач-психиатр присоединяется к оказанию неотложной помощи лишь в дальнейшем, он отвечает за постановку нозологического диагноза и определение места лечения больного. В случае если пациент продолжает лечение в соматическом стационаре, психиатр – консультант назначает лечение и контролирует его проведение. Решение о переводе или госпитализации пациента с психическими расстройствами в психиатрический стационар

(психосоматическое отделение), может быть принято только врачом-психиатром.

1.3. Место проведения лечения

Место проведения лечения определяется состоянием больного. Если психические нарушения, сопровождающие соматическое заболевание, могут быть купированы непосредственно в многопрофильном стационаре или они не препятствуют нахождению в отделении, пациент продолжает лечение в соматическом стационаре (например, сочетание алкогольного абстинентного синдрома с обострением хронического панкреатита – терапию проводит лечащий врач больного с участием психиатра (нарколога) – консультанта).

В психиатрический/наркологический стационар переводятся (госпитализируются) пациенты с психическими расстройствами, соматическая патология которых не определяет тяжесть состояния и не требует нахождения в соматическом стационаре. Например, пациент, страдающий меланхолической депрессией, нанес себе поверхностные самопорезы в области предплечья – после проведения первичной хирургической обработки раны и наложения швов он должен быть переведен в психиатрический стационар.

При сочетании тяжелой соматической патологии с выраженными психическими расстройствами, препятствующими нахождению в обычном соматическом отделении, больные переводятся (госпитализируются) в специализированное психосоматическое (соматопсихиатрическое) отделение (например, у пациента наблюдается сочетание маниакального синдрома с открытым переломом костей голени – после выполнения оперативного вмешательства пациент продолжает лечение в психосоматическом отделении).

Если в клинической картине доминирует тяжелое соматическое состояние или оно угрожает жизни больного, пациент продолжает лечение в соматическом стационаре (отделении реанимации) при участии штатного психиатра-консультанта (например, делирий на фоне перитонита – лечение проводится в реанимационном отделении).

Категорически запрещено оставлять пациента с выраженными психическими расстройствами под наблюдением соседей по палате, родственников, сотрудников охраны стационара. Наблюдение за больным должны осуществлять врач или медсестра.

При нарушениях поведения у пациентов, находящихся в алкогольном или наркотическом опьянении, вызов СПП может быть осуществлен только после протрезвления пациента (если психические нарушения сохраняются) и проведения полного физикального обследования для исключения серьезной соматической патологии. Преходящие нарушения поведения, обусловленные простым алкогольным или наркотическим опьянением, не являются основанием для вызова СПП и перевода пациента в психиатрический стационар. Такие пациенты в дальнейшем (в плановом порядке) могут быть осмотрены психиатром (наркологом) – консультантом стационара.

В случае агрессивных действий пациента с психическими расстройствами (непосредственная опасность для окружающих) для оказания помощи могут быть привлечены сотрудники милиции (в соответствии с Законом України «Про міліцію»).

1.4. Документальное оформление консультации психиатра

Во всех случаях показания к консультации психиатра (нарколога) или показания к вызову СПП должны быть отражены врачом в истории болезни (амбулаторной карте) в виде описания психического статуса и предварительного синдромального диагноза (например: делириозный синдром, депрессивный синдром с суицидальными намерениями, галлюцинаторно-параноидный синдром).

Если психическое состояние больного позволяет, особенно при сомнениях врача в наличии психических нарушений психотического уровня, следует обсудить консультацию непосредственно с пациентом, получить его письменное согласие на осмотр психиатра и приложить его к истории болезни.

При наличии выраженных психотических расстройств, представляющих угрозу для больного и окружающих, или при беспомощности пациента (слабоумие), его письменное согласие на осмотр психиатра не требуется, что так же должно быть отражено в истории болезни.

Порядок проведения психиатрического освидетельствования регламентируется статьями №№ 7, 11 Закона України «Про психіатричну допомогу». Порядок проведения госпитализации (перевода) в психиатрический стационар, в том числе в недобровольном порядке, регламентируется статьями №№ 13–17 этого же закона.

2. Частные вопросы неотложной помощи

К основным неотложным состояниям в психиатрии и наркологии относятся:

- экзогенная интоксикация
- психомоторное возбуждение
- ступор, кататония
- суицидальное и аутоагрессивное поведение
- судорожные припадки и эпилептический статус
- неалкогольный (соматогенный) делирий
- аментивный синдром
- алкогольный делирий (осложненный и неосложненный)
- острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике
- синдромы выключения сознания
- отказ от еды в связи с психическими расстройствами
- тяжелое (глубокое) алкогольное опьянение
- передозировка опиатов или опиоидов
- абстинентные синдромы
- панические атаки и вегетативные кризы (острое состояние страха или паники)
- отравления психотропными препаратами
- острые осложнения при применении психотропных препаратов (злокачественный нейролептический синдром, серотониновый синдром).

Возможные причины неотложных состояний

- Психические заболевания

- Неврологические заболевания
- Терапевтические заболевания
- Побочные действия лекарственных средств.

2.1. Экзогенная интоксикация

Хроническое злоупотребление ПАВ приводит к комплексу изменений обмена веществ и росту толерантности, в том числе и перекрёстной. Компенсаторные возможности систем организма снижаются, что повышает угрозу передозировки.

2.1.1. Алкогольная интоксикация

Острая алкогольная интоксикация характеризуется начальным периодом возбуждения ЦНС, сменяющимся угнетением вплоть до комы. Различают три степени алкогольной интоксикации: лёгкую (0,5–1,5‰ этанола в крови), среднюю (1,5–2,5‰) и тяжёлую (2,5–3,0‰). Летальной считают интоксикацию – 5–6‰ этанола в крови. При алкогольной интоксикации тяжёлой степени отмечается резкий запах алкоголя, угнетение сознания и вегетативных функций, бледность или цианоз кожи и слизистых. В начальной фазе возможны колебания аффекта, агрессивное поведение, судороги, аспирация рвотных масс, ларингоспазм, нарушение, вплоть до остановки, дыхания.

2.1.2. Опиатная интоксикация

При передозировке опиатами наблюдают нарушение сознания, достигающее до степени сопора или комы, угнетение дыхания, миоз, сменяющийся мидриазом при утяжелении состояния, выраженную брадикардию, артериальную гипотензию. Клиническая картина отравления может иметь волнообразный характер. При передозировке опиатом из группы агонист-антагонист (буторфанол) или классическим опиатом на фоне лечения антагонистом опиатных рецепторов (налтрексоном) начальная фаза острой интоксикации может сопровождаться психомоторным возбуждением, тремором, дисфорией, судорогами.

2.1.3. Интоксикация каннабиноидами

Передозировка препаратами конопли проявляется как интоксикационный психоз. Характерны исчезновение чувства реальности, ощущение чуждости тела (дереализация-деперсонализация), иногда зрительные и слуховые галлюцинации. В тяжёлых случаях наблюдают сопор или кому с последующим развитием энцефалопатии и полинейропатии, отмечают спутанность сознания, дизартрию, анестезию, парезы и другие расстройства. Специфический признак гашишной интоксикации – резкий запах конопли от больного и его одежды.

2.1.4 Интоксикация психостимуляторами

Наибольшее распространение на территории Украины имеют кустарно изготавливаемые производные эфедрина (эфедрон и первитин), активно распространяется кокаин, амфетамины и метамфетамины.

Передозировка психостимуляторами сопровождается мидриазом, тахикардией, артериальной гипертензией. Возможны судорожные припадки, психотические нарушения по типу острого параноида или галлюциноза с преимущественно обонятельными и тактильными, реже слуховыми и зрительными галлюцинациями, развитии осложнений в виде инсультов, инфарктов, сердечно-сосудистой недостаточности, аритмии.

2.1.5 Интоксикация барбитуратами

В настоящее время встречается у лиц с алкоголизмом в сочетании со злоупотреблением валокладином, корвалолом и другими барбитуратами. В таких случаях начальная стадия интоксикации сопровождается эйфорией и психомоторным возбуждением, затем нарастает нарушение сознания: оглушенность, сопор, кома. Гемодинамика нестабильна, с тенденцией к брадикардии и артериальной гипотензии, отмечается патологическое дыхание – брадипноэ.

2.1.6 Интоксикация бензодиазепинами

Передозировка бензодиазепинов сопровождается потерей сознания в виде сопора и комы, мышечной релаксацией и анестезией. Гемодинамика и функции дыхания длительное время остаются относительно стабильными.

2.1.7 Интоксикация летучими органическими веществами (ЛОВ)

Интоксикация ЛОВ сопровождается эйфорией со спутанностью сознания и нарушением ориентировки во времени и пространстве. Возможен острый галлюциноз со зрительными и слуховыми галлюцинациями (яркими, сценopodobными, угрожающими), которые вызывают агрессивное поведение и представляют опасность для окружающих. С углублением интоксикации возможны судороги и выключение сознания. Специфический признак интоксикации ЛОВ – резкий запах растворителей от больного и его одежды, предметов, используемых им для вдыхания летучих веществ (пакеты, куски ткани).

2.1.8 Интоксикация психотомиметиками

Возникает в результате приёма препаратов ЛСД, псилоцибина (грибы) и МДМА («экстази»). Интоксикация психотомиметиками сопровождается наплывом мыслей, ускорением мышления, дереализацией и деперсонализацией, нарушением восприятия времени. Наблюдаются гиперестезии, иллюзии, зрительные, реже слуховые, галлюцинации. Интоксикация часто сопровождается психомоторным возбуждением. Настроение лабильное – эйфория и гипертимия сменяются дисфорией, тревогой, страхом,

паранойяльностью с социально опасными действиями.

2.1.9 Интоксикация средствами с антихолинергическим действием (тригексифенидил, дифенгидрамин, алкалоиды красавки и др.)

При передозировке холинолитических препаратов наблюдается сухость слизистых оболочек и кожных покровов, гипертермия, мидриаз, тахикардия. Возникают тревога, страх, психомоторное возбуждение, нарушается ориентировка во времени, пространстве, реже собственной личности, развивается делирий. Галлюцинации носят неприятный или устрашающий характер. При утяжелении состояния развиваются сопор или кома с сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью.

2.2 Терапия экзогенных интоксикаций

2.2.1 Неотложная помощь

- Этиопатогенетическое лечение (удаление ПАВ, антитоды).
- Устранение признаков дегидратации и нормализация электролитного обмена.
- Нормализация кислотно-щелочного состояния.
- Дезинтоксикационная терапия.
- Назначение препаратов, нормализующих метаболические процессы в головном мозге.
- Решение вопроса о госпитализации.

Основные задачи лечения больных с острой интоксикацией ПАВ тяжёлой степени – быстрое выведение токсического агента из организма, поддержание жизненно важных функций, купирование возбуждения, судорожного припадка или иного состояния. При нарушении функции внешнего дыхания необходимо как можно скорее провести реанимационные мероприятия (ИВЛ). При передозировке опиатами или бензодиазепинами вводятся специфические антагонисты (р-р налоксона 0,4–0,8 мг в/в и флумазенил 0,3–0,5 мг в/в).

2.2.2 Коррекция водно-электролитного обмена

Объём, концентрация электролитов и рН жидкостей являются основными характеристиками внутренней среды, определяющими условия нормальной деятельности функциональных систем. Организм на 60–65 % (40–45 литров) состоит из воды. Её суммарное количество зависит от пола, возраста, массы тела. Выделяют три сектора воды: внутрисосудистый (5 %), интерстициальный (15 %), внутриклеточный (45 %). Во внутриклеточном секторе осмотическое давление (наиболее стабильный параметр внутренней среды) определяется концентрацией калия, фосфора и белка, во внеклеточном

– содержанием Na^+ , С^- , и белка. В норме обмен ионами, водой и субстратами окисления подчинён процессу получения энергии и выведению метаболитов.

К основным видам нарушений водно-электролитного обмена относятся дегидратация и гипергидратация.

Дегидратация

При ограничении поступления воды в организм или при нарушении её распределения в организме возникает дегидратация. В зависимости от дефицита жидкости, выделяют лёгкую (5–6%), среднюю (5–10 %) и тяжёлую (более 10 %) степень дегидратации. Острая потеря организмом более 20 % жидкости, как и быстрая потеря 20–30 % объёма интерстициального пространства, – смертельны. Существует тесная взаимосвязь между нарушениями обмена воды, электролитов и КЩС. К клиническим симптомам, позволяющим определить вид нарушения баланса жидкости в организме, относятся жажда, состояние кожных покровов и видимых слизистых, температура тела, общее состояние больного и его неврологический и психический статус, наличие отёков, показатели центральной гемодинамики: АД, ЦВД, ЧСС, состояние дыхания, диуреза, лабораторные данные. Дегидратация лёгкой степени клинически проявляется появлением жажды и сухости ротовой полости, появлением сухости кожных покровов в подмышечных или паховых областях.

Осмотическая концентрация интерстициальной жидкости определяется содержанием в ней ионов натрия. В зависимости от его уровня, выделяют изотоническую (натрий в норме), гипотоническую (натрий ниже нормы) и гипертоническую (натрий выше нормы) дегидратации и гипергидратации.

- Дегидратация изотоническая (Na^+ 135–145 ммоль/л) возникает вследствие потери жидкости интерстициального пространства, по электролитному составу близкой к плазме крови. Наиболее часто данное патологическое состояние возникает при длительной рвоте и диарее, острых и хронических заболеваниях ЖКТ, кишечной непроходимости, перитоните, панкреатите, обширных ожогах, при полиурии, неконтролируемых назначениях диуретиков, политравме и т. д. Клинически отмечаются нарушения со стороны центральной гемодинамики: снижается АД, ЦВД, МОС. Тургор кожи уменьшается, язык становится сухой, развивается олигурия или анурия. Лечение: воздействие на патогенетический фактор, заместительная терапия изотоническим раствором хлорида натрия (35–70 мл/кг/сутки). Инфузионную терапию следует проводить под контролем ЦВД и почасового диуреза.

- Дегидратация гипотоническая (Na^+ менее 130 ммоль/л) развивается в тех случаях, когда потеря натрия превышает потерю воды – при многократной рвоте, профузном поносе, обильном потоотделении, полиурии. Понижение осмолярности приводит к внутриклеточной гипергидратации и углублению дефицита жидкости в интерстициальном пространстве. Клиника – снижение тургора кожи и глазных яблок, появление циркуляторных нарушений, азотемии, нарушении функции почек, мозга, сгущение крови. Лечение: регидратация организма, препаратами, содержащими катионы натрия: Дефицит Na^+ (моль/л) = $(142 \text{ ммоль/л} - \text{Na} \text{ плазмы пациента в моль/л}) \times 0,2 \text{ массы тела (кг)}$

Если коррекция гипотонической дегидратации проводится на фоне метаболического ацидоза, натрий вводится в виде бикарбоната, при метаболическом алкалозе – в виде хлорида.

- Дегидратация гипертоническая (Na^+ плазмы более 150 ммоль/л) возникает при

превышении потери воды над потерей натрия – при полиурической стадии ОПН, длительном форсированном диурезе без своевременного восполнения дефицита воды, при лихорадке, недостаточном введении воды при парентеральном питании. Формируется клеточный эксикоз. Клиника – жажда, слабость, апатия, психомоторное возбуждение, спутанность сознания, судороги, развитие коматозного состояния. Отмечается сухость кожи, повышение температуры тела, олигурия с выделением концентрированной мочи, сгущение крови. Терапия – ликвидация внутриклеточной дегидратации – инфузии раствора глюкозы с инсулином.

Гипергидратация

- Гипергидратация изотоническая (Na^+ плазмы в пределах нормы 135–145 ммоль/л) возникает при заболеваниях, сопровождающихся отёчным синдромом и в результате чрезмерного введения изотонических солевых растворов. Возникновение данного синдрома возможно на фоне цирроза печени и заболеваний почек.

Клинически данная форма гипергидратации проявляется артериальной гипертензией, быстрым увеличением массы тела, развитием отёчного синдрома, анасарки, снижением концентрационных показателей крови. На фоне гипергидратации в организме отмечается дефицит свободной жидкости, что вызывает жажду.

Терапия изотонической гипергидратации заключается в применении средств, направленных на уменьшение объёма интерстициального пространства (10 % альбумин в/в, мочегонные препараты, гемодиализ с ультрафильтрацией крови).

- Гипергидратация гипотоническая (Na^+ менее 130 ммоль/л) — «водное отравление», может возникать при одномоментном приёме очень больших количеств воды, при длительном в/в введении бессолевых растворов, отёках на фоне хронической сердечной недостаточности, циррозах печени, ОПН, гиперпродукции АДГ. Клинически данное состояние проявляется рвотой, частым жидким водянистым стулом, полиурией, признаками поражения ЦНС: слабость, разбитость, быстрая утомляемость, нарушение сна, делирий, нарушение сознания, судороги, кома. Лечение – выведение из организма избытка воды (мочегонные препараты, гемодиализ с ультрафильтрацией крови).

- Гипергидратация гипертоническая (Na^+ больше 150 ммоль/л) – возникает при введении больших количеств гипертонических растворов в организм с сохранённой выделительной функцией почек или изотонических растворов больным с нарушенной выделительной функцией почек. Клиника – наличие жажды, покраснение кожи, гипертермия, гипертензия, повышение ЦВД., нарушение психики, судороги, кома. Лечение – инфузионная терапия с заменой солевых растворов нативными белками и раствором глюкозы, в использовании осмодиуретиков и салуретиков, гемодиализ.

2.2.3 Психомоторное возбуждение

Резкое повышение двигательной и/или речевой активности, связанное с изменением психического состояния больного, является неотложным состоянием в тех случаях, когда обусловлено психотическими расстройствами, выявляемыми у пациента. Следует отличать от физиологического повышения двигательной и речевой активности, обусловленного влиянием ситуационных факторов.

Ведущие причины психомоторного возбуждения

Психические:

- мании
- шизофренические расстройства
- ажитированная депрессия
- острая реакция на стресс
- расстройства личности
- снижение интеллекта

Органические:

- органические заболевания головного мозга (деменция, эпилепсия)
- Эндокринные расстройства (гипертиреоз)
- Интоксикации
- Состояния наркотического опьянения.

Виды психомоторного возбуждения

• Галлюцинаторное – вызвано галлюцинаторными переживаниями угрожающего или пугающего характера и вытекает из содержания галлюцинаций. Выделяют два варианта галлюцинаторного психомоторного возбуждения по характеру преобладающих обманов восприятия:

– в связи со зрительными галлюцинациями – в рамках синдромов помрачения сознания (делирий, сумеречное помрачение сознания)

– в связи со слуховыми галлюцинациями на фоне ясного сознания – в рамках галлюцинозов органической и эндогенной природы

- Дисфорическое – злобно-тоскливый аффект при эпилепсии и органических заболеваниях головного мозга.
- Тревожное – при ажитированной депрессии, при бреде.
- Депрессивное («депрессивный раптус») – внезапное возбуждение с аутоагрессивными действиями при меланхолической депрессии.
- Маниакальное – в рамках маниакального синдрома.
- Аффективно-шоковое – в рамках реактивных гиперкинетических психозов в ответ на тяжелую острую психическую травму.
- Кататоническое и гебефреническое – при соответствующих формах шизофрении в рамках соответствующих синдромов.

В общемедицинской практике наиболее часто встречается галлюцинаторное возбуждение в рамках делирия – при различных тяжелых соматических и инфекционных заболеваниях, алкоголизме.

Психомоторное возбуждение может сопровождать ряд тяжелых соматических состояний, которые нельзя однозначно отнести к вышеперечисленным видам возбуждения:

- гипертонический криз
- алкогольный и героиновый абстинентный синдром
- небольшие ишемические инсульты лобной локализации (часто протекают без параличей, что затрудняет диагностику)
- заболевания, сопровождающиеся острой дыхательной недостаточностью I–II степени

(начальные стадии гипоксии ЦНС)

- заболевания и травмы, сопровождающиеся выраженным болевым синдромом
- острый инфаркт миокарда
- некоторые инфекционные заболевания (бешенство, столбняк и др.)
- некоторые отравления (психостимуляторы).

Возможность данных состояний необходимо учитывать при развитии психомоторного возбуждения у пациента.

Неотложная помощь при психомоторном возбуждении в лечебном учреждении состоит из следующих этапов.

1. Физическое ограничение, удержание (фиксация) и изоляция больного – проводятся силами медицинского персонала максимально бережно, для чего привлекается необходимое количество медицинских работников. Категорически недопустимо связывание больного и применение любых травмирующих методов фиксации. Фиксация применяется для ограничения возможности больного нанести вред себе или окружающим, с сохранением возможности общения с пациентом и проведения ему диагностических процедур и манипуляций. Фиксация продолжается до момента достаточного воздействия используемых лекарственных средств. Допустимо осторожное удержание за конечности, прижатие за плечи к кровати или полу, мягкая фиксация туловища и конечностей с помощью простыни или одеяла. (В условиях психиатрического стационара возможно для фиксации в четырех точках на уровне нижней трети предплечья и голени использовать кожаные или полотняные петли с поролоновыми прокладками, которые прикрепляются к раме кровати; при этом больной сохраняет способность двигать конечностями и поворачиваться с боку на бок). Врач обязан находиться с больным все время удержания и контролировать отсутствие осложнений (сдавление сосудов и нервов, вывихи, затруднение дыхания из-за нарушения экскурсии грудной клетки др.).

С этой же целью – обеспечение безопасности больного – используются и различные формы изоляции. Это может быть требование на ограничение передвижения по отделению или палате, а в некоторых случаях помещение (добровольное или принудительное) в специальную палату (уже в условиях психиатрического стационара, где выбор формы изоляции определяется врачом-психиатром, руководствующимся в своих действиях соответствующими законодательными актами).

2. Применение лекарственных препаратов для купирования возбуждения. К препаратам выбора относятся бензодиазепиновые транквилизаторы. В настоящее время два транквилизатора доступны в инъекционной форме – диазепам и феназепам:

Sol.Diazepamі 0.5 % – 2.0 – 6.0 внутримышечно или

Sol.Phenazepamі 0.1 % – 2.0 – 4.0 внутримышечно/

Доза препарата определяется состоянием пациента. Эффект после внутримышечной инъекции развивается через 10–30 минут. Перед применением транквилизаторов врач обязан исключить состояния, при которых транквилизаторы противопоказаны. Внутривенное введение транквилизаторов не разрешается из-за риска нанесения травмы возбужденному больному и высокого риска остановки дыхания.

При развитии психомоторного возбуждения у пациента, страдающего серьезным соматическим заболеванием, к применению транквилизаторов следует относиться осторожно. Высокие дозы препаратов нередко приводят к развитию глубокого выключения сознания, что может способствовать утяжелению соматического состояния больного и, безусловно, затруднит последующие диагностические и лечебные

манипуляции. В связи с этим предпочтительно введение небольших доз транквилизаторов, которое, при необходимости, всегда можно повторить.

Транквилизаторы предпочтительны при всех видах психомоторного возбуждения как в рамках собственно психических расстройств, так и при соматических заболеваниях. Применение нейролептиков для купирования психомоторного возбуждения в соматической практике необоснованно из-за высокого риска тяжелых побочных эффектов. Нейролептики значительно уступают транквилизаторам в отношении безопасности и их использование для врачей непсихиатрических специальностей не рекомендуется.

3. Вызов бригады СПП или психиатра-консультанта стационара.

4. После применения транквилизаторов и до приезда СПП (прихода психиатра-консультанта) врач обязан продолжать наблюдение за больным, даже если психомоторное возбуждение купировано.

5. В медицинской документации необходимо описательно отразить состояние больного, установить предварительный синдромальный диагноз психического расстройства и указать, что физическое удержание и транквилизаторы были применены для неотложного купирования психомоторного возбуждения

2.3 Синдром лишения пав (абстинентный синдром)

Абстинентный синдром (АС, синдром отмены) – комплекс психических, соматовегетативных и неврологических нарушений, возникающих у зависимых лиц после прекращения приёма психоактивного вещества (ПАВ).

Возникает только во второй стадии зависимости от ПАВ, поэтому постановка такого диагноза (т. е. диагноза синдрома отмены) автоматически ведёт к установлению диагноза синдрома зависимости второй стадии. В практической работе врачам чаще всего приходится сталкиваться с тремя основными разновидностями абстинентного синдрома (или их сочетанием).

Алкогольный абстинентный синдром (синдром отмены алкоголя) – в общей медицинской практике встречается наиболее часто;

– не следует путать с постинтоксикационным вегетативным синдромом у больных первой стадией алкоголизма и практически здоровых лиц, развивающимся после массивного употребления спиртного;

– у женщин и пожилых пациентов иногда наблюдается зависимость от спиртосодержащих лекарственных настоек, а не спиртных напитков в традиционном виде, что так же необходимо учитывать при сборе анамнеза.

Синдром отмены транквилизаторов и снотворных средств – встречается достаточно часто, в нашей стране наиболее распространена зависимость от бензодиазепинов (феназепам и др.) и комбинированных барбитуратсодержащих седативных средств («корвалол», «валокордин» и др.).

Опиатный абстинентный синдром – наиболее часто встречается и наиболее тяжело протекает синдром отмены героина. В последние годы широкое распространение получила зависимость от кодеина (в связи с доступностью в аптечной сети

комбинированных кодеинсодержащих препаратов) и метадона. Абстинентный синдром, вызванный употреблением кодеина и метадона, отличается затяжным течением.

Окончательный диагноз абстинентного синдрома и синдрома зависимости может установить только психиатр (нарколог). Во избежание возможных юридических конфликтов с пациентами и их родственниками врачам других специальностей не рекомендуется ставить указанный диагноз окончательно в тех случаях, где возможна консультация психиатра (нарколога).

Исключение: явная клиническая картина синдрома отмены, пациент сам подтверждает приём ПАВ, консультация психиатра или нарколога невозможна, прием ПАВ подтвержден анализами.

Врачи непсихиатрических специальностей имеют право ставить предварительный диагноз абстинентного синдрома (синдрома отмены ПАВ) и обязаны оказывать неотложную помощь при тяжелом и осложненном абстинентном синдроме.

Тяжелый абстинентный синдром опасен высоким риском соматоневрологических осложнений и внезапной смерти, поэтому всегда является неотложным состоянием и требует лечения. По различным данным до половины всех случаев внезапной смерти связано с приемом ПАВ (интоксикация или синдром отмены).

2.3.1 Алкогольный абстинентный синдром (ААС)

Основные типичные клинические проявления ААС:

- тревога и двигательное беспокойство (вплоть до психомоторного возбуждения);
- выраженный тремор рук и туловища;
- тахикардия, гиперемия кожных покровов, гипергидроз;
- артериальная гипертензия;
- бессонница;
- выраженное влечение к алкоголю (после тяжелых запоев может наблюдаться отвращение к алкоголю).

– В состоянии синдрома отмены алкоголя находятся до четверти всех пациентов, обращающихся за неотложной помощью – это одно из наиболее частых острых состояний в практической медицине.

– Развитие острого соматического заболевания (панкреатит, пневмония, рожистое воспаление, инфаркт миокарда и др.) или травмы (ЧМТ, переломы конечностей) приводит к обрыву алкоголизации, и абстинентный синдром разворачивается уже в стационаре, значительно утяжеляя состояние больного.

– Алкоголизация и развитие абстинентного синдрома неминуемо приводят к ухудшению течения имеющихся у больного хронических заболеваний (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, хронические обструктивные болезни легких, сахарный диабет, хронический панкреатит, хронический гепатит и др.).

– Тяжелый синдром отмены алкоголя всегда сопровождается выраженными соматовегетативными и неврологическими нарушениями (в т. ч. электролитными расстройствами и гиперкатехоламинемией), которые обуславливают высокий риск внезапной смерти больного при несвоевременном и неправильном лечении.

– Часто возникает после экстренных операций в послеоперационном периоде (травмы, панкреатит, пищеводные и желудочные кровотечения, перфорация язвы желудка и др.) у

больных алкоголизмом, находящихся в запое.

– Может осложняться развитием судорожного синдрома и алкогольного делирия, особенно при несвоевременном и неправильном лечении синдрома отмены.

Как видно из описания, клинические проявления носят неспецифический характер, поэтому в сомнительных случаях (больной отрицает прием алкоголя) можно воздержаться от постановки диагноза синдрома отмены алкоголя, назначить симптоматическое лечение (транквилизаторы, антигипертензивные средства и др.) и предложить пациенту консультацию психиатра.

Указанные проявления характерны для «типичного» абстинентного синдрома, однако во многих случаях клиническая картина видоизменяется под влиянием сопутствующих заболеваний, возраста, особенностей предшествовавшего периода алкоголизации (длительность, доза, характер алкоголя и др.). С учётом важности и высокой частоты данного состояния, будущим врачам терапевтических и хирургических специальностей, особенно будущим врачам стационаров и скорой (неотложной) помощи, рекомендуется детально ознакомиться с клинической картиной синдрома отмены алкоголя в соответствующих руководствах по наркологии.

Принципы ведения больных с ААС:

Лечение алкогольного абстинентного синдрома, сочетающегося с соматическими заболеваниями, проводится в соматическом стационаре лечащим врачом пациента, при наличии психиатра (нарколога) – консультанта – под его контролем. Перевод в психиатрический (наркологический) стационар не показан.

При отсутствии соматических заболеваний и травм, требующих лечения в соматическом стационаре, терапия проводится в специализированном наркологическом стационаре или амбулаторно в наркологическом диспансере

Дополнительные диагностические процедуры не должны задерживать лечение синдрома отмены. Терапевтические мероприятия начинаются незамедлительно после сбора краткого анамнеза и проведения базового соматического обследования больного. Лечебные и диагностические процедуры проводятся параллельно.

При наличии соматического заболевания (травмы) проводится лечение этого заболевания параллельно с лечением алкогольного абстинентного синдрома (ААС):

1) тщательное обследование для выявления нераспознанных соматических состояний, которые могут привести к ухудшению состояния больного (абстинентный синдром часто маскирует серьёзные соматические состояния или провоцирует их развитие или обострение);

2) динамическая оценка состояния больного (включая контроль основных физиологических функций и ключевых лабораторных показателей);

3) дезинтоксикационная терапия: объем инфузии определяется состоянием больного и длительностью предшествующего запоя (обычно около 1 л физиологического р-ра с электролитами в сутки в течение двух-трёх дней; растворы глюкозы применять только в дополнение к физиологическому р-ру и только после введения тиамина («В1»);

4) применение витаминов;

5) применение бензодиазепиновых транквилизаторов. Обычно требуются меньшие дозы препаратов, чем при делирии. Рекомендуется введение основной дозы на ночь.

Предпочтительно дробное введение небольшими дозами внутримышечно (например,

Sol.Phenazepam 0.1 % – 1.0–2.0 утром и днём, 2.0–3.0 на ночь в/м, в течение двух-трёх дней). При синдроме отмены легкой степени тяжести возможно ограничиться приемом транквилизаторов в таблетках. Для дополнительной медикаментозной седации при необходимости можно применять фенибут (1–2 таблетки утром и днем, 2–3 таблетки на ночь) и тиаприд (100–400 мг внутрь или в/м);

б) применение ноотропов, антигипоксантов и нейропротекторов (пирацетам, мафусол, милдронат и др.);

7) при высоком артериальном давлении, тахикардии – применение β -блокаторов – пропранолол (анаприлин) – 20–40 мг 2–3 раза в день или метопролол 25–50 мг 2 раза в день с учётом противопоказаний. Хороший эффект дает применение сульфата магния 25 % (магнезии) -5.0 в/м 1–2 раза в день в сочетании с β – блокаторами. Препараты группы β -блокаторов предпочтительны по сравнению с другими антигипертензивными средствами, так как хорошо устраняют симптоматическую артериальную гипертензию и тахикардию при синдроме отмены алкоголя (обусловленные симпатикотонией и гиперкатехоламинемией). Липофильные β -блокаторы (пропранолол, метопролол) проникают в ЦНС, что обеспечивает дополнительные лечебные эффекты (седативное действие, уменьшение влечения к алкоголю).

Не рекомендуется применение любых нейролептиков до консультации психиатра или нарколога в связи с высоким риском побочных эффектов препаратов данной группы у больных алкоголизмом (исключение – тиаприд). Противопоказано применение димедрола и сходных препаратов для седации в связи со способностью препаратов данной группы провоцировать судорожные припадки и развитие делирия у больных алкоголизмом. Своевременное и адекватное лечение алкогольного абстинентного синдрома препятствует развитию серьёзных и опасных осложнений, экономит силы и время медицинского персонала отделения.

2.3.2 Героиновый абстинентный синдром (ГАС)

Героиновый абстинентный синдром рассматривается как пример синдрома отмены опиатов и опиоидов. Неотложная помощь при синдроме отмены, вызванным употреблением других опиатов и опиоидов, существенно не отличается от помощи при синдроме отмены героина.

В отличие от больных алкоголизмом, больные героиновой наркоманией обычно не скрывают факт зависимости и сами настаивают на лечении абстинентного синдрома в том случае, если в силу каких-либо причин наркотик им недоступен.

Абстинентный синдром имеет типичную клиническую картину, что в сочетании с данными анамнеза и объективного осмотра больного позволяет в короткие сроки установить правильный диагноз.

Героиновые наркоманы обычно поступают в соматический стационар в связи с передозировкой наркотика или развитием хирургических гнойных осложнений (абсцессы, флегмоны, острый тромбофлебит и др.). Реже госпитализация может быть связана с бактериальным эндокардитом, сепсисом, обострением хронического вирусного гепатита, пневмонией, оппортунистическими инфекциями (СПИД и др.).

Достаточно часто наркоманы самостоятельно обращаются в соматический стационар с целью облегчения тяжёлого синдрома отмены, симулируя при этом острое соматическое

заболевание.

Особенности ведения больных с героиновым абстинентным синдромом:

Если у пациента нет серьёзной сопутствующей патологии, препятствующей выписке, после оказания необходимой соматической помощи следует выписать больного с рекомендацией обратиться в районный наркологический диспансер или наркологический стационар в связи с трудностью и длительностью лечения ГАС (в отличие от больных с ААС, который достаточно легко можно купировать в соматическом стационаре).

При наличии серьёзной соматической патологии, препятствующей выписке, пациент продолжает лечение в соматическом стационаре (или ПСО) под контролем психиатра (нарколога) – консультанта.

ГАС отличается затяжным тяжёлым течением (по сравнению с ААС) – до 10–14 суток острых проявлений синдрома отмены.

У героиновых наркоманов в подавляющем большинстве случаев (более 90 %) имеется микст-вирусный гепатит, часто имеется ВИЧ – инфекция и СПИД (в т. ч. с оппортунистическими инфекциями), поэтому, в целях предупреждения заражения медперсонала, предпочтительно назначение препаратов перорально (если это возможно).

Часто отмечаются явления политоксикомании (злоупотребление транквилизаторами, снотворными, димедролом, комбинированными барбитуратсодержащими и кодеинсодержащими препаратами) – в связи с этим обычно наблюдается гипертолерантность ко многим психофармакологическим препаратам, а также к средствам для проведения общей анестезии.

Для героиновых наркоманов характерно криминальное поведение, особенно в период острых проявлений ГАС.

ГАС часто сопровождается выраженным психомоторным возбуждением.

В силу вышеуказанных причин на период лечения ГАС необходимо обеспечить наблюдение за такими больными.

Лечение ГАС:

1) дезинтоксикационная терапия обычно не проводится (если нет дополнительных соматических показаний) т. к. не улучшает состояние больного, но усиливает явления абстиненции;

2) показано применение: транквилизаторов в таблетках или внутримышечно дробно (Sol.Phenazepamі 0.1 % – до 10 млсут (таблетки до 10 мгсут), Sol.Diazepamі 0.5 % – до 12 млсут (таблетки до 60 мгсут)); тиаприда до 800 мгсут в таблетках или в/м (2–3 приёма); фенибута – 2 таблетки утром и днём, 3 таблетки на ночь; ненаркотических анальгетиков (НПВС) в таблетках или в/м (кетопрофен и диклофенак наиболее эффективны и обладают наиболее сильным действием) в обычных суточных дозах;

3) клофелин – таблетки 0.075 мг – 2 таблетки три раза в день под контролем артериального давления;

4) поливитамины перорально (обязательно с витаминами группы «В»);

5) трамадол (относится к наркотическим анальгетикам, хорошо устраняет проявления ГАС) – 100 мг 2–3 раза в сутки в капсулах. Однако его применение сопряжено с рядом сложностей: замена героина на наркотический анальгетик противоречит принципу прекращения употребления наркотика, а попытка отмены трамадола в дальнейшем приведет к рецидиву синдрома отмены. В связи с этим его следует использовать лишь в тяжелых случаях, когда вышеуказанные препараты не дают значимого лечебного эффекта.

С учётом тотальной распространённости вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции среди героиновых наркоманов предпочтение следует отдавать пероральному назначению большей части лекарств (хотя оно уступает внутримышечному по эффективности). Указанные препараты применяются совместно с учётом состояния больного (противопоказаний). К сожалению, даже после выполнения таких рекомендаций у больных сохраняются симптомы ГАС, больные навязчиво требуют повышения доз лекарственных препаратов, дают медперсоналу «рекомендации» по лечению – всё это требует терпения от врачей и медсестёр.

Следует быть готовым к шантажному и криминальному поведению таких больных.

Важно проявлять строгость в работе с такими пациентами, однако строгость не отменяет принципов гуманности и не должна выходить за рамки допустимого в отношениях «врач-пациент».

Необходимо наладить с больным терапевтический контакт («лекарства не устраняют, но облегчают симптомы»; «лечение в обмен на соблюдение режима»).

Нейролептики (кроме тиаприда) использовать крайне нежелательно – высокий риск тяжёлых побочных эффектов в сочетании с низкой эффективностью.

В странах Западной Европы и Северной Америки в больницах «скорой помощи» широко применяются методики быстрого купирования ГАС (быстрая опийная детоксикация), имеющие ряд преимуществ и недостатков.

В нашей стране в настоящее время подобные методики применяются только в специализированных наркологических клиниках у больных с неосложнённым ГАС.

2.3.3 Синдром отмены транквилизаторов и снотворных средств

Зависимость от транквилизаторов и снотворных встречается как в изолированном виде, так и в сочетании с алкогольной зависимостью (часто осложняет и утяжеляет течение алкоголизма) и другими видами зависимости.

Наиболее часто в нашей стране встречается зависимость от транквилизаторов, другие препараты с токсикоманической целью употребляются реже в связи с их меньшей доступностью.

Среди пожилых пациентов, женщин и больных алкоголизмом широко распространена зависимость от комбинированных седативных препаратов, содержащих фенобарбитал («Корвалол», «Валокордин», «Валосердин» и др.).

Абстинентный синдром часто бывает тяжёлым и длительным (до двух недель). По тяжести нередко превосходит алкогольный абстинентный синдром. Нередко осложняется судорожными припадками, возможно развитие эпилептического статуса и делирия.

Клинические проявления синдрома отмены транквилизаторов и снотворных средств:

- выраженная тревога и беспокойство (вплоть до психомоторного возбуждения);
- бессонница;
- мышечные подергивания (миоклонии);
- выраженный тремор рук;
- судорожные припадки.

Лечение синдрома отмены транквилизаторов и снотворных средств.

В основе лечения лежит применение самих транквилизаторов и снотворных с постепенным медленным снижением дозы и последующей полной их отменой. Можно

применять тот же препарат, который принимал больной. Можно использовать феназепам или диазепам в таблетках. Доза транквилизатора (снотворного) подбирается эмпирическим путём – назначается та доза, которая значительно уменьшит явления абстиненции. В дальнейшем эта доза медленно снижается – не более чем на 1 | за три дня. Так как речь идёт об «учётных» препаратах – лучше проводить лечение под контролем психиатра (нарколога) или использовать «тайком» препараты самого больного – позволив ему их принимать, не отражая это в истории болезни – подобная тактика оправдана «во благо больного». Если речь идёт о пожилом пациенте или пациенте с серьёзной соматической патологией, зависимом от «Корвалола» и сходных препаратов – лучше не отменять препарат и позволить больному принимать его (без записи в истории болезни) во избежание ухудшения состояния (развития синдрома отмены). После выписки из стационара рекомендовать плановое лечение у нарколога.

Если планируется оперативное лечение – обязательно назначить транквилизаторы в послеоперационном периоде.

Недопустима одномоментная отмена препарата, дезинтоксикация (без дополнительных показаний), применение нейролептиков и пираретама противопоказаны в связи с высоким риском развития судорожного припадка и эпилептического статуса.

2.4 Алкогольные (металкогольные) психозы

Частота развития металкогольных психозов чётко коррелирует с уровнем потребления алкоголя и в среднем составляет около 10 %. Наблюдается увеличение количества тяжёлых и атипичных алкогольных делириев, раннее развитие первого делирия (через 3–5 лет со времени начала заболевания), развитие алкогольных психозов у подростков. Вероятность летального исхода при делирии 1–2%, при алкогольных энцефалопатиях – 30–70 %.

В настоящее время считают, что в развитии алкогольных психозов имеет значение сочетание нескольких факторов – эндогенная и экзогенная интоксикация, нарушение обмена веществ (нейромедиаторов ЦНС), иммунные расстройства.

Систематическое употребление алкоголя нарушает функцию системы ГАМК и рецепторов N-метил-D – аспарагиновой кислоты. ГАМК – нейротрансмиттер, снижающий чувствительность нейронов к внешним сигналам. Однократный приём алкоголя повышает активность ГАМК-рецепторов, хроническая алкогольная интоксикация приводит к снижению их чувствительности и падению уровня ГАМК в ЦНС. N-метил-D – аспарагиновая кислота играет важную роль в обучении и в патогенезе судорожных припадков. Однократный приём алкоголя ингибирует активность рецепторов N-метил-D – аспарагиновой кислоты, при систематическом употреблении этанола их количество увеличивается. Соответственно при ААС активирующее глутамата возрастает.

Большое значение при ААС принадлежит обмену дофамина, эндорфинов, серотонина и ацетилхолина. Согласно современным представлениям, изменение обмена классических нейромедиаторов носят вторичный (моноамины) или компенсаторный (ацетилхолин) характер.

Ведущий фактор патогенеза при алкогольном делирии – нарушение обменных и

нейровегетативных процессов. Поражение печени приводит к нарушению детоксикационной функции, угнетению синтеза белковых фракций крови и других важных соединений. Вследствие этого развивается токсическое поражение ЦНС, в первую очередь её диэнцефальных отделов, что приводит к срыву нейрогуморальных компенсаторных механизмов. Другой важный предрасполагающий фактор в развитии делирия – нарушение электролитного обмена, особенно перераспределение электролитов между клетками и внеклеточной жидкостью. Пусковым механизмом при делирии считают резкое изменение внутреннего гомеостаза – развитие ААС, присоединяющиеся соматические заболевания, локальные нарушения кровообращения и повышение проницаемости сосудов для токсических веществ.

В патогенезе алкогольных энцефалопатий вместе с расстройствами, свойственными делирию, важное место отводят нарушениям витаминного обмена, особенно недостаток витаминов В1, В6 и РР. Патогенез алкогольных галлюцинозов и бредовых психозов в настоящее время практически неизвестен.

Клинические формы алкогольных психозов

С клинической точки зрения выделяют острые, затяжные и хронические психозы, а также ведущие психопатологические синдромы: делириозный, галлюцинаторный, бредовый, психоорганический, амнестический и др. По типу течения алкогольные психозы бывают: транзиторные, рецидивирующие, смешанные.

Выделяют следующие признаки углубления тяжести состояния при ААС.

- Усиление ранних симптомов ААС (тремор, потливость, тахикардия, возбуждение, усиленный четверохолмный рефлекс*)

*Характеризуется повышением установочных рефлексов: быстрого поворота головы и глазных яблок при слуховых и зрительных раздражителях, к которым присоединяются расходящееся косоглазие, плавающие движения глазных яблок, офтальмоплегия.

Отмечается мозжечковая атаксия и расстройства слуха центрального происхождения.

- Помрачение сознания: быстрые (в пределах одного часа) изменения симптоматики и тяжести состояния; расстройство когнитивных функций; дезориентация в месте и во времени.

- Галлюцинации: слуховые, зрительные, тактильные, часто угрожающего содержания.

- Бред: обычно параноидный и обусловлен содержанием галлюцинаций.

- Эпилептические припадки: обычно первично генерализованные, но бывают и парциальные с вторичной генерализацией; припадков в анамнезе может не быть; развиваются в первые 48 ч после последнего приёма алкоголя; обычно проходят без лечения; припадку всегда предшествуют выраженное возбуждение, спутанность сознания, иллюзии или галлюцинации.

2.4.1 Алкогольный делирий

В отличие от соматогенного делирия алкогольный делирий всегда связан с алкогольным абстинентным синдромом, а не просто с эпизодом алкоголизации и возникает только у больных алкоголизмом. Развивается в период с 1-х по 5-е сутки после прекращения алкоголизации на фоне ААС. Обычно в анамнезе есть указания на перенесенные в

прошлом делирии – такие пациенты требуют особенно тщательного лечения алкогольного абстинентного синдрома. Может возникать вне связи с соматическими заболеваниями или в связи с ними (но всегда в связи с абстинентным синдромом, в отличие от соматогенного делирия). Часто провоцируется развитием острого соматического заболевания (панкреатит, пневмония, рожистое воспаление, гнойная хирургическая патология и др.) или травмы во время запоя. Часто возникает в раннем послеоперационном периоде после экстренных операций (травмы, панкреатит, кровотечения в ЖКТ, перфорация язвы и др.) у больных алкоголизмом. Может начаться после судорожного припадка в абстиненции.

Характерна типичная динамика развития – стадии делирия по Либермайстеру.

- Практически всегда «период предвестников» (1 и 2 стадии делирия) длится часы, что при своевременном лечении позволяет оборвать развитие делирия.

- Характерно выраженное психомоторное возбуждение, связанное с содержанием обманов восприятия, тревогой и страхом.

- Обычно начинается как типичный делирий, но при неправильном лечении может перейти в тяжелопротекающий (мусситирующий, профессиональный) делирий с последующим переходом в аменцию или синдромы исключения сознания.

На фоне алкогольного делирия дестабилизируются имеющиеся у больного хронические заболевания (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, хронические обструктивные болезни легких, хронический гепатит и др.), что приводит к значительному ухудшению состояния пациента. Всегда сопровождается выраженными соматовегетативными и неврологическими нарушениями (в т. ч. электролитными расстройствами и гиперкатехоламинемией), что обуславливает высокий риск внезапной сердечно-сосудистой смерти больного при несвоевременном и неправильном лечении.

Ведение пациента с алкогольным делирием.

При отсутствии серьезной сопутствующей соматической патологии больной после осмотра психиатром бригадой СПП переводится для лечения в психиатрический стационар. При наличии сопутствующей соматической патологии тактика медицинской помощи при неотложных состояниях следующая.

Принципы лечения алкогольного делирия:

Диагностические и лечебные манипуляции проводятся параллельно. Задержка в выполнении терапевтических мероприятий для проведения любого обследования, кроме базового (физикального), недопустима.

1. Тщательное обследование для выявления нераспознанных сопутствующих состояний (ЧМТ, пневмония, острая патология ЖКТ, отравления лекарственными препаратами и некоторыми токсическими веществами), которые могли спровоцировать делирий и могут привести к неблагоприятному исходу при отсутствии специфической терапии.

2. Тщательная динамическая оценка состояния больного (включая контроль основных физиологических функций и ключевых лабораторных показателей).

- 3) Дезинтоксикационная терапия (начинается сразу после оценки состояния больного и проведения физикального обследования). Применяются:

- кристаллоидные растворы – в первую очередь – физиологический раствор (не менее 2^л всего объема инфузии) с электролитами (хлорид калия 4 % – 10–20 мл и сульфат магния 25 % – 5-10 мл; или аспаркам (панангин) – 10 мл). Возможно применение других кристаллоидных растворов – раствор «Рингера» и др., объем инфузии определяется строго

по состоянию пациента;

– при дегидратации (встречается чаще, особенно если отмечается рвота, диарея, гипергидроз) может потребоваться 1.5–2 л жидкости в сутки (лучше в два приема) без последующего применения фуросемида при нормальном диурезе. Неоправданное применение больших доз петлевых диуретиков – частая причина осложнений и утяжеления состояния больного, так как фуросемид мало влияет на развитие отека мозга, однако выводит электролиты и воду больше, чем мы вводим в процессе лечения. Дробное введение жидкости позволяет избежать гипергидратации в процессе инфузионной терапии без применения диуретиков;

– при гипергидратации (бывает реже, при нарушении функции почек, сопровождается отеками) объем инфузии небольшой (до 1 лсут) с последующим обязательным применением фуросемида 2.0–4.0 вв;

– во всех случаях необходимо контролировать состояние пациента в процессе инфузии, а при возможности лучше проверять адекватность введения растворов по лабораторным показателям (электролиты и гематокрит);

– раствор глюкозы 5 % используется только после применения физ. р-ра, не более 1^л объема инфузии;

– введение раствора глюкозы обязательно должно сопровождаться применением тиамин (витамина «В1») в/м или в/в для профилактики утяжеления делирия и развития энцефалопатии Гайе-Вернике;

– при классическом (типичном) алкогольном делирии методы экстракорпоральной детоксикации обычно не применяются в связи с тем, что их использование технически сложно, сопровождается риском осложнений и в этом случае не оправдано, так как не дает значимых преимуществ перед обычной терапией

– гемодез не применяется (!!!)

– применяются тиоловые препараты (тиосульфат натрия 30 % – 10.0 вв струйно) – они обладают дезинтоксикационным действием.

4. Применение витаминов:

– строго обязательно введение тиамин («В1») в начале лечения – предпочтительно 2.0–4.0 в/м (если вводится внутривенно – то только струйно, отдельно с другими препаратами; в «капельницу» добавлять нельзя) с дальнейшим введением в течение недели ежедневно в дозе 2.0 в/м;

– пиридоксин («В6») 2.0–4.0 в/м – отдельно с «В1», не ранее чем через несколько часов после «В1», с дальнейшим введением в течение недели ежедневно в дозе 2.0 в/м (удобно чередовать введение витаминов – «В1»-утром, «В6» – вечером);

– аскорбиновая кислота («С») – внутривенно струйно в процессе инфузии или в/м – 2.0–4.0.

5. Применение бензодиазепиновых транквилизаторов в/м (предпочтительно перед началом инфузии для седации больного, т. к. дезинтоксикационная терапия на начальном этапе часто ведет к усилению тревоги и психомоторного возбуждения);

– в отличие от соматогенного делирия требуются большие дозы транквилизаторов, что связано с ускоренным их метаболизмом у больных алкоголизмом;

– особенно большие дозы транквилизаторов требуются у пациентов с высокой толерантностью к алкоголю, у пациентов, злоупотребляющих снотворными препаратами и «Корвалолом» («Валокордином»), при политоксикомании;

– Sol.Phenazepam 0.1 % – 3.0–4.0 в/м – при необходимости возможно повторное

введение (не более 10 млсут) или Sol.Diazepam 0.5 % – 4.0–6.0 вл – при необходимости возможно повторное введение (не более 12 млсут);

– применять транквилизаторы в высоких дозах можно, только убедившись в отсутствии тяжелой сопутствующей соматической патологии, при которой введение транквилизаторов может привести к ухудшению состояния;

– внутривенное введение транквилизаторов нежелательно (не имеет преимуществ перед внутримышечным, выше риск осложнений);

– транквилизаторы применяются для лечения делирия, а не для медикаментозного связывания больного;

– транквилизаторы применяются до выхода из делирия и в дальнейшем отменяются в связи с риском развития лекарственной зависимости и замедления восстановления функций нервной системы после выхода из делирия;

– для дополнительной седации можно применять фенибут (1–2 таблетки утром и днем, 2–3 таблетки на ночь) и тиаприд (100–800 мг внутрь или 200–600 мг вл).

6. Применение ноотропов, антигипоксантов и нейропротекторов.

7. При высоком артериальном давлении, тахикардии (симптоматическая артериальная гипертензия и тахикардия – практически постоянные спутники алкогольного делирия и алкогольного абстинентного синдрома, обусловлены гиперкатехоламинемией и симпатикотонией) применение β -блокаторов: пропранолол (анаприлин) – 20–40 мг 2–3 раза в день или метопролол 25–50 мг 2 раза в день, возможно дополнительное применение сульфата магния 25 % (магнезии) – 5.0 вл 1–2 раза в день.

Недопустимо подменять все направления лечения медикаментозной седацией.

Применение любых нейролептиков (исключение – тиаприд) нецелесообразно, так как их использование сопряжено с высоким риском осложнений и ухудшает прогноз.

Применение димедрола и сходных препаратов для седации недопустимо – они могут значительно утяжелять течение делирия и замедлять выход из него.

При проведении адекватной терапии в большинстве случаев алкогольный делирий купируется в течение 2–3 суток. Благоприятным исходом считается выход из делирия в астенический синдром.

2.4.2 Осложненный и тяжелопротекающий алкогольный делирий

Осложненный алкогольный делирий – присоединение к алкогольному делирию тяжелого острого соматического заболевания или обострения хронического соматического заболевания. Тяжелопротекающий делирий – алкогольный делирий, протекающий с нарастающим угнетением сознания (отёк мозга) и развитием тяжелых вторичных соматовегетативных и неврологических расстройств.

Признаки утяжеления течения делирия:

- обеднение галлюцинаторной симптоматики без прояснения сознания (т. н. «спутанность»);
- переход в мусситирующий и профессиональный делирий;
- нарастание оглушения, снижение реакции на внешние раздражители;
- психомоторное возбуждение утихает и ограничивается пределами кровати («обирание»);

- появление фебрильной лихорадки;
- дестабилизация гемодинамических показателей;
- появление грубой атаксии, тяжелого тремора туловища и конечностей;
- появление очаговых неврологических симптомов – в первую очередь межъядерной офтальмоплегии;
- появление судорожных припадков

В основе тяжелопротекающего делирия лежит тяжелая дистрофия и массовая гибель нейронов, отёк головного мозга. Важный элемент патогенеза – дефицит тиамина («В1») – общий с острой энцефалопатией Гайе-Вернике. Тяжелопротекающий делирий и энцефалопатия Гайе-Вернике часто рассматриваются как патогенетически связанные состояния. Если на выходе из тяжелопротекающего делирия наблюдаются психоорганический или корсаковский синдром – это означает, что делирий протекал с явлениями энцефалопатии Гайе-Вернике. Если на выходе из тяжелопротекающего делирия наблюдается астенический синдром – делирий протекал без явлений энцефалопатии Гайе-Вернике.

Причины тяжелого течения делирия:

- длительный период алкоголизации с тяжелыми нарушениями питания, резким дефицитом тиамина («В1»);
- употребление суррогатов алкоголя и комбинаций алкоголя с токсическими веществами (карбофос, дихлофос) и лекарствами (димедрол, «корвалол», транквилизаторы, снотворные);
- присоединение соматического заболевания (пневмония, ОРВИ, панкреатит, рожистое воспаление, кишечная инфекция и др.) или травмы (как ЧМТ, так и травмы внечерепной локализации);
- несвоевременное и неправильное лечение (применение нейролептиков и димедрола, недостаточная дезинтоксикационная терапия, недостаточная коррекция электролитных расстройств, лечение без введения тиамина («В1»), введение растворов глюкозы в большом объеме вместо физиологического раствора и без применения тиамина («В1»)).

Принципы лечения тяжёлого делирия:

- – тщательное обследование;
- – тщательная динамическая оценка состояния больного;
- – тщательное последовательное лечение.

Все три составляющих реализуются совместно, не допуская задержки в лечебных мероприятиях в угоду диагностическим процедурам, кроме базового соматического и неврологического обследования.

Особенности терапии:

- интенсивная терапия проводится в полном объеме в условиях реанимационного отделения (поддержание гемодинамики, контроль газового состава крови, коррекция кислотно-щелочного состояния и электролитов крови, адекватная инфузионная терапия и др.);
- ведется активная дезинтоксикационная терапия, в том числе с применением методов экстракорпоральной детоксикации;
- транквилизаторы не применяются или применяются в небольших дозах дробно;
- для умеренной седации (если необходимо) предпочтителен оксибутират натрия; т. к. он обладает антигипоксическими свойствами и его действие непродолжительное (нельзя применять без транквилизаторов при судорожном синдроме, так как понижает

судорожный порог (!!!));

- применяются высокие дозы тиамина («В1») (4.0 мг три раза в день);
- проводится лечение, направленное на уменьшение отека мозга (осмотический диуретик манитол вв по схеме; дексаметазон 8-16 мгсут; при необходимости применяется ИВЛ в режиме гипервентиляции);
- фуросемид применять не рекомендуется, так как он при отеке мозга малоэффективен, но способен усугублять имеющиеся электролитные нарушения;
- мочевины, гипертонический раствор глюкозы категорически противопоказаны (!!!), так как они проникают через гемато-энцефалический барьер и могут вызывать вторичное усиление отека мозга;
- широко применяются антигипоксанты, ноотропы и нейропротекторы;
- при выявлении сопутствующей соматической патологии проводится ее своевременное и адекватное лечение

Следует избегать неоправданной полипрагмазии, назначение каждого лекарственного препарата должно быть обоснованным и проводиться строго по показаниям.

Средства, рекомендуемые для лечения наркологических больных с тяжелой сопутствующей патологией

Гипертермия:

- искусственное охлаждение кожных покровов, транскраниальная гипотермия;
- кислородотерапия, при неэффективности – ИВЛ;
- коррекция инфузионной терапии (следует добавить 400 мл вводимой жидкости на каждый градус температуры тела выше 37 °С);
- жаропонижающие средства (метамизол натрия, парацетамол);
- антибиотикотерапия, выявление очага воспаления.

Патология ЦНС:

- исключение черепно-мозговой травмы, отека мозга (исследование глазного дна, люмбальная пункция, КТ);
- кислородотерапия, гипербарическая оксигенация, мельдоний 10 % р-р по 10,0 мл 1 раз в сутки или мексидол 5 % р-р по 2,0 мл 2–3 раза в сутки;
- плазмофорез в объеме 30–40 % объема циркулирующей плазмы;
- при двигательном, речевом возбуждении, судорожных припадках назначают препараты, снижающие потребность мозга в кислороде (бензодиазепины, барбитураты короткого действия);
- средства, улучшающие реологию (аспирин, декстран, гепарин натрия).

Патология лёгких: достаточно редкое, но грозное осложнение абстинентного состояния – респираторный дистресс-синдром. В его основе – отёк лёгких в результате повышения сосудистой проницаемости.

- Перевод в специализированный стационар для ИВЛ с повышенной концентрацией кислорода в дыхательной смеси, в режиме постоянного положительного давления (5-10 см вод. ст.);
- при поражении лёгких инфекционной этиологии (гипертермия, лейкоцитоз, одышка, цианоз) – ограничение инфузии, гипербарическая оксигенация (оксигенотерапия), антибиотики, респираторная терапия (ингаляции, массаж грудной клетки, частая смена положения тела), средства, улучшающие кровоток в тканях (инстенон, аминофиллин, пентоксифиллин, аспирин, гепарин натрия, декстран);

- снотворные средства не назначают!!!

Патология сердца и сосудов. Алкоголь обладает токсическим действием преимущественно на миокард (болевой синдром, нарушение сердечного ритма, увеличение сердца). У больных с зависимостью от стимуляторов, летучих органических веществ наблюдается токсическое поражение миокарда (ХСН, брадиаритмия, аритмии).

- Ограничение инфузионной терапии (не более 800 мл в сутки);
- раннее проведение плазмофореза в объеме 30–40 % объема циркулирующей плазмы;
- препараты калия и магния;
- средства, снижающие потребность миокарда в кислороде (бета-адреноблокаторы, бензодиазепины);
- препараты, снижающие преднагрузку (молсидомин, нитраты);
- диуретики;
- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (каптоприл, эналаприл);
- блокаторы медленных кальциевых каналов (дилзем, нифедипин) [бета-блокаторы и блокаторы медленных кальциевых каналов одновременно не назначают].
- препараты, улучшающие кровоток (инстенон, пентоксифиллин, аминофиллин, аспирип, неотон);
- инотропные средства при сердечной недостаточности (сердечные гликозиды, допамин, добутамин).

Применение нейролептиков, димедрола, барбитуратов категорически противопоказано (!!!).

Чрезмерная медикаментозная седация ухудшает прогноз и снижает выживаемость.

Клиническая классификация алкогольного делирия

- Классический вариант.
- Редуцированные варианты.
- Гипнагогический.
- Гипнагогический фантастического содержания.
- Люцидный («делирий без делирия»).
- Абортивный.
- Смешанные варианты.
- Систематизированный.
- С выраженными вербальными галлюцинациями.
- Пролонгированный.
- Тяжёлые варианты.
- Профессиональный.
- Мусситирующий.
- Атипичные варианты.
- С фантастическим содержанием.
- С онирическими расстройствами.
- С психическими автоматизмами.

Клиническая картина алкогольного делирия

Алкогольный делирий развивается на поздних стадиях алкоголизма, наиболее часто на фоне абстинентного синдрома (на 2–3 сут после прекращения приёма алкоголя). В течении алкогольного делирия выделяют три стадии.

I стадия, или угрожающий делирий. Отмечают симптомы отмены алкоголя в виде

гиперреактивности симпатической системы и/или психотические симптомы с преходящими галлюцинациями. Преимущественно в вечернее время нарастают беспокойство, тремор, тревога и другие проявления адренергического синдрома, появляется необъяснимый страх. Нарушается ориентировка во времени и в месте (осознание собственной личности сохраняется). Больные беспокойны, постоянно теребят свою одежду, постельные принадлежности, крутят головой, с кем-то разговаривают и их речь неразборчива. Эпизоды зрительных галлюцинаций провоцируют психомоторное возбуждение. Возможны субфебрильная температура тела, тахигиперпноэ (частое, усиленное дыхание), выраженный гипергидроз. Возобновление приёма алкоголя может предотвратить прогрессирование психоза.

II стадия, или совершившийся делирий. Появляются и нарастают галлюцинаторные (зрительные, слуховые, тактильные) и бредовые переживания, чаще, неприятного содержания (преследования, уничтожения и др.), которые пугают больных. Это может усиливать психомоторное возбуждение и аффективные расстройства. Температура тела субфебрильная, частота дыхания доходит до 22–24 в мин. Самопроизвольное излечение невозможно.

III стадия, или угрожающий жизни делирий. Развивается заторможенность, возбуждение больного стихает, высказывания становятся отрывистыми, непонятными, речь бормочущая, голос тихий, угасает реакция на внешние команды. Характерны мидриаз, гипотензия, тахикардия, одышка и тремор всего тела. Нарастают ригидность мышц затылка, угнетение сознания от сопора до комы. Развивается отёк мозга, за которым следует смерть больного. Это фаза декомпенсации, часто с необратимыми расстройствами внутренних органов и функциональных систем, определяющая тяжесть состояния больного.

При тяжёлых формах алкогольного делирия (мусситирующий и профессиональный) контакт с больным невозможен. При мусситирующем делирии внешние раздражители больным не воспринимаются, он что-то бормочет; одновременно отмечают двигательное возбуждение в форме простых, стереотипных действий. Лежа в постели, пациент что-то ощупывает, хватает, снимает и стряхивает с одежды, постельного белья мнимые предметы, перетряхивает и натягивает на себя одеяло и др. Профессиональный делирий характеризуется молчаливым двигательным возбуждением с преобладанием автоматически повторяемых однообразных действий привычных для повседневной жизни. Часто выполнение этих навыков связано с привычной профессиональной деятельностью.

Необходимо проводить дифференциальную диагностику алкогольного делирия и делириозных расстройств, возникших вследствие острой интоксикации препаратами с холинолитическим эффектом (атропин, димедрол), стимуляторами (кокаин, эфедрин), летучими органическими веществами, при инфекционном заболевании, панкреатите, перитоните, лихорадочных состояниях различного генеза. Оцениваются анамнез, клинические и лабораторные данные.

Анамнез: при алкогольной зависимости – длительное систематическое злоупотребление алкоголем, признаки алкогольной зависимости. При интоксикации – эпидемиологический анамнез, данные о продроме инфекционного заболевания, хирургическая патология, злоупотребление ПАВ.

Клинические данные: при алкоголизме – отсутствие признаков острой интоксикации ПАВ, инфекционного заболевания, хирургической патологии, лихорадки. При

интоксикации: признаки интоксикации ПАВ, инфекционное заболевание, острая хирургическая патология, гипертермия.

Лабораторные данные: при алкоголизме – признаки алкогольного поражения печени (повышение уровня печёночных ферментов), хронической интоксикации (увеличение СОЭ, относительный лейкоцитоз). При интоксикациях: определение ПАВ в биологических средах, выявление инфекционного агента, признаки хирургической патологии.

2.4.3 Алкогольные галлюцинозы

Острый алкогольный галлюциноз развивается либо в период похмельного абстинентного синдрома, у женщин обычно с депрессивными расстройствами, либо во время запоя.

Начало, как правило, острое. Реже в течение недель отмечаются тревога и бредовая настроенность. В дебюте возможны делириозные расстройства, однако чаще клиническая картина сразу определяется слуховыми галлюцинациями, вначале элементарными, но быстро принимающими характер монолога, диалога и, наконец, поливокального вербального галлюциноза. В одних случаях голоса обсуждают больного, и он упоминается в третьем лице, в других – они адресуются самому больному.

Непрестанно меняется содержание словесных галлюцинаций: разнообразные обвинения и угрозы, обсуждение былых проступков больного и форм наказания, включая жестокую расправу, которую он заслужил. В первую очередь имеются в виду пьянство и его последствия. Не прекращаются циничная брань, оскорбления в адрес больного. Нередко галлюцинации имеют издевательски-дразнящее содержание, но слышатся и защищающие голоса. Возникают споры с итогом чаще не в пользу больного. Голоса то усиливаются до крика, то ослабевают до шепота, то приближаются, то отдаляются. Галлюциноз обычно чувственно ярок и выразителен.

Больные пересказывают содержание слышимого с такой экспрессией и наглядностью, что создается впечатление, будто они видят отдельные сцены.

При наплыве галлюцинаторных расстройств появляются непродолжительная заторможенность и отрешенность – галлюцинаторный ступор или субступор. Бредовые идеи тесно связаны по содержанию со слуховыми галлюцинациями, т. е. имеется галлюцинаторный бред. Эти идеи большей частью отрывочны и не систематизированы.

Если в начале психоза галлюцинации вызывают удивление, недоумение или любопытство, то при развившемся галлюцинозе доминирует аффект напряженной тревоги, страха, отчаяния. Вначале больные двигательны возбуждены, спасаются бегством, в ряде случаев отчаянно обороняются, обращаются к органам власти или совершают суицидальные попытки. Вскоре появляется до известной степени упорядоченное, маскирующее психоз поведение, создающее ложное представление об улучшении состояния. Этому способствует и сохранность у больных ауто- и аллопсихической ориентировки. Как правило, симптомы психоза усиливаются вечером и ночью. Развернутый острый алкогольный галлюциноз продолжается 2–4 нед.

Галлюцинозы всех типов течения требуют дифференциальной диагностики с шизофренией, осложнённым алкоголизмом.

- Галлюцинозы при алкогольной зависимости. Типичный алкогольный анамнез,

предшествует развёрнутая картина алкоголизма. Возникновение первого психоза не ранее, чем через 5–7 лет после формирования ААС. Длительный алкогольный эксцесс перед возникновением первого психоза. Аутохтонное развитие депрессии в стадии ремиссии не характерно. Вербальные галлюцинации имеют характерное содержание, локализованы в пределах слышимости (за стеной, за дверью). Кататонические расстройства не характерны. Поведение объяснимо больным, вытекает из галлюцинаторных переживаний. Клиническая картина при повторных обострениях сходна, проявляются структурно простые, не подвергающиеся усложнению бредовые и депрессивные расстройства, новая продуктивная симптоматика не характерна. Изменения личности по алкогольному типу, формирование психоорганического синдрома. Мышление в целом последовательное, выраженной инкогеренции нет.

- Психозы при шизофрении, осложнённой алкогольной зависимостью. Клиническая картина алкоголизма фрагментарна. Имеются особенности алкогольного анамнеза: раннее появление изменённых форм опьянения, особенности похмельного синдрома – преобладание психических компонентов над соматовегетативными. Психоз может возникнуть до формирования похмельного синдрома. Алкогольный эксцесс может быть коротким – до нескольких дней. Наблюдаются аутохтонные депрессивные и субдепрессивные колебания в ремиссии разной продолжительности. Вербальные галлюцинации вычурны, локализованы вне пределов слышимости или в какой-либо части тела; существуют обособленно. Характерны кататонические расстройства. Поступки необычны, не вытекают из содержания галлюцинаторных переживаний. Возможно усложнение клинической картины с присоединением острого бреда, депрессивно-параноидных и парафренных расстройств. Имеются дефицитарные, специфические изменения личности. Проявление лёгких психоорганических расстройств не противоречит диагнозу. Отмечаются специфические нарушения мышления.

При алкогольной зависимости возможно развитие атипичных острых алкогольных галлюцинозов: 1) острый галлюциноз с онейроидным помрачением сознания; 2) острый галлюциноз со ступорозными расстройствами; 3) острый галлюциноз с психическими автоматизмами.

К протрагированным алкогольным галлюцинозам относятся психозы длительностью от 1 до 6 мес (F10.75). Выделяют следующие клинические варианты: 1) подострый алкогольный галлюциноз с преобладанием вербальных галлюцинаций; 2) подострый алкогольный галлюциноз с преобладанием депрессивного аффекта; 3) подострый алкогольный галлюциноз с преобладанием бреда.

Среди хронических алкогольных галлюцинозов выделяют следующие формы: 1) хронический вербальный галлюциноз без бреда; 2) хронический вербальный галлюциноз с бредом; 3) хронический вербальный галлюциноз с психическими автоматизмами и парафренными изменениями бреда.

Алкогольный параноид развивается на фоне абстинентного синдрома или в состоянии длительного запоя. Возникает бред преследования, который заключается в бредовой (не соответствующей действительности) оценке поведения окружающих лиц. Отдельным фразам, жестам, мимике придается особое значение, как явным намекам на угрозу их жизни, расправу с ними. Больные тревожны, растеряны, видят преследователей, чуть ли не в каждом встречном. Поведение больных определяется содержанием бредовых идей и носит импульсивный характер, т. е. может выражаться внезапными непредсказуемыми действиями (нападение на мнимых врагов, бегство, прыжки с транспорта, из окна,

суицидальные попытки).

Продолжительность психоза – от нескольких дней до нескольких недель. Признаки помрачения сознания, как правило, отсутствуют.

Бред ревности (супружеской неверности) возникает преимущественно у мужчин, после 40 лет, длительно злоупотребляющих алкоголем и имеющих сексуальные проблемы (снижение потенции при повышенном половом влечении). Развитие болезни происходит постепенно, в отличие от других психозов. Вначале ревность появляется лишь в состоянии опьянения или похмелья и воспринимается женами как обычная пьяная брань. Лишь когда подозрения в супружеской неверности становятся постоянными, неправдоподобными, а используемая система доказательств – алогичной, нелепой, только тогда в семье начинают подозревать наличие болезни у «ревнивца».

Объектом подозрений чаще всего является человек из ближайшего окружения (сосед, сослуживец, редко – сын). Муж начинает следить за женой, проверять ее белье, обыскивать квартиру с целью обнаружения «улик», подтверждающих ее измену. Любое действие жены объясняется по-бредовому: не сразу открыла дверь – спрятала любовника или ждала, когда он уйдет; стирает белье – застирывает пятна, пошла к парикмахеру – готовится к встрече с любовником. Жизнь с таким больным не только невыносима, но и опасна. Он может совершить любые насильственные действия не только в отношении жены, но и мнимого любовника. Иногда такие больные совершают расширенные суициды: убивают жену, «любовника» и себя.

Значительно реже бред ревности бывает у женщин, страдающих алкоголизмом. Если же он развивается, то последствия его не менее опасны, чем у мужчин.

Большие трудности представляет разграничение алкогольного бреда и параноидных синдромов при шизофрении. Для алкогольных параноидов характерно следующее. Предшествует развёрнутая клиническая картина алкоголизма. Формированию бреда всегда предшествует обострение алкоголизма. Диссоциации в поведении нет, характерно длительное антисоциальное поведение, ссоры и конфликты в семье. Нет замкнутости, отчуждённости, эмоциональной холодности. Как правило, преобладает грубость, эгоцентричность, возможны сексуальные домогательства и жёсткие поступки по отношению к объекту ревности. Бред носит ограниченный, конкретный характер (в основном преследования или ревности), всегда вытекает из понятных связей и зависит от окружающей ситуации. Изменения личности по органическому типу (эмоциональная откликаемость, живость, алкогольный юмор, доступность). При параноидной шизофрении, осложнённой алкогольной зависимостью, клинической картины алкоголизма нет. Фрагментарно выражен или отсутствует ААС. Редко наблюдается систематический приём алкоголя. Отмечается диссоциация в поведении (эмоциональные проявления не соответствуют поступкам), ссоры и конфликты не являются очевидными. У пациентов отмечается постоянная эмоциональная напряжённость, недоверчивость, подозрительность, сочетающаяся с неадекватностью, эмоциональной холодностью к членам семьи. Бред носит полиморфный диффузный характер, часто трансформируется, характерна нелепость и замысловатость переживаний. При патопсихологическом обследовании выявляются специфические нарушения мышления, дальнейшее нарастание продуктивных и негативных психопатологических расстройств. В исходе – специфический шизофренический дефект.

Для лечения острых алкогольных галлюцинозов и бредовых психозов используются:

А) антипсихотические препараты (галоперидол по 5-10 мг 2–3 раза в сут или рисперидон по 4–6 мг/сут);

Б) терапия, направленная на купирование аффективных расстройств: 0,5 % раствор диазепам (реланиум) по 2–4 мл в/м или в/в капельно до 0,06 г/сут; или 0,1 % раствор феназепам по 1–4 мл внутримышечно или в/в капельно;

В) витаминотерапия: 5 % раствор Тиамин (вит В1) по 4 мл в/м; 5 % раствор пиридоксин (вит В6) по 4 мл в/м; 1 % раствор никотиновой кислоты (вит РР) по 2 мл внутримышечно; 5 % раствор аскорбиновой кислоты (вит С) по 5 мл в/в; 0,01 % раствор цианокобаламина (вит В12) по 2 мл в/м;

Г) нейрометаболическая терапия: пикамилон по 0,05 г 3 раза в сут; аминоксидил (аминофенилмасляная кислота (фенибут) по 0,25 г 3 раза в сут;

Д) гепатопротекторы: адеметионин по 400 мг 1–2 раза в сут, тиоктовая кислота по 600 мг 1 раз в сут;

Е) симптоматическая терапия соматических осложнений.

При хронической интоксикации алкоголем отмечаются следующие характерные синдромы поражения нервной системы:

Алкогольная полиневритопатия

Алкогольная ретробульбарная невропатия

Алкогольная энцефалопатия

Алкогольная миопатия

Алкогольная острая мозжечковая атаксия

Алкольная миелоэнцефалопатия с течением по типу паралича Ландри

Болезнь Маркиафава-Бигнами

2.4.4 Острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике

Клиническая картина энцефалопатии Гайе-Вернике

Представляет собой наиболее тяжелый вариант острого алкогольного психоза. Часто рассматривается как наиболее тяжелый, прогностически неблагоприятный вариант течения алкогольного делирия. В патогенезе данного состояния основную роль играет нарушение обмена витамина В1. Продромальные явления возникают за 3–6 месяцев до развития психоза и проявляются быстрой астенизацией пациента, потерей веса, резким снижением толерантности к алкоголю. У больных отмечаются головные боли, головокружение, боли в конечностях, области сердца. Еще более ухудшается и часто совершенно исчезает аппетит, появляется жажда, обычно возникает рвота по утрам, наблюдается чрезвычайная лабильность дыхания и пульса: одышка и тахикардия при малейшем физическом усилии. Больные худеют. Развивается чрезмерная слабость. Неврологические проявления продромального периода заключаются в нарастании ранее имевшей место симптоматики. Усиливаются дрожание рук, неустойчивость при ходьбе. Движения больных становятся затрудненными, неловкими, некоординированными. Меняется речь, она становится дизартричной, смазанной, иногда возникает непостоянное двоение в глазах (диплопия), нередко сенестопатии – ощущение жжения, чувство стягивания грудной клетки, конечности могут казаться «ледяными», «чужими». Нарушения психики – характернейший симптом. Прогрессирует астения. Появляются тревога, чувство безотчетного страха, боязнь надвигающейся катастрофы. Больные

пугаются внезапных звуков, окликов, сторонятся людей. Весьма характерна нестабильность, изменчивость состояния больного, особенно ухудшение в вечернее и ночное время. Сон тревожный, прерывистый, беспокойный, сопровождается кошмарными сновидениями, гипногагическими галлюцинациями, вздрагиваниями, иногда больные вскакивают с постели, кричат. В дальнейшем периодически могут возникать кратковременные эпизоды спутанного сознания с двигательным беспокойством, полным или частичным нарушением ориентировки во времени. Характерна кратковременность и динамичность подобных психотических состояний. Можно отметить важную особенность продромального периода алкогольной энцефалопатии Гайе – Вернике: прием алкоголя в этом периоде чаще не сопровождается чувством физического и психического комфорта, т. е. не приносит облегчения больным.

Развернутая картина алкогольной энцефалопатии Гайе – Вернике возникает обычно остро и проявляется тяжелыми неврологическими и психическими расстройствами. Нарушение психики заключается в появлении или нарастании спутанности сознания, которое в тяжелых случаях теряет свой преходящий характер и становится перманентным, однако обычно нарушение сознания имеет волнообразный характер. Нередко возникает делириозное состояние, которое чаще протекает как атипичный вариант белой горячки без характерного для нее состояния суетливого возбуждения и со зрительными галлюцинациями, отличающимися обыденностью содержания и малой подвижностью (В. П. Дягилева, 1971). Может развиваться состояние оглушения, которому нередко предшествуют судорожные припадки. Больные обычно не узнают окружающих, часто принимают их за других людей. Такие состояния нередко сменяются сонливостью, в конечном счете, развивается кома. По данным А. П. Демичева (1973), сонливость, чередующаяся с возбуждением, весьма характерна для алкогольной энцефалопатии. В неврологическом статусе на первый план выступают двигательные нарушения. Двигательные расстройства дебютируют обычно серией эпилептических судорожных припадков и быстрым нарастанием атаксии, последняя вскоре «перекрывается» другими симптомами, в частности изменением мышечного тонуса и гиперкинезами. Особенности нарушения тонуса заключаются в нестабильном состоянии мышечного тонуса: в то время как в одних наблюдениях определяется мышечная гипотония, в других можно отметить повышение тонуса. Однако при повторных пассивных движениях большей частью отчетливо обнаруживается нарастание сопротивления. Мышечная дистония нередко внезапно сменяется мышечной гипертонией, которая может иметь признаки децеребрационной ригидности, т. е. характеризуется максимальной гипертонией мускулатуры и выраженностью ее преимущественно в разгибателях головы и туловища. В связи с этим часто определяется своеобразие положения больных – с запрокинутой назад головой, согнутыми в локтевых суставах руками и разогнутыми ногами. Приступы децеребрационной ригидности могут напоминать судороги при столбняке. Однако в паузах между ними выявляется мышечная дистония, отсутствуют характерные для столбняка напряжение жевательной мускулатуры (тризм), «сардоническая улыбка»; приступы развиваются спонтанно, без какого-либо влияния на них внешних раздражителей, в тонических пароксизмах дыхательная мускулатура обычно не принимает участия, в связи с чем они не сопровождаются угрожающим расстройством внешнего дыхания. Одним из главных двигательных нарушений при энцефалопатии Гайе – Вернике являются гиперкинезы, т. е. избыточные движения. Они захватывают как мускулатуру лица, так и конечностей. Гиперкинезы лица возникают на фоне своеобразной

гипомимии, безжизненного выражения. При этом гиперкинез не оживляет выражения лица, а создает неестественное «карикатурное» впечатление. Отмечаются дрожание нижней челюсти, миоклонические подергивания, движения в виде гримас. Часто имеют место чмокающие, сосательные, облизывающие движения.

Для гиперкинезов мускулатуры конечностей примечательно их разнообразие. Иногда они проявляются миоклониями – временными клоническими подергиваниями отдельных мышц или чаще их частей. В других случаях регистрируется хореоформный гиперкинез – крупноамплитудные быстрые размашистые движения. Последние часто сочетаются с атетозом – более медленным, более тоничным, более «вычурным» гиперкинезом. У одного и того же больного может отмечаться сочетание миоклонии, хореоформного гиперкинеза и атетоза, что обычно имеет место в более тяжелых случаях и является весьма характерным для острой алкогольной энцефалопатии. В отличие от гиперкинезов при других органических заболеваниях мозга (энцефалит, малая хорея, атетоз и т. д.) гиперкинезы при энцефалопатии Гайе – Вернике обычно имеют нестабильный характер, они могут исчезать при осмотре, произвольных движениях больного или самопроизвольно, а затем возобновляться, что следует также считать отличительной особенностью гиперкинезов при алкогольной энцефалопатии. Другим видом насильственных движений в конечностях следует признать так называемую автоматизированную жестикуляцию, известную под своеобразным термином – «больной обирается». Действительно, пациенты поглаживают себя по груди, животу, натягивают простыню, ощупывают окружающие предметы, как бы жестикулируют, или что-то ловят перед собой руками.

Обычно феномен автоматизированной жестикуляции наблюдается при измененном состоянии сознания больных, при этом больные недоступны, не ориентированы в месте и времени. Однако при прояснении сознания больных автоматизированная жестикуляция обычно прекращается. Для энцефалопатии Гайе – Вернике характерны также глазодвигательные и зрачковые нарушения. Глазодвигательные расстройства обозначаются как частичная или полная офтальмоплегия. Так, отмечается чаще асимметричное и неполное опущение верхнего века, вследствие чего глазные щели становятся неодинаковыми. Развивается расходящееся (параличи внутренних прямых мышц) косоглазие или косоглазие «по диагонали» (параличи глазной мускулатуры с участием косых и других мышц). При полной наружной офтальмоплегии глазные яблоки неподвижны. Если движения глазных яблок возможны, то обычно при взгляде в сторону выявляется крупноразмашистый горизонтальный нистагм. В более редких случаях обнаруживается вертикальный нистагм. Для алкогольной энцефалопатии Гайе – Вернике характерно сужение зрачков (миоз). Нередко это сужение неравномерно, вследствие чего один зрачок бывает уже другого (анизокория), при этом, как правило, реакция зрачков на свет вялая. В тяжелых случаях, обычно при развитии глубокого коматозного состояния, зрачки могут быть, расширены (мидриаз), что свидетельствует о плохом прогнозе. Психические расстройства, двигательные нарушения и симптомы со стороны глаз – наиболее яркая клиническая триада в симптоматике алкогольной энцефалопатии Гайе – Вернике. Вместе с тем следует отметить, что клинические проявления этого синдрома отнюдь не ограничиваются указанными расстройствами. Так, несмотря на отсутствие явных парезов и параличей, глубокие рефлексы обычно повышены и, вместе с тем, появляются патологические. Из последних с наибольшим постоянством отмечаются симптомы орального автоматизма – хоботковый, губной, ладонно-подбородочный и др.

Нередко также вызываются симптомы Бабинского, Россоломо, Оппенгейма и др. Возникают хватательные рефлексы: больные хватают и крепко зажимают вкладываемый им в руку предмет, либо хватают находящиеся в их поле зрения предметы. Обычно при наклоне головы к подбородку и разгибании согнутой в коленном суставе голени обнаруживается мышечное напряжение, что следует расценивать не как истинные менингеальные симптомы, а как проявление патологически усиленных постуральных рефлексов, т. е. рефлексов позы.

В более легких случаях, когда больные доступны тщательному неврологическому обследованию, можно выявить ряд других симптомов. Атаксия в подобных случаях может занимать центральное место в неврологической симптоматике болезни. Встречаются также нарушение речи (парафазии, аграмматизм) и другие признаки. Черепные нервы непременно страдают при энцефалопатии Гайе – Вернике. Помимо глазодвигательных и зрачковых нарушений, описанных выше, могут отмечаться бульварные симптомы в виде расстройств артикуляции (дизартрия), глотания (дисфагия), фонации (дисфония), носового оттенка речи (ринолалия). Больные могут жаловаться на плохое зрение, туман перед глазами, иногда объективно удается установить снижение зрения, на глазном дне имеется расширение вен, иногда микрогеморрагия, в более редких случаях обнаруживается отек соска зрительного нерва или его побледнение. Энцефалопатия Гайе – Вернике характеризуется также значительными нарушениями вегетативной нервной системы. Так, часто отмечается повышение температуры до 38–40 °С. Степень повышения температуры обычно соответствует тяжести состояния больных. Тело больного обычно покрыто липким потом. Постоянно наблюдается тахикардия до 110–120 сокращений и более в минуту, пульс нередко аритмичный. Дыхание обычно учащенное, поверхностное, иногда аритмичное, в тяжелых случаях – типа Чейн-Стокса. В крови определяются лейкоцитоз, нейтрофилез, лимфопения, повышение СОЭ. У больных часто развиваются трофические нарушения в виде пролежней на пятках, крестце, спине, которые могут захватывать не только кожу и подкожную клетчатку, но и глубокие ткани. Спинномозговая жидкость может иметь розовую окраску либо содержать примесь эритроцитов.

Энцефалопатия Гайе – Вернике обычно развивается остро, однако встречаются варианты подострого развития болезни. Некоторые авторы предполагают возможность хронических форм. В прошлом заболевание, как правило, завершалось летальным исходом. В настоящее время при своевременной диагностике и правильном, вовремя начатом лечении отмечаются среднетяжелые и легкие формы, больные большей частью выздоравливают, но при этом может остаться стойкий мнестико-интеллектуальный дефект. Возможны рецидивы через несколько месяцев или лет, если больные продолжают злоупотреблять алкоголем. В патогенезе энцефалопатии Гайе – Вернике основное значение придают гипо- и авитаминозу В1 («мозговое бери-бери»), В6, С, РР и недостатку других витаминов.

Итак, характерным для энцефалопатии Гайе – Вернике является: 1) развитие у больных, страдающих в течение длительного времени алкоголизмом с выраженными изменениями личности по алкогольному типу; 2) наличие продромального периода, в течение которого имеет место ухудшение соматического, психического и неврологического статуса; 3) возникновение симптомокомплекса расстройств, для которого характерно сочетание психических нарушений с неврологической симптоматикой; 4) в неврологическом статусе основное место занимает атаксия, изменения мышечного тонуса, гиперкинезы,

глазодвигательные и зрачковые расстройства. Лечение энцефалопатии Гайе – Вернике: инъекции 10–20 мл 5% раствора витамина В1 ежедневно в зависимости от тяжести состояния больного в течение 1–3 нед с последующим постепенным уменьшением дозы; витамин В12 по 1000 мкг ежедневно в инъекциях в течение 1–2 нед также с последующим уменьшением доз. Наряду с этим необходимо вводить витамин В6 (по 2–3 мл ежедневно), аскорбиновую и никотиновую кислоты, рутин. Для стимуляции процессов обмена целесообразно назначать анаболические стероидные препараты, например, нероболлил по 1 мл 2,5 % раствора внутримышечно 1 раз в неделю. Проводят дегидратационную терапию.

Основными признаками заболевания являются следующие:

- Нарастающее угнетение сознания (переход из классического делирия в тяжелопротекающий делирий, глубокое оглушение, сопор и кому)

- Грубая мозжечковая атаксия

- Межъядерная офтальмоплегия и выраженный нистагм

В основе заболевания – тяжелый дефицит тиамина («В1»), приводящий к дистрофии нейронов головного мозга, отеку мозга и гибели клеток.

Часто провоцируется введением глюкозы, «сжигающей» остатки тиамина в организме больного, а так же неправильным лечением обычного алкогольного делирия.

Лечение проводится по принципам тяжелопротекающего делирия

По выходу из острого состояния часто развивается психоорганический или корсаковский синдром, особенно при несвоевременном лечении.

Профилактика острых алкогольных психозов:

Лечение алкогольной зависимости (профилактика запоев).

При развитии запоя – максимально быстрое и осторожное его купирование.

Надлежащее лечение алкогольного абстинентного синдрома.

Обязательное введение тиамина («В1») больным алкоголизмом в процессе лечения.

2.4.5 Суицидальное и аутоагрессивное поведение

Показания для стационарного психиатрического лечения пациентов, склонных к суициду

- Выраженное депрессивное расстройство с очевидными признаками страха, агитированностью, самоуничижением, бредовыми идеями.

- Прогрессирующая шизофреническая симптоматика, сопровождающаяся страхом, параноидными идеями, галлюцинациями, возбуждением.

- Хроническое злоупотребление алкоголем, наркотическими и лекарственными препаратами, при депрессивном настроении и суицидальных высказываниях.

- Суицидальные высказывания при суженном сознании.

- Недостаточная/отсутствующая поддержка со стороны социальных служб.

- Отсутствие устойчивых межличностных отношений.

- Очевидное желание пациента быть направленным в стационар.

В подавляющем большинстве случаев такое поведение обусловлено депрессивными переживаниями различной природы (реактивными, эндогенными и др.). Наиболее высокий риск суицида отмечается при меланхолических и агитированных депрессиях. Суицидальные действия при депрессии указывают на её тяжесть (среднетяжелая или тяжелая (психотическая)).

Реже суицидальное поведение может быть связано с бредовыми переживаниями или слуховыми галлюцинациями, особенно императивными. Также оно может наблюдаться при психопатиях возбудимого круга на фоне декомпенсации состояния или у практически здоровых лиц в ответ на тяжелые психотравмирующие обстоятельства.

В группе риска по суицидальному и аутоагрессивному поведению пациенты с алкогольной и наркотической зависимостью, пациенты в абстинентном состоянии – это связано с депрессивной окраской синдрома отмены, выраженными колебаниями настроения и тягостными переживаниями в абстиненции.

Возможно несколько вариантов развития аутоагрессивного поведения в условиях соматического стационара:

– незавершенная суицидальная попытка может привести больного в соматический стационар (хирургия, травматология, токсикология) – в этом случае в стационаре высока вероятность повторной попытки;

– возможно совершение первой суицидной попытки в стационаре, особенно при ухудшении соматического состояния или если больной узнает о наличии у себя тяжелого заболевания (злокачественное новообразование, ВИЧ-инфекция и др.).

Все пациенты, госпитализированные после суицидной попытки, после оказания им неотложной помощи должны быть осмотрены психиатром для установления диагноза и определения тактики лечения, а в отделение милиции по месту проживания пациента должна быть направлена телефонограмма.

В ходе соматического обследования следует обращать внимание на следы совершенных в прошлом суицидных попыток (рубцы от самопорезов и др.). Если пациент активно высказывает суицидные мысли, следует обсудить с ним возможность консультации психиатра, а при отказе от консультации необходимо провести психиатрическое освидетельствование в недобровольном порядке в соответствии с Законом Украины «Про психіатричну допомогу».

При выявлении у больного признаков психотического расстройства (бредовые идеи виновности, ипохондрический бред, стойкие суицидные намерения, галлюцинации и др.) следует обеспечить постоянное наблюдение за больным (отдельная палата или изолятор с постом медсестры на первом этаже стационара), забрать у пациента возможные орудия совершения суицида (упаковки лекарств, колюще-режущие предметы, стеклянную посуду) и организовать срочную консультацию психиатра. При развитии психомоторного возбуждения (депрессивный раптус) – купирование возбуждения.

При отсутствии явных признаков психотических переживаний, при подозрении врача на демонстративно-шантажный характер суицидных действий следует обсудить состояние больного с психиатром.

Недопустимо! оставлять больного с суицидальным поведением без наблюдения или под наблюдением соседей по палате, родственников или сотрудников охраны больницы (наблюдение должен осуществлять врач или медсестра); игнорировать стойкое и выраженное снижение настроения у пациента; сообщать пациенту о диагнозе тяжёлого заболевания без обсуждения последующей тактики действий; самостоятельно назначать антидепрессанты больным с суицидными тенденциями до консультации психиатра; игнорировать стойкие суицидные высказывания пациента даже при явно демонстративном их характере; выписывать больных с суицидными и аутоагрессивными тенденциями без консультации психиатра.

2.4.6 Судорожные припадки и эпилептический статус

Определение понятия

Врач любой специальности может внезапно столкнуться с генерализованным тонико-клоническим припадком и обязан оказать неотложную помощь. Судорожные припадки могут возникать при эпилепсии или носить симптоматический характер (на фоне абстинентного синдрома, интоксикаций, высокой лихорадки, черепно-мозговой травмы и др.). Развитие припадка может быть спровоцировано введением некоторых лекарственных препаратов, понижающих порог судорожной готовности.

Серия припадков – несколько припадков за короткий промежуток времени, разделенных периодами восстановления сознания.

Эпилептический статус – повторяющиеся генерализованные судорожные припадки, между которыми сознание больного полностью не восстанавливается.

Неотложная помощь:

1) Во время припадка:

- по возможности предупредить падение больного т. к. падение нередко приводит к более тяжелым последствиям, чем собственно сам припадок;
- необходимо уложить (повернуть) больного на бок и подложить что-нибудь мягкое под голову (одежда, сумка, подушка, одеяло и др.), удерживать голову аккуратно, без применения большой силы;
- нельзя с силой удерживать конечности – может произойти вывих или повреждение связок;
- нельзя вставлять твердые предметы и инструменты между зубами (во избежание травмы), допустимо при наличии возможности вложить полотенце или подобный мягкий предмет;
- во время припадка препараты не вводят.

2) После припадка:

- проверить проходимость дыхательных путей, при необходимости остановить кровотечение из языка путем прижатия (больной находится в состоянии оглушения или в сопоре, что позволяет вытянуть язык и прижать края раны салфеткой или полотенцем);
- проверить пульс, АД, ЧД, выявить очаговые и менингеальные симптомы;
- оценить травмы, полученные во время припадка (особенно травмы головы);
- вызвать бригаду соматической скорой помощи с учетом данных обследования:
 - при удовлетворительном состоянии – обычную бригаду,
 - при нестабильности витальных показателей, наличии неврологической симптоматики – реанимационную бригаду,
- при повторных припадках – между припадками ввести в/в Sol. Diazepamі 0.5 %-4.0 или Sol. Phenazepamі 0.1 %-3.0 и р-р сульфата магния (магnezия) 25 %-5.0 в/в (внутривенное введение транквилизаторов допустимо только при возможности проведения ИВЛ в связи с высоким риском остановки дыхания).

Во всех случаях повторных припадков, осложненных припадков (травмы и др.), припадков неясного генеза пациенты бригадой скорой помощи госпитализируются в соматический стационар (неврологическое отделение) для обследования и лечения.

Не требуют госпитализации единичные неосложненные припадки у больных с установленным диагнозом эпилепсии и единичные неосложненные припадки у больных

алкоголизмом на фоне алкогольного абстинентного синдрома, при условии проведения адекватного амбулаторного лечения синдрома отмены.

Порядок обследования пациента, перенесшего судорожный припадок, определяется состоянием больного, но всегда требуется дополнить традиционное физикальное, неврологическое, лабораторное и инструментальное обследование проведением рентгенографии черепа в двух проекциях, электроэнцефалографии (ЭЭГ) и нейровизуализации (рентгеновская компьютерная или магнитно-резонансная томография). Рентгеновская компьютерная томография лучше демонстрирует костно-травматические изменения и раньше показывает очаг поражения при острых нарушениях мозгового кровообращения. При магнитно-резонансной компьютерной томографии детальнее визуализируются патологические изменения вещества мозга.

В любом случае в дальнейшем больному рекомендуется консультация и обследование у эпилептолога в плановом порядке. В Киеве пациентов следует направлять в Городской Эпилептологический Центр (ГЭЦ).

В случае единичного припадков назначение любых антиконвульсантов до установления диагноза нецелесообразно. При развитии повторного припадков показано применение бензодиазепинов парентерально после завершения припадков.

В случае развития эпилептического статуса показана госпитализация в отделение реанимации или нейрохирургическое отделение.

Причины развития эпилептического статуса:

1) Истинный эпилептический статус – наблюдается при эпилепсии:

- при нарушении регулярности приема антиконвульсантов или их отмене,
- при приеме лекарственных средств, снижающих порог судорожной готовности,
- при присоединении соматических заболеваний (особенно острых инфекционных заболеваний с выраженной лихорадкой и интоксикацией),
- при употреблении алкоголя и наркотиков больными эпилепсией.

2) Симптоматический эпилептический статус может возникнуть при различных заболеваниях:

- при черепно-мозговой травме (ушиб головного мозга),
- при опухолях и других объемных образованиях головного мозга,
- при нейроинфекциях (менингиты и энцефалиты),
- при острых нарушениях мозгового кровообращения,
- при метаболических расстройствах (почечная и печеночная недостаточность, гипогликемия, осложнения сахарного диабета, эклампсия и др.),
- при отравлениях (как лекарственных, так и нелекарственных),
- при синдромах отмены психоактивных веществ (абстинентных синдромах), особенно синдром отмены транквилизаторов и снотворных средств, алкоголя,
- при тяжелых инфекционных заболеваниях, протекающих с высокой лихорадкой и выраженной интоксикацией.

При развитии эпилептического статуса применяется следующая этапная последовательность лечебных мероприятий.

1. Обеспечить проходимость дыхательных путей – очистить ротовую полость, устранить западение языка, удалить съемные зубные протезы, установить мягкий резиновый воздуховод, в дальнейшем при необходимости (неадекватная вентиляция) может быть

проведена интубация трахеи (предпочтительна назотрахеальная интубация). При наличии возможности – проведение оксигенотерапии.

2. Обеспечить венозный доступ (предпочтительна установка периферического или центрального венозного катетера) для постоянной инфузионной терапии.

3. Внутривенное введение диазепама:

– болюсное (медленное струйное) введение Sol. Diazepamі 0.5 % – 4.0,

– при отсутствии эффекта через 5-10 минут повторить болюсное введение диазепама в такой же дозе,

– наладить внутривенное капельное введение диазепама со скоростью 0.1–0.2 мг/кг/час для поддержания противосудорожного эффекта.

При отсутствии диазепама возможно применение других инъекционных бензодиазепинов в эквивалентных дозах.

4. Внутривенное введение вальпроатов.

Препараты данной группы имеют преимущество перед диазепамом и другими бензодиазепинами – они не угнетают дыхание и не вызывают выраженной седации (не усугубляют угнетения сознания). Поэтому могут, наряду с диазепамом, применяться в качестве препаратов первой очереди. В настоящее время два препарата данной группы доступны в инъекционной форме – «Депакин» и «Конвулекс»:

– «депакин» (флаконы по 400 мг) – болюсное (медленное струйное) введение в дозе 400 мг с возможным повторным введением в течение суток или налаживанием вв инфузии со скоростью 1 мг/кг/час,

– «конвулекс» (раствор 100 мг/мл) – болюсное (медленное струйное) введение 5-10 мг/кг с возможным повторным введением в течение суток или налаживанием вв инфузии со скоростью 1 мг/кг/час.

5. При дальнейшем отсутствии эффекта – болюсное (медленное струйное) введение тиопентала натрия в дозе 100–300 мг с дальнейшим переходом на внутривенное капельное (или дробное струйное) введение в дозе 3–5 мг/кг/ч. При введении барбитуратов обычно требуется вспомогательная вентиляция легких или ИВЛ.

6. При дальнейшем отсутствии эффекта – общий наркоз, миорелаксанты, ИВЛ.

7. В качестве резервного метода может применяться спинномозговая пункция с выведением 20–30 мл ликвора. Пункция проводится после выполнения эхоэнцефалоскопии или рентгеновской компьютерной томографии, противопоказана при появлении признаков дислокации головного мозга – анизокория, брадикардия, нарушения ритма дыхания и др.

8. Интенсивная терапия в полном объеме (поддержание гемодинамики, контроль газового состава крови, коррекция КЩС и электролитов крови, борьба с отеком мозга, антигипоксанты, нейропротекторы и др.) проводится параллельно с обследованием.

9. Полное физикальное, лабораторное и инструментальное обследование для поиска причины эпистатуса и проведения направленной этиотропной и патогенетической терапии (в первую очередь необходимо исключить черепно-мозговую травму, острые нарушения мозгового кровообращения, острые нейроинфекции, объемные образования головного мозга, острые отравления).

2.4.7 Соматогенный (неалкогольный) делирий

Определение понятия и клиника

Соматогенный (неалкогольный) делирий – делирий, развивающийся вторично по отношению к острому соматическому заболеванию или обострению хронического соматического заболевания. В терапевтических и хирургических отделениях больниц делирий встречается у 10–30 % от общего числа пациентов (наиболее часто среди пациентов в возрасте старше 65 лет).

Основные симптомы делирия

- Дезориентированность
- Спутанность сознания.
- Возбуждение или тревога либо апатия
- Зрительные галлюцинации

Делирий – один из вариантов универсального (неспецифического) ответа мозга на действие различных повреждающих факторов. Соматическое заболевание, приводящее к делирию, обычно бывает тяжелым или среднетяжелым. Соматогенному делирию не предшествует алкоголизация, употребление наркотиков или абстинентный синдром. Чаще возникает у пожилых больных и пациентов с исходным органическим поражением головного мозга (сосудистого, травматического, воспалительного, токсического генеза и др.).

Развивается более чем у четверти пациентов, госпитализированных в реанимационные отделения и отделения интенсивной терапии по различным причинам. Часто развивается в послеоперационном периоде после полостных операций, особенно у пожилых и соматически ослабленных больных.

Соматогенный делирий обычно связан с интоксикацией, высокой лихорадкой, ухудшением показателей системной гемодинамики, дыхательной недостаточностью и др. Развитие делирия указывает на неблагоприятное течение соматического заболевания и высокий риск неблагоприятного исхода (переход в оглушение, сопор и кому).

Значительную роль в развитии делирия может сыграть неосторожное применение многих лекарственных препаратов, особенно препаратов с холинолитическими свойствами (димедрол, атропин, платифиллин, тиоридазин, аминазин и др.). Нередко причиной соматогенного делирия является неоправданная полипрагмазия.

При отсутствии лечения соматогенный делирий может приобрести черты профессионального или мусситирующего делирия с дальнейшим переходом в аменцию или синдромы выключения сознания. В отличие от алкогольного делирия для соматогенного характерны:

- относительная бедность галлюцинаторных расстройств,
- отсутствие четкой стадийности развития (по Либермайстеру),
- фрагментарный или ундулирующий характер делирия (делириозные эпизоды),
- доминирование дезориентировки и растерянности больного (т. н. «спутанность»),
- нерезкая выраженность психомоторного возбуждения.

Развитие соматогенного делирия всегда указывает на ухудшение (утяжеление) состояния больного и неблагоприятное течение основного заболевания, поэтому требует неотложной помощи.

Принципы лечения соматогенного делирия

1. Лечение основного заболевания (!!!). Интенсивная терапия включает поддержание гемодинамики, контроль газового состава крови, коррекция кислотно-щелочного состояния и электролитов крови, адекватная инфузионная терапия и др.

2. Перевод пациента в отделение интенсивной терапии (реанимации) при наличии возможности или лечение в палате с постоянным наблюдением. Лечение соматогенного делирия проводится только в соматическом стационаре или ПСО, перевод в психиатрический стационар противопоказан.

3. Тщательное обследование для выявления нераспознанных сопутствующих состояний, которые могли привести к нарастающему ухудшению состояния и развитию делирия. Обследование проводится параллельно с лечебными мероприятиями. Лечение должно быть начато незамедлительно.

4. Тщательная динамическая оценка состояния больного (включая контроль основных физиологических функций и ключевых лабораторных показателей).

5. Дезинтоксикационная терапия по показаниям, включая методы экстракорпоральной детоксикации при необходимости.

6. Применение витаминов, антигипоксантов, ноотропов и нейропротекторов (витамины гр. «В» (в первую очередь тиамин), пирацетам, мафусол, глиатилин, милдронат и др.).

7) При необходимости (купирование психомоторного возбуждения, коррекция диссомнических расстройств) – применение транквилизаторов в небольших дозах (Sol. Diazepam 0.5 % – 2.0 или Sol. Phenazepam 0.1 % – 1.0–2.0). Возможно повторное введение транквилизаторов в тех же дозах до достижения необходимого эффекта, но не ранее чем через час после первого введения. При возможности предпочтительно применение оксибутирата натрия, обладающего антигипоксическими свойствами и непродолжительным эффектом, что позволяет лучше отслеживать состояние больного и снижает вероятность избыточной дозировки. Оксибутират натрия применяется в струйно-дробно или в виде медленной вв инфузии на физиологическом растворе (в условиях реанимационного отделения).

Из нейролептических препаратов возможно применение тиаприда (таблетки и раствор вв) – 100–400 мг на ночь.

Недопустимо применять высокие разовые дозы транквилизаторов, так как это может привести к затяжному выключению сознания, что, в свою очередь, затрудняет оценку состояния больного, увеличивает риск осложнений (нарушения дыхания, аспирация, развитие пневмонии и тромбоэмболических осложнений) и значительно замедляет восстановление функций ЦНС. Недопустимо подменять интенсивную терапию основного заболевания медикаментозной седацией и фиксацией больного, а также применять нейролептики (исключение – тиаприд в малых дозах), т. к. в большинстве случаев их использование сопряжено с высоким риском осложнений и ухудшает прогноз.

2.4.8 Аменция

Определение понятия

Обычно развивается при затяжном течении тяжелых соматических заболеваний. Иногда сменяет соматогенный делирий при отсутствии положительной динамики основного заболевания. Часто развивается при сепсисе, панкреатитах, ожоговой болезни, при гнойных осложнениях после тяжелых полостных операций, при кахексии у онкологических больных, в терминальных стадиях тяжелых хронических заболеваний. Отражает выраженное истощение и длительную интоксикацию. Свидетельствует о крайне неблагоприятном течении заболевания. При отсутствии адекватного лечения основного

заболевания заканчивается смертью больного.

Лечение проводится только в условиях отделения реанимации (интенсивной терапии):

- 1) интенсивная терапия основного заболевания с применением всех имеющихся в арсенале врача методов;
- 2) поиск причин нарастающего ухудшения состояния и неэффективности проводимой терапии (нераспознанные сопутствующие заболевания и осложнения);
- 3) обязательное налаживание парентерального питания больного;
- 4) обязательно применение витаминов парентерально (В1, В6, С);
- 5) обязательное применение ноотропов и нейропротекторов;
- 6) к транквилизаторам прибегать нежелательно (возбуждение ограничено пределами кровати и обычно не требует седации, а назначение транквилизаторов может ухудшить состояние пациента и прогноз – ускорить переход в сопор и кому); при необходимости седации предпочтительно применение оксибутирата натрия;
- 7) любые нейролептики категорически противопоказаны.

2.4.9 Синдромы выключения сознания

Имеют важное общемедицинское значение т. к. в большинстве случаев связаны не с психическими заболеваниями, а с соматической и неврологической патологией.

Чаще всего носят симптоматический характер, т. е. отражают какое-либо тяжелое экстрацеребральное состояние с вторичным повреждением нейронов головного мозга.

Всегда отражают тяжелое поражение головного мозга (обратимое или необратимое).

Всегда являются неотложными угрожающими жизни состояниями.

Возможно несколько вариантов развития синдромов выключения сознания

А. В зависимости от скорости появления и обратного развития симптомов:

- 1) быстрое выключение сознания с развитием сопора или комы, сознание утрачивается на длительный период времени;
- 2) сознание быстро выключается и быстро восстанавливается;
- 3) постепенное выключение сознания (легкое оглушение сменяется глубоким оглушением, далее развивается сопор, сопор переходит в кому, кома углубляется), сознание утрачивается на длительный период времени.

Б. В зависимости от отсутствия или наличия очаговых неврологических симптомов:

- 1) утрата сознания с появлением очаговых неврологических симптомов;
- 2) утрата сознания без появления очаговых неврологических симптомов.

Разделение на указанные варианты крайне важно, т. к. позволяет сделать предположение о причинах выключения сознания и предпринять неотложные диагностические и лечебные мероприятия.

Наличие очаговых неврологических симптомов указывает на непосредственное очаговое повреждение вещества головного мозга: в большинстве случаев острое нарушение мозгового кровообращения (инфаркт мозга или внутримозговое кровоизлияние) или ЧМТ (ушиб головного мозга). Диагноз ставится клинически и подтверждается проведением нейровизуализации (рентгеновская компьютерная томография или магнитно-резонансная томография).

Рентгеновская компьютерная томография технически проще, требует меньше времени, лучше демонстрирует костно-травматические изменения и раньше показывает очаг при

острых нарушениях мозгового кровообращения.

Магнитно-резонансная томография технически сложнее, требует больше времени, лучше демонстрирует изменения вещества мозга, так как дает более детальное изображение мягких тканей, малопригодна для поиска костно-травматических изменений.

При наличии очаговых симптомов и костно-травматических изменений с большой вероятностью может потребоваться экстренное нейрохирургическое вмешательство – это определяет необходимость быстрого проведения томографического исследования для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения больного.

Отсутствие очаговых неврологических симптомов указывает на интоксикацию, нарушения системной гемодинамики, тяжелые метаболические расстройства, тяжелые системные инфекции или субарахноидальное кровоизлияние.

Наиболее частые причины: отравления алкоголем и его суррогатами, наркотиками, седативными и снотворными средствами; декомпенсация сахарного диабета (кетоацидоз), передозировка сахароснижающих лекарственных препаратов (гипогликемическая кома). Диагноз ставится на основании клинических и лабораторных данных. Обязательно проведение токсикологического исследования, особенно в том случае, если выход из комы затягивается. Нейровизуализация обычно малоинформативна. Такие состояния обычно лечатся терапевтически (исключение – субарахноидальное кровоизлияние).

Внезапная утрата сознания обычно связана с нарушениями системной гемодинамики, острыми нарушениями мозгового кровообращения или ЧМТ. Пример: пароксизм желудочковой тахикардии, ТЭЛА, ушиб головного мозга, субарахноидальное кровоизлияние, внутримозговое кровоизлияние, массивное внутреннее кровотечение.

Внезапная утрата сознания с его быстрым восстановлением характерна для сотрясения головного мозга, преходящих нарушений ритма сердца (пароксизм тахикардии, эпизод асистолии, приступ Морганьи-Эдемса-Стокса), преходящих нарушений мозгового кровообращения.

Постепенная утрата сознания обычно связана с интоксикацией, метаболическими расстройствами, тяжелой системной инфекцией. Пример: отравление алкоголем и транквилизаторами, гипогликемическая кома, диабетический кетоацидоз, уремия, сепсис, печеночная недостаточность

Принципы неотложной помощи при выключении сознания

1. Оценить состояние больного – кожные покровы, пульс, спонтанное дыхание, АД, внешние признаки повреждений и травм, следы инъекций (подкожные – сахарный диабет, внутривенные – наркомании), грубые очаговые и менингеальные симптомы, провести пальпацию живота.

2. При отсутствии пульса и спонтанного дыхания немедленно начать реанимационные мероприятия.

3. Если пульс ритмичный и имеется спонтанное дыхание, но за время осмотра сознание не восстанавливается – ввести внутривенно последовательно 40 мл 40 % р-ра глюкозы, затем 2 мл тиамин (В1), затем 1 мл (400 мкг) налоксона (универсальный лечебно-диагностический приём – эффективен при гипогликемии, отравлении опиатами и алкоголем – это одни из наиболее частых причин выключения сознания, на другие причины выключения сознания не влияет, но и не ухудшит состояние).

4. Госпитализировать (перевести) пациента в реанимационное отделение.

5. Провести полное соматическое, лабораторное и инструментальное обследование для поиска причины утраты сознания – его последовательность определяется состоянием

пациента.

6. Лечение основного заболевания.

7. При затяжном выключении сознания – применение ноотропов, антигипоксантов и нейротропиков, высокие дозы витаминов парентерально (В1, В6, С); борьба с отёком мозга (маннитол и дексаметазон);

Даже легкое оглушение требует неотложных диагностических и лечебных манипуляций т. к. отражает тяжесть общего состояния больного (основного заболевания) и в течение нескольких минут может смениться сопором и комой.

2.4.10 Депрессии при алкоголизме

Отдельного рассмотрения заслуживают депрессивные расстройства у больных алкоголизмом и другими зависимостями от ПАВ, поскольку именно симптомы депрессии относят к числу наиболее часто встречаемых у данной категории больных. При этом следует указать на различные причинно-следственные отношения между депрессией и другими проявлениями синдрома зависимости от алкоголя.

Происхождение и клинические варианты алкогольных депрессий

Депрессивные расстройства при алкоголизме возникают на всех этапах течения данного заболевания, часто провоцируют или сопровождают актуализацию патологического влечения к алкоголю (возникновение у больного желания изменить свое психологическое состояние), и являются рецидивоопасной ситуацией, требующей оказания неотложной терапевтической помощи. В практической наркологии такие больные считаются прогностически одной из самых сложных групп, поскольку у них не формируются качественные и длительные ремиссии.

По своему происхождению и клиническим проявлениям алкогольные депрессии представляют собой гетерогенную группу состояний. Выделяют первичные – эндогенные и психогенные депрессии преморбидного периода зависимости, и вторичные, возникновение которых связано с органическим поражением головного мозга вследствие хронической алкогольной интоксикации.

В динамике алкоголизма депрессивные расстройства встречаются в структуре абстинентного синдрома как его обязательный симптом, в постабстинентный период, во время запоев, в период, предшествующий запою, в качестве составляющей патологического влечения к алкоголю, в период формирования и на протяжении ремиссии.

Клинически депрессивные расстройства при алкоголизме характеризуются значительным многообразием проявлений. Наблюдаются как стертые, атипичические, так и смешанные или сложные состояния, в большинстве случаев соответствующие уровню легкой или умеренной депрессии. Общими особенностями алкогольных депрессий являются эмоциональная лабильность, наличие соматовегетативной симптоматики (головные боли, головокружение, тахикардия, лабильность артериального давления, тошнота), расстройства сна. Часто симптомы депрессий маскируются другими проявлениями, такими как раздражительность, придирчивость, утомляемость, ипохондрические жалобы.

Указанные клинические особенности характерны для всего периода развития

депрессивного состояния. Невзирая на незначительную выраженность собственно депрессивных проявлений, наблюдается тенденция к затяжному течению и резистентности данных нарушений к проводимой терапии.

Выделяют следующие варианты депрессий при алкоголизме:

- простое депрессивное состояние с преобладанием пониженного настроения, тоски, снижением самооценки, утратой интереса к окружающему и удовольствия от всех видов деятельности;
- дисфорический вариант депрессии с наличием на фоне подавленного настроения раздражительности, гневливости, конфликтности;
- тревожно-депрессивное состояние – сочетание симптомов депрессии с ощущением внутреннего напряжения, дискомфорта, беспокойства, ожиданием разнообразных неприятностей;
- астенический вариант депрессии с утомляемостью, раздражительностью, усилением симптоматики в вечернее время;
- ипохондрический вариант, для которого характерно сочетание пониженного настроения с гиперболизацией телесных переживаний, чрезмерным вниманием к своему соматическому состоянию и результатам проводимого обследования;
- апатический вариант – депрессия с вялостью, безразличием к своему состоянию и к окружающим, адинамией.

Больные с депрессиями при алкогольной зависимости часто первично обращаются к врачам соматического профиля, однако это расстройство указанными специалистами не всегда диагностируется, а следовательно не назначается адекватное лечение, реабилитация и профилактика.

Организация помощи больным с депрессиями при алкогольной зависимости

1. Детальное медицинское обследование на предмет обнаружения симптомов депрессии, особенно в группах больных с алкогольной зависимостью с высоким риском ее возникновения (при наличии эпизодов депрессии в анамнезе, соматических заболеваний, цереброорганической патологии, других психических и поведенческих расстройств, например, расстройств личности).

2. Все больные с подозрением на депрессию должны пройти обследование с целью подтверждения и верификации ее симптомов, их происхождения и типа течения посредством клинико-психопатологического, общего соматического, неврологического и экспериментально-психологических методов.

3. Все пациенты с симптомами тяжелой депрессии, при подозрении на эндогенный характер расстройства, с дисфорическим вариантом депрессивной симптоматики, а также в случаях терапевтической резистентности, при наличии аутоагрессивных тенденций, психотических симптомов должны направляться семейными врачами и врачами-интернистами к специалисту-психиатру для проведения дифференциальной диагностики, определения нозологической принадлежности депрессии и назначения специального лечения.

4. Больных с признаками соматогенной депрессии и выраженной и/или резистентной к лечению внутренней патологией необходимо проконсультировать у соответствующего узкого специалиста – терапевтического, хирургического или акушерско-гинекологического профиля.

5. При подозрении на церебрально-органическую патологию больного необходимо проконсультировать у специалиста-невропатолога.

6. Все впервые выявленные пациенты с легкой и умеренно выраженной депрессией должны быть осмотрены на протяжении следующих двух недель.

Диагностика

Организация помощи должна быть направлена на максимально раннюю и комплексную диагностику депрессий.

Необходимость комплексной диагностики обусловлена значением изучения таких факторов: клинических – симптомы депрессии, их динамика в процессе терапии, изменения на ЭКГ и другие возможные побочные действия фармакотерапии; биологических – конституционно-типологические (генетические признаки, особенности конституции, индивидуальные особенности биохимических, иммунных, вегетативных и других процессов); соматогенных (приобретенные особенности обменных процессов, обусловленные состоянием органов и систем организма и экологией); социальных – эмоциональные отклонения в детстве (например, у жертв насилия), отсутствие межличностных поддерживающих взаимоотношений в семье, социальные потрясения в макроокружении, утрата работы и другие; психологических – низкая самооценка, ощущение беспомощности или объективная беспомощность, вызванная недостаточной психологической адаптацией к социальным проблемам, эффект материальной зависимости (например, от супруга), неадекватные механизмы психологической защиты, недостаточность навыков психической саморегуляции.

Критерии диагностики:

1. Определение индивидуальных факторов риска возникновения депрессивного расстройства.
2. Изучение жалоб больного.
3. Оценка психического состояния пациента за данными его родственников (других близких).
4. Объективное обследование психического состояния пациента.
5. Общее соматическое и неврологическое обследование.
6. Патопсихологическое/экспериментально-психологическое обследование.
7. Лабораторное обследование (общие анализы крови и мочи, сахар крови, реакция Вассермана, кровь на антитела к ВИЧ-инфекции, флюорография).
8. По показаниям – электрокардиография, электроэнцефалография, томография мозга, консультация узких специалистов (терапевтического, хирургического, гинекологического профилей).

Лечение

Доказано, что своевременная адекватная медицинская помощь при депрессиях в большинстве случаев (до 80 %) позволяет достигнуть значительного терапевтического эффекта, улучшить качество жизни больного, не допустить аутоагрессивного поведения, существенно улучшить социальные (в том числе трудовые) функции пациента и соответственно уменьшить довольно значительные экономические затраты семьи и общества в целом.

Этапы лечения депрессий при алкоголизме: 1 – купирование текущей депрессии; 2— стабилизирующая терапия с акцентом на коррекцию личностных и когнитивных расстройств; 3 – противорецидивная терапия с коррекцией факторов риска возникновения данной патологии.

Построение программы лечения больного с депрессией при алкогольной зависимости

проводится с учетом механизмов ее развития и клинической картины, клинико-динамических характеристик и этапа основного заболевания, особенностей личности пациента и его микросоциального окружения, наличия соматических и неврологических последствий хронической алкогольной интоксикации.

1. Лечение больных с легкой и умеренно выраженной депрессией без ауто– или гетероагрессивных тенденций, в том случае, если данная симптоматика, по мнению врача, не сопровождается усилением патологического влечения к алкоголю, можно проводить в амбулаторных условиях.

2. Основная и поддерживающая дифференцированная комплексная терапия, а также динамическое наблюдение больного при умеренной депрессии проводятся не менее шести месяцев, с дальнейшим ее продлением и проведением противорецидивной терапии, при наличии показаний.

3. На протяжении первой недели лечения внимательно наблюдают за пациентом (особенно за лицами младше 30 лет, а также при наличии аутоагрессивных и гетероагрессивных тенденций в анамнезе).

4. Возникновение у больного депрессивно-дисфорического состояния в клинической практике всегда трактуется как возобновление патологического влечения к алкоголю и является предвестником рецидива. В данной ситуации рекомендуется решение вопроса о стационарном лечении в специализированном медицинском учреждении психиатрического или наркологического профиля и немедленном назначении комплексной медикаментозной терапии.

Критерии успешности и порядок проводимой терапии:

1. Наличие индивидуального плана коррекции факторов риска. Выполнение этого плана в полном объеме.

2. Наличие индивидуального плана комплексных лечебных мероприятий, направленных на устранение психических, соматических и неврологических нарушений. Выполнение этого плана в полном объеме. Наличие осознанного согласия пациента или его законного представителя на проведение предложенного лечения. Если больной представляет опасность для себя или окружающих, медицинская помощь ему осуществляется в порядке, установленном Законом Украины «Про психіатричну допомогу» (2000).

3. При симптомах легкой депрессии сначала назначают программу лечения, основанную на когнитивной поведенческой терапии (или интерперсональной терапии) и проведении психообразовательной работы с изучением больным печатных и других материалов, предложенных врачом.

4. При ее неэффективности используют психотерапевтический комплекс (например, терапия разрешения проблем, короткая когнитивная поведенческая терапия и консультирование) по 6–8 сеансов на протяжении 10–12 недель.

5. При умеренной депрессии медикаментозную терапию назначают перед психологической коррекцией.

6. Для стандартного лечения преимущественно используют антидепрессанты – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (SSRI), их назначают в комплексе с другими препаратами: нормотимиками, транквилизаторами, нейролептиками с тимолептическими свойствами, гепатопротекторами и ноотропами, указанными в соответствующем разделе данного руководства.

7. Контролируют симптомы тревоги, агитации, возникновение аутоагрессивных тенденций, особенно на ранних стадиях применения антидепрессантов. При появлении

данных симптомов пересматривают целесообразность использования данного препарата.

8. Больному выдают ограниченное количество лекарственных средств (особенно в начале лечения, в связи с риском суицидальных действий для предупреждения отравления) и обеспечивают дополнительную поддержку, например, частые контакты со штатом первичной медико-социальной помощи, в том числе по телефону.

9. Дозы препаратов сокращают постепенно, на протяжении 4 недель, в некоторых случаях – еще более длительный период.

10. Поддерживают контакт с больными, которые не продолжают лечение.

11. При наличии сопутствующих заболеваний проводят более длительное лечение, сосредоточенное на проблемах, вызванных такой коморбидностью.

12. Перед назначением антидепрессантов больным проводят ЕКГ и контролируют возможные негативные изменения на ЕКГ в дальнейшем.

13. В случае возникновения у больного дисфорического варианта депрессии показана комплексная психофармакотерапия в условиях специализированного стационара. Психотерапевтические методики, за исключением специальных противоалкогольных (эмоционально-стрессовые, аверсивные), мало эффективны. Вовремя начатое профилактическое лечение может предотвратить рецидив и закрепить ремиссию. Родственников больных рекомендуется информировать о том, что при появлении у пациента депрессивно-злобного настроения необходимо начать указанную терапию и обратиться к врачу.

Особенности процесса оказания помощи

Диагностика и дифференциальная диагностика направлены на выявление симптомов депрессии, определение ее этиологии, выраженности, типа течения, а также коморбидных психических, соматических и неврологических расстройств.

Лечение должно быть не только индивидуализированным, комплексным, но и направленным на устранение факторов риска повторного возникновения данной патологии и сопутствующих психических и соматоневрологических нарушений.

Коррекция биологических факторов риска возникновения депрессий при алкоголизме заключается в проведении лечения, направленного на сомато-неврологическую патологию как одну из главных причин формирования данного феномена с соответствующей оценкой состояния больного в динамике посредством психодиагностических методик и с необходимыми изменениями схемы терапии.

Для коррекции психологических факторов риска возникновения депрессивного состояния необходимо проведение психотерапевтической работы с целью преодоления анозогностического отношения к заболеванию, выработки установки на трезвый способ жизни, обучению адекватным поведенческим стратегиям в сложных жизненных ситуациях.

Коррекция социальных факторов риска заключается в проведении семейной психотерапии с целью улучшения психологической ситуации в семье и обучению способам конструктивного разрешения конфликтных ситуаций, а так же в консультировании больных по вопросам трудоспособности, профессиональной ориентации, трудоустройства и социальной помощи.

Реабилитация направлена на недопущение нарушений социальных функций или их восстановление. С этой целью, особенно при наличии выраженной социально-психологической дезадаптации, кроме использования во внебольничных условиях

указанных выше методов психотерапии, а также социотерапии, направленных на активацию социальных установок личности, больного целесообразно направить в реабилитационное отделение или лечебно-производственное предприятие при психоневрологическом медицинском учреждении.

Профилактика

Первичная – мероприятия по устранению биологических, социальных и психологических факторов, которые “благоприятствуют” первичному возникновению депрессии (факторы риска). Вторичная – направлена на уменьшение риска обострений депрессии – пациенты, у которых наблюдались 2 и более приступов депрессии в ближайшем прошлом или произошло существенное ухудшение функционирования, продолжают прием антидепрессантов и других медикаментов на протяжении 2 лет в тех дозах, при которых был достигнут терапевтический эффект в остром периоде заболевания. Комбинацию антидепрессантов с препаратами тимостабилизирующего действия используют не менее 6 месяцев. Продолжают также психологическую коррекцию. Такие же мероприятия, но с преобладанием социотерапии, осуществляют с целью третичной профилактики – предупреждение физических и социально-психологических осложнений болезни.

Основным средством профилактики депрессий, в возникновении которых ведущая роль принадлежала биологическим причинам, является медикаментозная терапия, направленная на коррекцию соматической и церебро-органической патологии. Параллельно проводится психокоррекционная работа с пациентом для выработки критического отношения к своему состоянию и понимания необходимости приема поддерживающего лечения, психообразовательная работа с больными и их родственниками с обсуждением схем лечения, информации о заболевании, признаков ухудшения состояния. Необходимо также объяснять пациенту и его родственникам, что любые заметные изменения настроения или ухудшение общего самочувствия должны быть основанием для обращения к врачу, поскольку данные проявления могут спровоцировать повторное появление патологического влечения к алкоголю или быть одним из его проявлений.

Профилактика депрессий, в происхождении которых ведущая роль принадлежала психологическим и/или социальным факторам, требует использования более сложной системы воздействий. На фоне противорецидивной психофармакотерапии, направленной на стабилизацию эмоционального состояния (антидепрессанты, тимостабилизаторы и т. д.), проводится психотерапевтическая коррекция, целью которой является гармонизация внутренней картины болезни, выработка эффективных механизмов психологической защиты, закрепление установки на трезвый способ жизни, обучение приемам саморегуляции, устранение в рамках возможного неблагоприятных социальных воздействий и/или изменение отношения больного к этим воздействиям. Наиболее успешным в этом случае является комбинированный психотерапевтический подход, который включает в себя определение внутриличностных причин алкоголизации (недостаточная устойчивость к стрессовым воздействиям, заниженный уровень самооценки и др.) с отработкой более эффективных поведенческих стратегий, подключение эмоционально-стимулирующих социальных воздействий, значимых для данного конкретного больного (например, улучшение отношений в семье, в профессиональной сфере). Высокоэффективными также являются программы групповой и

семейной терапии, которые можно реализовывать и в амбулаторных, и в стационарных условиях с целью длительной поддерживающей психотерапии, создание групп взаимопомощи больных.

Для снятия тревоги полезно использовать приемы поведенческой психотерапии (программы релаксации, самоконтроля, повышения самоуверждения). Разнообразные суггестивные методы у пациентов с депрессиями при алкогольной зависимости оказываются эффективными только при наличии у них высокой мотивации к лечению и потому используются крайне редко.

Таким образом, возникновение депрессий при алкоголизме обусловлено действием многих факторов. В процессе прогрессирования зависимость влияет на все сферы деятельности человек, изменяет их, соответственно увеличиваются объем и сложность терапевтического вмешательства. Стратегия лечения таких больных должна базироваться на комплексности, непрерывности и длительности с использованием в динамике заболевания программ разной интенсивности, направленных на биологические, поведенческие, эмоциональные, психопатологические и межличностные аспекты данной проблемы.

Информационно-образовательные мероприятия в рамках профилактики возникновения и рецидивов депрессивного состояния у больных с алкогольной зависимостью должны включать информирование пациентов про особенности их заболевания, причины возникновения и проявления депрессий, причины обострения и проявления патологического влечения к алкоголю, а так же значимость длительного лечения на этапах формирования и во время ремиссии алкоголизма. Указанные мероприятия могут осуществляться во время индивидуальных и групповых занятий, посредством печатной информации для пациентов и их родственников. Важной составляющей данного направления профилактической работы является углубленная подготовка по вопросам наркологии врачей первичного звена медицинской помощи, поскольку значительное количество таких больных в период ремиссии алкогольной зависимости обращается именно к ним.

2.5 Изменение влечений при злоупотреблении ПАВ

Генерализованное патологическое влечение к психоактивным веществам

На всех этапах лечения наркологических больных могут возникать состояния резкого обострения патологического влечения к ПАВ, достигающего степени компульсии с признаками сужения сознания и выраженными аффективными нарушениями, психомоторным возбуждением. Эти состояния необходимо расценивать как неотложные и срочно купировать, поскольку именно они часто приводят к прерыванию больными курса лечения и возобновления приёма ПАВ, острым интоксикациям и сопровождаются грубыми поведенческими расстройствами (Иванец Н.Н. с соавт).

Доказано, что один из основных компонентов формирования патологического влечения – активация дофаминергических нейронов вентротегментальной области (ventral tegmental area) и проекция этих нейронов в прилежащее ядро (nucleus accumbens) и в префронтальную кору. Именно поэтому патогенетически оправдано назначение больным с актуализацией влечения к ПАВ антипсихотических средств, блокирующих

дофаминовые постсинаптические рецепторы в лимбической системе.

Обычно используют активные антипсихотические средства (галоперидол в дозе 5-10 мг в/в, или в/м). Для купирования психомоторного возбуждения и аффективных расстройств назначают антипсихотик с седативным действием и транквилизатор – хлорпромазин в дозе 50-100 мг или перициазин в дозе 10–15 мг и диазепам в дозе 10–20 мг или феназепам в дозе 1–2 мг.

2.6 Отказ от еды в связи с психическими расстройствами

Причины отказа от еды в связи с психическими расстройствами

Основные причины:

- дисморфомания и дисморфофобия (особенно у молодых девушек);
- тяжелая или среднетяжелая депрессия;
- бред отравления, обонятельные и вкусовые галлюцинации.

Относительные причины:

- беспомощность больного при слабоумии и отсутствии надлежащего ухода – невозможность приобрести и приготовить пищу;
- беспомощность при кататоническом ступоре.

Признаки отказа от еды:

- характерное поведение больного при депрессии, бреде отравления, обонятельных и вкусовых галлюцинациях – такие больные редко диссимулируют отказ от пищи;
- прогрессирующее снижение массы тела, исчезновение мenses у молодых девушек при отсутствии тяжелого соматического заболевания – важный, часто единственный признак для больных с дисморфоманией – они всегда диссимулируют отказ от еды;
- снижение массы тела и появление признаков истощения у одиноких пожилых больных.

Нарастающее снижение массы тела с развитием истощения должно вызывать у врача онкологическую настороженность, настороженность в отношении депрессии и деменции (особенно у пациентов пожилого и среднего возраста), а так же настороженность в отношении дисморфомании (молодые пациенты, чаще женщины). Истощенные больные с дисморфоманией часто сохраняют достаточно высокий уровень активности (ходят на работу и учёбу) и погибают внезапно на фоне нарушений ритма сердца (электролитные расстройства и дистрофические изменения в миокарде усугубляются постоянным приёмом больными слабительных и мочегонных с целью похудения).

Неотложная помощь при отказе от еды:

при тяжелом истощении (особенно при развитии осложнений) госпитализация в реанимационное отделение или ПСО, обследование и налаживание парентерального питания:

- провести биохимический и клинический анализ крови (уровень глюкозы и электролитов, гематокрит, общий белок) – важно для адекватного лечения, так как гипогликемия может сочетаться с гипергидратацией («голодные» отёки) или дегидратацией (приём мочегонных и слабительных с целью «похудания»), также возможны разнонаправленные сдвиги в электролитном обмене, что важно учитывать в процессе инфузионной терапии;
- при выраженной дегидратации – регидратация физиологическим раствором (объем определяется состоянием);

- при выраженных «голодных» отёках осторожное введение гипертонического раствора глюкозы и р-ра альбумина;
- начинать лечение в большинстве случаев следует с введения 5 % раствора глюкозы с хлоридом калия или аспаркамом (панангином), обязательно дополнить введением тиамин (витамина В1) и аскорбиновой кислоты (витамина С);
- после нормализации уровня глюкозы крови можно продолжать введение глюкозы с небольшими дозами инсулина короткого действия (8 ЕД на 400 мл 5% р-ра глюкозы) – для повышения «усвоения» глюкозы;
- дальше к лечению можно подключить аминокислотные («аминоплазмаль», «инфузамин» и др.) и липидные («липофундин» и др.) препараты, а при согласии больного – осторожно начать энтеральное питание в минимальном объеме;
- психотропные препараты не применяются до консультации психиатра (исключение – психомоторное возбуждение).

За пациентом следует обеспечить постоянное наблюдение в связи с высоким риском самовольного прекращения введения лекарственных средств

После стабилизации соматического состояния – обязательный перевод (при необходимости в недобровольном порядке в соответствии с Законом Украины «Про психіатричну допомогу») в психиатрический стационар для продолжения лечения. Выписка «на руки» родственникам без консультации психиатра недопустима.

2.7 Неотложная помощь при передозировке ПАВ

Тяжёлое (глубокое) алкогольное опьянение

Алкогольное опьянение средней глубины проявляется шаткостью походки и дизартрией. Тяжёлое алкогольное опьянение проявляется нарастающим выключением сознания – появляется лёгкое оглушение с мышечной гипотонией, которое быстро может перейти в глубокое оглушение, сопор и кому.

Неотложная помощь необходима при появлении признаков оглушения у опьяневшего, то есть при переходе опьянения средней глубины в тяжелое. Опьянение легкой и средней степени тяжести специального лечения не требует.

Принципы помощи при тяжёлом алкогольном опьянении

1. Удаление не всосавшегося яда (алкоголя) является очень важным этапом лечения, так как продолжающееся всасывание алкоголя из желудка и тонкой кишки усугубляет опьянение.

При легком оглушении – вызывание рвоты и промывание желудка.

При глубоком оглушении вызывание рвоты противопоказано в связи с высоким риском аспирации рвотных масс и промывных вод.

При выключении сознания промывание желудка зондом возможно после интубации трахеи и разобщения дыхательных и пищеварительных путей.

2. Обеспечение адекватного внешнего дыхания.

Смерть опьяневших чаще всего связана с нарушениями внешнего дыхания (западение языка, аспирация) – так называемая «смерть от опоя». Даже в достаточно высоких дозах алкоголь обычно не угнетает дыхательный центр. Выраженное угнетение дыхания по «центральному» типу возможно при совместном употреблении алкоголя и снотворных транквилизаторов (в том числе комбинированных барбитуратсодержащих

средств типа «корвалола», «валокордина» и др.). Именно поэтому применение так называемых «дыхательных» аналептиков при изолированном алкогольном опьянении не оправдано.

На догоспитальном этапе требуется уложить опьяневшего с приподнятой верхней половиной туловища и повернутой на бок головой – профилактика западения языка и аспирации содержимого желудка.

При западении языка – выдвигание и удержание нижней челюсти; при аспирации – удаление рвотных масс путём «вытряхивания» или с помощью электроотсоса.

На этапе квалифицированной помощи – установка воздуховода или интубация трахеи (второе предпочтительнее).

3. Ускорение метаболизма алкоголя и восстановления функций ЦНС.

Показано внутривенное введение 400 мл гипертонического 10 % раствора глюкозы (получаем из 5 % р-ра и 40 % р-ра путем смешивания в необходимом соотношении) с 8 ЕД инсулина короткого действия. Обязательно введение тиамина (В1) – 4.0 мл и пираретама 20 мл – оба препарата вводятся в струйно («в резинку»).

4. Коррекция ацидоза и ощелачивание плазмы – раствор гидрокарбоната натрия 200 мл вв быстро капельно.

«Дыхательные» аналептики (кордиамин, кофеин) применять не рекомендуется в связи с низкой эффективностью и высоким риском побочных эффектов (судорожный синдром, вторичное угнетение дыхательного центра). При совместном употреблении пострадавшим алкоголя и транквилизаторов показано введение специфического антидота бензодиазепинов – флумазенила внутривенно струйно.

При невозможности выполнения пунктов 3 и 4 допустимо однократно подкожно ввести 2 мл кордиамина или кофеин-бензоата натрия (но только после обеспечения проходимости верхних дыхательных путей). Даже при положительном эффекте от применения аналептиков следует продолжить наблюдение за пострадавшим в течение не менее двух часов в связи с высоким риском рецидива выключения сознания и вторичного угнетения дыхательного центра. Аналептики не обладают патогенетическим действием при тяжелом опьянении, они обеспечивают лишь кратковременный «подстегивающий» эффект на ЦНС в надежде на то, что за непродолжительное время их действия часть алкоголя успеет метаболизироваться.

После выхода из алкогольной комы (при правильном лечении происходит за 1–3 часа) врачу часто приходится сталкиваться с алкогольным абстинентным синдромом, судорожным синдромом и развитием алкогольного делирия.

Алкогольная кома часто маскирует ЧМТ, серьезные соматические состояния и другие отравления – необходимо тщательное обследование больного, включая контроль биохимических показателей крови и лабораторное токсикологическое исследование (особенно если выход из комы затягивается).

Передозировка опиатов или опиоидов

Обычно передозировка наркотика встречается у героиновых наркоманов при внутривенном введении героина, реже при употреблении других опиатов и опиоидов.

Нередко передозировка происходит после проведения курса лечения (снижение толерантности) или при приобретении больным наркотика в непривычном месте, так как продаваемый наркоторговцами порошок представляет собой героинсодержащую смесь произвольного состава с разной концентрацией наркотика.

Часто к передозировке приводит совместное употребление наркотика с алкоголем, транквилизаторами и снотворными средствами

Клиническая картина состояния при передозировке опиатов:

- нарастающее выключение сознания;
- нарастающее угнетение дыхания (острая дыхательная недостаточность развивается по нескольким механизмам – угнетение дыхательного центра, специфическое для опиатов, нередко дополняется токсическим отеком легких из-за повреждения легочных капилляров компонентами наркотикосодержащей смеси);
- артериальная гипотензия;
- резкий миоз (при глубокой коме и выраженной гипоксии сменяется мидриазом).

Неотложная помощь:

1) оценить состояние больного – кожные покровы, пульс, спонтанное дыхание, АД, внешние признаки повреждений и травм, следы внутривенных инъекций (следы подкожных инъекций при отсутствии следов внутривенных введений могут указывать не на наркоманию, а на сахарный диабет!!!), грубые очаговые и менингеальные симптомы, пальпация живота;

2) при отсутствии пульса и/или спонтанного дыхания немедленно начать реанимационные мероприятия (предпочтительна интубация трахеи с механической вентиляцией, т. к. она эффективнее и снижает риск передачи инфекции реаниматору, при невозможности интубации возможно проведение ИВЛ через воздуховод);

3) ввести больному внутривенно струйно последовательно 1 мл (400 мкг) налоксона, 40 мл 40 % глюкозы и 4 мл тиамина (В1).

При отсутствии эффекта через 3–4 минуты ввести еще 1 мл налоксона.

При отсутствии эффекта введение налоксона можно повторять несколько раз с интервалом 3–4 минуты. При изолированной передозировке героина сознание должно быстро восстановиться

Если после введения 4 мл (1600 мкг) налоксона нет положительной динамики (восстановление адекватного спонтанного дыхания и сознания), следует подумать о других причинах развития комы.

4) Госпитализировать пациента в отделение реанимации (интенсивной терапии).

Ведение налоксона часто требуется повторять, т. к. его действие значительно короче, чем у героина, и за периодом улучшения может последовать повторное развитие комы. По этой же причине пациента нельзя оставлять на месте без последующего наблюдения и необходимо госпитализировать. После полного выхода из отравления развивается героиновый абстинентный синдром – признак стойкого выхода из передозировки.

Основные клинические симптомы интоксикации наркотическими препаратами

• Производные морфина: гипотермия, сухость кожи; миоз; брадикардия, гипотония; брадипноэ, спазм бронхов; спазм сфинктера мочевого пузыря, гипо-, арефлексия, пирамидные знаки, судороги центрального генеза; эйфория, сонливость; дыхание типа Чейн-Стокса, отёк лёгких, цианоз, ацидоз, кома, отёк мозга.

• Кокаин: гипертермия, гипергидроз, бледность кожных покровов; мидриаз, тахикардия, гипертония, судороги центрального генеза; чрезмерный контроль, эйфория, агрессивность, отсутствие дистанции, расторможенность, логорея, «наплыв» идей, психомоторное возбуждение; оптические, акустические, тактильные галлюцинации, галлюцинаторно-параноидные психозы, делириозные синдромы; остановка дыхания,

кома.

- Амфетамины: гипертермия, гипергидроз; мидриаз; тахикардия, гипертония; тахипноэ, гипервентиляционная тетания; сухость во рту, отсутствие аппетита, расстройство сна, поллакиурия, тремор, нистагм; чрезмерный контроль, эйфория, возбуждение, расторможенность, ускользящее мышление, состояние панического страха, суицидальные намерения; галлюцинаторно-параноидные психозы; нарушения сердечного ритма, гипертонический криз, кахексия, судороги центрального генеза, кома.

- Галлюциногены: гипертермия, «мурашки» (парестезии); мидриаз, тахикардия, гипертония; кашель вследствие раздражения дыхательных путей; тошнота, позывы на рвоту; усиление рефлексов; усиление и искажение функции восприятия, травматические состояния, возбуждение, страх; панические атаки, острые и хронические галлюцинаторно-параноидные психозы, «стоп-кадр», суицидальные намерения; гипергликемия, подавление дыхания, судороги центрального генеза.

- Конопля: бледность кожных покровов; тахикардия, гипертония; бронхит, астма; сухость во рту, чувство голода/жажды, головокружение, головные боли, жалобы на боли в верхней части живота, конъюнктивит, ларингит; расторможенность (позднее утомление); зрительные галлюцинации, галлюциноз; аллергия.

2.8 Панические атаки и вегетативные кризы

Представляют собой сборную группу остро возникающих полиморфных приступов тревоги и страха с выраженными соматовегетативными проявлениями. Встречаются в клинической картине многих непсихотических психических расстройств (неврозов, соматоформных расстройств и др.), часто сопровождают хронические формы астенического синдрома различной природы.

Основные клинические проявления пароксизмальной тревоги:

- приступообразно возникающая тревога (неспецифическое состояние, не имеет чёткого, конкретного содержания);

- страх (имеет чёткое, конкретное содержание; например, страх умереть от «сердечного приступа» в метро);

- вегетативные проявления тревоги и страха (чрезвычайно разнообразные симптомы – зависят от особенностей вегетативной нервной системы пациента) – чаще всего встречаются: тахикардия, гипергидроз, ощущение затруднения дыхания, сухость во рту, абдоминальный дискомфорт, головокружение, дрожание рук;

- приступы полиморфны (отсутствует стереотипность), имеют разную длительность и обычно связаны с состоянием эмоционального напряжения, хотя могут возникать и на фоне полного благополучия.

Следует дифференцировать с вегетативно-висцеральными парциальными припадками при эпилепсии, пароксизмами аритмий, гипогликемическими состояниями, интоксикационными расстройствами, проявлениями абстинентного синдрома, приступами феохромоцетомы и др.

В отличие от многих неотложных состояний панические атаки не несут угрозы для жизни больного, но являются крайне тягостными для пациента, требуют исключения действительно опасных острых соматических состояний и поэтому требуют неотложной помощи.

Помощь во время приступа паники:

- усадить больного;
- проверить пульс (для исключения пароксизма аритмии);
- постараться успокоить пациента;
- предложить дышать в более спокойном ритме, можно предложить дышать в бумажный или полиэтиленовый пакет (в патогенезе панической атаки большая роль принадлежит гипервентиляции и гипокапнии с последующим спазмом артерий головного мозга и развитием обморочного состояния).

Во время приступа применение лекарственных препаратов нецелесообразно, так как к моменту начала их действия приступ уже заканчивается самопроизвольно (возможно применение плацебо – «валидола»).

При частых приступах, выраженном страхе повторения атаки в межприступный период целесообразно назначение транквилизаторов на короткий срок (не более недели) в небольших дозах (феназепам 0.5 мг утром и днём, 1 мг на ночь или диазепам 5 мг утром и днём, 10 мг на ночь).

Возможно назначение серотонинергических антидепрессантов с седативным или сбалансированным эффектом, если врач имеет опыт их применения и соответствующую подготовку.

Рекомендовать плановое обследование и лечение у психиатра или психотерапевта.

2.9 Острые отравления психотропными препаратами

могут носить преднамеренный (суицид, наркомании) или случайный характер (в т. ч. у пожилых людей и детей). Часто встречаются при наркоманиях, политоксикоманиях и алкоголизме, когда больные комбинируют высокие дозы психотропных средств с целью вызывания опьянения или облегчения явлений абстиненции.

Нередко встречаются среди пациентов с психическими расстройствами, которым психотропные препараты назначаются с лечебной целью.

В Украине чаще наблюдаются отравления транквилизаторами и снотворными средствами, реже нейролептиками и антиконвульсантами.

В последние годы в связи с широким назначением антидепрессантов отмечаются случаи отравления препаратами этой группы.

Клиническая картина отравления состоит из неспецифических и специфических симптомов:

- основной неспецифический симптом – нарастающая утрата сознания (от оглушения до глубокой комы);
- специфические симптомы зависят от особенностей фармакодинамического действия (угнетение дыхания барбитуратами, артериальная гипотензия при альфа-адренолитическом действии препаратов, антихолинергический синдром и делирий при М-холинолитическом действии, серотониновый синдром при отравлении серотонинергическими антидепрессантами, аритмогенные эффекты при хинидиноподобном действии трициклических антидепрессантов и др.).

Причиной отравлений может быть применение недопустимых комбинаций различных лекарственных препаратов по вине врача (!!!). Перед назначением любого нового

лекарственного препарата врач обязан собрать у пациента подробный лекарственный анамнез и убедиться в безопасности назначения нового препарата. Детально вопросы лечения отравлений излагаются в курсе токсикологии и в информации для специалистов по конкретным лекарственным препаратам (в инструкции всегда отражена клиническая картина передозировки и ее лечение).

Лечение отравления психотропными препаратами состоит из двух основных этапов:

1) реанимационные мероприятия и стабилизация жизненно важных функций (уже на этом этапе положено ввести последовательно 40 % глюкозу – 40 мл, тиамин (В1) – 4 мл и налоксон – 2 мл – если принятый пострадавшим препарат неизвестен) – параллельно с этим проводится обследование больного;

2) специфическое лечение отравления после установления диагноза (определения препарата, вызвавшего отравление). Если имеется антидот, он применяется в первую очередь. Если антидот отсутствует, проводятся детоксикационные мероприятия, патогенетическое и симптоматическое лечение в соответствии с особенностями препарата, вызвавшего отравление.

Клиническая картина наиболее частых отравлений психотропными препаратами

- Амитриптилин и другие трициклические антидепрессанты – кома или делирий, выраженный М-холинолитический синдром, артериальная гипотензия, нарушения ритма сердца, высокий риск желудочковой тахикардии и фибрилляции – отравления отличаются высокой летальностью из-за нарушений сердечного ритма, т. к. специфический антидот отсутствует, лечение симптоматическое, диализ неэффективен.

- Аминазин и сходные препараты (тизерцин, хлорпротиксен) – угнетение сознания, выраженная артериальная гипотензия, холинолитический синдром – специфический антидот отсутствует, лечение симптоматическое, диализ неэффективен.

- Тиоридазин – угнетение сознания, высокий риск желудочковых аритмий и внезапной смерти – специфический антидот отсутствует, лечение симптоматическое.

- Феназепам и другие бензодиазепиновые транквилизаторы (диазепам, нитразепам и др.) – нарастающее угнетение сознания. При высоких дозах и при комбинации с алкоголем – угнетение дыхания. Специфический антидот – флумазенил, при нарушениях дыхания – перевод на ИВЛ, диализ малоэффективен.

- Барбитураты (фенобарбитал, комбинированные барбитуратсодержащие препараты, бензонал и др.) – кома и угнетение дыхания – антидота нет, показан перевод на ИВЛ до восстановления спонтанного дыхания и форсированный диурез с ощелачиванием плазмы.

- Галоперидол и сходные препараты (клопиксол, трифтазин) – психомоторное возбуждение, повышение мышечного тонуса, острая дистония, судорожные припадки – антидот отсутствует, диализ неэффективен, лечение симптоматическое.

- Антидепрессанты группы СИОЗС (флуоксетин, сертралин, пароксетин и др.) – психомоторное возбуждение, судороги, рвота – антидот отсутствует, диализ неэффективен, лечение симптоматическое

- Карбамазепин – нарастающее угнетение сознания или делирий – специфический антидот отсутствует, лечение симптоматическое, диализ неэффективен.

Отравления данными психотропными препаратами встречаются наиболее часто. Детальную клиническую картину отравлений и рекомендации по лечению можно найти в описаниях лекарственных средств. Обращает на себя внимание отсутствие антидотов для большинства психотропных препаратов и неэффективность гемодиализа. Большая часть

психотропных препаратов (особенно нейролептики и антидепрессанты) отличается способностью воздействовать на различные рецепторные системы, что приводит к множественным эффектам при передозировке. Лечение в большинстве случаев патогенетическое и симптоматическое. Некоторые средства интенсивной терапии (адреналин) категорически противопоказаны при некоторых отравлениях из-за риска тяжелых побочных эффектов.

Опасные и нежелательные комбинации лекарственных средств:

Во всех случаях перед назначением нового лекарственного препарата по любому поводу следует собрать у пациента детальный лекарственный анамнез и убедиться в возможности сочетания назначаемого препарата с уже принимаемыми лекарствами.

Пациент может отказаться сообщать лечащему врачу об имеющемся у него диагнозе психического заболевания, но назвать принимаемый психотропный лекарственный препарат.

Нередко отмечаются опасные комбинации антидепрессантов, нейролептиков и антиконвульсантов с другими лекарственными средствами (это связано с особенностями фармакодинамики и фармакокинетики этих психотропных препаратов).

В приведённом списке указаны наиболее частые опасные и нежелательные комбинации психотропных препаратов с соматотропными средствами и между собой

- Гипотензивные средства и нейролептикиантидепрессантыантиконвульсанты
- Антиаритмические препараты и нейролептикиантидепрессантыантиконвульсанты
- Антигистаминные средства и нейролептикиантидепрессантыантиконвульсанты
- Средства для наркоза (общие анестетики, миорелаксанты) и нейролептикиантидепрессантыантиконвульсанты
- Антидепрессантынейролептики и адреномиметики (включая средства для симптоматического лечения ОРВИ и средства для лечения бронхиальной астмы)
- Антидепрессантынейролептики и симпатомиметики (включая средства для симптоматического лечения ОРВИ и средства для лечения бронхиальной астмы)
- Антидепрессанты и наркотические анальгетики
- Антибиотики (антибактериальные химиопрепараты) и нейролептики антидепрессанты антиконвульсанты
- Противогрибковые химиопрепараты и нейролептикиантидепрессанты антиконвульсанты
- Противовирусные препараты и нейролептикиантидепрессантыантиконвульсанты
- Противоопухолевые препараты и нейролептикиантидепрессантыантиконвульсанты
- Бензодиазепины и клозапин
- Ингибиторы МАО (пипразидол, моклобемид и др.) и антидепрессанты других групп

2.10 Острые осложнения при применении психотропных средств

В отличие от отравлений указанные реакции возникают при применении терапевтических доз препаратов (в том числе и по правильным показаниям).

Эти острые осложнения имеют типичную клиническую картину и требуют неотложной помощи. К ним относятся – лекарственный делирий и антихолинергический синдром, острая дистония, акатизия, злокачественный нейролептический синдром и серотониновый синдром.

1. Лекарственный делирий – возникает при приёме препаратов с холинолитическим действием (амитриптилин, тиоридазин, димедрол, аминазин и др.), особенно у пожилых и соматически ослабленных больных (у них даже однократное назначение таких препаратов может спровоцировать делирий).

Клиническая картина соответствует сочетанию делирия с антихолинергическим (М-холинолитическим) синдромом – сухость кожи и слизистых, жажда, нечеткость зрения, мидриаз, тахикардия, гипертермия, задержка мочи и стула, делирий со «спутанностью».

Лечение: обязательная отмена препарата, симптоматическая терапия, лечение проводится в соматическом стационаре по принципам лечения соматогенного делирия (см. выше).

2. Острая дистония – возникает при приёме нейролептиков и метоклопрамида (в т. ч. часто при однократном их назначении) проявляется произвольными сокращениями различных групп мышц (наиболее часто – мышцы шеи и лица, мышцы грудной клетки), является крайне мучительным и иногда опасным симптомом (нарушения дыхания).

Лечение: проводится в соматическом стационаре; диазепам 0.5 % – 2.0 мл или феназепам 0.1 % – 2.0 мл или димедрол 1 % – 2.0 мл – обычно симптомы проходят через 20–30 минут после введения транквилизаторов или димедрола, но может потребоваться повторное их назначение; отмена нейролептика до консультации психиатра.

3. Акатизия – возникает при приёме нейролептиков и метоклопрамида (в т. ч. при однократном назначении), проявляется мучительным чувством беспокойства в ногах с невозможностью находиться без движения (неусидчивость).

Лечение: диазепам 0.5 % – 2.0 мл или феназепам 0.1 % – 2.0 мл или димедрол 1 % – 2.0 мл, при умеренных симптомах возможно применение анаприлина (пропранолола) в таблетках в дозе 20 мг; отмена нейролептика до консультации психиатра.

4. Серотониновый синдром – острое жизнеугрожающее осложнение, развивающееся при приёме серотонинергических средств (наиболее часто – при приёме серотонинергических антидепрессантов) или их комбинации с другими лекарственными препаратами.

Клиническая картина: тревога, агитация, делирий, гиперрефлексия, гипергидроз, грубая атаксия, миоклонии, лихорадка, тошнота и рвота (должны присутствовать не менее четырех симптомов вместе после назначения/изменения дозы серотонинергического лекарственного препарата). Степень выраженности симптомов может быть различной.

Лечение: отмена всех принимаемых больным серотонинергических средств, госпитализация в реанимационное отделение; интенсивная симптоматическая и патогенетическая терапия (включая поддержание гемодинамики и газового состава крови, коррекцию кислотно-щелочного состояния и электролитов, дезинтоксикационную терапию). Диазепам для купирования психомоторного возбуждения.

5. Злокачественный нейролептический синдром – острое жизнеугрожающее осложнение, может возникать при терапии нейролептиками и метоклопрамидом – редкое состояние с высокой летальностью.

Клиническая картина: гипертермия, нарастающее угнетение сознания и мышечная ригидность – симптомы могут развиваться при однократном применении нейролептика (или метоклопрамида) или увеличении его дозы. Степень выраженности симптомов может быть различной.

Лечение: немедленная отмена всех принимаемых больным лекарственных препаратов, госпитализация в реанимационное отделение. Показано осторожное охлаждение больного

(холод на область крупных сосудов), интенсивная симптоматическая и патогенетическая терапия (дантролен или сульфат магния вв как специфическое лечение; интенсивная инфузионная терапия, поддержание гемодинамики и газового состава крови, коррекция кислотно-щелочного состояния и электролитов, интенсивная дезинтоксикационная терапия (включая плазмаферез), диазепам для купирования гиперкинезов и судорожного синдрома при их возникновении).

Раздел II.

Лекарственные средства, применяемые в наркологии

Транквилизаторы (анксиолитики) и седативные средства

Транквилизаторы – наиболее распространённая в психиатрической и общей практике группа психотропных лекарственных средств, нормализующих сон, нивелирующих или уменьшающих чувство патологической тревоги, стресса, возбуждения, эмоционального напряжения, а также соматовегетативные и неврологические расстройства невротического регистра.

В наркологической практике транквилизаторы используют самостоятельно достаточно ограниченно (невротические расстройства в период ремиссии и абстиненции, средние и тяжёлые формы алкогольного делирия, алкогольные психозы на фоне соматических заболеваний и др.), в остальных случаях их применяют в комплексной терапии с другими лекарственными средствами.

Для адекватного назначения транквилизаторов необходимо руководствоваться особенностями спектра их психотропной активности.

Одним из факторов, определяющих дихотомическое деление транквилизаторов на подгруппы – "дневные" транквилизаторы и "гипнотики", является период полувыведения этих лекарственных средств. Эти данные представлены в таблице 1.

Снотворные (гипнотики)

Как ясно из названия, гипнотики – основной класс препаратов, используемых для коррекции нарушений сна.

Часто в качестве снотворных средств применяются препараты других групп, например, транквилизаторы (феназепам, реланиум), антидепрессанты (амитриптилин, ремерон), нейролептики (сонапакс, хлорпротиксен, аминазин). Эти препараты действительно могут способствовать засыпанию, но за счет побочного седативного эффекта. Необходимо отметить, что ряд антидепрессантов (ремерон, леривон, феварин) действительно назначается на ночь, так как у них побочный эффект в виде сонливости развит достаточно сильно. Но применять их в отсутствие депрессии неоправданно.

Некоторые пациенты недопонимают, с какой целью им назначены эти препараты. Если врач назначил вам эти препараты для лечения депрессии – то применять их надо постоянно, вне зависимости от того, как вы спите (речь идет именно об антидепрессантах). А если врач назначил вам эти препараты именно как снотворные, то

надо задуматься над тем, не сменить ли врача.

Таблица 2.1

Периоды полувыведения отдельных транквилизаторов

до 5 часов	более 5 часов
Бротизолам (лендормин)	Альпрозолам (ксанакс, кассадан, альзолам, неурол)
Золпидем (ивадал, стилнокс, амбизн)	Бромазепам (лексотан, нормок)
Зопиклон (имован)	Диазепам (седуксен, реланиум, сибазон, валиум)
Медазепам (мезапам, рудотель, нобриум)	Клобазам (фризиум, урбанил)
Дитразепам (эуноктин, радедорм)	Либракс
Реладорм	Лонетил
Гриазолам (хальцион)	Лоразепам (ативан, мерлит)
Флунитразепам (рогипнол, сомнубене)	Мидазолам (дормикум)
	Оксазепам (тазепам, нозепам, серакс)
	Празепам (деметрин, центракс, лизанксил)
	Феназепам
	Хлордiazепоксид (элениум, либриум, напотон, хлозепид)
	Клометиазол (геминеврин)

Примечание: генерические (торговые) названия.

В настоящее время уже можно говорить о разделении препаратов на несколько групп: барбитураты, бензодиазепины, небензодиазепиновые гипнотики, этаноламины, мелатонин

Целесообразно в настоящее время использование небензодиазепиновых "гипнотиков" последнего поколения: зопиклона и золпидема. Эти два препарата, строго говоря, не относятся к группе транквилизаторов, поскольку обладают сильным снотворным действием и в значительно меньшей степени транквилизирующим эффектом. При лечении алкоголизма и наркомании существенно, что снотворные нового поколения характеризуются значительно меньшей вероятностью формирования лекарственной зависимости.

"Дневные" транквилизаторы, в свою очередь, подразделяют на препараты со средней длительностью действия (альпрозолам, бромазепам, клобазам, лоразепам, оксазепам, хлордiazепоксид), период полувыведения которых составляет от 5 до 20 часов, и препараты длительного действия (дiazепам, клоразепам, медазепам, празепам) с периодом

полувыведения более 20 часов.

Знание продолжительности периода полувыведения транквилизаторов обуславливает кратность их применения, что позволяет избежать куммуляции препарата при частом назначении или недостаточной для достижения терапевтического эффекта концентрации его в плазме крови.

Не менее важным является длительность и особенность элиминации транквилизаторов. Ряд препаратов этой группы не образуют активных метаболитов (бромазепам, лоразепам, оксазепам), в связи с чем они быстрее выводятся из организма, а также легче переносятся больными, поскольку не оказывают столь выраженной нагрузки на печень, что представляется чрезвычайно важным при лечении больных, длительное время злоупотребляющих алкоголем.

При купировании абортивных или мягких форм алкогольного делирия врачи могут выбирать целесообразность использования нейролептиков или транквилизаторов (диазепам, "гипнотики").

Однако у пациентов с тяжёлым и средней тяжести алкогольным делирием транквилизаторы (в частности, диазепам) являются средствами выбора для купирования психомоторного возбуждения, в связи с тяжёлым соматическим состоянием пациентов.

Это также является основанием для самостоятельного использования транквилизаторов при атипичных алкогольных психозах на фоне сосудистых заболеваний, при острой и подострой алкогольной энцефалопатии типа Гайе-Вернике-Корсакова.

Транквилизаторы применяют и для купирования эпилептиформных (судорожных) проявлений у больных алкоголизмом. В этих случаях их использование (в основном диазепам) ограничивается кратковременным назначением с целью купирования эпилептического статуса, частых или серийных припадков. Однако основной терапевтический эффект в лечении больных алкоголизмом при наличии судорожного синдрома достигается в результате применения противосудорожных лекарственных средств.

В качестве одного из средств комплексной терапии транквилизаторы используют при лечении больных алкоголизмом с депрессивными состояниями, а также при вторичном алкоголизме (сочетание алкоголизма с психическими заболеваниями).

Наиболее широко транквилизаторы применяют при невротических расстройствах у больных алкоголизмом. В связи с тем, что для устранения этих расстройств зачастую необходима длительная терапия, следует помнить, что транквилизаторы могут вызывать развитие физической и психической зависимости, особенно у лиц, страдающих алкоголизмом. Наиболее часто это возникает при использовании диазепама, клоразепама, мепробамата, хлордиазепоксида. Поэтому, для избежания риска появления зависимости, транквилизаторы следует применять короткими курсами (2 недели – 1 месяц) с последующим перерывом.

Также необходимо помнить о постепенном, в течение нескольких дней, уменьшении дозировок транквилизаторов при их отмене для исключения возможности появления синдрома «отмены».

Клометиазол (Clometiazole) – активное вещество клометиазол. Оказывает седативное, снотворное и противосудорожное действие.

В клинике алкоголизма его назначают в качестве средства купирования алкогольного абстинентного синдрома, алкогольного делирия, эпилептиформного синдрома различного

происхождения.

Способ применения и дозы

При алкогольном абстинентном синдроме: в первый день 10–12 капсул в 3–4 приема, второй день – 6–8 капсул в 3 – 4 приема, третий день – 4 – 6 капсул в 3 – 4 приема, четвертый – шестой дни – постепенное снижение дозы. Каждую капсулу можно заменить 5 мл сиропа.

Начальная доза при алкогольном делирии – 2–4 капсулы, при отсутствии эффекта в течение 2 часов назначают 1–2 капсулы. В дальнейшем лечение проводится как при алкогольном абстинентном синдроме. Если на фоне приема препарата внутрь симптомы алкогольного делирия усиливаются, 0,8 % препарата вводится внутривенно, капельно. Начальная скорость введения – 3–5 мл/мин (24–50 мг/мин) до достижения неглубокого сна, затем скорость введения снижают до 0,5–1,0 мл/мин (4 – 8 мг/мин), поддерживая сон и хорошее спонтанное дыхание. Инфузию продолжают в течение 6–8 часов. За это время вводят до 500 -1000 мл раствора, содержащего 4–8 г клонетиазола. Время от времени проверяют состояние сознания (при этом введение препарата прерывают).

Побочные действия

Раздражение слизистых оболочек носа и глаз, насморк, конъюнктивит, эритема, крапивницах редко – расстройства дыхания вплоть до его остановки, тахикардия, сильный озноб, потливость, гипертермия, тошнота, рвота, подавление кашлевого рефлекса, нарушение ритма сердца и его остановка, резкое падение артериального давления, тромбофлебит в месте инъекции. Гипоксия в связи с сердечной или легочной недостаточностью может усиливаться под воздействием клонетиазола вплоть до острой дыхательной недостаточности. При использовании препарата возрастает секреция слизи в бронхах и легких, что необходимо учитывать в случаях, когда больной не может самостоятельно поддерживать проходимость дыхательных путей.

При длительном приеме препарата может формироваться психическая и физическая зависимость, а при его резкой отмене – абстинентный синдром.

Форма выпуска – капсулы 0,3 г; сироп (1 мл-0,05 г); раствор для инъекций (1 мл-0,008 г); инофилизированное сухое вещество для инфузий, 1 ф (4 г).

Синонимы: Геминеврин (Heminevrin), ASTRA, Швеция.

Золпидем (Zolpidem) – активное вещество золпидема гемитартрат. Снотворное нового поколения, принадлежащее к классу имидазопиридинов. Обладает быстро наступающим снотворным действием при почти полном отсутствии миорелаксирующего и противосудорожного эффектов. Благодаря этому сон характеризуется субъективно приятным «освежающим» качеством и отсутствием последействия на следующий день. При инсомнии золпидем удлиняет стадию 2 и стадии «дельта-сна» (3 и 4), которые и первую очередь страдают в случае бессонницы при алкоголизме. На продолжительность «быстрого сна» практически не влияет.

Показания к применению

Препарат используют для лечения пре-, интра- и постсомнических нарушений сна, при беспокойном или неосвежающем сне, в том числе в клинике алкоголизма и наркомании. Наиболее целесообразно комплексное применение золпидема при алкогольных и наркотических абстиненциях, предделириозном состоянии, а также в случаях abortивного делирия.

В комбинации с другими препаратами, а также в виде монотерапии, золпидем

применяют для лечения расстройств сна в период воздержания от потребления алкоголя. Существенными являются данные об отсутствии эффекта привыкания к золпидему.

Способ применения и дозы

Препарат назначают взрослым пациентам, до 65 лет, в дозе 0,01 г однократно. Для достижения желаемого результата доза может быть увеличена до 0,08 г. Лицам старше 65 лет лечение целесообразно начинать с 0,005 г. при этом максимальная доза не должна превышать 0,01 г. Золпидем необходимо принимать непосредственно перед сном.

Побочные действия отмечают редко и могут проявляться тошнотой, диареей, эпизодами спутанности сознания, дневной сонливостью, нарушением координации движений, головной болью, ночным возбуждением.

Противопоказан при беременности. С особой осторожностью назначается при миастении (возможно усиление мышечной слабости). Во время терапии препаратом следует воздерживаться от потенциально опасных видов деятельности, требующих повышенного внимания, избегать употребления алкоголя. Препарат потенцирует действия алкоголя и средств, обладающих угнетающим влиянием на центральную нервную систему.

Форма выпуска – таблетки по 0,01 г по 7 и 20 штук в упаковке. Синонимы: Ивадал (Ivadal), Synthelabo Groupe, Франция

Зопиклон (Zopikloni) – активное вещество зопиклон. Психотропный препарат из группы производных циклопирролонов. Оказывает снотворное действие. Обладает высокой степенью сродства к местам связывания на рецепторном комплексе ГАМК в центральной нервной системе. Укорачивает период засыпания, уменьшает число ночных пробуждений, при этом сохраняется нормальная циклическая организация сна. Доля «быстрого» сна не изменяется. Период полувыведения препарата – 3,5–6 часов. Повторные приемы не сопровождаются кумуляцией препарата или его метаболитов.

Показания к применению

Зопиклон назначают для лечения диссомнических и инсомнических расстройств при нарушении засыпания, частых ночных пробуждениях, уменьшении глубины и продолжительности сна, раннем пробуждении при первичных нарушениях сна, а также в качестве средства терапии при психических расстройствах у больных с вторичным нарушением сна.

В клинике алкоголизма и наркомании зопиклон используют для купирования алкогольных и наркотических абстинентных состояний, а также при лечении предделириозных состояний и abortивного делирия. Кроме этого, препарат применяют в качестве снотворного средства при тревожно-депрессивных состояниях, возникающих в период отнятия алкоголя, и для нормализации нарушенного сна в ремиссии, с целью превентивной терапии возможных рецидивов. Наиболее целесообразно зопиклон использовать в комплексной терапии лечения больных алкоголизмом.

Способ применения и дозы

Зопиклон принимают внутрь за 20–30 минут до сна. Лечение обычно начинают с дозы 0,0075 г (7,5 мг) - 1 таблетка. При необходимости доза препарата может быть увеличена до 0,015 г (15 мг) – 2 таблетки. Следует помнить, что при нарушениях функции печени, а также в пожилом и старческом возрасте лечение целесообразно начинать с доз 0,00375 г (3,75 мг). При нарушении функции почек снижение дозы зопиклона не требуется.

Побочные действия отмечаются крайне редко в виде металлического привкуса во рту,

тошноты, раздражительности, головокружения, нарушений координации.

Противопоказан при беременности. Резкое прекращение приема препарата, как правило, не вызывает синдрома отмены. Не рекомендуется одновременное назначение алкоголя, препаратов с угнетающим действием на центральную нервную систему.

Форма выпуска – таблетки по 0,0075 г и 0,00375 г по 5 или 20 штук в упаковке.

Синонимы: Имован (Imovan), PHONE-POULENC RORER, США-Франция.

Бротизолам (Brotizolam) – активное вещество бротизолам. Производное бензодиазепа, обладает снотворным, седативным, центральным миорелаксирующим и противосудорожным действием.

Показания к применению

Бротизолам показан для лечения первичных и вторичных нарушений сна, при невротических состояниях, сопровождающихся страхом, тревогой, эмоциональным напряжением и лабильностью, повышенной раздражительностью. Препарат также применяют в виде монотерапии, (или в комбинации с психотропными лекарственными средствами) при лечении интра-, пре- и постсомнических расстройств, при неврозоподобных психопатоподобных нарушениях у больных с органическими заболеваниями центральной нервной системы и эпилепсией.

В клинике алкоголизма и наркомании бротизолам используют для купирования абстинентных состояний и в ремиссиях, с целью предотвращения рецидивов, при купировании абстинентного синдрома, в первую очередь, за счет нормализации нарушенного сна. Препарат способствует уменьшению тревоги, стресса, раздражительности, устранению вегето-сосудистых проявлений. В период ремиссии у больных отмечается нормализация процесса засыпания, увеличение глубины и продолжительности сна с последующим ослаблением патологического влечения к спиртному в связи со снижением или нивелированием тревоги, раздражительности, ощущения дискомфорта и аффективных расстройств.

Способ применения и дозы

Препарат назначают по 0,125-0,5 мг перед сном.

Побочные действия

Возможны сухость во рту, тошнота.

Противопоказан при беременности, миастении, циррозе печени. При длительном применении возможно привыкание, не следует сочетать с приёмом алкоголя.

Форма выпуска – драже по 0,125 мг и 0,5 мг по 30 штук в упаковке. Синонимы: Лендормин (Lendormin), Ingelheim, Германия.

Мидазолам (Midazolam) – активное вещество мидазолам. Представляет собой бензодиазепин, относительно короткого действия. Оказывает выраженное снотворное действие, обладает седативным, миорелаксирующим, противосудорожным эффектами. Усиливает действия наркотических, анальгезирующих и снотворных средств.

Показания к применению

Мидазолам широко используют для внутривенного или внутримышечного введения, как вспомогательное средство вводимого наркоза и его поддержания, некоторых диагностических или лечебных процедур, а также для лечения нарушения сна.

В клинике алкоголизма и наркомании мидазолам применяют для лечения нарушений сна (преимущественно, обусловленных трудностями засыпания, нарушением

продолжительности и глубины сна, частыми пробуждениями) у больных с психотическими расстройствами, а также для терапии инсомнических и диссомнических расстройств, при абстинентном синдроме и в период ремиссии. В зависимости от выраженности психопатологических расстройств и особенностей состояния больных, мидазолам используют самостоятельно или в комплексной терапии, назначая препарат преимущественно внутрь.

Способ применения и дозы

При выраженных и стойких нарушениях сна лечение целесообразно начинать с внутримышечного введения мидазолама в дозе 0,005 г (5 мг-1 ампула).

Внутрь препарат применяют непосредственно перед сном, проглатывая таблетки целиком и запивая их жидкостью. Обычная доза для взрослых колеблется в пределах 7,5-15 мг (1/2-1 таблетка).

Противопоказан при беременности и миастении и повышенной чувствительности к бензодиазепинам. Мидазолам применяют с осторожностью при органических повреждениях головного мозга, при психозах, дыхательной недостаточности. Не следует комбинировать препарат с другими средствами, угнетающими центральную нервную систему.

Форма выпуска – таблетки по 0,015 г, раствор для инъекций в ампулах по 1 мл и 3 мл (1 мл-0,05 мг).

Синонимы: Дормикум (Dormicum), ROCHE, Швейцария; EGIS, Венгрия по лицензии Roche; Флормидал (Flormidal), ICNGalenica, Югославия.

Нитразепам (Nitrazepam) – активное вещество нитразепам, из группы бензодиазепинов. Оказывает выраженное снотворное действие, обладает также миорелаксирующей, анксиолитической и противосудорожной активностью. Облегчает засыпание, а также увеличивает глубину и продолжительность сна. Сон обычно наступает через 20–40 минут после приёма препарата и продолжается 6–8 часов.

В клинике алкоголизма нитразепам применяют для лечения нарушений сна, связанных с повышением уровня тревоги в вечернее и ночное время. Подобные нарушения наблюдаются при абстинентных и предделириозных состояниях. Для них характерны затруднения засыпания, сопровождающиеся вереницей неприятных воспоминаний и тревожных, образных представлений, кошмарные сновидения, раннее пробуждение с тревожными опасениями. Применение нитразепама в этих случаях способствует нормализации функции сна и уменьшению патологического влечения к алкоголю.

Нитразепам в клинике хронического алкоголизма можно использовать как симптоматическое средство в комплексной терапии психотических состояний, сопровождающихся нарушениями сна.

Способ употребления и дозы

Нитразепам принимают внутрь (в качестве снотворного средства) за полчаса до сна. Разовая доза препарата составляет 0,005-0,01 г (5-10 мг). Максимальная доза в качестве снотворного составляет 0,02 г. (20 мг).

В качестве транквилизатора и противосудорожного средства нитразепам применяют 2–3 раза в день по 0,005 – 0,01 г (5-10 мг); в вечерние часы принимают большую часть суточной дозы. В дальнейшем разовая доза может быть повышена. Максимальная суточная доза – 0,03 г. (30 мг). При курсовом лечении продолжительность применения нитразепама составляет 14–21 дней. В отдельных случаях длительность лечения может

быть увеличена.

Побочные действия

При применении нитразепама, особенно в больших дозах, могут наблюдаться дневная сонливость, ощущение вялости, атаксия, нарушение координации движений, головная боль, оглушенность, головокружение, в редких случаях возникает тошнота, тахикардия, гипергидроз, кожно-аллергические реакции. В большинстве случаев побочные явления наблюдаются у ослабленных и пожилых больных. В этих случаях следует уменьшить дозу и отменить препарат.

Противопоказан при острых интоксикациях лекарственными средствами, тяжёлой дыхательной недостаточности, беременности. Следует избегать одновременного приёма алкоголя.

Форма выпуска – таблетки по 0,005 г и 0,01 г.

Синонимы: Берлидорм 5/10 (Berlidorm 5 \square) BERLIN-CHEMIE, Германия; Неозепам (Neozepam), POLFA, Польша; Нитросан (Nitrosan), SUN PHARMACEUTICAL, Индия; Радедорм (Radedorm), AWD, Германия; Эуноктин (Eunoktin), RICHTER, Венгрия.

Реладорм (Reladorm) – 1 таблетка содержит 0,1 г циклобарбитала и 0,01 г диазепама. Обладает снотворным, седативным, противосудорожным и миорелаксирующим эффектом.

Показания к применению

Реладорм используют при нарушениях сна различного характера в виде монотерапии или в комбинации с другими препаратами. При назначении реладорма отличают улучшение засыпания, увеличение глубины и продолжительности сна. Сон, после приёма препарата, обычно наступает через 25–30 минут и продолжается до 6–8 часов.

В клинике алкоголизма реладорм используют, в основном, для лечения пре- и интрасомнических расстройств. На постсомнические расстройства препарат оказывает менее выраженное действие. Реладорм принимают в качестве снотворного средства при купировании алкогольного абстинентного синдрома, а также в период воздержания от потребления алкоголя.

Способ применения и дозы

Обычная доза препарата 1–2 таблетки за 20–30 минут до сна. Учитывая угнетающее действие циклобарбитала на фазы сна, реладорм следует применять короткими курсами, продолжительностью до 10 дней.

Побочные действия

При применении больших доз реладорма возможны утомление, тремор, мышечная слабость, атаксия, аллергические реакции.

Противопоказан при беременности, порфирии, выраженных нарушениях функции печени. При длительном применении возможно привыкание и лекарственная зависимость.

Препарат нельзя принимать вместе с алкоголем, антикоагулянтами, кортикостероидами, доксициклином, гризофульвином, пероральными противозачаточными средствами. В течение 24 часов после приёма реладорма нельзя водить транспорт.

Форма выпуска – таблетки по 10 и 100 штук в упаковке POLFA, Польша.

Флунитразепам (Flunitrazepam) – активное вещество флунитразепам, производное бензодиазепамина. Укорачивает период засыпания, уменьшает число ночных пробуждений, обладает противосудорожным и центральным миорелаксирующим действием, оказывает

седативное действие.

Показания к применению

Флунизтазепам применяют для нормализации нарушенного сна при первичной бессоннице, неврозах различного генеза, расстройствах личности, протекающих с преобладанием тревоги и возбуждения. Препарат также используют в комбинации с другими психотропными средствами у больных шизофренией, маниакально-депрессивным психозом (биполярным аффективным психозом) и при органических поражениях центральной нервной системы.

В клинике алкоголизма флунизтазепам применяют для лечения нарушений сна, обусловленных преимущественно трудностью засыпания, уменьшением глубины и укорочением продолжительности сна. Флунизтазепам в комплексной терапии назначают в предделириозном, делириозном и абстинентном состояниях, а также используют самостоятельно, или в комбинации с другими лекарственными средствами, в период воздержания от потребления алкоголя.

Применение флунизтазепама способствует улучшению процесса засыпания, удлинению продолжительности сна, редукции неприятных и кошмарных сновидений, тревожных образных представлений. Нормализация функции сна способствует улучшению психического и общесоматического состояния и уменьшению влечения к алкоголю.

Способ применения и дозы

Для устранения выраженных расстройств сна (чаще всего в пре- и делириозных состояниях) терапию целесообразно начинать с парэнтерального назначения флунизтазепама 0,002-0,004 г (1–2 ампулы) внутримышечно, с последующим переходом на таблетированную форму.

Для купирования расстройств сна средняя разовая доза составляет 0,001-0,002 г (для пациентов пожилого возраста до 0,0005 г.). Длительность применения – от 2 дней до 1 недели. Лечение прекращать постепенно, уменьшая дозу препарата.

Побочные действия

При применении препарата могут наблюдаться вялость, усталость. Флунизтазепам усиливает угнетающее действие алкоголя на центральную нервную систему.

Форта выпуска – таблетки по 0,001 г, ампулы для инъекций, содержащие 0,002 г сухого вещества в комплекте с растворителем.

Синонимы: Рогипнол (Rohypnol), ROCHE, Швейцария; LECHIVA, Чехия; Флунизтазепам (Flunitrazepam-Teva), TEVA, Израиль; Сомнубене (Somnubene), LUDWIG MERKLE, Австрия.

Триазолам (Triazolam) – активное вещество триазолам, производное бензодиазепина. Оказывает выраженное снотворное действие, укорачивает период засыпания, оказывает выраженное действие лишь на I и II стадии «медленного сна», существенно не влияет на III и IV стадии («дельта-сон») «медленного сна», а также на фазу «быстрого сна».

Показания к применению

Препарат показан для краткосрочного лечения нарушений сна, обусловленных трудностью засыпания, частыми ночными пробуждениями, напряжёнными и кошмарными сновидениями, уменьшением глубины и продолжительности сна, а также при раннем пробуждении.

В клинике алкоголизма триазолам используют при наличии у пациента пре-, интра- и постсомнических расстройств, проявляющихся в предделириозном состоянии, в период

абстиненции и воздержания от приёма алкоголя. Триазолам можно применять в комбинации с другими психотропными лекарственными средствами, в случаях необходимости, а также в виде монотерапии.

Эффект от действия препарата проявляется через 25–30 минут после приёма и продолжается 6–8 часов.

Способ применения и дозы

Начальная доза 0,25 мг 1 раз в сутки перед сном. Максимальная доза 1 мг. Курс лечения 4-12 дней. Для ослабленных больных максимальная доза не более 0,25 мг.

Побочные действия

При применении препарата наблюдаются сонливость, головокружение, нарушение координации, реже – затруднение концентрации внимания. С осторожностью назначают при нарушении функции печени, выраженной лёгочной недостаточности, предрасположенности к лекарственной зависимости. Не предназначен для длительного применения. Формирование лекарственной зависимости встречается крайне редко. Употребление алкоголя в период приёма препарата опасно. Концентрация препарата увеличивается в 2 раза при его назначении с антибиотиками из группы макролидов.

Форма выпуска – таблетки по 0,25 мг (голубого цвета) и 0,5 мг (белого цвета).

Синонимы: Хальцион (Halcion), UPJOHN, США.

Альпразолам (Alprazolam) – активное вещество альпразолам. Транквилизатор из группы бензодиазепинов. Устраняет тревогу, эмоциональное напряжение. Обладает слабым снотворным действием. Укорачивается период засыпания с увеличением продолжительности сна, снижается количество ночных пробуждений. Оказывает антидепрессивное, противосудорожное и центральное миорелаксирующее действие. В терапевтических дозах не вызывает изменений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Показания к применению

Альпразолам применяют для лечения невротических состояний, сопровождающихся страхом, тревогой, напряжением, эмоциональной лабильностью, повышенной раздражительностью и бессонницей. В сочетании с антидепрессантами и самостоятельно принимают при невротических и реактивных депрессиях. Препарат можно применять для лечения невротоподобных и психопатоподобных нарушений при органических заболеваниях головного мозга и эпилепсии. В последнем случае удаётся снизить количество применяемых противосудорожных средств.

В клинике алкоголизма альпразолам можно применять для купирования абстинентных состояний и в ремиссиях с целью предотвращения рецидивов.

Применение альпразолама при купировании абстинентных состояний целесообразно в случаях преобладания пониженного настроения, тревоги, страха, внутреннего напряжения и бессонницы. Назначение препарата в этих случаях способствует успокоению больных, улучшает сон.

Целесообразно применение препарата и в ремиссиях при возникновении дистимических и диссомнических нарушений, сопровождающихся усилением влечения к алкоголю. В ряде случаев эффективно назначение альпразолама для лечения невротоподобных и психопатоподобных нарушений, наблюдающихся у больных хроническим алкоголизмом.

В виде монотерапии и в сочетании с антидепрессантами альпразолам применяют также

для лечения неглубоких реактивных или аутохтонно возникающих депрессивных состояний у больных хроническим алкоголизмом, в связи с наличием у этого препарата антидепрессивных свойств.

Способ применения и дозы

Альпразолам применяют внутрь в таблетках 3 раза в день. Доза повышается осторожно, в дневные, а затем в вечерние часы. При тревоге 0,25-0,5 мг 3 раза в сутки, средняя поддерживающая доза 0,5–2,0 мг в сутки. Пожилым больным назначают 0,25 мг в сутки в два приёма. Прекращать терапию следует постепенно (снижать дозу на 0,5 мг в 3 дня).

Побочные действия

При приёме препарата могут наблюдаться сонливость, заторможенность, снижение концентрации внимания, замедление реакций, реже головная боль, депрессия, нарушение сна, памяти, координации, слабость, анорексия. Возможно привыкание и развитие лекарственной зависимости.

Противопоказан при лёгочной недостаточности, выраженных нарушениях функций почек и печени, деятельности, требующей повышенного внимания. Не следует назначать с другими транквилизаторами.

Форма выпуска – таблетки по 0,25 г, 0,5 г, 1,0 мг по 10, 20, 30, 50 штук в упаковке.

Синонимы: Алзолам (Alzolam), SUN PHARMACEUTICAL, Индия; Алпракс (Alprax), TORRENT, Индия; Зенакс (Zenax), DR. REDDY'S LABORATORIES, Индия; Кассадан (Cassadan), AWD, Германия; Ксанакс (Xanax), UPJOHN, США; Неурол (Neurol), LECHIVA, Чехия; Ламоз (Lamoz), M.J. PHARMACEUTICALS, Индия; Трайка (Trika), UNICHEM, Индия.

Бромазепам (Bromazepam) – активное вещество бромазепам, из группы бензодиазепинов. Обладает анксиолитическим, седативно-снотворным и центральным миорелаксирующим действием.

Показания к применению

Бромазепам показан для лечения больных неврозами при наличии раздражительности, тревоги, чувства внутреннего напряжения, беспокойства, нарушений сна, навязчивостей, сенесто-ипохондрических проявлений. Он может использоваться при расстройствах личности в стадии декомпенсации с целью нормализации поведения больных, снижения остроты аффективных расстройств.

Бромазепам оказывает выраженное транквилизирующее влияние при реактивных состояниях. Облегчает переживания, связанные с конфликтной ситуацией, способствует выравниванию настроения.

Препарат рекомендуется применять в качестве вспомогательного средства при широком круге неврозоподобных и психопатоподобных расстройств процессуального характера (неврастеноподобных, обсессивных, сенесто-ипохондрических состояниях), особенно в случаях, сопровождающихся аффективной насыщенностью переживаний.

Бромазепам можно с успехом применять у больных с остаточными явлениями органического поражения головного мозга различного генеза с сопутствующей неврозоподобной симптоматикой и вегето-сосудистыми нарушениями.

В клинике алкоголизма и наркомании бромазепам показан при алкогольной и наркотической абстиненции, а также при психопатологических состояниях, возникающих в ремиссиях алкоголизма.

Применение бромазепама наиболее эффективно при абстинентных состояниях. В этих

случаях препарат способствует уменьшению тревоги, страха, раздражительности, устранению вегетативно-сосудистых расстройств, нормализации ночного сна.

Бромазепам можно применять для купирования неврозоподобных и психопато-подобных расстройств, наблюдающихся у больных алкоголизмом в период ремиссий. При этих состояниях под влиянием препарата наступает ослабление патологического влечения к спиртному и связанных с ним тревоги, раздражительности, аффективных расстройств.

Учитывая редкость побочных эффектов и хорошую переносимость препарата, бромазепам можно использовать у больных с выраженными соматическими нарушениями.

Способ применения и дозы

Бромазепам назначают внутрь. Доза препарата и длительность определяются индивидуально в зависимости от эффекта лечения и переносимости. Амбулаторно назначают 1,5–3 мг 2–3 раза в день, в стационаре – до 9 мг в сутки. Длительность приёма – 3–4 недели, отмена препарата постепенная.

Для лечения абстинентного синдрома бромазепам следует назначать в дозах по 1,5–3 мг в сутки, разделив суточную дозу на три приёма. После купирования абстинентных явлений дозу препарата можно уменьшить до 1,5 мг в сутки и далее продолжать лечение в течение нескольких недель.

Лечение больных неврозо- и психопатоподобной симптоматики алкогольного генеза следует начинать с 1,5 мг в сутки, оптимальная доза и длительность терапии подбираются индивидуально.

Побочные действия

При длительном приёме возможна сухость во рту, мышечная слабость, нарушение концентрации внимания, замедление психических и двигательных реакций, нарушение функции печени, почек, изменение картины периферической крови.

Противопоказан при беременности, миастении. Возможно привыкание к препарату. Препарат усиливает действие лекарственных средств, угнетающих центральную нервную систему и алкоголя.

Форма выпуска – таблетки по 0,5 мг.

Синонимы: Калмепам (Kalmeram), AMOUN, Египет; Лексилиум (Lexilium), Alkaloid, МАКЕДОНИЯ; Лексотан (Lexotan), ROCHE, Швейцария; Нормок (Normoc), LUDWIG MERCKLE, Австрия.

Диазепам (Diazepam) – активное вещество диазепам. Из группы бензодиазепинов. Оказывает анксиолитическое, седативное, снотворное, центральное миорелаксирующее, противосудорожное действие. Регулирует нервно-вегетативные функции.

Показания к применению

Диазепам применяют у больных неврозами, психопатиями, неврозо- и психопато-подобными расстройствами, протекающими с тревогой, напряжённостью, повышенной раздражительностью и возбудимостью, сенесто-ипохондрическими расстройствами, навязчивостями, нарушением сна.

В комбинации с другими психотропными препаратами диазепам используют для лечения больных шизофренией с неврозоподобной и психопатоподобной симптоматикой. Самостоятельно или в комплексной терапии с противосудорожными средствами препарат назначают для лечения различных форм эпилепсии.

Диазепам применяют для снятия спастических состояний, обусловленных поражением

головного или спинного мозга, а также при других заболеваниях опорно-двигательного аппарата, сопровождающихся повышением мышечного тонуса.

В клинике алкоголизма и наркомании диазепам применяют для купирования алкогольных и наркотических абстинентных состояний, при лечении острых алкогольных психозов (пред- и делириозные состояния, острые алкогольные галлюцинозы и параноиды), а также в ремиссии с целью предупреждения рецидивов. Наиболее эффективно использование диазепама при лечении алкогольных и наркотических абстинентных состояний, сопровождающихся тревожно-боязливым аффектом, подозрительностью, расстройством сна и выраженными вегетативными нарушениями.

Уже в первые 2–3 дня после назначения диазепама отмечают уменьшение или исчезновение тревоги, повышенной раздражительности, непреодолимого влечения к потреблению алкоголя или наркотика; вместе с этим происходит нормализация сна и сомато-вегетативных нарушений.

В более высоких дозировках диазепам оказывает благоприятное действие при пред-и делириозном состояниях, уменьшая или полностью нивелируя двигательное возбуждение, чувство страха, уменьшая интенсивность продуктивной психотической симптоматики, нормализуя ночной сон.

В ряде случаев целесообразно применение диазепама в сочетании с галоперидолом при острых галлюцинозах и параноидах с явлениями выраженного психомоторного возбуждения, аффектом страха, тревоги, нарушением поведения.

Препарат, вызывая успокоение больных, не оказывает существенного влияния на продуктивную психотическую симптоматику, что обуславливает целесообразность комбинированной терапии этих состояний с нейролептиками.

В малых дозах диазепам применяют в ремиссии, в качестве успокаивающего средства при невротических (неврозоподобных), психопатических (психопатоподобных) расстройствах, зачастую являющихся причиной последующих рецидивов.

Диазепам самостоятельно или в комплексе с антидепрессантами используют для лечения больных алкоголизмом при реактивно или аутохтонно возникающих депрессивных состояниях циклотимического уровня, с преобладанием в клинической картине тревожных расстройств, беспокойства, неопределённых опасений.

Препарат эффективен при атипичных алкогольных психозах, возникающих на фоне сосудистых заболеваний, энцефалопатии Гайе-Вернике, Корсаковском синдроме.

Диазепам эффективен при купировании судорожных припадков, наблюдающихся у больных алкоголизмом.

Способ применения и дозы

Доза определяется индивидуально в зависимости от состояния больного и клинической картины заболевания. В пожилом возрасте препарат назначают в дозах до 2 мг внутрь. В амбулаторных условиях основную дозу принимают вечером. В период алкогольного абстинентного синдрома назначают внутрь по 5–10 мг 2–3 раза в день, в тяжёлых случаях до 60 мг в день. При выраженной тревоге назначается внутривенно по 0,1–0,2 мг на кг веса тела (обычно 20–40 кг), инъекции можно повторять через 8 часов. Внутривенно вводится медленно 0,5–1 мл в минуту. Необходимо избегать внутриартериального введения. Раствор диазепама следует вводить отдельно от других медикаментов, т. к. он с ними не совместим.

Побочные действия

При приёме препарата могут наблюдаться сонливость, усталость, мышечная слабость,

редко – атаксия. При парентеральном введении может наблюдаться снижение АД, икота.

Противопоказан при миастении. Усиливает угнетающее действие на центральную нервную систему психотропных препаратов и алкоголя.

Форма выпуска – таблетки по 0,002 г, 0,0025 г, 0,005 г, 0,01 г; драже по 0,002, 0,005 г. Сироп (1 мл-0,4 мг). Раствор для инъекций 0,5 %-2 мл в ампулах.

Синонимы: Апаурин (Aurigin), KRKA, Словения; Апо-Диазепам (Apo-Diazepam), APOTEX, Канада; Валиум (Valium), ROCHE, Швейцария; Диазепабене (Diazepam), LUDWIG MERCKLE, Австрия; Диазепам (Diazepam), HAFSHMG NYCOMED, Австрия; НЕМОФАРМ, Югославия; Alkoloid, Македония; IPSA, Индия; PROMED EXPORTS, Индия; RUSAN PHARMA, Индия; Диазепам-Ратиофарм (Diazepam-Ratiopharm), Германия; Диазепам Ривофарм (Diazepam Rivopharm), RIVOPHARM, Швейцария; Диазепам-Тева (Diazepam-Teva), TEVA, Израиль; Диазепам 5 (Diazepam 5), SUN PHARMACEUTICAL, Индия; Калмпоз (Calmpouse), RANBAXY, Индия; Реланиум (Relanium), POLFA, Польша; Седуксен (Seduxen), GEDEON RICHTER, Венгрия; Сикотрин (Sicotrin), MENON PHARMA, Индия; Фаустан (Faustan), AWD, Германия; Фаустан 5 (Faustan 5), AWD, Германия.

Клоразепат (Clorazepate) – активное вещество дикалий клоразепат, производное бензодиазепинов. Устраняет эмоциональное напряжение, чувство тревоги, страха, психовегетативные расстройства. Оказывает также миорелаксирующее, седативное, противосудорожное действие, слабый снотворный эффект. Период полувыведения 40 часов.

Показания к применению

Клоразепат используют для лечения тревожных состояний различного генеза, а также для кратковременного снятия симптомов тревоги.

В клинике алкоголизма и наркомании клоразепат применяют при алкогольной абстиненции и в предделириозном состоянии для облегчения тремора, острой ажитации, тревожных проявлений, нарушений сна, уменьшения или купирования соматовегетативных расстройств.

Препарат используют в период воздержания от алкоголя при появлении невротических или психопатических расстройств, протекающих с ощущением дискомфорта, тревоги, внутреннего напряжения, нарушением сна, соматовегетативными расстройствами, дистимическими нарушениями.

Препарат не обладает выраженными седативными и миорелаксирующими свойствами, оказывает незначительное влияние на когнитивные функции, что позволяет его широко рекомендовать в амбулаторной практике.

Способ применения и дозы

Клоразепат принимают внутрь, 2–3 раза в сутки в равных дозах. Доза препарата и длительность приёма определяется индивидуально в зависимости от эффективности терапии и переносимости. Средние дозы 10–30 мг в сутки, при необходимости – до 50 мг в сутки.

Побочные действия

Редко наблюдаются сонливость, мышечная слабость.

Противопоказан при миастении, беременности, дыхательной недостаточности.

Потенцирует действие бензодиазепинов, фенотиазинов, антидепрессантов, алкоголя.

Форма выпуска: капсулы 0,005 г и 0,01 г.

Синонимы: Транекс (Tranex), ZDRAVIE, Югославия, Транксен (Tranxen), Франция.

Клобазам (Clobasam) – активное вещество клобазам, производное бензодиазепина, уменьшает эмоциональную напряжённость, возбуждение, способствует нормализации сна, оказывает противосудорожное и центральное миорелаксирующее действие, активен при психовегетативных и психосоматических расстройствах.

В клинике алкоголизма и наркомании клобазам используют для лечения абстиненции и в период воздержания от потребления алкоголя. Благодаря положительному воздействию на обратную динамику расстройств невротического уровня клобазам облегчает течение и укорачивает период абстиненции, а также пролонгирует состояние ремиссии.

Способ применения и дозы

Начальная доза 0,002 г в сутки, при необходимости может быть увеличена до 0,003 г в сутки, пожилым больным следует назначать 0,01 г в сутки.

Побочные действия

Возможно снижение скорости реакции, лёгкий тремор пальцев рук, мышечная слабость, обратимые нарушения артикуляции, редко – сухость во рту, анорексия, запоры, бронхоспазм.

Противопоказан при лекарственной зависимости в анамнезе, остром отравлении алкоголем, нейролептиками, антидепрессантами, нарушении дыхания во сне. Препарат может вызвать лекарственную зависимость, в этой связи его не следует назначать на срок более 4 недель. Учитывая возможность развития синдрома отмены, дозы препарата следует снижать постепенно. Во время лечения необходимо контролировать функцию печени. С большой осторожностью следует назначать препарат больным миастенией, спинальной и мозжечковой атаксией. Препарат потенцирует эффект алкоголя. Средства, подавляющие монооксигеназную систему (циметидин), могут пролонгировать действие клобазамы.

Форма выпуска – таблетки по 0,005 г, 0,01 г, 0,02 г по 50 штук в упаковке.

Синонимы: Фризиум (Frizium), NOECHST, Германия.

Лоразепам (Lorazepam) – активное вещество лоразепам, из группы бензодиазепинов, оказывает успокаивающее действие на центральную нервную систему, подавляет чувство страха, тревоги, напряжения, уменьшает психомоторное возбуждение, вызывает центральную миорелаксацию, обладает противосудорожной активностью, умеренным снотворным эффектом.

В клинике алкоголизма лоразепам используют для купирования абстинентных состояний, а также в ремиссии в качестве противорецидивного средства.

Наибольший эффект при использовании лоразепама отмечен при купировании алкогольного абстинентного синдрома, сопровождающегося повышенной раздражительностью, тревожно-боязливым аффектом с чувством страха, тревоги, подозрительности, расстройством сна, соматовегетативными дисфункциями.

В течение 1–2 суток отмечается ослабление или исчезновение указанной симптоматики с последующим уменьшением подавленности и влечения к алкоголю.

При наличии в ремиссии невротических нарушений, лоразепам, купируя имеющуюся симптоматику, предотвращает развитие рецидива заболевания.

Способ применения и дозы

Препарат применяют внутрь. Средняя терапевтическая доза 1,25 мг-5 мг 2–3 раза в день.

Для улучшения сна – 1,25 мг. При выраженной тревоге и ажитации до 5 мг 2–3 раза в день. При отмене препарата следует постепенно снижать его дозировку.

Побочные действия

Возможна сухость во рту, общая слабость, атаксия. Может развиваться привыкание и лекарственная зависимость, поэтому назначается не более чем на 5-10 дней.

Противопоказан при миастении, глаукоме, беременности.

Форма выпуска – таблетки 1 мг, 2 мг и 25 мг по 20, 50 и 100 штук в упаковке.

Синонимы: Мерлит (Merlit), EBEWE ARZNEIMITTEL ges. m. b. Н., Австрия; Апо-Лоразепам (Апо-Lorazepam), АРОТЕХ, Канада; Ативан (Ativan) WYETH GROUP, Германия; Ю-ПАН (U-PAH), SAWAI, Япония.

Медазепам (Medazepam) – активное вещество гидрохлорид медазепама, дневной транквилизатор из группы 1,4 бензодиазепинов. Препарат оказывает анксиолитическое, миорелаксирующее действие, а также обладает невыраженным противосудорожным действием и стабилизирующим воздействием на нормализацию вегетативных расстройств.

В клинике алкоголизма медазепам показан при алкогольных абстинентных состояниях, а также в период ремиссии.

Применение препарата наиболее эффективно при абстинентных состояниях. В этих случаях медазепам способствует уменьшению тревоги, страха, раздражительности, нормализации сна, а также устранению соматовегетативных дисфункций.

Медазепам можно применять для купирования неврозоподобных и психопато-подобных расстройств, наблюдающихся у больных алкоголизмом в период ремиссий. При этих состояниях под влиянием препарата наступает ослабление патологического влечения к спиртному и связанных с ним тревоги, раздражительности, аффективных расстройств.

Учитывая редкость появления побочных эффектов и хорошую переносимость препарата, медазепам можно использовать при наличии выраженных соматических нарушений.

Способ применения и дозы

Медазепам назначают внутрь. Доза препарата и длительность приёма определяются индивидуально в зависимости от эффекта лечения и переносимости. Препарат назначают, начиная с дозы 5 мг 2–3 раза в день, постепенно дозу повышают до 30 мг в сутки (лицам пожилого возраста до 10 мг в сутки). Средняя разовая доза для взрослых 0,01 г (10 мг), средняя суточная – 0,02-0,03 г (20–30 мг).

В зависимости от тяжести состояния больного суточная доза медазепама может быть повышена до 0,04-0,05 г (40–50 мг). Лечение больных в состоянии субдепрессии с преобладанием тревожных или вегето-сосудистых расстройств следует начинать с 5-15 мг в сутки, постепенно увеличивая суточную дозу на 3-10 мг до получения терапевтического эффекта, средняя эффективная доза в этих случаях колеблется в пределах 20–40 мг, максимальная доза составляет 60 мг в сутки. После достижения терапевтического эффекта лечение следует продолжать до полного исчезновения болезненных проявлений и затем, постепенно уменьшая дозу, в течение 2–3 недель прекратить терапию.

Для купирования абстинентного синдрома медазепам следует назначать в ударных дозах по 40–60 мг в сутки, разделив суточную дозу на три приёма. После купирования абстинентных проявлений дозу препарата можно уменьшить до 20–40 мг в сутки и далее продолжать лечение в течение нескольких недель.

Лечение больных с неврозо- и психопатоподобной симптоматикой алкогольного генеза следует начинать с 15–20 мг в сутки, оптимальная доза и длительность терапии подбираются индивидуально.

Несмотря на то, что препарат не обладает значительными миорелаксantным и седативным эффектами, его можно широко рекомендовать для применения в амбулаторной практике.

Побочные действия

В редких случаях в первые дни приёма препарата могут возникать общая слабость, вялость, дневная сонливость, лёгкие нарушения координации движения. Указанные явления, как правило, исчезают в последующие дни лечения и не требуют отмены препарата. В отдельных случаях также могут возникать аллергические явления на коже, а также развитие привыкания и зависимости.

Противопоказан при миастении, беременности, острых заболеваниях печени и почек, индивидуальной непереносимости.

Форма выпуска – таблетки по 0,01 г, капсулы по 0,006, 0,01 по 10,20, 40 и 50 штук в упаковке.

Синонимы: Мезапам (Mezepam), Медазепам АД (Medazepam АД), АД, Германия, PHARMACHIM, Болгария; Нобритем (Nobritem), ICN Galenica, Югославия, Рудотель (Rudotel), ВУК ГУЛДЕН, Германия.

Оксазепам (Oxazepam) – активное вещество оксазепам, производное бензодиазепинового ряда. Оказывает успокаивающее действие, улучшает засыпание, снижает напряжение, страх, повышает настроение при депрессиях, обладает противосудорожной центральной миорелаксирующей активностью.

Показания к применению

Оксазепам назначают больным с неврозами, психопатиями, неврозоподобными и психопатоподобными расстройствами, при наличии тревоги, страха, повышенной раздражительности; при сенесто-ипохондрических расстройствах и навязчивостях, особенно, в случаях, когда больные плохо переносят другие транквилизаторы.

В связи со сравнительно слабыми побочными эффектами оксазепам показан при лечении ослабленных больных, лиц старческого возраста, а также больных с остаточными явлениями травматического или инфекционного поражения центральной нервной системы.

В клинике алкоголизма и наркомании оксазепам можно применять для купирования алкогольных и наркотических абстинентных состояний, при лечении предделириозных состояний и abortивного делирия, тревожно-депрессивных состояний, часто возникающих в период отнятия, а также в ремиссиях с целью предупреждения рецидивов.

Наиболее эффективно применение оксазепам в ремиссиях для устранения неврозоподобных и психопатоподобных состояний, часто приводящих к рецидивам. Незначительная выраженность миорелаксирующего действия позволяет использовать оксазепам для купирования состояний напряжения в тех случаях, где затруднительно применение диазепам (седуксен, сибазон) и хлордиазепоксида (элениум, хлосепид).

Способ применения и дозы

Оксазепам назначают внутрь. Для взрослых средняя разовая доза составляет 0,02-0,03 г. Суточная доза строго индивидуальна и колеблется от 0,03 г (30 мг) до 0,09 (90 мг) в сутки.

Продолжительность применения оксазепама определяется терапевтической динамикой. При необходимости она может достигать нескольких месяцев, однако при этом терапевтический курс следует проводить по методу прерывистой терапии, прекращая приём оксазепама на несколько дней и вновь возвращаясь к его назначению в той же индивидуально подобранной терапевтической дозе.

Для купирования абстинентных состояний применяют 0,02-0,04 г (20–40 мг) оксазепама в зависимости от выраженности симптоматики и общесоматического состояния больных. Для лечения предделириозных состояний и abortивно протекающего делирия применяют 0,04-0,08 г (40–80 мг) препарата в сутки. Назначение оксазепама в этих случаях необходимо сочетать с применением дезинтоксигирующих и общеукрепляющих средств, а в ряде случаев с применением нейролептиков.

При назначении оксазепама больным алкоголизмом в период ремиссии лечение начинают с 10–20 мг в сутки, увеличивая дозу на 10 мг каждые 1–2 дня до достижения терапевтического эффекта. Обычно благоприятные результаты удаётся получить на дозе 10–40 мг в сутки.

Для лечения тревожно-депрессивных состояний возникающих при алкоголизме, применяют 30–60 мг препарата. Целесообразно сочетание оксазепама с антидепрессантами, особенно в случаях углубления депрессии.

Побочные действия

Применения препарата в больших дозах может сопровождаться сонливостью, вялостью, пошатыванием при ходьбе. Кроме того, возможны аллергические реакции и диспептические явления. В этих случаях, уменьшают дозу или отменяют препарат. В период лечения оксазепамом следует категорически отказаться от употребления спиртных напитков т. к. в этих случаях могут наблюдаться непредвиденные индивидуальные реакции.

Противопоказан больным с острой почечной и печеночной недостаточностью, при тяжёлой форме миастении, а также при беременности, особенно в первые три месяца.

Оксазепам не следует назначать водителям транспорта и другим лицам, профессия которых требует повышенного внимания и быстрой психической и двигательной реакции. Этим больным оксазепам можно принимать лишь в том случае, когда они проходят лечение с освобождением от работы.

С осторожностью назначают препарат пожилым больным, склонным к гипнотическим реакциям.

Форма выпуска – таблетки по 0,01 г, 0,015 г, 0,03 г.

Синонимы: Апо-Оксазепам (Аро-Оxazepam), АРОТЕХ, Канада; Оксазепам-Ратиофарм (Oxazepam-Ratiopharm), RATIOPHARM, Германия; Тазепам (Tazepam), POLFA, Польша; Нозепам (Nozepam), Россия.

Празепам (Prazepam) – активное вещество празепам, производное бензодиазепина. Уменьшает чувство тревоги, страха, эмоционального напряжения, улучшает сон, а также нормализует функциональные вегетативные нарушения при различных психосоматических расстройствах. Мало влияет на тонус скелетных мышц, остроту реакций, концентрацию внимания.

Препарат показан для лечения невротических и психосоматических расстройств.

В клинике алкоголизма празепам используют для купирования психопатологических расстройств в период абстиненции (страх, тревога, нарушение сна, вегето-сосудистые и

желудочно-кишечные расстройства, сомато-ипохондрические проявления).

Препарат целесообразно применять для проведения поддерживающей терапии, при спонтанно возникающих в ремиссии невротических и аффективных расстройствах, а также при усилении патологического влечения к алкоголю.

Способ применения и дозы

Празепам применяют в дозах 0,005 г (1/2 таблетки) утром, 0,005 г (1/2 таблетки) днём, 0,01 (1 таблетка) на ночь.

Побочные действия

У лиц пожилого возраста возможны вялость, атаксия.

Противопоказан при миастении, тяжёлых нарушениях функции печени.

Форма выпуска – таблетки по 0,01 г по 20 штук в упаковке.

Синонимы: Хемофарм (Hemofarm), Югославия (в сотрудничестве с Godecke/Parke-Davis), Германия; Деметрин (Demetrin), Венгрия.

Темазепам (Temazepam) – активное вещество темазепам, производное бензодиазепинов. Улучшает сон, а также устраняет состояние напряжения, страха, повышенной возбудимости, раздражительности; эффективен при кардиалгиях, головных болях невротического генеза.

В клинике алкоголизма темазепам применяют для купирования невротических (неврозоподобных) расстройств, в структуре которых значительное место занимает проявления тревоги, страха, нарушенного сна, вегетативные расстройства, у больных, находящихся в состоянии алкогольной абстиненции, в ремиссии.

Благодаря комбинированному анксиолитическому, гипнотическому и вегетостабилизирующему эффекту при использовании препарата достигается гармоническая редукция психопатологической симптоматики невротического уровня с устранением пре-, интра- и постсомнических расстройств, уменьшением или полным исчезновением эмоциональных, соматовегетативных расстройств и нормализацией поведения.

Применение темазепама сокращает время течения алкогольного абстинентного синдрома и пролонгирует период ремиссии.

Способ применения и дозы

Назначают по 1 таблетке (0,01 г) 3 раза в день.

Побочные действия

Возможны сонливость, чувство усталости, лекарственная зависимость.

Форма выпуска – таблетки по 0,01 г по 20 штук в упаковке.

Синонимы: Сигнопам (Signoram), POLFA, Польша.

Хлордiazепоксид (Chlordiazepoxide) – активное вещество хлордiazепоксид из группы 1,4 – бензодиазепинов. Оказывает анксиолитическое, седативно-снотворное действие, уменьшает раздражительность, облегчает засыпание, обладает противосудорожной и миорелаксирующей активностью.

Препарат применяют при лечении неврозо- и психопатоподбных расстройствах у больных органическими заболеваниями ЦНС различного генеза, у больных неврозами и расстройствами личности.

Хлордiazепоксид применяют (в комбинации с антипсихотиками) при лечении больных шизофренией с неврозоподобной симптоматикой.

В сочетании с антиконвульсантами хлордiazепоксид назначают для купирования

судорожных припадков различного происхождения.

В неврологической практике препарат используют при спастических состояниях и корешковых синдромах различного генеза.

Хлордиазепоксид назначают также при различных кожных заболеваниях, которые сопровождаются зудом, повышенной раздражительностью, бессонницей.

Хлордиазепоксид применяют в анестезиологии для предоперационной подготовки больных и в послеоперационном периоде.

В клинике алкоголизма хлордиазепоксид показан для купирования алкогольных абстинентных состояний, предделириозных состояний, а также в ремиссиях с целью предупреждения рецидивов.

Хлордиазепоксид особенно эффективен при алкогольных абстинентных состояниях, сопровождающихся тревожно-боязливым аффектом, подозрительностью, расстройствами сна.

Уже в первые 2–4 дня происходит нормализации сна, уменьшение страха, подозрительности, повышенной раздражительности, подавленного настроения, а также непреодолимой тяги к алкоголю.

В ремиссиях хлордиазепоксид применяют в качестве средства, уменьшающего аффективную напряженность, нарушения сна, неврозо- и психопатоподобные расстройства и связанное с ними болезненное влечение к алкоголю.

Способ применения и дозы

Хлордиазепоксид назначают внутрь с малых доз (5–10 мг в сутки), постепенно повышая дозу до получения терапевтического эффекта. Разовая доза для взрослых составляет 5–10 мг. Средняя суточная доза для взрослых – 20–30 мг. Постепенно суточную дозу можно довести до 45–60 мг. Суточную дозу следует распределить на 2–4 приема. Высшая разовая доза для взрослых составляет 15 мг, высшая суточная – 60 мг. Разовая и суточная дозы подбираются строго индивидуально с учетом характера и течения заболевания, а также достижения терапевтического эффекта.

При купировании алкогольных и наркотических абстинентных состояний, сопровождающихся пониженным настроением, отсутствием сна и аппетита, повышенной раздражительностью, непреодолимой тягой к алкоголю, применение хлордиазепоксида в дозах от 15 до 45–60 мг в сутки способствуют достаточно быстрому уменьшению остроты болезненных нарушений, а при продолжении лечения исчезновению симптоматики.

В ряде случаев удается купировать и предделириозные состояния, применяя те же дозировки препарата. Лечение во всех случаях необходимо сочетать с применением дезинтоксигирующих и общеукрепляющих средств. В ремиссиях хлордиазепоксид применяют в дозе 10–20 мг в сутки при возникновении невротических состояний, расстройств настроения с оттенком дистрофии, агрипнических нарушений, сопровождающихся усилением влечения к алкоголю.

Курс лечения хлордиазепоксидом не должен превышать 75 дней из-за возможного возникновения психологической зависимости. Перед повторным курсом необходимо сделать перерыв в назначении препарата не менее 3-х недель.

Побочные действия

Хлордиазепоксид может вызывать у отдельных больных побочные эффекты в виде мышечной слабости, дневной сонливости, вялости, тошноты. В редких случаях возможно возникновение атаксии, а также кожного зуда и шелушения кожных покровов. Эти явления обычно исчезают в последующие дни лечения. Если же этого не произойдет, то

следуют снизить дозу препарата или полностью его отменить. Хлордiazепоксид может вызывать нарушения менструального цикла, понижение либидо. С целью избежания непредвиденных реакций во время лечения препаратом необходимо полностью воздерживаться от приема спиртных напитков.

Противопоказан при тяжелой форме миастении, острых заболеваниях печени и почек, беременности, особенно в первые три месяца. Нельзя назначать препарат водителям транспорта и другим лицам, профессия которых требует повышенного внимания и быстроты психической и двигательной реакции. Такие больные должны проходить курс лечения хлордiazепоксидом в стационаре, либо амбулаторно с освобождением от работы.

Форма выпуска – драже, покрытые оболочкой по 0,005 г (5 мг), 0,01 г (10 мг) и 0,025 г (2,5 мг).

Синонимы: Радепур (Radepur), AWD, Германия; Элениум (Elenium), Polfa, Польша.

Бензоклидин (Benzoclidine) – активное вещество бензоклидина гидрохлорид. Транквилизатор, оказывающий анксиолитический и седативный эффекты, а также умеренно антигипертензивное действие.

Препарат применяют при невротических (неврозоподобных) расстройствах, протекающих с вегето-соматической симптоматикой, повышенной возбудимостью, психической напряженностью, нарушением сна.

В клинике алкоголизма бензоклидин применяют при алкогольной абстиненции, а также при психопатологических состояниях невротического (неврозоподобного) уровня, возникающих в период ремиссии алкоголизма.

Наиболее эффективно использование препарата при наличии в клинической картине вегето-сосудистых расстройств с повышением артериального давления.

Учитывая незначительное число побочных эффектов бензоклидин с успехом можно назначать пожилым и соматически ослабленным больным, а также при психопатологических расстройствах на фоне органической недостаточности центральной нервной системы различной этиологии.

Способ применения и дозы

Препарат назначают по 0,02-0,06 г в сутки, доза может быть увеличена до 0,2 г в сутки.

Побочные действия

Возможна сухость во рту, полиурия.

Противопоказан при артериальной гипотонии, нарушениях функции почек.

Форма выпуска – таблетки 0,02 г по 100 штук в упаковке.

МОСХИМФАРМПРЕПАРАТЫ, Россия.

Синонимы: Оксилдин (Oxilidin).

Феназепам (Phenazepam) – активное вещество феназепам, производное бензодiazепина. Обладает транквилизирующей, анксиолитической, снотворной, противосудорожной, центральной миорелаксирующей активностью.

Показания к применению

В клинической психиатрии феназепам применяют при различных невротических, неврозоподобных, психопатоподобных состояниях, сопровождающихся тревогой, страхом, повышенной раздражительностью и напряженностью, а также эмоциональной лабильностью, сенесто-ипохондрических расстройствах, навязчивостях, различных вегетативных дисфункциях и расстройствах ночного сна, иногда при психозах.

В качестве снотворного средства феназепам применяют при нарушении засыпания и интрасомнических расстройствах, особенно сопровождающихся дремотными гиперстезиями, тревожным чувством внутреннего напряжения, беспокойством или различными вегетативными нарушениями.

В качестве противосудорожного средства феназепам рекомендуется назначать больным височной и миоклонической эпилепсией, а также для купирования эпилептического статуса и серийных припадков различной этиологии.

В неврологической практике феназепам может применяться для устранения ригидности мышц, атетозов, различных гиперкинезов и тиков.

Феназепам может также назначаться эпизодически в экстремальных условиях как профилактическое средство для преодоления страха и эмоционального напряжения (при подготовке больного к операции и т. д.).

В клинике алкоголизма феназепам применяют для купирования абстинентных состояний, острых алкогольных психозов (предделирий, делирий, острые алкогольные галлюцинозы и параноиды), а также в ремиссиях как противорецидивное средство.

Наиболее эффективен феназепам при абстинентных состояниях, сопровождающихся тревожно-боязливым аффектом, повышенной раздражительностью, расстройствами сна и выраженными проявлениями вегетативной дисфункции. Применение феназепама у таких больных уже в течение первых-вторых суток вызывает исчезновение или заметное уменьшение тревоги, страха, подозрительности, бессонницы, обманов восприятия, тремора, головной боли, диспептических нарушений. Несколько дольше держатся подавленность, повышенное влечение к алкоголю, чувство разбитости, плохой аппетит. Однако при продолжении применения феназепама наблюдается редукция и этих нарушений. В ряде случаев подавление влечения к алкоголю наблюдается уже в первые дни применения феназепама.

Эффективно применение феназепама и у больных с предделириозными и делириозными состояниями. Применение его в этих случаях способствует исчезновению или уменьшению тревоги, подозрительности, психомоторного возбуждения; налаживается сон, уменьшается аффективная окраска зрительных и слуховых галлюцинаций.

При острых алкогольных галлюцинозах и параноидах препарат оказывает седативное и транквилизирующее влияние, воздействуя на галлюцинаторную и бредовую симптоматику. Его назначают в комбинации с нейролептиками.

Феназепам может применяться при алкоголизме и в состояниях "псевдоабстинен-ции" во время ремиссии. В этих случаях препарат, купируя неврозоподобные нарушения, предотвращает развитие рецидива заболевания.

Способ применения и дозы

Методика лечения феназепамом сходна с терапией другими транквилизаторами. Феназепам назначают внутрь. Выбор доз и продолжительность лечения строго индивидуальны. В качестве транквилизирующего средства феназепам обычно назначают 2–3 раза в день. Разовая доза в стационаре обычно составляет 0,0005–0,0025 г (0,5–2,5 мг), средняя суточная – 0,0015–0,005 г (1,5–5 мг), максимальная суточная – 0,01 г (10 мг). У больных пожилого возраста увеличение доз следует проводить наиболее медленно.

У больных невротическими, психопатическими, неврозоподобными и психопатоподобными состояниями начальная доза феназепама обычно составляет 0,0005–0,001 г (0,5–1 мг) 2–3 раза в сутки. В дальнейшем через 2–3 дня, в зависимости от терапевтической динамики состояния, переносимости препарата, общего состояния

больного, дозы могут быть увеличены до 0,004-0,006 г (4–6 мг) в сутки. Более стабильный терапевтический эффект, как правило, следует ожидать при применении 0,0005-0,001 г (0,5–1 мг) 2 раза днём и 2–3 мг на ночь. При выраженной ажитации, страхе, тревоге лечение можно начинать сразу с суточной дозы 0,003 г (3 мг), быстро увеличивая её до получения терапевтического эффекта.

При лечении эпилепсии дозы феназепама могут составлять 0,002-0,01 г (2-10 мг) в сутки.

При нарушениях сна обычно феназепам назначают по 0,00025-0,0025 г (0,25-2,5 мг) на ночь. Препарат в этих случаях следует принимать за 20–30 минут до сна. С профилактической целью феназепам следует применять в дозах 0,00025-0,0005 г (0,25-0,5 мг).

Длительность курса терапии феназепамом зависит от состояния больного и переносимости препарата. Средняя продолжительность обычно составляет 2 недели.

Курсовое лечение феназепамом заканчивают не сразу, постепенно уменьшая дозу препарата.

Феназепам совместим с другими психотропными, снотворными, противосудорожными средствами. Однако при этом необходимо учитывать возможность взаимного потенцирования действия препаратов.

В клинике алкоголизма при абстинентных состояниях феназепам назначают по 2–4 мг в сутки с последующим снижением доз в зависимости от выраженности психопатологических расстройств и тяжести соматического состояния.

Продолжительность купирования алкогольного абстинентного синдрома обычно составляет 5-10 дней. При алкогольных психозах дозы могут быть увеличены до 5-10 мг в сутки с преимущественным назначением на вторую половину дня. Для достижения эффекта при развёрнутых психотических состояниях целесообразно комбинированное назначение феназепама с нейролептиками. Купирование феназепамом алкогольных абстинентных состояний и психозов необходимо сочетать с дезинтоксикационными средствами и витаминотерапией. Продолжительность лечения феназепамом зависит от быстроты редукции психопатологических нарушений, однако длительное его назначение больным алкоголизмом, также как и других производных бензодиазепа, нежелательно.

Побочные действия

При применении феназепама возможно возникновение атаксии, сонливости, мышечной слабости, головокружения, тошноты. Указанные побочные явления обычно исчезают после снижения дозы или прекращения приёма феназепама. Частота их возникновения находится в зависимости от индивидуальной чувствительности больного, назначаемой дозы и продолжительности лечения.

В качестве антагонистов миорелаксантного действия феназепама могут быть использованы азотнокислый стрихнин (по 1 мл 0,1 % раствора 1–2 раза в день) и раствор коразола (по 1 мл 10 % раствора 1–2 раза в день, подкожно). Индивидуальным подбором доз коразола и стрихнина можно добиться полного исчезновения побочного эффекта.

Противопоказан при тяжёлой миастении, выраженных нарушениях функциональной деятельности печени (цирроз печени, болезни Боткина) и почек, беременности, отравлениях другими транквилизаторами, нейролептиками, наркотическими средствами, этиловым спиртом.

Феназепам не следует назначать водителям транспорта и лицам, деятельность которых связана с работой, требующей концентрации внимания и быстроты реакции.

Форма выпуска – таблетки по 0,0005 г (0,5 мг) и 0,001 г (1 мг),
МОСХИМФАРМПРЕПАРАТЫ, Россия. Феназепам® IC ИНТЕРХИМ, Украина.

Левана® IC – препарат является частичным (неполным) селективным агонистом ГАМК-А – рецепторного комплекса. Принадлежит к группе производных бензодиазепина. Оказывает выраженное снотворное, анксиолитическое, умеренное миорелаксирующее и противосудорожное действие; усиливает эффект снотворных, наркотических и нейролептических препаратов, этилового спирта. Особенностью снотворного действия препарата является способность увеличивать продолжительность не только медленноволнового, но и парадоксального сна при неизменном количестве его эпизодов, что делает снотворный эффект препарата более физиологичным. Химическое название: моно-[7-бром-2-оксо-5-(2-хлорфенил)-2,3-дигидро-1Н-бензо[1,4]дiazепин-3-ил]сукцината моногидрат).

Используется при агрипнии. Курс лечения при аномальной бессоннице – 3–5 дней, при транзиторной бессоннице – 14–30 дней. Максимальная длительность курса лечения – 30 дней. При алкогольной зависимости используется в период воздержания от алкоголя (ремиссии). Лечение препаратом способствует уменьшению страха, тревоги, раздражительности, нормализации ночного сна, устранению вегето-сосудистых проявлений.

Противопоказан при тяжёлых заболеваниях почек и печени. Усиливает действие снотворных, анальгетических препаратов и алкоголя.

Лекарственная форма: таблетки по 0,0005 г, 0,001 г и 0,002 г Упаковка: по 10 таблеток в блистере; по 2 блистера в пачке. Категория отпуска: по рецепту

Производитель «ИНТЕРХИМ», Украина. Регистрации в других странах нет.

Лонетил (Lonetil) – активное вещество лонетил, транквилизатор с анксиолитической и седативной активностью. Быстро всасывается в желудочно-кишечном тракте (через 15 минут). Накапливается в жировой ткани и постепенно высвобождается, что поддерживает постоянную концентрацию препарата в мозговой ткани и обеспечивает терапевтический эффект.

Показан при расстройствах сна, тревоге, психовегетативных проявлениях, навязчивостях при невротических (неврозоподобных) расстройствах.

В клинике алкоголизма лонетил используют для купирования алкогольного абстинентного синдрома, а также в период ремиссии. Лечение препаратом способствует уменьшению страха, тревоги, раздражительности, нормализации ночного сна, устранению вегето-сосудистых проявлений.

Устранение психопатологической симптоматики, наблюдающейся у больных алкоголизмом в период ремиссии, обуславливает снижение патологического влечения к алкоголю.

Способ применения и дозы

Средняя доза – 0,3–0,4 г в сутки.

Противопоказан при тяжёлых заболеваниях почек и печени. Усиливает действие снотворных, анальгетических препаратов и алкоголя. Развития привыкания и лекарственной зависимости при длительном применении препарата не отмечено.

Форма выпуска – таблетки по 0,1 г по 50 штук в упаковке. PHARMACHIM, Болгария.

Фосфобензид (Ф-189) – гидразид дифенилфосфенилуксусной кислоты относится к транквилизаторам. Обладает центральным Н-холино- и адренолитическим эффектом, но не обнаруживает центрального М- холинолитического действия. В отличие от других фосфоорганических соединений не обладает свойствами ингибировать холинэстеразу. Не вызывает миорелаксации, вялости, сонливости. Препарат оказывает умеренный стимулирующий эффект. Способствует нормализации сна за счет устранения тревоги, страха, напряженности. Может применяться при наличии дистимических и дисфорических проявлений, в том числе при опьянении.

В клинике алкоголизма показан для купирования абстинентного синдрома, сопровождающегося тревогой, беспокойством, выраженным влечением к алкоголю, а также для купирования первичного патологического влечения к алкоголю.

Способ применения и дозы

Препарат применяют внутрь. Дозировки 0,5 г 3 раза в день, максимальная доза -2,25 г – 3,0 г в сутки, длительность курса лечения – 10–14 дней.

Побочные действия

При приеме препарата может наблюдаться вялость, сонливость.

Форма выпуска – таблетки по 0,25 г, Россия.

Либракс (Librax) – активные вещества – хлордиазепоксид и хлорид клидиния (0,005 г и 0,0025 г). Сочетание транквилизатора хлордиазепоксида и снижающего тонус гладкой мускулатуры внутренних органов (в основном желудка и кишечника) периферического холиноблокатора – хлорида клидиния.

Препарат обладает анксиолитическим действием, устраняет чувство внутреннего беспокойства, тревоги, напряжения, одновременно снижая тонус гладкой мускулатуры внутренних органов, уменьшая их двигательную и секреторную активность.

В клинике алкоголизма либракс целесообразно использовать у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в фазе обострения; при хроническом гастрите с повышенной или нормальной секреторной функцией, при дуодените, пилороспазме, гипермоторной дискинезией желчевыводящих путей и желчного пузыря, холецистите и других расстройствах желудочно-кишечного тракта и внутренних органов абдоминальной сферы, протекающих на фоне невротической симптоматики в период алкогольного абстинентного синдрома и в ремиссии.

Способ применения и дозы

Назначают до 1 драже 3–4 раза в сутки (перед каждым приёмом пищи и на ночь), запивают небольшим количеством жидкости.

Побочные действия

Возможны сухость во рту, задержка мочеиспускания, запоры. Снижение способности к быстрым психическим и двигательным реакциям; у пожилых пациентов – тошнота, невыраженная сонливость.

Противопоказан при беременности, глаукоме. С осторожностью назначают препарат при миастении, аденоме простаты, не следует сочетать с нейролептиками фенотиазинового ряда, алкоголем.

Форма выпуска – драже по 0,0075 г, ROCHE, Швейцария.

«Гидазепам IC®» выпускается в двух лекарственных формах: для перорального и сублингвального приема. После сублингвального приема однократных доз действие

препарата проявляется через 5-15 мин, после приема пероральной формы – через 30–60 минут. Максимальный эффект достигается в течение 1–4 часов, с последующим постепенным ослаблением.

Сублингвальная форма препарата «Гидазепам IC®» позволяет ускорить наступление действия препарата, что особенно ценно в urgentных ситуациях, а также позволяет применять препарат в условиях, в которых пероральное применение невозможно или затруднено – отсутствие питьевой воды, затрудненное глотание.

«Гидазепам IC®» принадлежит к группе производных бензодиазепаина. Оказывает действие «дневного» транквилизатора и селективного анксиолитика. «Гидазепам IC®» обладает оригинальным спектром фармакологической активности, сочетая анксиолитическое и активирующее действия с антидепрессантными компонентами. Максимальный эффект достигается в течение 1–4 часов, с последующим постепенным ослаблением. Отличается от других бензодиазепинов наличием выраженного активирующего эффекта, слабо выраженным миорелаксантным действием. В умеренных терапевтических дозах не оказывает снотворного действия и не ускоряет чувства усталости в процессе оперантной деятельности.

Показания для применения: невротические, психопатические астении; состояния, сопровождающиеся тревогой, страхом, повышенной раздражительностью, нарушением сна; эмоциональная лабильность; купирование абстинентного синдрома при алкоголизме; поддерживающая терапия в период ремиссии при хроническом алкоголизме; логоневроз, мигрень. У больных алкоголизмом в период терапевтической ремиссии уже в первые дни приема препарата наблюдается мягкий транквилизирующий и анксиолитический эффекты, значительно снижается психомоторное возбуждение, тревога и раздражительность. Наибольшее влияние препарат имеет на проявления абстинентного синдрома и в рамках ремиссии у больных алкоголизмом.

Форма выпуска: Гидазепам IC® сублингвальный содержит 0,05 гидазепаму № 10.

Химическое название: 1-(гидразинокарбонил) метил-7-бром-5-фенил-1,2-дигидро-3Н-1,4-бензодиазепин-2-он. Лекарственная форма: таблетки сублингвальные по 0,02 г и 0,05 г. Фармакотерапевтическая группа: Анксиолитики. Код АТС N05B A24. Регистрационный номер: UA/8579/02/01; UA/8579/02/02. Дата регистрации/ действует до: 26.03.2013/ 22.07.2013. Регистрация в других странах: нет

Гидазепам IC® Химическое название: 1-(гидразинокарбонил)метил-7-бром-5-фенил-1,2-дигидро-3Н-1,4-бензодиазепин-2-он

Лекарственная форма: таблетки по 0,02 г и 0,05 г. Фармакотерапевтическая группа: Анксиолитики. Код АТС N05B A24. Регистрационный номер: UA/8579/01/01; UA/8579/01/02. Дата регистрации/ действует до: 08.04.2013/ 05.04.2018. Регистрация в других странах: нет. Упаковка: таблетки по 0,02 г № 20 (10 × 2); по 0,05 г № 10 (10 × 1) в блистере в пачке. Срок годности: 4 года. Категория отпуска: по рецепту

Травилар® IC Химическое название: 2,4,6,8-тетраметил-2,4,6,8-тетразаби-цикло(3,3,0) – октандиону-3,7. Имеет умеренную транквилизирующую активность, снимает или ослабляет чувство тревоги, напряженности, беспокойства и раздражения. Транквилизирующий эффект препарата не сопровождается миорелаксацией и нарушением координации движений. Не имеет снотворного эффекта, но усиливает действие снотворных средств и нормализует течение сна, если он нарушен. Благодаря этим свойствам препарат оказывает действие «дневного» транквилизатора и селективного

анксиолитика. Транквилар IC облегчает или купирует никотиновую абстиненцию. Препарат обладает антиоксидантными и нормастеническими свойствами.

При пероральном приеме 77–80 % принятой дозы препарата проникают в кровь, около 40 % связываются с эритроцитами, остальные не связываются с белками крови и содержатся в плазме в свободном состоянии, благодаря чему препарат без препятствий распространяется в организме и свободно проходит через мембраны. Максимальная концентрация достигается через 0,5 часа, высокий уровень сохраняется в течение 3–4 часов, затем постепенно снижается. Транквилар IC полностью выводится из организма с мочой в течение суток. Препарат не накапливается и не подлежит биохимическим превращениям. Транквилар IC можно комбинировать с нейролептиками, транквилизаторами (бензодиазепинами), снотворными, антидепрессантами и психостимуляторами.

Лекарственная форма: таблетки по 0,3 г. Упаковка: по 10 таблеток в блистере; по 2 блистера в пачке. Фармакотерапевтическая группа: Анксиолитики. Код АТС N05B X05. Регистрационный номер: UA/8851/01/01. Дата регистрации/ действует до: 21.08.2008/ 21.08.13. Регистрация в других странах: нет. Срок годности: 4 года. Категория отпуска: без рецепта. Срок годности: 4 года. Категория отпуска: без рецепта. ИНТЕРХИМ, Украина.

Для поддерживающего и противорецидивного лечения алкоголизма и других зависимостей от ПАВ целесообразно использовать и представленные ниже препараты природного происхождения, которые оказывают транквилизирующий, вегетостабилизирующий, противодепрессивный эффекты, восстанавливают сон и при этом не вредят внутренним органам, которые обычно скомпроментированы у таких пациентов.

«Хомвио-нервин® (Homvio®-nervin, Ambrax®)». Компания – изготовитель («Хомвиора Арцнаймиттель», Германия) позиционирует хомвио-нервин как комплексный гомеопатический препарат для лечения нервно-психических расстройств, биологические компоненты которого оказывают транквилизирующее и антидепрессивное действие, проявляют эффекты на центральную и периферическую нервную систему, в том числе вегетостабилизирующее влияние. Одна таблетка препарата содержит:

1. *Seria D4* – Чернило каракатицы (64 мг) купирует невротические расстройства сопровождаемые тревогой, угнетенным настроением, повышенной раздражительностью, плаксивостью, фобиями, истерическими симптомами, потливостью, приливами жара к туловищу и голове, ощущением жара или похолодания в конечностях, а также застоем крови в системе воротной вены;

2. *Ambra grisea D2* – Китовый воск (64 мг) – способствует устранению бессонницы, которая возникает при умственном переутомлении и волнении, расстройств памяти, в том числе у лиц позднего возраста, судорожной симптоматики, головокружения, шаткой походки, парестезий в конечностях, а также коклюшоподобного кашля, астматических проявлений, диспепсии, гипертонуса мускулатуры матки, чрезмерных месячных, носовых кровотечений и варикозного расширения вен нижних конечностей;

3. *Nyosciamus niger D3* – Блекота черная (32 мг) – используется в гомеопатической практике при алкоголизме (в том числе с металкогольными психозами), эпилепсии, депрессии, инсомнии, истерических симптомах, послеродовых и климактерических психозах, паркинсонизме, заикании, а также спастическом икании, колите, кашле,

функциональных задержках мочеиспускания, энурезе, сатириазе и нимфомании;

4. Ignatia amara ДЗ – Игнация горькая (32 мг) – показана при невротических нарушениях сна, церебралгиях, треморе, гипергидрозе, непреодолимом зевании, булимии, хорее, парестезиях и порезах конечностей, проявлениях "кардионевроза", а также функциональных спазмах верхних дыхательных путей, судорогах, болях в мышцах голени (симулирующих облитерирующий эндартериит), спазмах в желудке и илеоцекальной области ("ошибочный аппендицит"), психогенной диарее, аменорее, зуде половых органов, алибидемии, чрезмерно частых спонтанных эрекциях.

Такое необычное для классической медицины, однако принятое в гомеопатической теории и практике, а также психосоматической медицине, описание свидетельствует про широкий спектр терапевтической эффективности препарата.

Рекомендации по дозированию хомвио-нервина: при бессоннице – 4 таблетки сублингвально перед сном; перед предполагаемыми стрессогенными ситуациями (экзамены, презентации, собеседования и т. д.) – 2–3 таблетки утром; при курсовом лечении – по 2 таблетки 3 раза в день. Средний курс терапии – 1 месяц.

Побочные эффекты: возможны реакции повышенной чувствительности к любому компоненту препарата.

Противопоказания к применению: повышенная чувствительность к любому компоненту препарата. Возраст до 12 лет.

Антарес (Antares) – активные вещества кавалактопы, содержащиеся в сухом экстракте из корней кава-кава. Транквилизатор растительного происхождения, оказывает анксиолитическое и успокаивающее действие (по-видимому, снижает возбудимость лимбической системы), а также противосудорожный эффект. Кавалактопы высоко липофильны, быстро всасываются из желудочно-кишечного тракта.

В клинике алкоголизма препарат показан для лечения расстройств, протекающих с тревогой, состоянием страха, напряжённостью, беспокойством, нарушением сна, сомато-вегетативными проявлениями, для купирования ААС и во время ремиссии.

Способ применения и дозы

Назначают по 1–2 таблетки (0,12-0,24 г) в день. Таблетки принимают, не разжёвывая, после еды, запивая водой.

Противопоказан при беременности. Усиливает действие барбитуратов, нейролептиков, антидепрессантов, транквилизаторов, наркотических анальгетиков, алкоголя.

Форма выпуска – таблетки по 0,12 г по 30, 60 и 100 штук в упаковке. KREWEL WERKE, Германия.

Валдисперт (Waldispert) – экстракт корня валерианы. Оказывает умеренный седативный эффект. Не вызывает сонливости, усталости, не влияет на физическую и умственную работоспособность, не вызывает лекарственной зависимости. Показан при состояниях беспокойства, нервного возбуждения, эмоционального напряжения, при умеренных функциональных нарушениях со стороны вегетативной нервной системы.

В клинике алкоголизма валдисперт используют при купировании алкогольного абстинентного синдрома и в период ремиссии. При применении препарата происходит устранение функциональных расстройств со стороны вегетативной нервной, сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной системы, а также нормализация состояния эмоционального напряжения, беспокойства, нервного перевозбуждения. Препарат

наиболее эффективен при лёгких функциональных нарушениях.

Способ применения и дозы

Разовая доза – 1–3 драже, суточная доза – 3–9 драже.

Побочное действие

При приеме препарата наблюдаются вялость, сонливость.

Форма выпуска – Драже по 10,50,200 штук в упаковке, 1 драже содержит 100 мг экстракта корня валерианы. PHARMA, Германия.

Ново-Пассит (Novo-Passit). Комплекс растительных экстрактов, оказывает седативное и анксиолитическое действие. Показан при повышенной раздражительности, тревоге, лёгких формах нарушений сна.

В клинике алкоголизма Ново-Пассит применяют для устранения незначительно выраженных невротических нарушений (чувство дискомфорта, эмоционального напряжения, беспокойства, нервного напряжения), нарушений функциональной деятельности внутренних органов в период ремиссии и при купировании алкогольного абстинентного синдрома.

Способ применения и дозы

Препарат назначают 3 раза в день по 5 мл (1 чайная ложка) или 2,5 мл утром, днём и 5 мл на ночь. Доза однократного приёма может быть увеличена до 10 мл. Можно добавлять в пищу или напитки.

Противопоказан при миастении.

Форма выпуска – флакон 100 мл. GALENA, Чехия.

Нервофлюкс (Nervoflux) – растительный сбор, оказывает седативное действие, заваривается как чай.

В клинике алкоголизма рекомендован при расстройствах сна, раздражительности, повышенной возбудимости.

Способ применения и дозы

1 чайная ложка на 1 чашку, залить горячей водой, размешать. В тёплом виде по 1 чашке 3 раза в день, вечерняя чашка за 30 минут до сна.

Форма выпуска – сухое вещество для приготовления чая 37,5 г во флаконах по 150 мл (активные вещества – цветы померанца, цветы лаванды, листья мяты лимонной, корень лакричника, шишки хмеля, экстракт корня валерианы). RHONE-POULENC-RORER, США-Франция.

Вернисон – гранулы гомеопатические – комплексный препарат, состоящий из трех компонентов растительного происхождения. Гранулы правильной шаровидной формы серого или кремового цвета.

Показания к применению

В клинике алкоголизма препарат применяется как седативное средство для нормализации сна, уменьшения раздражительности, эмоционального напряжения.

Способ применения и дозы

На один прием используют 5 гранул, гранулы держат во рту до полного растворения. Применяют один раз вечером за 10–20 минут до ужина. Курс лечения – до 1 месяца.

Противопоказаний не имеет.

Форма выпуска: гранулы по 10 г в герметичном пакете. АОЗТ Производственная фирма

«МАТЕРИА МЕДИКА», Россия.

Успокой – гранулы гомеопатические – комплексный препарат, состоящий из 3 компонентов растительного и минерального происхождения в гомеопатических дозах. Гранулы с серым или кремовым оттенком цвета, сладкого вкуса.

Показания к применению

В клинике алкоголизма препарат применяют при повышенной нервной возбудимости, раздражительности, вегетативно-сосудистых расстройствах.

Способ применения и дозы

Принимают ежедневно по 5 гранул до еды и держат во рту до полного растворения. Курс лечения – 1–2 месяца. При необходимости – повторный курс через 1 месяц. При стрессовых ситуациях, реактивных состояниях принимают 2–3 раза в день.

Форма выпуска: гранулы по 10 г в герметичном пакете. АОЗТ Производственная фирма «МАТЕРИА МЕДИКА», Россия.

Антидепрессанты

В клинике алкоголизма антидепрессанты применяют реже других психотропных препаратов. Показанием для использования антидепрессантов является сниженное настроение при реактивно спровоцированных или аутохтонно возникающих депрессивных состояниях у больных алкоголизмом, в том числе и при сочетании его с психическими заболеваниями (вторичный алкоголизм).

Антидепрессанты используют самостоятельно, а также в комбинации с другими препаратами, как на этапах активной терапии, так, особенно, при поддерживающем лечении.

Определяя применение антидепрессантов в наркологии, следует указать ряд клинически значимых параметров, определяющих целесообразность назначения конкретного препарата отдельному больному.

По психофармакологическим эффектам («мишеням») антидепрессанты классифицируются следующим образом.

1. Ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСН): ТЦА (имипрамин/мелипрамин, кломипрамин/анафранил, амитриптилин/саротен, пипофезин/азафен, доксефин/синекван); фенилэтиламина (венлафаксин/эффескор, эфевелон, велафакс); карбоксамиды (милнаципран/иксел); бициклические (дулокситин/симбалта).

2. Ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО): необратимые (фенелзин, ниаламид); обратимые ингибиторы МАО типа А (ОИМАО-А) (пирлиндол/пиразидол).

3. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС): флуоксетин/прозак, профлузак; пароксетин/адепресс/паксил/рекситин; сертралин/золофт; флувоксамин/феварин/лувокс; циталопрам/ципрамил/опра; эсциталопрам/ципралекс.

4. Селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина (СИОЗН) – ребоксетин.

5. Ингибиторы обратного захвата серотонина/антагонисты серотонина (ИОЗСАС) – тразодон/триттико/азона.

6. Селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина/антагонисты норадреналина (СИОЗНАН): мапротилин/лудиомил; миансерин/леривон.

7. Антагонисты пресинаптических альфа₂-адренорецепторов и постсинаптических

серотониновых рецепторов (ААСР) – миртазапин/ремерон.

8. Агонисты мелатониновых рецепторов/антагонисты серотониновых 5-НТ2с рецепторов — агомелатин/вальдоксан.

9. С другими механизмами действия — адеметионин/гептрал.

Другим фактором, определяющим адекватность применения антидепрессанта, является "сила" или "мощность" его тимолептического действия, выявляемая по эффективности воздействия на выраженность (глубину) витально измененного аффекта. В связи с этим, выделяют, так называемые "большие" антидепрессанты (амитриптилин, имипрамин, кломипрамин, мапротилин и т. д.), воздействующие на депрессии психотического уровня, а также группу "малых" антидепрессантов (тразодон, номифензин, тримипрамин, миансерин), эффективных при лечении депрессий невротического уровня.

Исходя из синдромальной картины депрессивных состояний, адекватное назначение антидепрессантов необходимо проводить с учётом преимущественно анксиолитического или стимулирующего компонента в спектре их психотропной активности.

Это положение чрезвычайно важно, поскольку использование антидепрессантов со стимулирующим компонентом у больных с тревожными или тревожно-бредовыми состояниями (особенно при наличии суицидальных мыслей) может не только обострить имеющуюся симптоматику, но и увеличить риск совершения суицида.

Таблица № 2.2

Классификация антидепрессантов в зависимости от особенностей спектра их психотропной активности

Антидепрессанты*	
с преимущественно седативным действием	с преимущественно стимулирующим действием
Амиксид	Вилоксазин (вивалан, эмовит)
Амитриптилин (триптизол, дамилен)	Имипрамин (мелипрамин, тофранил)
Доксепин (синекван, апонал, адалин)	Кломипрамин (анафранил, гидифен)
Досулептин (протиаден)	Номифензин (аливал, меритал)
Мапротилин (лудиомил)	Пароксетин (паксил)
Миансерин (миансан, леривон, толвон)	Пирлиндол (пиразидол)
Темпидон	Флуоксетин (прозак)
Тианептин (каоксил)	
Тримипрамин (герфонал)	
Тразодон (триттико, азопа)	

*Примечание: генерическое (торговое) название.

При использовании антидепрессантов следует помнить о возможности появления побочных эффектов (сомато-вегетативные, неврологические, психические, аллергические), обусловленных в первую очередь наличием холинолитических свойств, присущих антидепрессантам. Поэтому, все антидепрессанты противопоказаны при острых заболеваниях внутренних органов, при обострении соматических заболеваний, судорожных припадках, а ингибиторы МАО и трициклические антидепрессанты при

гипертрофии предстательной железы и закрытоугольной глаукоме.

При использовании антидепрессантов изначально проявляется либо противотревожное, либо стимулирующее действие. Соответственно тимолептическое действие (воздействие на витально измененный аффект) развивается к концу второй, началу третьей недели лечения. При отсутствии терапевтического эффекта в течение 3–4 недель целесообразно назначение другого антидепрессанта (желательно иной химической структуры и другого механизма действия).

Лечение антидепрессантами продолжительное, до нескольких месяцев. Отмена препаратов, также как и их назначение, проводится постепенно.

Исключение составляют антидепрессанты из группы селективных блокаторов обратного захвата серотонина, назначаемые сразу в терапевтически адекватных дозах с продолжением лечения в этих дозировках.

Амитриптилин (Amitriptylin) – активное вещество гидрохлорид амитриптилина. Трициклический антидепрессант, по строению близок к имизину (атом азота в центральной части трициклической системы заменен атомом углерода). Является ингибитором обратного нейтрального захвата медиаторных моноаминов, обладает значительной холинолитической активностью. Оказывает выраженное тимолептическое действие в сочетании с седативным эффектом, которые в основном связаны с угнетением нейтрального захвата катехоламинов и серотонина. Показан при тревожных и тревожно-бредовых депрессиях, а также смешанных состояниях.

В клинике алкоголизма амитриптилин назначают при различных депрессиях, протекающих с тревогой, при депрессивных расстройствах в период отнятия, а также для лечения алкогольных психозов с депрессивно-бредовой симптоматикой.

Способ применения и дозы

Начальная доза 25–50 мг на ночь, затем дозу увеличивают до 150–200 мг в сутки. Снижение дозы постепенное.

Побочные действия

Возможны сонливость, сухость во рту, запоры, задержка мочи, нарушения зрения, тахикардия, тремор, ортостатическая гипотония (побочное действие в основном обусловлено атропиноподобным, холинолитическим эффектом препарата).

Противопоказан при глаукоме, паралитической непроходимости кишечника, пилоростенозе, одновременном лечении ингибиторами MAO. С осторожностью назначают препарат при сердечно-сосудистой недостаточности, аденоме простаты. Не следует сочетать с употреблением алкоголя. Не следует назначать на высоте ААС, поскольку не исключена вероятность возникновения делирия (!!!).

Форма выпуска: драже 0,01 г и 0,025 г, таблетки 0,025 г, раствор для инъекций (1 мл – 0,01 г и 0,025 г) в ампулах.

Синонимы: Амизол (Amizol), LEK, Словения; Аминеурин (Amineurin), HEXAL PHARMA, Германия; Амитриптилин (Amitriptylin), INDI PHARMA, Индонезия; LECHIVA, Чехия, POLFA, Польша; SLOVAKOFARMA, Словакия; WAIMER PHARMA, Германия; Апо-Амитриптилин (Apo-Amitriptylin), APOTEX, Канада; Триптизол (Triptyzol), MERCK SHARP & DOHME, Нидерланды; Эливел (Elivel), SUN PHARMACEUTICAL, Индия.

Имипрамин (Imipramin) – трициклический антидепрессант, неизбирательно ингибирует

обратный захват моноаминов, что приводит к их накоплению в синаптической щели и усилению физиологической активности. Оказывает тимолептическое действие, улучшает настроение, уменьшает чувство тоски. Обладает некоторой стимулирующей активностью. Обладает центральной и периферической М-холино-блокирующей, миотропной, спазмолитической, слабой антигистаминной активностью. Период полувыведения – 9-20 часов.

В клинике алкоголизма препарат применяют при лечении различных депрессий, при сочетании алкоголизма и эндогенной депрессии. Может быть рекомендован для лечения апато-депрессивных и апато-абулических, а также анергических расстройств алкогольного генеза.

Способ применения и дозы

Назначается внутрь и внутримышечно, дважды в день, второй приём не позднее 16 часов (при более позднем приёме могут возникнуть расстройства сна). Начальные дозы – 75-100 мг в сутки быстро увеличивают до 200–250 мг в сутки. Целесообразно одновременно назначать транквилизаторы с анксиолитическим эффектом. При лечении депрессивно-бредовых состояний терапевтические дозы составляют 150–200 мг; в этих случаях имипрамин следует комбинировать с нейролептиками.

Побочные действия

Имипрамин является сравнительно безопасным средством, однако при передозировке может отмечаться головная боль, головокружение, нарушение аккомодации, запоры, жажда, сухость во рту, тремор, бессонница, гипергидроз, дизартрия. Очень редко нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, задержка мочеиспускания. Действие на артериальное давление различно: у некоторых больных – тенденция к его повышению, у других – к снижению. Перечисленные побочные явления обычно обнаруживаются в начале терапии, затем исчезают.

Противопоказан при острых заболеваниях печени и почек, декомпенсированных пороках сердца, нарушениях проводимости сердечной мышцы, гипертонической болезни III стадии, заболеваниях крови, на высоте алкогольного абстинентного синдрома.

Форма выпуска: таблетки по 25 мг, ампулы по 15 мг и 50 мг, EGIS, Венгрия.

Синонимы: Апо-Имипрамин (Аpo-Imipramin), APOTEX, Канада; Импрамин (Impramin), SUN PHARMACEUTICAL, Индия; Мелипрамин (Melipramin), Россия.

Дезипрамин (Dezipramine) – активное вещество гидрохлорид дезипрамина. Трициклический антидепрессант, оказывает антидепрессивное действие, способствует активации психомоторной деятельности, повышает мотивацию. Показан при эндогенных и психогенных депрессиях, неврозах и неврозоподобных состояниях с аффективными колебаниями.

В клинике алкоголизма препарат применяют при сочетании алкоголизма и депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза, алкогольных психозов с астено-динамичной и заторможенной депрессией.

Способ применения и дозы

Рекомендуется начинать терапию с внутримышечных инъекций 1–2 ампулы в день, дозу постепенно увеличивают до 4 ампул в сутки, затем переходят на приём препарата внутрь. Оптимальная суточная доза – 4–6 драже.

Побочные действия

Возможны сухость во рту, запоры, расстройства аккомодации; редко – ортостатическая гипотония, тремор, атаксия.

Противопоказан при беременности, острых заболеваниях печени и почек, эпилепсии, заболеваниях кроветворных органов, сердечно-сосудистой недостаточности, глаукоме, гипертрофии предстательной железы. Во избежание нарушений сна последнюю дозу препарата следует принимать после обеда. Не комбинируется с ингибиторами МАО, алкоголем.

Форма выпуска – драже 0,025 г по 50 штук в упаковке; раствор для инъекций (1 мл-0,00125 г) в ампулах по 2 мл, по 10 штук в упаковке; AWD, Германия.

Синонимы: Пегилил (Petylyl).

Доксепин (Рохерин) – активное вещество гидрохлорид доксепина. Трициклический антидепрессант, производное дибензоксепина. Механизм действия предположительно связан с блокадой нейронального захвата норадреналина. Обладает также анксиолитической и седативной активностью, не оказывает стимулирующего влияния на центральную нервную систему первоначальное действие – анксиолитическое, через 2–3 недели – антидепрессивный эффект.

В клинике алкоголизма показан при депрессиях с тревогой в тревожных состояниях, при невротических расстройствах, органическом заболевании центральной нервной системы, сочетающимся с потреблением алкоголя.

Способ применения и дозы

Дозы индивидуальные, первоначально назначают внутрь 0,075 г в сутки, затем повышается до 0,15 г в сутки. При нарушениях сна большую часть дозы переносят на вечерний приём.

Побочные действия

Возможны сухость во рту запоры, задержка мочи, нарушение зрения, экстрапирамидные нарушения, тремор, лейкопения, агранулоцитоз, тромбоцитопения, тенденция к задержке мочи.

Противопоказан при глаукоме, беременности. Несовместим с ингибиторами МАО.

Особая осторожность при совместном применении с антихолинергическими препаратами. При внезапном прекращении приёма препарата возможно развитие синдрома отмены. Не следует совмещать приём препарата с одновременным употреблением алкоголя, толазамида – противодиабетического препарата (возможно развитие выраженной гипогликемии).

Форма выпуска: таблетки 0,025 г и 0,5 г; капсулы 0,01 г, 0,025 г, 0,075 г; раствор для внутримышечного введения 0,025 г и 0,05 г а ампулах.

Синонимы: Синекван (Sineguan), PFIZER, США; POLFA, Польша; (по лицензии Pfizer, США); ALKALOID, Македония; Спектра (Spectra), RANBAXY, Индия.

Досулептин (Dosuleptin) – активное вещество досулептин, оказывает тимолептическое и анксиолитическое действия, которые развиваются на 3–5 день приёма препарата.

В клинике алкоголизма показан при депрессиях различного генеза с повышенным уровнем тревожности.

Способ применения и дозы

Дозы индивидуальные. Начальная доза – 35–50 мг в сутки (большая часть дозы даётся перед сном). Продолжительность курса лечения – 3 месяца.

Побочные действия

Возможны тахикардия, гипотензия, сухость во рту, нарушение аккомодации, запор, задержка мочеиспускания.

Противопоказан при глаукоме, аденоме предстательной железы, атонии мочевого пузыря, беременности. Не применяется вместе с ингибиторами МАО, адреноблокаторами, фенотиазинами, бензодиазепинами, тиреоидными гормонами. С осторожностью назначают больным эпилепсией. Препарат потенцирует действие аналептиков, снотворных средств.

Форма выпуска: драже 0,025 г по 30 штук в упаковке. LECNIVA, Чехия.

Синонимы: Протиаден (Prothiaden), MOOD, Англия.

Кломипрамин (Clomipramine) – активное вещество гидрохлорид кломипрамина. Трициклический антидепрессант, действие которого связывается с угнетением нейтрального захвата катехоламинов в центральной нервной системе. Оказывает выраженное тимолептическое действие, уменьшает агитацию, обладает адренолитическим и антигистаминным действием, почти не вызывает седативного эффекта.

Период полувыведения препарата – 20–35 часов.

В клинике алкоголизма показан при депрессивных состояниях различной этиологии с витально измененным аффектом.

Способ применения и дозы

Дозы индивидуальные. При депрессиях средней тяжести, фобиях по 25 мг 2–3 раза в день. В первую неделю дозу увеличивают до 50 мг 2–3 раза в день. При углублении депрессивных расстройств возможно парентеральное введение препарата: внутримышечно вводят по 25–50 мг в день, дозу повышают каждый день до 100–150 мг в сутки; внутривенно вводят капельно в течение 1,5–3 часов 1 раз в день по 50–75 мг в 250–500 мл изотонического раствора глюкозы или хлорида натрия. После 3–5 дней инфузионной терапии больного переводят на приём препарата внутрь.

Побочные действия

Возможны сухость во рту, обильное потоотделение, тремор, нарушение аккомодации и мочеиспускания, ортостатическая гипотония, заторможенность.

При применении высоких доз препарата – аритмия, нарушения проводимости, редко – агранулоцитоз. При лечении препаратом не следует употреблять алкоголь.

Форма выпуска: таблетки 0,01 г, 0,025 г; таблетки ретард 0,075 г; раствор для инъекций 2 мл (0,025 г) в ампулах.

Синонимы: Анафранил (Anafranil), CIBA-GEIGY, Швейцария; Гидифен (Hydiphen), AWD, Германия; Клофранил (Clofranil), SUN PHARMACEUTICAL, Индия.

Темпидон (Tempidon) – активное вещество триацетамин. Трициклический антидепрессант. Показан при депрессивных состояниях различного генеза (невроз, органические заболевания нервной системы, алкоголизм).

Способ применения.

Препарат назначают по 1–2 таблетки 3–4 раза в день. При использовании в указанных дозировках побочных действий не выявлено.

Противопоказан при выраженных нарушениях печени и почек. Во время приёма препарата необходимо воздерживаться от деятельности, требующей повышенного внимания.

Форма выпуска: таблетки 0,02 г по 50 штук в упаковке. PHARMACIM, Болгария.

Тримипрамин (Trimipramine) – активное вещество тримипрамин, трициклический антидепрессант, влияет на депрессивное, подавленное настроения и на состояние возбуждения. Механизм действия связан с усилением интенсивности адренергических процессов в мозге вследствие уменьшения захвата норадреналина пресинаптическими нервными окончаниями. Обладает периферическим спазмолитическим эффектом, центральным холинолитическим действием, антигистаминной активностью.

Показан при депрессиях различного генеза с чувством беспокойства, тревоги, нарушением сна.

В клинике алкоголизма тримипрамин применяют при депрессивных реакциях с преобладанием в клинической картине подавленного настроения, тревоги, страха, внутреннего напряжения, бессонницы; при реактивных или аутохтонно возникающих депрессивных состояниях в период отнятия и в ремиссии с целью предотвращения рецидивов, а также в сочетании с нейролептиками для лечения алкогольных психозов с депрессивно-бредовой симптоматикой.

Способ применения и дозы

Начальная доза 0,075 г – 0,1 г в сутки в 2–3 приёма, затем доза может быть повышена до 0,5 г в сутки. Снижение дозы постепенное. При необходимости препарат назначают парентерально по 0,05 г–0,1 г в сутки в 2–4 приёма.

Побочные действия

Возможны сонливость, сухость во рту, тремор, ортостатическая гипотензия, парестезии, нарушение аккомодации. Редко – дизартрия. При передозировке – экстрапирамидные расстройства.

Противопоказан при выраженных нарушениях функции печени, почек, сердечной недостаточности, ишемической болезни сердца, беременности, глаукоме, острой алкогольной интоксикации. Парентеральное введение препарата возможно только в условиях стационара.

Форма выпуска: драже 0,025 г по 50 штук в упаковке. AWD, Германия.

Синонимы: Герфонал (Gerfonal).

Номифензин (Nomifensine) – активное вещество номифензин, препарат бициклической структуры, производное изохинолина, активный блокатор нейтрального захвата дофамина и норадреналина, оказывает слабое антигистаминное и холинолитическое действие, умеренное адренолитическое. Среди психотропных эффектов преобладают стимулирующее и умеренное тимоаналептическое действие. Может усиливать агитацию и бессонницу.

В клинике алкоголизма эффективен при невротических и реактивных депрессиях с заторможенностью, апатией, астенией. Обладает антипаркинсоническими свойствами.

Способ применения и дозы

Терапевтические дозы от 50 мг до 200 мг в сутки. Препарат обладает коротким периодом полураспада (до 4 часов), что требует частого его введения.

Побочные действия

Возможны акатизия, тахикардия, тошнота, бессонница. У препарата обнаружены гепато– и гемотоксические (гемолитическая анемия) побочные эффекты. Может увеличивать частоту судорожных припадков. Не сочетается с ингибиторами MAO. Усиливает действие алкоголя.

Форма выпуска: капсулы 0,025 г и 0,05 г по 10 штук в упаковке. PHARMACIUM, Болгария.

Синонимы: Линамифен (Linamiphen).

Мапротилин (Maprotiline) – активное вещество гидрохлорид мапротилина, тетрациклический антидепрессант из группы дибензобиперидинов. Избирательно тормозит обратный захват норадреналина в центральной нервной системе. Практически не подавляет обратный захват серотонина. Обладает антигистаминной активностью. Антидепрессивное действие сопровождается анксиолитическим и умеренным седативным эффектом. Период полувыведения до 58 часов.

В клинике алкоголизма показан при депрессиях различного генеза.

Способ применения и дозы

В амбулаторных условиях препарат назначают внутрь в дозах 25–75 мг 1–3 раза в сутки. В стационаре до 100 мг в сутки. При отсутствии эффекта от приема внутрь назначают внутривенно капельно 25–100 мг в сутки. Для разового введения 25–50 мг препарата разводят в 250 мл изотонического раствора хлорида натрия или 5 % раствора глюкозы (продолжительность введения – 2–3 час). Таблетки следует проглатывать, не разжевывая и запивать жидкостью.

Побочные действия

Возможны тремор, судороги, атаксия, экстрапирамидные расстройства, чувство усталости, сонливость. В отдельных случаях может быть спутанность сознания, делирий, галлюцинации, гипоманиакальные состояния. Также возможны сухость во рту, задержка мочеиспускания, тошнота, запоры, ортостатическая гипотензия, тахикардия, аритмия, нарушение проводимости сердца, эозинофилия.

Противопоказан при эпилепсии, остром инфаркте миокарда, закрытоугольной глаукоме, аденоме простаты, острой алкогольной интоксикации, ААС, отравлении снотворными препаратами. Во время лечения показан контроль периферической крови. Не сочетается с ингибиторами МАО.

Форма выпуска: таблетки по 10 мг по 50 штук в упаковке; 25 мг и 50 мг по 30 штук в упаковке; 75 мг по 20 штук в упаковке. Раствор для инъекций 5 мл (25 мг) в ампулах по 10 штук в упаковке. CIBA-GEIGY, Швейцария.

Синонимы: Мапролу (Maprolu), HEXAL PHARMA, Германия; Мапротибене (Maprotibene), LUDWIG MERCKLE, Австрия; Лудиомил (Ludiomil), ST-ARZNEIMITTEL, Германия.

Миансерин (Mianserin) – активное вещество гидрохлорид миансерина, тетрациклический антидепрессант, производное дибензопиперазинаzepина. Блокирует центральные пресинаптические альфа-адренорецепторы, при длительном применении вторично увеличивает высвобождение норадреналина. Блокирует серотониновые и гистаминовые рецепторы, оказывает периферическое серотонинолитическое действие.

Период полувыведения до 48 часов. Психотропная активность включает тимоаналептическое и седативное действие (антидепрессант-седатик). По антидепрессивному действию уступает мапротилину и классическим трициклическим антидепрессантам, близок к пирлиндолу, но в отличие от него обнаруживает анксиолитические и гипнотические свойства.

В клинике алкоголизма ослабляет тревогу, чувство внутреннего напряжения, улучшает

сон. Эффективен при депрессивных состояниях с тревогой, состояниях с сомато-вегетативными нарушениями.

Способ применения и дозы

Применяется в дозах от 30 до 150 мг в сутки (можно однократно на ночь).

Побочные действия

Возможны агранулоцитоз, полиартропатия, тошнота, ортостатическая гипотензия, нарушение функции печени, снижение порога судорожной активности.

Противопоказан при нарушениях функции печени, беременности. Во время лечения следует избегать употребления алкоголя, не сочетается с ингибиторами МАО, гипотензивными средствами.

Форма выпуска: таблетки по 0,01 г, 0,02 г, 0,03 г и 0,06 г по 20,50 и 100 штук в упаковке. СТ-ARZNEIMITTEL, Германия.

Синонимы: Леривон (Lerivon), N.V. ORGANON, Нидерланды; Болвидон (Bolvidon); Норвал (Norval); Атимил (Atimil); Толвон (Tolvon).

Пирлиндол (Pirlindole) – производное пиразинокарбазола (индола), тетрациклический антидепрессант, блокирует обратный захват норадреналина, в меньшей степени серотонина, обратимо ингибирует активность МАО типа А и, следовательно, тормозит дезаминирование норадреналина, серотонина, дофамина. Более избирательно действует на МАО мозга по сравнению с МАО печени. Отличается меньшей общей токсичностью по сравнению с трициклическими антидепрессантами (за счёт отсутствия центрального и периферического холинолитического действия), но усиливает эффект симпатомиметических аминов и блокирует серотониновые и альфа-адренорецепторы. В психотропной активности преобладает тимоаналептическое действие. При депрессиях с заторможенностью, вялостью, подавленностью, адинамией препарат действует активирующе, при тревожных депрессиях – седативно (относится к антидепрессантам сбалансированного действия). Седативное действие проявляется позднее тимоаналептического и стимулирующего эффекта. В небольших и средних дозах применяют при невротических и «алкогольных» депрессиях. Обладает выраженным вегетостабилизирующим эффектом.

Способ применения и дозы

Начальная доза – 50-100 мг в сутки, затем дозу постепенно повышают (по 25–50 мг в сутки) до 150–300 мг в сутки. Возможно парентеральное введение в дозах 150–200 мг в сутки. Свободно сочетается с нейролептиками и транквилизаторами.

Побочные действия

В редких случаях возможны тошнота, тремор.

Противопоказан при острых воспалительных заболеваниях печени, почек, болезнях кроветворной системы. Не следует назначать одновременно с ингибиторами МАО. Необходимо учитывать потенцирование действия симпатомиметических аминов (адреналин, мезатон и др.).

Форма выпуска: таблетки 0,025 г, 0,05 г по 50 и 100 штук в упаковке. Россия.

Синонимы. Пиразидол (Pyrazidolum).

Вилоксазин (Viloxazin) – активное вещество гидрохлорид морфолина (пирокатехол), моноциклический препарат, близкий по химической структуре к бета-блокаторам, тормозит обратный захват моноаминов, активизирует норадренергическую систему

прямой стимулирующей постсинаптических рецепторов. Проявляет определённую дофаминергическую активность, но лишён антигистаминных и холинолитических свойств. Оказывает тимоаналептическое и стимулирующее действие.

Показан при депрессиях с апато-адинамической и астено-анергической симптоматикой. Может усиливать ажитацию и тревожные проявления. При назначении на ночь может нарушить засыпание. Стимулирующий эффект проявляется в первые дни лечения, антидепрессивное действие через 10–15 дней.

Способ применения и дозы

Период полувыведения до 11 часов, следовательно, суточную дозу необходимо делить на 2–3 приёма. Средние терапевтические дозы -150-300 мг в сутки.

Побочные действия

Возможны тошнота, диарея, тремор, нарушение аккомодации, тахикардия.

Форма выпуска: таблетки 0,05 г по 100 штук в упаковке. PHARMACIM, Болгария.

Синонимы: Эмовит (Emovit), Вивалан (Vivalan), Виварит (Vivarit).

Пароксетин (Paroxetine) – активное вещество гидрохлорид пароксетина, препарат бициклической структуры, производное пиперидина, по стереохимической конфигурации близок к четырёхциклической. Мощный блокатор обратного захвата серотонина. Мало влияет на основные рецепторные системы, за исключением мускариновых (умеренное холинолитическое действие). Период полувыведения – до 21 часа. Обладает тимоаналептическим действием, а также стимулирующим эффектом.

В клинике алкоголизма показан при тоскливых, тревожных депрессиях, а также при депрессивных состояниях с заторможенностью.

Способ применения и дозы

Терапевтические дозы – от 10 мг до 40 мг в сутки. Повышение доз постепенное.

Принимается с пищей.

Побочные действия

Возможны тошнота, запоры, нарушения сна, расстройства аккомодации. Не сочетается с ингибиторами МАО, триптофаном.

Противопоказан при беременности, почечной и печеночной недостаточности.

Форма выпуска: таблетки 0,02 г по 30 и 100 штук в упаковке; 0,03 г по 30 штук в упаковке. SMITHKLINE BEECHAM, Великобритания.

Синонимы: Паксил (Paxil), Дароксат (Daroxat), Аропакс (Agorax), Сероксат (Seroxat).

Тианептин (Tianeptin) – активное вещество тианептин, трициклический антидепрессант сложной химической структуры (дибензотиазепиндиоксид), в отличие от других антисеротонических препаратов, облегчает обратный захват серотонина пресинаптической мембраны и не оказывает влияния на норадренергическую и дофаминергическую системы. Период полувыведения до 3 часов. Обладает тимоаналептической и анксиолитической активностью без излишней седации. Улучшает сон, ослабляет сомато-вегетативные нарушения.

В клинике алкоголизма эффективен у больных с аффективными нарушениями в период алкогольного абстинентного синдрома, а также в периоды ремиссий при возобновлении влечения к алкоголю на фоне депрессивных симптомов.

Способ применения и дозы

Назначают перед едой по 25–50 мг в сутки.

Побочные действия

Возможны тошнота, запоры, тремор, тахикардия. Не сочетается с ингибиторами МАО. Противопоказан при беременности. Возможно назначение препарата больным алкоголизмом с явлениями цирроза печени.

Форма выпуска: таблетки 0,0125 г по 30 штук в упаковке. SERVIER, Франция.
Синонимы: Стаблон (Stablon).

Флувоксамин (Fluvoxamine) – активное вещество флувоксамин, производное аралкилкетона (моноциклической структуры). Ингибитор обратного захвата серотонина, не оказывает холино– адренолитического и антигистаминного действия (не вызывает гипотензивных и кардиотоксических явлений). Период полувыведения до 22 часов. Обладает умеренно выраженным тимоаналептическим и анксиолитическим эффектом и особенно вегетостабилизирующим действием.

В клинике алкоголизма показан при депрессиях, протекающих с тревогой, беспокойством, возбуждением.

Способ применения и дозы

Терапевтические дозы 100–200 мг в сутки, принимается однократно в вечерние часы.

Побочные действия

Возможны запоры, сухость во рту, нарушение аккомодации, редко – судорожные явления, гепатотоксические эффекты.

Противопоказан при эпилепсии, в период лактации. Не совместим с алкоголем, ингибиторами МАО.

Форма выпуска: таблетки 0,1 г по 16 штук в упаковке. KRKA, Словения.

Синонимы: Авоксин (Avoxin), Феварин (Fevarin), SOLVAY PHARMA-DUPHAR, Нидерланды; Думирокс (Dumirox), Мироксин (Miroxin).

Флуоксетин (Fluoxetine) – активное вещество гидрохлорид флуоксетина, моноциклическое производное фенилпропиламина, селективный ингибитор обратного захвата серотонина, не оказывающий холино-адренолитического и антигистаминного действия классических антидепрессантов (не оказывает гипотензивного эффекта и не вызывает нарушений сердечной проводимости). Период полувыведения до 70 часов (его метаболита норфлуоксетина – до 300 часов). Обладает тимоаналептическим действием и стимулирующим эффектом.

В клинике алкоголизма применяют при депрессиях с заторможенностью, а также обсессивно-фобическими проявлениями.

Способ применения и дозы

Назначают в утренние часы 1 раз в день в дозах 20–40 мг вместе с пищей (можно назначать 1 раз в 2–3 дня).

Побочные действия

Возможны тошнота, диспептические расстройства, раздражительность, тремор, нарушения сна, гипонатриемия. Не сочетается с ингибиторами МАО, усиливает действие сахаропонижающих препаратов, повышает концентрацию трициклических антидепрессантов в плазме, при сочетании с нейролептиками усиливает экстрапирамидные расстройства, удлиняет период полувыведения бензодиазепинов. Может усиливать агитацию, обострять нарушения сна.

Противопоказан при беременности, лактации, выраженных нарушениях функции печени

и почек. С осторожностью назначают при сердечно-сосудистой недостаточности.

Форма выпуска: таблетки 0,02 г; капсулы 0,02 г.

Синонимы: Окседеп (Oxedep), TORRENT, Индия; Продеп (Prodep), SUN PHARMACEUTICAL, Индия; Прозак (Prozak), ELI LILLY, США; Фонтекс (Fontex); Флунат (Flunat), РАНБАКСИ ЛАБОРАТОРИЗ ЛТД, Индия.

Амиксид (Amixid) – активные вещества amitriptilin и хлордиазепоксид, транквилизатор с антидепрессивным действием. Показан в общей психиатрической практике, а также у больных алкоголизмом при тревожных депрессиях и тревожно-бредовых состояниях.

Способ применения и дозы

Начальная доза – по 1 таблетке 2–3 раза в сутки, с последующим повышением до 6 таблеток в сутки.

Противопоказан в остром периоде инфаркта миокарда, при беременности, при лечении ингибиторами MAO. С осторожностью назначается при задержках мочи, повышении внутриглазного давления, гипертиреозе.

Форма выпуска: таблетки по 10 штук в упаковке, 1 таблетка содержит 0,025 г amitriptilina и 0,01 г хлордиазепоксида. Амиксид-5 (Amixid-5): 1 таблетка содержит 0,025 г amitriptilina и 0,005 г хлордиазепоксида. Амиксид-Н (Amixid-H): 1 таблетка содержит 0,0125 г amitriptilina и 0,005 г хлордиазепоксида, SUN PHARMACEUTICAL, Индия.

Тразодон (Trazodone) – по своей химической структуре не относится к трициклическим, тетрациклическим и другим известным антидепрессантам. Тразодон избирательно блокирует обратный захват серотонина в головном мозге. Хорошо всасывается. Время достижения максимальной концентрации – 1 час при приеме на пустой желудок и 2 часа при приеме с пищей. Препарат обладает наряду с антидепрессивными свойствами выраженным седативным действием.

Тразодон используют для лечения депрессивных расстройств с тревогой или без неё.

В клинике алкоголизма тразодон показан для лечения неглубоких и средней тяжести депрессивных расстройств, протекающих с компонентом тревоги, нарушением сна, ощущением внутреннего беспокойства и дискомфорта. Препарат используют при реактивных и аутохтонно возникающих депрессиях у больных алкоголизмом, а также при психических заболеваниях, протекающих с аффективными расстройствами, сопровождающихся чрезмерным потреблением алкоголя.

Способ применения и дозы

Тразодон назначают 3 раза в день. При нарушении сна большую дозировку препарата применяют в вечернее время. При депрессиях средней тяжести препарат вводят внутривенно в суточных дозах до 200 мг, с последующим переходом на приём внутрь. Средняя терапевтическая доза тразодона 400 мг в сутки.

Побочные действия

Наиболее часто возникают спутанность сознания и тремор. Относительно редко встречаются аллергические реакции, бради- или тахикардия, гипотензия, припадки, необычное возбуждение.

Препарат не следует назначать одновременно с ингибиторами MAO.

Форма выпуска: капсулы, содержащие 25 мг, 50 мг или 100 мг препарата; ампулы по 5 мл 1% раствора (50 мг в ампуле).

Синонимы: Триттико (Trittico), Трезолан (Trezolan), Тризин (Trizin).

Антипсихотики (нейролептики)

Антипсихотики (нейролептики) используют достаточно широко при лечении больных алкоголизмом, применяя их не только в случаях психотических расстройств, но и в ремиссии для устранения невротических и психопатоподобных расстройств, купирования патологического влечения к алкоголю. Использование нейролептиков в наркологии критикуется В.Д. Менделевичем, который опирается в своей критике на традиционные представления о «симптомах-мишенях»: «Разве алкогольная и наркозависимость шизофрения?». Вместе с тем А.Б. Смулевич (2013), описывая использование психотерапии при расстройствах личности, обосновывает свои выводы, основываясь на исследованиях о новых мишенях психотерапии.

По мнению D.S. Bender и соавт. (2001) потребность в психотерапевтических препаратах, используемых для терапии расстройств личности (РЛ), не уступает по объёму лекарственным воздействиям, необходимым для купирования большого депрессивного эпизода.

Нейробиологические основы расстройств личности, как и зависимостей, всесторонне исследованы в работах С.Р. Cloninger (1986–2000): установлены связи между конституциональной психической патологией и нарушениями функционирования определённых биохимических и/или нейрофизиологических структур.

В соответствии с установленными с помощью факторного анализа корреляциями между тремя базисными измерениями темперамента (поиск новизны, избегание вредностей, зависимость от вознаграждения) и нейрофизиологическими структурами (дофаминергические, серотонинергические, норадренергические) разрабатываются непосредственно связанные с изменениями регуляции нейромедиаторных систем психотерапевтические программы. Например, патогенетически обусловленная терапия шизоидного и параноидного расстройства личности (чрезмерное стремление к новизне при низкой активности дофамина) проводится с помощью антипсихотических препаратов; при лечении пограничного расстройства личности (зависимость от вознаграждения при низкой адренергической активности) показаны антидепрессанты и стабилизаторы настроения.

Т.Б. Дмитриева (1990) определяла принципы медикаментозного купирования психопатических состояний на основе двух выделенных в рамках РЛ полярных «биохимических конституций», соответствующих конституциональным аномалиям с гипер- и гипостеническим радикалом.

В нейропсихологической модели Р.Н. Soloff (2000) в качестве мишеней такого воздействия выделяются три патопсихологических личностных паттерна: когнитивно-перцептуальный, аффективный дисбаланс, дисконтроль поведенческих импульсов.

В качестве рекомендуемых средств терапии расстройств когнитивно-перцептуального паттерна выступают традиционные и атипичные антипсихотики, назначаемые в низких дозах.

Паттерн «аффективный дисбаланс» включает аффективную лабильность, депрессивные

расстройства различной синдромальной структуры, ангедонию, дисфорию, тревожные расстройства. В качестве препаратов выбора для купирования аффективных и тревожных расстройств рассматриваются антидепрессанты группы СИОЗС, сочетающиеся при необходимости с производными бензодиазепаина и антипсихотиками.

Паттерн «нарушение импульс-контроля» включает широкий спектр характерологических и психических расстройств. В пределах этого паттерна могут рассматриваться и расстройства влечений – аддикций. Алгоритм терапии импульсивного или неконтролируемого агрессивного поведения, разработанный Р.Н. Soloff предполагает в качестве препаратов «первого шага» антидепрессанты группы СИОЗС. Другие авторы в качестве препаратов выбора рассматривают традиционные и атипичные антипсихотики, а также карбамазепин и соли лития.

Применение каждого нейролептика обусловлено терапевтическими показаниями для его назначения, и лечение должно проводиться с учётом особенностей спектра психотропного действия препарата и состояния пациента.

Для обоснования использования психофармакологических средств при РЛ и наркозависимости P.S. Links (2001) предлагает использовать исход-фокусированную модель (outcome-focused model), позволяющую оценивать эффекты психофармакотерапии по конечным результатам проведённого лечения. Использование исход-фокусированной модели открывает возможности исследования вовлечённых в формирование РЛ и зависимостей нейробиологических механизмов с учётом ответа на психофармакотерапию.

А.Б. Смудевич представляет рабочую гипотезу, согласно которой воздействие психотропных средств на проявления РЛ реализуются опосредованно – с помощью коннекторов (от англ. connector – соединитель). В качестве таких коннекторов и соответственно точки приложения психотропных средств (симптомов-мишеней) выступают психопатологические образования, формирующиеся в рамках динамики РЛ.

Таким образом, традиционная психопатологическая диагностика, обогащённая многоосевой концепцией, позволяет не только осуществлять диагностику, но и использовать психофармакотерапию.

При алкогольных психозах в процессе купирования острого состояния нейролептики используют как средство редукции психомоторного возбуждения, с последующей нормализацией нарушенного поведения и устранением продуктивной галлюцинаторно-бредовой симптоматики.

В зависимости от особенностей клинической картины для купирования алкогольного психоза используют нейролептики с различным спектром психотропной активности. При купировании алкогольного делирия, в структуре которого ведущее место занимают помрачение сознания с галлюцинаторно-бредовыми расстройствами, растерянность, аффективные расстройства в виде тревоги, страха, психомоторного возбуждения, а также соматическая и неврологическая симптоматика, свидетельствующие об остроте состояния, целесообразно использовать нейролептики с мощным глобальным антипсихотическим действием (галоперидол, хлорпротиксен, клозапин и др.) (см. табл. 2.3).

Таблица № 2.3

Классификация антипсихотиков (нейролептиков), используемых в наркологии.

Фенотиазиновые производные					
алифатические	пиперидиновые	пиперазиновые	бутирофеноны	бензамиды	производные пириимидана
алимемазин (терален, три-мепрамазин)	перициазин (неулептил)	клозапин (лепонекс,	бенперидол (френакгил)	сульпирид (эглонил)	рисперидон (рисперидал)
	тиоридазин (меллерил, сонапакс,	метофеназин (френолон) перфеназин	галоперидол (галдол, сенорм)	сультоприд (топрал)	
Левомепромазин (тизерцин, нозинан, левопром)	пипотиозил (пипортил)	прохлорперазин (метеразин)	дроперидол (дролептан)	тиаприд (тиапридал)	
		трифлуоперазин (стелазин, трифтазин)	пенфлуридол (семап, флупидол)		
хлорпромазин (аминазин, ларгактил, торазин)		(флупентиксол (флуанксол)	пимозид (ОРАП)		
		флуфеназин (модитен,	флушпирилен (ИМАП)		
хлорпротиксен (труксал)			Трифлуопера-дол (триседил)		

Примечание: в скобках указано генерическое (торговое) название.

Следует помнить, что выраженные сомато-неврологические расстройства исключают возможность применения фенотиазинов при купировании средних и тяжёлых форм алкогольного делирия.

Нейролептики целесообразно использовать для купирования abortивных и лёгких форм алкогольного делирия.

Особое внимание необходимо обратить при купировании алкогольного делирия на полное исключение из арсенала антипсихотиков – аминазина, левомепромазина и других фенотиазиновых производных. Применение этих лекарственных средств может привести к возникновению церебральных дисциркуляторных расстройств, падению артериального давления и утяжелению состояния больного.

У пациентов с острым алкогольным параноидом и острым алкогольным галлюцинозом хороший результат достигается при комбинировании нейролептиков, обладающих глобальным антипсихотическим эффектом, с транквилизаторами (галоперидол + седуксен).

Наряду с этим для купирования острых алкогольных психозов можно использовать либо мощные нейролептики с избирательным антибредовым и антигаллюцинаторным эффектом (трифлуоперадол, перфеназин, хлорпротиксен), либо "малые" нейролептики (тиоридазин), а также тимонейролептики – сульпирид.

Целесообразность использования отдельных нейролептиков обусловлена выраженностью психотической симптоматики и нарушений поведения.

При терапии атипичных рецидивирующих и затяжных алкогольных психозов принцип

подбора и назначения нейролептиков не отличается от их применения у больных острыми алкогольными психозами. Различная тактика назначения препаратов обусловлена в первую очередь продолжительностью их приёма.

У больных атипичными хроническими алкогольными галлюцинозами и хроническими алкогольными бредовыми психозами предпочтение следует отдать нейролептикам с пролонгированным действием (см. табл. 2.4).

При лечении пациентов с алкогольным бредом ревности для дезактуализации психопатологических расстройств со сформированной устойчивой фабулой наиболее целесообразно использовать нейролептики с преимущественно избирательным антипсихотическим (антибредовым) действием (галоперидол, зуклопентиксол, карбидин, перфеназин, пимозид, пипотиазид, тиопроперазин, трифлуофеназин, трифлуоперидол).

При тенденции уже сформированного персекуторного бреда к дальнейшей систематизации можно также применять нейролептики с глобальным антипсихотическим эффектом.

У больных в ремиссии, протекающей с психопатоподобной симптоматикой на фоне повышенной утомляемости, вялости, слабости, снижения продуктивности и другой астенической симптоматики, благоприятный эффект достигается при применении небольших доз нейролептиков, обладающих мощным глобальным антипсихотическим действием (трифлуоперазин, молиндон, флуфеназин, пипотиазид и др.).

Таблица № 2.4

Нейролептики пролонгированного и ретардированного действия, используемые в наркологии

Название препарата	продолжительность действия	способ введения
флуфеназин-деканоат (модитен-депо)	2-4 недели	в/м
пипотиазин пальмитат (пипортил L4)	3-4 недели	в/м
галоперидол деканоат (галдол-деканоат)	2-3 недели	в/м
флушпирилен (ИМАП)	1 неделя	в/м
пенфлуридол (СЕМАП)	1 неделя	внутри
тиоридазин (меллерил ретард)	1 сутки	внутри
пимозид (ОРАП)	1 сутки	внутри

При сочетании вышеописанной симптоматики с пониженным настроением хорошие результаты получают в случае использования тимонейролептика – сульпирида (эглонила).

При психопатоподобной симптоматике с нарушением поведения и преобладанием тревоги, раздражительности, возбудимости, гневливости целесообразно назначать небольшие дозы "малых" нейролептиков (алимемазин, перициазин, тиаприд, тиоридазин), которые благодаря не выраженным психотическим и преимущественно анксиолитическим и седативным свойствам способствуют углублению и улучшению ремиссии.

Использование "малых" нейролептиков также показано при истерической симптоматике, при обсессивно-фобических расстройствах и в период воздержания от

алкоголя.

Нейролептики достаточно часто применяют при вторичном алкоголизме (сочетание психических заболеваний и алкоголизма), в тех случаях, когда злоупотребление алкоголем связано с определённой фазой течения основного заболевания и является его симптомом (вторичный симптоматический алкоголизм), а также в случаях, когда симптоматика алкогольного заболевания (на фоне психического расстройства) полностью отрывается от основного заболевания и развивается по тем же патогенетическим механизмам, что и первичный хронический алкоголизм (вторичный истинный алкоголизм).

Наиболее часто нейролептики используют при лечении больных шизофренией и МДП (биполярным аффективным расстройством), страдающих алкоголизмом. В зависимости от выраженности психотических расстройств и особенностей клинической картины назначают как "большие" нейролептики с глобальным и/или избирательным антипсихотическим действием (хлорпромазин, галоперидол, левомепромазин, трифлуоперазин и др.), так и препараты из группы "малых" нейролептиков (алимезазин, перициазин и др.).

Особого внимания требует лечение больных с расстройствами личности, сочетающейся с алкоголизмом. Особенности терапии обусловлены трудностями, возникающими при лечении этой группы больных в связи с их импульсивностью, эмоциональной неустойчивостью, неспособностью длительное время сохранять правильное поведение, что зачастую приводит к рецидиву. Таким больным целесообразно назначать "малые" нейролептики, в течение длительного времени, подбирая их строго индивидуально в каждом случае.

Особое место при лечении больных психопатией, сочетающейся с алкоголизмом, занимает "малый" нейролептик – неуптил (корректор поведения), оказывающий воздействие не только на продуктивную симптоматику, но достаточно интенсивно нормализующий поведение.

К нейролептикам относят активные антипсихотические препараты, обладающие общеуспокаивающим действием, устраняющие психомоторное возбуждение, аффективную напряженность, подавляющие чувство страха, ослабляющие агрессивность. Основной направленностью их действий является способность подавлять и ликвидировать активные психотические симптомы и синдромы – галлюцинации, бред, психические автоматизмы и др. Благодаря этим свойствам они являются основными лекарственными средствами при лечении алкогольных психозов. Наряду с этим нейролептики в сочетании с другими психотропными препаратами широко используются при купировании запойных состояний, абстинентных явлений у больных алкоголизмом и наркоманиями, коррекции поведения на этапах реабилитации. Арсенал нейролептических средств разных химических групп достаточно велик. В справочнике М.Д. Машковского (1994) их 26 и каждый имеет до 10–20 синонимов. Тем не менее, создаются новые препараты и аналоги уже существующих, а также комбинированные препараты.

Современная классификация антипсихотиков включает следующие группы препаратов.

1. Фенотиазины и другие трициклические производные: а) алифатические (промазин/пропазин; хлорпромазин/аминазин; левомепромазин/тизерцин; алимемазин/тералиджен); б) пиперидиновые (перициазин/неуптил; тиоридазин/сонапакс); в) пиперазиновые (перфеназин/этаперазин/трилафон; прохлорперазин/метеразин; тиопроперазин/мажептил; трифлуоперазин).

2. Тиоксантены: зуклопентиксол/клопиксол; флупентиксол/флуонксол;

хлорпротиксен/труксал.

3. Бутирофеноны: галоперидол.

4. Замещённые бензамиды: сульпирид/эглонил; сультоприд/топрал;
амисульприд/солиан.

5. Производные дибензотиазепина: клозапин/азалептин; оланзапин/зипрекса;
кветиапин/сероквель/лаквель.

6. Дифенилбутилпиперидины: арипипразол/абилифай.

7. Производные фенилиндола: сертиндол/сердолект.

8. Бициклики: зипрасидон/зелдокс.

9. Производные бензизоксапзола: рисперидон/рисполепт, инвега, риссет.

Прохлорперазин (Prochlorperazin) – производное фенотиазина, активное вещество малеат прохлорперазина, обладает антипсихотической и выраженной противорвотной активностью. Ослабляет психотическую симптоматику и одновременно оказывает активирующее (энергезирующее) действие. Обладает кумулятивным эффектом.

Показания к применению и дозы

Препарат назначают внутрь по 5-10 мг 3–4 раза в день; в капсулах ретард по 15 мг 1 раз в день; внутримышечно по 5-10 мг (1–2 мл) 3–4 раза в день; внутривенно капельно в дозе 2,5-10 мг (0,5–2 мл) со скоростью не более 5 мг в минуту (суммарная суточная доза до 40 мг). Суточная доза – до 150 мг.

Побочные действия

Из побочных действий возможны сонливость, экстрапирамидные расстройства, двигательное возбуждение, нарушение мышечного тонуса, тремор, затруднение глотания, развитие злокачественного нейролептического синдрома; артериальная гипотония, запор, атония толстой кишки, лейкопения, агранулоцитоз, задержка мочеиспускания.

Противопоказан при одновременном применении препаратов, угнетающих центральную нервную систему (наркотические анальгетики, барбитураты, алкоголь). С осторожностью назначается больным глаукомой.

Форма выпуска: таблетки по 0,005 г, 0,01 г и 0,025 г по 100 шт. в упаковке; капсулы ретард (Spansule) по 0,01 г, 0,015 г по 50 штук в упаковке; сироп (1 мл – 0,005 г активного вещества) во флаконах по 113,4 г; раствор для инъекций 2 мл и 10 мл (1 мл – 0,005 г активного вещества) во флаконах по 1 штучке в упаковке (или в одноразовом шприце); свечи ректальные по 0,0025 г, 0,005 г и 0,025 г по 12 штук в упаковке Smithkline Beecham, Великобритания.

Синонимы: Тразин (Trazin), San Pharmaceutical, Индия; Компазин (Compazine), Smithkline Beecham, Великобритания.

Тиоридазин (Thioridazine) – активное вещество гидрохлорид тиоридазина. В малых дозах оказывает анксиолитическое действие, снижает чувство напряженности, тревоги, обладает антидепрессивной активностью. В более высоких дозах проявляет свойства нейролептика. Оказывает умеренное антипсихотическое, противорвотное, антигистаминное, адреноблокирующее, холиноблокирующее действие. Показан при эндогенных психозах, неврозах, психомоторном возбуждении различного генеза, алкогольном абстинентном синдроме, абстинентном синдроме при токсикоманиях.

В клинике алкоголизма тиоридазин применяют как для купирования похмельного синдрома, так и с целью пролонгирования ремиссий (предупреждение рецидивов)

Положительное действие тиоридазина особенно выражено при алкогольном абстинентном синдроме с преобладанием аффективных нарушений в виде тревожно-депрессивных или астено-депрессивных расстройств. В ремиссиях препарат наиболее эффективен при сочетаниях алкоголизма с пограничными состояниями (психопатии, неврозы и др.). При назначении препарата в малых дозах отмечается активирующее действие, в связи с чем он эффективен при депрессиях с астено-динамическими проявлениями. При повышении доз тиоридазин оказывает умеренно выраженное седативное действие и может применяться при терапии больных алкоголизмом с психопатоподобными расстройствами в виде раздражительности, вспыльчивости, возбудимости. Назначение тиоридазина в ремиссиях позволяет купировать периодически появляющееся влечение к алкоголю с сопутствующими психопатологическими расстройствами (дисфории, истерические проявления, возбудимость и т. д.).

Способ применения и дозы

Препарат назначают в дозах 0,01-0,05 г 3–4 раза в сутки, а также в ретардиновой форме 1 раз в день.

Побочные действия

Возможны сонливость, паркинсонизм, моторная возбудимость, сухость во рту, тошнота, понос. При длительном применении могут наблюдаться экстрапирамидные расстройства.

Противопоказан при острых депрессивных состояниях, тяжелых заболеваниях центральной нервной системы, сердечно-сосудистых расстройствах и болезнях печени.

Форма выпуска: таблетки по 0,01 г, 0,025 г, 0,05 г, 0,2 г.

Синонимы: Меллерил (Merlleril), Sandoz, Швейцария; Ридазин (Ridazin), Sun Pharmaceutical, Индия; Сонапакс (Sonapax), Polfa, Польша; Тиорил (Thioril), Torrent, Индия.

Трифлуоперазин (Trifluoperazine) – активное вещество трифлуоперазин, оказывает выраженное антипсихотическое, противорвотное действие, умеренный энергезирующий эффект.

При лечении тревожного синдрома назначают 1–2 мг 2 раза в день, продолжительность приема не более 2 недель.

В клинике алкоголизма препарат применяют для лечения острых и хронических галлюцинаторных и бредовых психозов, купирования психомоторного возбуждения, растерянности, лечения неврозо- и психопатоподобных нарушений, в сочетаниях с антидепрессантами применяют при развитии депрессивно-бредовых состояний.

Способ применения и дозы

Препарат назначают внутрь после еды. Разовая доза - 1–5 мг в начале курса и до 10–20 мг в период наиболее интенсивного лечения.

Побочные действия

Возможны нарушение сна, сухость во рту, агранулоцитопения.

Противопоказан при выраженном нарушении функции печени. С осторожностью назначают при глаукоме, во время лечения не следует употреблять алкоголь.

Форма выпуска: таблетки по 0,005 г и 0,01 г.

Синонимы: Апо-Трифлуоперазин (Аpo-Trifluoperazine), Apotex, Канада; Стелазин (Stelazin), Smithkline Beecham, Великобритания; Тразин (Trazine), Sun Pharmaceutical, Индия, Трифтазин (Triftazin), Россия.

Бенперидол (Benperidol) – активное вещество бенперидол. Оказывает антипсихотическое, седативное и противорвотное действие.

Центральный дофамино– и адреноблокатор. По спектру терапевтической активности близок к галоперидолу, но с более выраженным седативным и менее выраженным каталептогенным эффектом.

В клинике алкоголизма применяют для лечения больных алкогольными психозами. В малых дозах – для устранения невротоподобных и психопатоподобных нарушений.

Способ применения и дозы

Дозы индивидуальные, начальные суточные внутримышечные дозы – 1,0 – 2,5 мг, доза может постепенно увеличиваться (в течение недели) до 4,0 – 7,5 мг в сутки.

Продолжительность курса лечения варьирует от 4 дней до 1 месяца.

Побочные действия

Возможны экстрапирамидные расстройства с симптомами паркинсонизма.

Противопоказан при заболеваниях центральной нервной системы с пирамидной и экстрапирамидной недостаточностью. Следует с осторожностью назначать препарат больным с органическими заболеваниями центральной нервной системы, глаукомой, артериальной гипотонией.

Форма выпуска: раствор для инъекций в ампулах 0,1 % по 2 мл или 6 мл по 10 штук в упаковке. Grindex, Латвия.

Галоперидол (Haloperidol) – активное вещество галоперидол, производное бутирофенона (производное масляной кислоты, в котором группа ОН замещена фенильным радикалом). Один из наиболее активных нейролептиков, высокая антипсихотическая активность сочетается с противорвотным действием и умеренным седативным эффектом.

Способ применения и дозы

Препарат применяют для купирования алкогольного делирия и других алкогольных психозов, а также для устранения невротоподобных и психопатоподобных нарушений, влечения к опьянению.

Начальная доза 0,5 – 5 мг 2 – 3 раза в день, при необходимости дозу постепенно увеличивают. Поддерживающая доза – 5 -10 мг в сутки.

Побочные действия

Возможны экстрапирамидные расстройства, тахикардия, гипотензия, нарушение функции печени, тошнота, редко – анемия, агранулоцитоз.

Противопоказан при пирамидной и экстрапирамидной патологии центральной нервной системы, беременности. Потенцирует угнетающее влияние на центральную нервную систему алкоголя, наркотических анальгетиков, снотворных, антидепрессантов.

Форма выпуска: таблетки 0,0005 г и 0,0015 г; раствор для перорального применения (1 мл – 0,001 г) раствор для инъекций (1 мл – 0,005 г) в ампулах.

Синонимы: Апо-галоперидол (Apo-haloperidol), Apotex, Канада; Галопер (Haloper), СТ-Arzneimittel, Германия; Галоперидол (Haloperidol), АСР-Pharma, Франция, Gideon Richer, Венгрия; Norton Healthcare, Великобритания; Polfa, Польша; Weimer Pharma, Германия; Галоперидол-Ратиофарм (Haloperidol-Ratiopharm), Ratiopharm, Германия; Дипидол (Depidol), Torrent, Индия; Ридол (Ridol), J.R.. Sharma Overseas, Индия; Сенорм (Senorm), Sun Pharma ceutical, Индия; Сенорм – 5/10 (Senorm – 5/10), Sun Pharmaceutical, Индия.

Галоперидол-деcanoат (Haloperidol-decanoate) – препарат галоперидола пролонгированного действия. Максимальная концентрация в плазме отмечается на 3 день, устойчивый уровень концентрации может быть достигнут через 3 месяца.

В клинике алкоголизма применяют для лечения острых и хронических алкогольных психозов.

Способ применения и дозы

Один раз в 4 недели внутримышечно вводят дозу препарата, соответствующую 20 пероральным дозам (50-200 мг). Раствор для инъекций по 1 мл (0,05 г активного вещества) в ампулах по 1 и 5 штук.

Побочные действия

Со стороны ЦНС в начале терапии наблюдается сонливость. При более длительном применении галоперидола возможны акинезия, тремор, повышение мышечного тонуса и другие симптомы паркинсонизма. При длительном применении препарата возможно развитие поздней дискинезии.

Форма выпуска: ампулы 1 мл, содержащие 50 шт. действующего вещества, по 1 и 5 шт. в упаковке.

Синонимы: галоперидол-деcanoат (Haloperidol decanoate) – Гедеон Рихтер, Венгрия

Рисперидон (Risperidone) – активное вещество рисперидон. Нейролептик, производное бензизоксазола, блокатор центральных дофаминергических и серотонинергических рецепторов. Период полувыведения – 3 часа, а его активного метаболита – 24 часа.

Способ применения и дозы

> Показан при острых и хронических алкогольных психозах, с преимущественно с негативной процессуальной симптоматикой (отчетливое антидефицитарное и антипсихотическое действие).

Начальная доза – 1 мг 2 раза в день, ежедневную дозу постепенно увеличивают, максимальная суточная доза – 8 мг.

Побочные действия

Возможны нарушения сна, повышенная возбудимость, расстройства внимания, тошнота, запоры, редко – экстрапирамидные расстройства, ортостатическая гипотония, тахикардия. С осторожностью назначается при сердечно-сосудистых заболеваниях, нарушениях мозгового кровообращения, гиперволемии, болезни Паркинсона, эпилепсии. Не рекомендован при беременности.

Форма выпуска: таблетки по 1 мг, 2 мг, 3 мг, 4 мг по 20 и 60 штук в упаковке.

Синонимы: Риспердал (Risperdal), Janssen Pharmaceutica, Бельгия.

Сульпирид (Sulpiride) – активное вещество сульпирид, обладает умеренной нейролептической активностью в сочетании с некоторым стимулирующим и тимолептическим эффектом, не оказывает седативного действия, умеренное антисеротониновое действие, способствует улучшению кровоснабжения желудка, ускоряет восстановительные процессы в тканях.

Показан при алкогольных психозах, последствиях черепно-мозговой травмы, психосоматических заболеваниях (язвенная болезнь, колиты) и ипохондрических реакциях.

Способ применения и дозы

Назначается в дозах 0,1 – 0,6 г в сутки в 3 приема. Максимальная суточная доза -1,6 г.

Побочные действия

Возможны возбуждение, нарушение сна, повышение артериального давления, запоры. В отдельных случаях – экстрапирамидальная симптоматика, гиперпролактимения.

Противопоказан при гипертонической болезни, феохромоцитоме, беременности.

Форма выпуска: таблетки по 0,05 г, 0,1 г, 0,2 г; капсулы 0,05 г; сироп (1 чайная ложка содержит 0,025 г сульпирида), раствор для инъекций в ампулах (1 ампула содержит 0,1 г сульпирида).

Синонимы: Бетамак (Betamak), Sawai, Япония; Эглонил (Eglonil), Synthelabo Groupe, Франция.

Сультоприд (Sultoprid) – активное вещество сультоприд. Нейролептик с выраженным антипсихотическим и седативным действием.

Показан при маниакальных состояниях, психомоторном возбуждении при психозах, алкоголизме, алкогольных психозах, нарушениях поведения.

Способ применения и дозы

Назначают в дозе от 1 до 3 таблеток в сутки, для купирования острых приступов – 0,4–1,2 г, при необходимости внутримышечно от 2 до 4 ампул.

Побочные действия

Возможны тошнота, сонливость, диарея. Может сочетаться с антидепрессантами, транквилизаторами.

Форма выпуска: таблетки 0,4 г по 20 и 100 штук в упаковке; раствор для инъекций (1 ампула содержит 0,2 г сульпирида) по 30 штук в упаковке.

Синонимы: Топрал (Topral), Alkaloid, Македония.

Тиаприд (Tiapride) – активное вещество гидрохлорид тиаприда, нейролептическое средство из группы замещенных бензамидов. По фармакологическим свойствам близок к эглонилу. Обладает слабым антипсихотическим, выраженным противотревожным, анальгезирующим и противорвотным действием (что весьма полезно при купировании абстинентной симптоматики). Практически не вызывает экстрапирамидных расстройств, не метаболизирует в печени (что позволяет использовать его при алкогольных поражениях печени). Тиапридал также используется при лечении разнообразных гиперкинезов и тиков, что также весьма полезно при лечении алкогольного темора.

В клинике алкоголизма и наркомании тиаприд показан для купирования абстинентного синдрома, предделириозного и делириозного состояний, а также для проведения противорецидивного лечения для ослабления паталогического влечения и нормализации психопаталогических проявлений, в особенности таких, как конфликтность, раздражительность, плохо контролируемая агрессивность.

Способ применения и дозы

При психомоторном возбуждении назначают внутрь в дозе 0,2 – 0,3 г в сутки, в 2–3 приема. При делирии вводят внутримышечно или внутривенно каждые 4–6 часов, в суточной дозе 0,4–1,2 г. При клиренсе креатинина от 11 до 20 мл в минуту дозу тиаприда уменьшают вдвое.

Побочные действия

Возможны сонливость, экстрапирамидные нарушения, ортостатическая гипотензия.

Противопоказан при феохромоцитоме. Может усиливать действие средств, угнетающих функции центральной нервной системы (алкоголь, производные морфина,

антигистаминные препараты, барбитураты, бензодиазепины и др.).

Форма выпуска: таблетки по 0,1 г по 20 штук в упаковке; раствор для инъекций 2 мл (1 мл-0,05 г) в ампулах по 12 штук в упаковке.

Синонимы: Тиапридал (Tiapridal), Synthelabo Groupe, Франция; Тридал (Tridal), Alkaloid, Македония.

Эспазин плюс (Espazine plus) – активные вещества гидрохлорид трифлуоперазина и гидрохлорид бензгексола (1 таблетка содержит 0,005 г и 0,002 г активных веществ соответственно). Нейролептический препарат, фторированное пиперазиновое производное фенотиазина. Оказывает выраженное антипсихотическое действие. Бензгексол – блокатор центральных холинорецепторов, антипаркинсоническое средство, корректор экстрапирамидных нарушений, которые могут быть вызваны трифлуоперазином.

В клинике алкоголизма показан при психозах с нарушениями поведения у больных психическими заболеваниями и алкоголизмом.

Способ применения и дозы

Дозы индивидуальны. Начальная доза – 1 табл. 2 раза в сутки, через неделю доза может быть увеличена до 1 табл. 3 раза в сутки. Снижение дозы постепенное.

Противопоказан при беременности.

Форма выпуска: таблетки по 1 мг, 2 мг, 5 мг, 4 мг по 20 и 60 штук в упаковке, Janssen Pharmaceutica, Бельгия.

Алимемазин (Alimemazine) – производное фенотиазина, близкое по химическому строению левомепромазину. Обладает мощным антигистаминным эффектом, оказывает антисеротониновое, антиэметическое и адренолитическое действие. Проявляет выраженное действие на общий тонус вегетативной нервной системы и спазмолитическое действие на гладкую мускулатуру.

Общая и депримирующая активность алимемазина меньше, чем у хлорпромазина и левомепромазина. Оказывает нейролептическое и седативное действие, нормализует функции вегетативной нервной системы, улучшает настроение.

Применяется для лечения психотических и непсихотических депрессий с преобладанием тревоги, аффективного напряжения, ажитации, для лечения невротических и невротоподобных состояний различного генеза.

В клинике алкоголизма алимемазин может быть рекомендован для лечения психотических и непсихотических нарушений алкогольного генеза, сопровождающихся тревожной депрессией, ипохондрическими и вегетативными расстройствами, нарушениями сна. Препарат малотоксичен и практически не вызывает экстрапирамидных расстройств, в связи с чем может назначаться больным алкоголизмом пожилого возраста и с соматической отягощенностью. Основные показания для назначения препарата: ААС, предделириозное состояние, депрессии, сочетающиеся с алкоголизмом.

Способ применения и дозы

Применяется внутрь и парентерально (при наличии психотических расстройств для более быстрого достижения терапевтического эффекта).

Терапевтические дозы – от 50 мг до 400 мг в сутки, максимальная доза – 600 мг в сутки. При купировании похмельных и предделириозных состояний препарат вводится парентерально (внутримышечно и внутривенно) в дозах 100–200 мг в сутки. При амбулаторном лечении назначается внутрь в дозах 15–75 мг в сутки на 2–3 приема.

Побочные действия

Препарат хорошо переносится больными, в отдельных случаях могут наблюдаться сонливость и вялость.

Противопоказан при острых воспалительных заболеваниях печени и почек.

Форма выпуска: ампулы по 5 мл (1 ампула содержит 25 мг препарата); таблетки по 5 мг; флаконы по 30 мл 4% раствора (1 капля содержит 1 мг препарата).

Синонимы: Валерган (Valergan); Терален (Theralene), RHONE-POULENC RORER, США-Франция.

Метопфеназин (Methophenazin) – пиперазиновое производное фенотиазинового ряда, по химическому строению близок к этаперазину; по антигистаминному, холинолитическому, адренолитическому и гипотензивному действию сходен с аминазином, а нейролептическая активность метопфеназина превышает активность аминазина, при этом его токсичность в 3,5 раза меньше.

Препарат обладает седативно-транквилизирующим, своеобразным активирующим и собственно нейролептическим эффектами. В общей психиатрии метопфеназин применяют для лечения ступорозных состояний при приступообразно-прогредиентной шизофрении, при малопрогрессирующей шизофрении с апато-абулическими нарушениями.

Метопфеназин может применяться для лечения больных эндогенными депрессиями, сочетающимися с алкоголизмом, для лечения неврозоподобных и психопатоподобных состояний, имеющих в своей структуре депрессивную и астено-ипохондрическую симптоматику.

Способ применения и дозы

Препарат назначается в дозах 5-15 мг в сутки.

Побочные действия

Возможны бессонница, головокружение, экстрапирамидные нарушения с преобладанием явлений акатизии.

Для уменьшения экстрапирамидных нарушений назначаются корректоры (циклодол, акинетон и др.).

Противопоказан при тяжелых заболеваниях печени и почек, заболеваниях сердца с нарушением проводимости, гипотонии, эндокардите.

Форма выпуска – таблетки по 5 мг, ампулы по 1,0 мл 0,5 % раствора (5 мг).

Синонимы: Френолон (Frenolon), EGJS; Phrenolon, Венгерская республика.

Перфеназин (Perphenazine) – производное фенотиазина, обладает адренолитическим, холинолитическим, антигистаминным, мощным противорвотным действием. Наряду с антипсихотическим и седативным действием, оказывает стимулирующее действие.

В клинике алкоголизма применяется при лечении затяжных алкогольных психозов. Показан при наличии у больных алкоголизмом неврозоподобных, психопатоподобных, апатических состояний. Может использоваться в качестве средства подавления первичного патологического влечения к алкоголю.

Способ применения и дозы

Применяется внутрь после еды. При лечении затяжных алкогольных психозов назначается в дозах 4-12 мг 1–2 раза в день с последующим повышением доз до 30–40 мг в сутки и одновременном назначении корректоров. При лечении неврозоподобных, психопатоподобных и апатических состояний у больных алкоголизмом, а также для

подавления первичного патологического влечения к алкоголю перфеназин назначается в дозах 4-20 мг в сутки.

Побочные действия

Препарат относится к наименее токсичным нейролептикам. Имеются отдельные указания на случаи анемии и лейкопении, быстро исчезающие после отмены препарата. Возможны экстрапирамидные неврологические нарушения средней выраженности.

Противопоказан при грубой органической недостаточности головного мозга, диэнцефальных расстройствах с вегетативными кризами, острых воспалительных заболеваниях печени и почек.

Форма выпуска: таблетки по 4 мг и 10 мг.

Синонимы: Этаперазин (Aethaperazinum), Россия.

Перициазин (Periciazine) – производное фенотиазина, потенцирует действие наркотических, снотворных средств и анальгетиков. Обладает адренолитической и холинолитической активностью, противорвотным действием. Нейролептик с преобладанием седативного и незначительного антипсихотического действия, не оказывает выраженного общего угнетающего действия. Легкий седативный эффект препарата сочетается с выраженным воздействием на психопатические и психопатоподобные нарушения поведения.

Применяется для лечения психопатических и психопатоподобных состояний различного генеза, уменьшает тревогу, агрессивность, возбудимость.

В клинике алкоголизма препарат назначается для стабилизации ремиссии у больных с психопатическими и психопатоподобными нарушениями в виде повышенной раздражительности, дисфорических и дистимических проявлений, сопровождающихся влечением к алкоголю.

Способ применения и дозы

Назначается внутрь в капсулах и каплях в дозах 10–80 мг в сутки.

Побочные действия

Препарат хорошо переносится больными. Среди редких побочных эффектов могут наблюдаться вялость, сонливость, невыраженные экстрапирамидные нарушения.

Противопоказан при заболеваниях печени и почек с явлениями выраженной недостаточности, сердечно-сосудистых заболеваниях с явлениями декомпенсации, тромбозах.

Форма выпуска: капсулы по 10 мг; капли (во флаконах) – 10 мл 4% раствора (1 капля содержит 1 мг препарата).

Синонимы: Неулептил (Neuleptil), Torrent, Индия (по лицензии RHONE-POULENC RORER, США-Франция).

Хлорпромазин (Chlorpromazine) – производное фенотиазина, обладает выраженным адренолитическим действием, седативный эффект сопровождается уменьшением двигательной активности и некоторым расслаблением скелетной мускулатуры.

Применяется при состояниях психомоторного возбуждения у больных шизофренией, маниакально-депрессивным психозом, эпилепсией.

В клинике алкоголизма препарат назначается вне состояний опьянения и после купирования алкогольного абстинентного синдрома для снятия повышенной возбудимости, истерических, истероподобных и других психопатических и психопато-

подобных расстройств, сопровождающихся» патологическим влечением к алкоголю.

Способ применения и дозы

Для лечения больных алкоголизмом назначается внутрь или внутримышечно. Внутрь принимается после еды (для уменьшения раздражающего действия на слизистую желудка) в дозах 0,025-0,075 г в сутки, внутримышечно – 1–4 мл 2,5 % раствора (под контролем артериального давления).

Побочные действия

При парентеральном введении препарата возможно развитие коллаптоидного состояния; при длительном применении может развиваться нейролептический синдром или нейролептическая депрессия.

Противопоказан при заболеваниях печени (циррозе и др.), почек, нарушениях функции кровеносных органов, прогрессирующих заболеваниях головного и спинного мозга, язвенной болезни в стадии обострения, миокардиодистрофии, гипотонии, ревмокардите, в состоянии алкогольного, наркотического или лекарственного опьянения, при алкогольном абстинентном синдроме, опиоидном абстинентном синдроме, в депрессивном состоянии.

Во время лечения необходимо контролировать систему крови, включая индекс протромбина, исследовать функции печени и почек.

Форма выпуска: таблетки (драже) по 0,025 г, 0,05 г, 0,1 г; в ампулах по 1 мл, 2 мл, 5 мл 2,5 % раствора.

Синонимы: Аминазин (Ammazinum); Ларгактил (Largactil); Торазин (Thorazine).

Пимозид (Pimozide) – производное дифенил-бутилпиперидина, обладает антипсихотической активностью с выраженным стимулирующим действием, относится к разряду мягко действующих нейролептиков. После однократного приема препарата внутрь эффект нарастает постепенно, достигает максимума через 2 часа и сохраняется на одном уровне 6 часов. Общая продолжительность действия однократной дозы препарата – 22–24 часа, что в 3 раза превышает продолжительность эффекта аминазина и в 1,5 раза – длительность эффекта галоперидола.

Применяется для лечения больных шизофренией с невротоподобными, депрессивными, галлюцинаторно-параноидными и апато-абулическими расстройствами.

В клинике алкоголизма применяется как симптоматическое средство в комплексной терапии алкогольных психозов с галлюцинаторно-параноидными расстройствами и эндогенных заболеваний, сочетающихся с алкоголизмом. Показан в период поддерживающего лечения и в ремиссиях при астено-динамических и аффективных расстройствах.

Способ применения и дозы

Назначается внутрь один раз в день, обычно утром в дозах 2-10 мг. При психотических состояниях терапию следует начинать с применения более мощного нейролептика (например, галоперидола), а в дальнейшем назначать пимозид.

Побочное действие

Препарат малотоксичен, хорошо переносится больными. При назначении высоких доз пимозида возможны экстрапирамидные расстройства, легко устраняемые корректорами.

Противопоказан при синдроме Паркинсона, тяжелых заболеваниях печени и почек с нарушением их функций.

Форма выпуска: таблетки по 1 мг и 4 мг.

Синонимы: ОРАП (ORAP), Gedeon Richter, Венгерская республика.

Хлорпротиксен (Chlorprothixen) – производное тиоксантена, оказывает транквилизирующее и антипсихотическое действие, усиливает действие снотворных и анальгетиков. Нейролептическое действие сочетается с антидепрессивным.

В клинике алкоголизма хлорпротиксен оказывает положительное действие при похмельных состояниях, сопровождающихся тревожно-боязливым аффектом, расстройствами сна. Может применяться в ремиссиях в качестве успокаивающего средства при расстройствах настроения с актуализацией патологического влечения к алкоголю, а также для коррекции невротоподобных и психопатоподобных расстройств.

Способ применения и дозы

Назначается внутрь и внутримышечно. В комплексе терапии похмельных явлений применяется в дозах 10-100 мг в сутки. В качестве поддерживающего лечения в ремиссиях используется в дозах 10–25 мг в сутки внутрь.

Побочные действия

Хлорпротиксен малотоксичный препарат и обычно хорошо переносится больными. В отдельных случаях могут наблюдаться сонливость, тахикардия, гипотония.

Экстрапирамидные нарушения наблюдаются редко.

Противопоказан при отравлениях алкоголем и снотворными, при гипотонических состояниях и острых воспалительных заболеваниях печени.

Форма выпуска: Труксал (Truxal); Хлорпротиксен (Chlorprothixen), LECNIVA, Чехия.

Флуспирилен (Fluspirilen) – по спектру фармакологического действия сходен с галоперидолом. Относится к нейролептикам пролонгированного действия; 60 % разовой дозы препарата обнаруживается в организме через 7 дней после его введения. Наряду с антипсихотическим действием обладает растормаживающим и стимулирующим эффектом. Седативное влияние выражено слабо.

В клинике алкоголизма применяют в ремиссиях как противорецидивное средство. Препарат, купируя психопато– невротоподобные нарушения, аффективные расстройства и субпсихотические проявления, предотвращает развитие рецидива. В связи с особенностями спектра психотропного действия применение препарата в клинике алкоголизма сопровождается уменьшением астенических и адинамических расстройств.

Способ применения и дозы

Применяется парентерально в виде внутримышечных инъекций. Терапевтический эффект разовой дозы препарата длится 10–12 дней, поэтому наиболее оправданным является введение препарата 1 раз в неделю. Средняя недельная доза – 1-10 мг (для амбулаторных больных – 1–3 мг). Снижение дозы препарата до поддерживающей (1–3 мг) производится медленно. Ампулы перед применением встряхивают, вводят по возможности глубоко в мышцу.

В средних терапевтических дозах препарат обычно хорошо переносится. В некоторых случаях возможны экстрапирамидные явления.

Побочные действия

Проявляются через 12 часов и прекращаются через 24–48 часов. Экстрапирамидные реакции проходят при назначении корректоров.

Противопоказан при болезни Паркинсона, тяжелых заболеваниях печени и почек.

Форма выпуска: ампулы по 2 мл.

Синонимы: ИМАП (IMAP), Gedeon Richter, Венгрия

Флуфеназин-деcanoат (Flufenazine-decanoate) – производное фенотиазина-нейролептик пролонгированного действия, которое обусловлено замедленным гидролизом препарата в организме и постепенным отщеплением флуфеназина от decановой кислоты. По сравнению с другими пролонгами характеризуется быстрым начальным действием – уже спустя несколько часов после однократной инъекции, а также длительным эффектом – от 1 до 3–4 недель.

По фармакологическим свойствам близок к непролонгированному аналогу – флуфеназину гидрохлориду и другим фенотиазиновым производным. Действуя на гипоталамус, он угнетает мезенцефальную активирующую систему. Психотропная активность определяется выраженным антипсихотическим действием. Препарат обладает влиянием на инертные психопатологические структуры: обсессивно-фобические, галлюцинаторные, бредовые. Активирующее действие препарата обуславливает его эффективность при лечении хроническим апато-абулических состояний.

В клинике алкоголизма применение препарата показано в качестве средства, подавляющего первичное патологическое влечение к алкоголю.

Способ применения и дозы

Применение больным со злокачественным, безремиссионным течением алкоголизма показано в условиях стационара в дозах 0,5–1 мл 2,5 % раствора внутримышечно – 1 раз в 1–3 недели. Для предупреждения возникновения экстрапирамидных расстройств на все время лечения препаратом назначаются корректоры – циклодол по 0,002 г 2–3 раза в день.

Побочные действия

Могут быть вызваны передозировкой препарата, явлениями индивидуальной его непереносимости. Наиболее часто отмечаются экстрапирамидные расстройства в виде акатизии, паркинсонизма, гиперкинезов. Эти явления требуют назначения корректирующей терапии. Прочие побочные явления сравнительно редки, преимущественно это вегетативные нарушения (тошнота, потеря аппетита, гиперсаливация, полиурия, потливость, тахикардия, задержка мочеиспускания, колебания артериального давления).

При лечении периодически необходимо проводить контроль деятельности печени и почек, картины крови.

Противопоказан при подкорковых мозговых поражениях, нарушении центральной терморегуляции, коматозных состояниях, острых и хронических заболеваниях печени и почек с нарушением их функции, заболеваниях сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации, лейкопении, состояниях острой депрессии. С осторожностью следует назначать препарат при наличии судорожных пароксизмов в анамнезе.

Форма выпуска: ампулы по 1 мл 2,5 % масляного раствора (в одной ампуле содержится 25 мг препарата). KRKA, Словения (в сотрудничестве с Sguibb & Sons, США).

Синонимы: Фторфеназин-деcanoат (Phthorphenazinum– decanoate) Флуфеназин-деcanoат (Phluphenazinum – decanoate); Лиоген-ретард (Lyogen-retard), Модитен-депо (Moditen-depo).

Таким образом, как отмечалось выше, использование антипсихотиков в наркологии находится под большим сомнением. Ю.П. Сиволап (2012) отмечает: введение нейролептиков в схемы лечения зависимости не способствует повышению эффективности терапии; во всяком случае, до сих пор не представлено научных доказательств обратного,

и весьма сомнительно, что это когда-либо станет возможным. Следует подчеркнуть, что отраженные в инструкциях перечни показаний к применению нейролептиков не включают алкогольную или наркотическую зависимость (определенное исключение представляет тиаприд, в перечне показаний к применению которого упомянуты синдром отмены алкоголя, синдром отмены алкоголя с делирием и алкогольные психозы). Таким образом, назначение нейролептиков пациентам наркологической клиники не только противоречит принципам рациональной фармакотерапии, но и является нарушением действующих законодательств Российской Федерации и Украины. Фундаментальным теоретическим основанием для активного применения нейролептиков в лечении аддиктивных болезней служит распространенное в отечественной наркологии (но, следует заметить, не выходящее за его пределы) учение о так называемом синдроме патологического влечения к ПАВ – психопатологическом феномене, не рассматриваемом ни в одном из глоссариев ВОЗ или авторитетных профильных зарубежных учебников и руководств.

A.R. Maher и соавторы (2011) на основе метаанализа данных 170 контролируемых клинических исследований с применением восьми атипичных нейролептиков (рисперидона, оланзапина, кветиапина, арипипразола, zipрасидона, асенапина, илоперидона и палиперидона) не по прямому назначению (off-label) делают вывод об отсутствии превосходства перечисленных препаратов над плацебо в лечении зависимости от ПАВ.

Ноотропы

Ноотропы (от «ноос» – мышление, разум; «тропос» – стремление, средство), по определению Giurgel (1972 г), это вещества, оказывающие специфическое влияние на высшие интегративные функции мозга, стимулирующие обучение и память, улучшающие умственную деятельность и кортикально-субкортикальные связи, а также повышающие устойчивость мозга к повреждающим факторам. Одновременно в фармакологических исследованиях пирацетама – родоначальника класса ноотропов – было установлено, что наряду с выраженным положительным влиянием на нейрометаболизм и энергетику мозга в его психофармакологическом спектре отсутствуют какие-либо свойства, определяемые по типам обычного фармакологического скрининга. Последующие исследования позволили выяснить, что основой механизма действия этих препаратов является их свойство активировать (без последующего истощения) нейрометаболические процессы, преимущественно в центральной нервной системе, а также уменьшать или нивелировать последствия гипоксии мозга, защищая его клетки от отрицательного экзогенного воздействия негативных факторов различного генеза.

В связи с этим особенности психотропного эффекта ноотропов (установленные при исследовании пирацетама как эталонного препарата) включают в себя следующее:

- улучшение процессов обучения и памяти у животных как в норме, так и при патологических нарушениях (травмы черепа, гипоксии, интоксикации), в том числе в процессе естественного физиологического старения;
- облегчение межполушарной транскаллазарной передачи в головном мозге (способствуя как межполушарному, так и внутриполушарному переносу информации);
- повышение тонуса коры головного мозга, кортико– субкортикального контроля (торможение центрального нистагама, повышение механизма консолидации на спинальном

уровне);

- повышение устойчивости головного мозга к повреждающим факторам (гипоксия, химические агенты) (Giurgea, 1976; Scandia, 1977, 1979; Vootropil, 1977).

Различные механизмы действия ноотропных препаратов (воздействие на гаммергическую систему, влияние на гемодинамические и реологические свойства крови, усиление общеэнергетического действия на организм в целом и на центральную нервную систему в частности и др.) вызывают определённые трудности в классификации веществ с ноотропным действием. В связи с чем, в ряде работ (Г.В. Ковалев, 1990 г) к этой группе лекарственных средств относят следующие препараты:

Таблица № 2.5

Классификация веществ с ноотропным действием

1. Производные пирромидона	пирацетам, этирацетам, анирацетам, оксирацетам, прамирацетам, дипрацетам, ползирацетам и др.
2. Производные диметиламино-ноэтанола	диметиламиноэтанол, диманол, ацетоюмат, эуклидан, меклофеноксат и др.
3. Производные пиридоксина	пиритинол, гутамин
4. Производные ГАМК	никотинол ГАМК, фенибут, пантогам, гаммалон, натрия
5. Цереброваскулярные средства	ницерголин, винпосетин, винкамин, хидергин и др.
6. Нейропептиды и их аналоги	АКТГ и его фрагменты, вазопрессины и окситацин, тиролиберин и меланостанин, эндогенные опиоиды,
7. Антиоксиданты	2-этил-6-метил-3-оксипиридин, ионол, метадоксил
8. Разные вещества с компонентом ноотропного действия	этимизол, оротовая кислота, метилглюкооротат, оксилитацил, нафтидрофурил, ксантинолникотинат, женьшень, лимонник и др.

В целом подобное расширение группы ноотропных препаратов представляется достаточно спорным. Скорее можно говорить о ноотропах и препаратах, в спектре действия которых выявляется ноотропоподобный эффект.

К ноотропным средствам целесообразно относить препараты, терапевтическое действие которых определяется в соответствии с классификацией, предложенной А.А. Ниссом (1984), 12 факторами клинической активности (табл. 2.6).

Таким образом, особенности терапевтического действия ноотропов определяют их широкое использование при лечении больных алкоголизмом как в острых состояниях, так и для поддерживающей терапии. Большое значение ноотропная терапия приобретает при алкогольной энцефалопатии.

Особое значение имеет использование ноотропов для купирования ААС, алкогольного делирия; при атипичных алкогольных психозах на фоне сосудистых заболеваний, при лечении больных пожилого возраста; при вторичном алкоголизме, сочетающемся с органическим поражением центральной нервной системы.

Таблица № 2.6

Терапевтическая селективность ноотропов

1. Психостимулирующее действие.	Влияние на апатию, гипобулию, аспонтанность, бедность побуждений, психическую инертность, психомоторную заторможенность
2. Антиастеническое действие	Влияние на слабость, вялость, истощаемость, явления физической и психической астении
3. Седативное транквилизирующее действие.	Влияние на раздражительность, эмоциональную слабость
4. Антидепрессивное действие.	Влияние на сниженное настроение
5. Действие, повышающее уровень бодрствования,	Влияние на угнетённое и помраченное сознание
6. Антиэпилептическое действие.	Влияние на эпилептическую пароксизмальную активность
7. Ноотропное действие.	Влияние на задержку развития или нарушения высших корковых функций, уровень суждения и критических возможностей, укрепление кортикального контроля и субкортикальных уровней активности
8. Мнемоторное действие.	Влияние на память, обучаемость
9. Адаптогенное действие.	Влияние на толерантность к различным экзогенным факторам, в том числе медикаментам
10. Вазовегетативное действие.	Влияние на головную боль, головокружение, вегетативную неустойчивость при церебрастеническом синдроме
11. Антипаркинсоническое действие	Влияние на экстрапирамидные паркинсонические расстройства, гипокинето-гипертонический синдром
12. Антидискинетическое	Влияние на экстрапирамидные дискинетические

Эта группа расстройств обусловлена отрицательным полифакторным воздействием на организм человека (интоксикация, центральное гипоксическое действие, нарушение нормального функционирования внутренних органов и систем и др.), что исключает или резко затрудняет возможность адекватного использования ряда эффективных лекарственных средств. Поэтому ноотропы, в первую очередь, выступают как препараты антигипоксические, нейропротекторные и адаптогены к воздействию негативных экзогенных факторов.

Назначение ноотропов приводит не только к улучшению нейрометаболических процессов, нормализации вегетативных проявлений, но и к повышению толерантности, в частности, к центральной гипоксии и применяемым лекарственным средствам. Наиболее часто таким больным назначают пирацетам и ороцетам, как правило, в больших дозировках.

Длительная поддерживающая терапия ноотропами проводится меньшими дозами и направлена на нормализацию интеллектуально-мнестических расстройств, уменьшение астенических и тревожных проявлений, улучшение настроения, т. е. на коррекцию расстройств, возникающих в результате церебрастении алкогольного генеза или невротических расстройств в ремиссии. Соответственно, основанием для назначения ноотропов является знание особенностей спектра психотропной активности каждого из них.

Наиболее выраженное позитивное воздействие на группу интеллектуально-мнестических расстройств отмечено у пирацетама; стимулирующие свойства в большей степени выражены у пиридитола, ацефена, бемитила и аминалона; транквилизирующее и противосудорожное действие характерно для фенибута, пикамилона, пантогама и натрия оксибутирата.

Наряду с этим имеются данные об уменьшении числа и выраженности побочных эффектов психотропных препаратов при их сочетании с пирацетамом, пиридитолом, фенибутом и пантогамом.

Таким образом, к широко используемым в наркологической практике ноотропам относят: пирацетам, пантогам, пиридитол, пикамилон, аминалон, фенибут, ороцетам, фезам, натрия оксибутират.

Аминобутировая кислота (Aminobutyric acid) – активное вещество ГАМК способствует удалению токсических веществ – продуктов распада белка, активизирует биохимические процессы мозга, связанные с обменом глюкозы и образованием ацетилхолина. Является одним из возможных тормозных медиаторов нервного возбуждения. Способствует нормализации динамики нервных процессов в головном мозге, повышает продуктивность мышления, улучшает память, оказывает мягкое стимулирующее действие.

Показан при сосудистых заболеваниях головного мозга (атеросклероз, гипертоническая болезнь); хронической церебрально-сосудистой недостаточности; при динамических нарушениях кровообращения, в постинсультных и посттравматических периодах с целью повышения двигательной и психической активности больных.

Рекомендован также для лечения эндогенных депрессий с явлениями астении, заторможенности и затруднениями умственной деятельности.

В клинике алкоголизма препарат применяют при постабстинентных и постделириозных состояниях, астении, астено-депрессивных, апатических и депрессивных состояниях, а также при алкогольной энцефалопатии, алкогольных полиневритах, слабоумии.

Способ применения и дозы

Препарат назначают внутрь в виде таблеток по 0,25 г в таблетке. Терапевтические дозы - 1-1,25 г 3 раза в день. Курс лечения – от 2–3 недель до 2–4 месяцев.

Побочные действия

Малотоксичен. Серьезных побочных действий при применении препарата не наблюдается, в отдельных случаях возможны нарушения сна.

Форма выпуска – таблетки, покрытые оболочкой по 0,25 г. Синонимы: Гаммалон (Gammalon), Daiichi, Япония. Аминалон (Aminalon) Акрихин, Россия.

Пикамилон (Picamilonum) (изоникотиноил-гамма-оксимасляная кислота) является комбинированным препаратом, имеющим в своем составе гамма-оксимасляную кислоту (ГОМК) и производное никотиновой кислоты. ГОМК является продуктом обмена гамма-

аминомасляной кислоты (ГАМК), одного из главных тормозных медиаторов центральной нервной системы. Оказывает транквилизирующий, седативно-гипнотический эффекты. Наличие производного никотиновой кислоты в составе пикамилона обуславливает центральное сосудорасширяющее действие препарата и ноотропный эффект.

Пикамилон следует назначать больным хроническим алкоголизмом вне острого периода абстиненции для коррекции пограничных психопатологических расстройств. Эффективность его в период синдрома похмелья уступает другим транквилизаторам (диазепам).

Наиболее адекватно применение препарата у больных с астено-невротическими расстройствами в структуре патологического влечения к алкоголю – при астении, эмоциональной лабильности, напряженности, гиперестезии, неустойчивом фоне настроения. На фоне 7-10-дневного приема препарата у больных исчезают тревожность, редуцируется астения, они становятся более спокойными, выдержанными, отсутствует аффективная лабильность, нормализуется ночной сон (сокращается время засыпания, увеличивается глубина сна).

В клинике алкоголизма препарат назначают в период алкогольного абстинентного синдрома для устранения общей слабости, вялости, чувства тревоги.

Наличие ноотропного эффекта в спектре действия пикамилона определяет эффективность его курсового применения у больных хроническим алкоголизмом, перенесших черепно-мозговую травму с явлениями энцефалопатии. Ноотропные эффекты пикамилона возникают после 2-3-кратных курсов применения препарата и проявляются в виде улучшения памяти, повышения общего тонуса нервной системы.

Способ применения и дозы

Препарат применяют внутрь. Рекомендуемая доза препарата – 2 мг на 1 кг веса в сутки, что составляет в среднем 2–3 таблетки в день в течение 2-3-х недель, с возможным повторением курса лечения пикамилоном через 1–2 недели.

Побочные действия

На 5-7-й день приема может появиться легкая дневная сонливость, не нарушающая, однако, активной деятельности. У отдельных больных на фоне 10-дневного применения препарата возможно развитие острого интоксикационного синдрома в виде головной боли, тошноты, рвоты, диспепсии. В единичных случаях к концу первой недели приема препарата возможно снижение количества потребляемой пищи за счет повышения порога насыщения без изменения аппетита.

Противопоказан при заболеваниях печени (гепатиты, циррозы) и почек. Не рекомендуется прием пикамилона в период декомпенсации сахарного диабета.

Форма выпуска – таблетки по 0,01 г, 0,02 г, 0,05 г по 30 штук в упаковке. Акрихин, Россия; Мосхимфармпрепараты, Россия.

Ноотропил (Nootropil) – активное вещество пирацетам, производное ГАМК, оказывает положительное влияние на обменные процессы и кровоснабжение мозга. Оказывает защитное действие при повреждениях головного мозга, при гипоксии, интоксикациях. Улучшает интегративную деятельность мозга и памяти.

В клинике алкоголизма при использовании ноотропила в комплексе средств купирования алкогольного абстинентного синдрома снижается выраженность церебральных сосудистых расстройств, уменьшается головокружение, прекращаются головные боли, а в постабстинентном периоде уменьшаются апатия, сонливость,

истощаемость. Включение ноотропила в комплекс средств купирования алкогольного абстинентного синдрома позволяет провести лечение больных в амбулаторных условиях.

Способ применения и дозы

При купировании алкогольного абстинентного синдрома ноотропил назначается по 0,8 г (2 капсулы или 4 таблетки) 3–4 раза в день, суточная доза – до 3,2 г, а при тяжелых явлениях похмелья в стационарных условиях – внутримышечно по 5 мл 20 % раствора (1 г препарата в ампуле) 2–3 раза в день или в сочетании с приемом внутрь.

При предделириозных состояниях и алкогольных делириях, при состояниях наркотической абстиненции ноотропил вводят внутримышечно или внутривенно по 10 мл 20 % раствора (2 г) 2 – 3 раза в день, суточная доза до 6 г. Применение препарата ускоряет окончание делириозных состояний, уменьшает количество осложнений, астенических проявлений в постделириозном периоде. После улучшения состояния больных переводят на приём ноотропила внутрь в дозах 1,2–2,4 г в день.

При алкогольных психоорганических нарушениях рекомендуются высокие дозы ноотропила – до 2,4 г в день.

Ноотропил целесообразно применять на этапе активной противоалкогольной терапии для облегчения отрицательных последствий активных сеансов лечения, дозы, как и при курсовом лечении хронических состояний, – 0,4–0,8 г 3 раза в день в течение 3 недель, с последующим снижением доз на длительный срок, до 2 – 6 месяцев.

Побочные действия

Выявлено нерезко выраженное стимулирующее действие ноотропила – синдром гиперстимуляции, взбудораженность, раздражительность, нарушения сна; в этой связи ноотропил больным алкоголизмом рекомендуется назначать в первую половину дня.

При длительном курсовом лечении возможны диспептические явления, которые проходят при дальнейшем снижении доз или отмене препарата.

Противопоказан при тяжелой почечной недостаточности, при клиренсе креатинина менее 20 мл в минуту. С осторожностью следует назначать препарат при беременности, при заболеваниях почек необходим постоянный контроль за показателями их функции.

Форма выпуска: капсулы по 0,4 г по 60 штук в упаковке. Таблетки, покрытые оболочкой, по 0,8 г, 1,2 г по 20 и 30 штук в упаковке. Раствор 20 % для перорального применения (1 мл содержит 0,2 г активного вещества) 125 мл во флаконах. Раствор 33 % для перорального применения (1 мл содержит 0,2 г активного вещества) в ампулах по 12 штук в упаковке. Раствор для инъекций 15 мл (1 мл содержит 0,2 г активного вещества) в ампулах, по 4 штуки в упаковке. Раствор для инъекций (1 мл раствора содержит 0,2 г активного вещества) в капельницах по 60 мл.

Синонимы: Ноотропил (Nootropil), UCB, Бельгия; Ноотропил (Nootropil), POLFA; Польша (по лицензии UCB), Ойкамид (Oikamid), PLIVA. Хорватия; Пирабене (Pirabene), LUDWIG MERCKLE, Австрия; Пурамен (Puramen), PHARMACHIM, Болгария; Пирацетам (Piracetam), АКРИХИН, Россия; Москхимфармпрепараты, Россия.

Ороцетам (Orocetam) – активные вещества пирацетам и оротовая кислота. Препарат с ноотропной активностью, пирацетам повышает резистентность клеток головного мозга к гипоксии и другим повреждающим факторам, оротовая кислота обладает антигипоксическим действием, активизирует обменные процессы.

Показан при нарушениях кровообращения и метаболизма мозга различного генеза, интоксикациях, применении препаратов, вызывающих гипоксию клеток мозга,

хроническом алкоголизме, токсикоманиях, алкогольном делирии, черепно-мозговых травмах.

Способ применения и дозы

При острой интоксикации вводится внутривенно, капельно в течение 6–8 часов. Максимальная однократная доза – содержимое 4 ампул. Затем переходят на внутримышечное введение содержимого 1–2 ампул 2–3 раза в день.

Побочные действия

Возможны редко – гипотензия, аллергические реакции.

Противопоказан при циррозах печени, асците, хронической почечной недостаточности. Препарат не назначают при остром инфекционном процессе.

Форма выпуска: раствор для инъекций в ампулах по 5 мл (1 мл раствора содержит 0,2 г и 0,01 г активных веществ – пираретама и оротовой кислоты), в упаковке 5 или 60 ампул. PHARMACIM, Болгария.

Фезам (Phezam) – активные вещества пираретам и циннаризин. Одна капсула содержит 0,4 г и 0,025 г активных веществ соответственно. Обладает выраженным антигипоксическим эффектом. Активирует метаболические процессы в головном мозге, расширяет мозговые сосуды.

Показан при интоксикациях, атеросклерозе мозговых артерий, состояниях после черепно-мозговой травмы, психогенных расстройствах.

Способ применения и дозы

Назначают по 1–2 капсулы 3 раза в день в течение 2–3 месяцев.

Побочные действия

Из редких осложнений возможны тошнота, диспептические явления, раздражительность, нарушения сна. Потенцирует эффекты ноотропов и адаптогенов, улучшает переносимость нейролептиков и антидепрессантов (трициклических).

Форма выпуска: капсулы по 0,5 г по 60 штук в упаковке. PHARMACIM, Болгария.

Пиритинол (Piritinol) – активное вещество гидрохлорид пиритинола. Ноотропное средство улучшает патологически сниженные обменные процессы в мозговой ткани, что связано с повышением усвоения и метаболизма глюкозы, обмена нуклеиновых кислот, активацией холинергических процессов. Стабилизирует клеточные мембраны, усиливает кровоток, повышает потребление кислорода тканями мозга. На ЭЭГ усиливается альфа-ритм при одновременном снижении тета- и дельта- активности. Способствует улучшению памяти. Показан при нарушениях мозгового кровообращения, интоксикациях, энцефалопатиях различного генеза.

Способ применения и дозы

Средняя доза 0,2 г (2 драже по 0,1 г или 10 мл сиропа, т. е. 2 столовые ложки) 3 раза в сутки. Продолжительность курса лечения – 2–6 недель.

Побочные действия

Возможны нарушения сна, редко – повышенная возбудимость, тошнота.

Противопоказан при выраженных нарушениях функции печени, почек, изменении картины периферической крови, миастении. С осторожностью назначать больным ревматоидным артритом.

Форма выпуска: драже 0,1 г по 50 и 100 штук в упаковке; сироп (5 мл содержит 0,0805 г пиритинола, что соответствует 0,1 г гидрохлорида пиритинола) во флаконах по 60 мл и

200 мл; таблетки по 0,1 г и 0,2 г по 10 штук в упаковке; сухое вещество для инъекций 0,2 г дигидрохлорида моногидрата пиритинола в ампуле и ампула с 2 мл растворителя, по 2 штуки в упаковке (после добавления растворителя вводят внутривенно в течение 5 часов в 500 мл 5% глюкозы). E. MERCK, Индия.

Синонимы: Энербол (Enerbol), POLFA, Польша; Энцефабол (Encéphabol), Индия; Пиридитол (Piriditol), Россия.

Фенибут (Fenibut) – по химической структуре это фенильное производное ГАМК. Обладает транквилизирующей активностью, уменьшает напряженность, тревогу, усиливает действие снотворных, наркотических и нейролептических средств. Задерживает снижение активности центральных серотонинергических процессов, повышает (сниженную алкоголем) концентрацию ГАМК в полушариях и мозжечке.

В клинике алкоголизма показан больным алкоголизмом в период алкогольного абстинентного синдрома, т. к. он увеличивает продолжительность фаз «медленного» и «быстрого» сна, уменьшает напряженность, чувство тревоги, страха.

Способ применения и дозы

Рекомендуемые дозы фенибута – 0,5 г утром, 0,5 г днем и 1,75 г на ночь, в течение острого периода алкогольного абстинентного синдрома. При курсовом и поддерживающем лечении дозы препарата – 0,5 г 3 раза в день, курс – 4–6 недель.

Форма выпуска: таблетки по 0,25 г по 50 штук в упаковке. Россия.

Натрия оксибутират (Natrii oxibutyras) – натриевая соль гамма-оксимасляной кислоты является продуктом обмена одного из главных тормозных медиаторов центральной нервной системы – гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) и по своим фармакологическим свойствам подобен последнему. Препарат хорошо проникает через гемато-энцефалический барьер и вызывает транквилизирующее действие, седативно-гипнотическое, ноотропное, улучшает мозговое кровообращение. Одним из важных клинических эффектов препарата является влияние на структуру сна, улучшение коронарного кровообращения.

В клинике алкоголизма натрия оксибутират рекомендуется применять для купирования абстинентного синдрома и коррекции психопатологических расстройств в период воздержания от алкоголя. Купирование астеновегетативных расстройств в структуре синдрома лишения следует начинать с первого дня абстиненции. Наиболее эффективной дозой первого дня является 2–3 мкг веса в сутки, что в среднем составляет 120–180 мл. На фоне приема препарата у больных исчезают тремор, слабость, вялость, потливость, головная боль. В некоторых случаях прием препарата может сопровождаться лёгкой эйфорией. Через 2–2,5 часа больные становятся более спокойными, уравновешенными, хорошо засыпают. В последующие дни рекомендуемая доза оксибутирата натрия - 1,5 мкг веса в сутки (80-100 мл). Через 3–4 дня состояние больных, как правило, нормализуется, выравнивается настроение, улучшается ночной сон, уменьшается эмоциональная лабильность.

В период воздержания от приема спиртного оксибутират натрия рекомендуется для лечения астеновегетативных расстройств, на фоне которых актуализируется влечение к спиртному. Наиболее эффективно назначение данного препарата больным с тревогой, раздражительностью, нестабильным настроением, нарушениями засыпания, прерывистым ночным сном. Через 5–8 дней пациенты становятся более спокойными, редуцируется

внутренняя напряженность, тревога, нормализуется сон, сокращается время засыпания.

Побочные действия

Одним из побочных эффектов препарата является развитие у отдельных больных сонливости, иногда возможно появление головной боли, тошноты, рвоты, диспепсии. При отмене препарата через 12 часов состояние нормализуется без дополнительной коррекции. При курсовой терапии длительностью свыше 12 дней возможно развитие элементов психической зависимости от препарата. Это проявляется, прежде всего, в поведении больных, которые просят повысить дозы, договариваются с другими больными с тем, чтобы "сдвоить" дозы, выпрашивают лекарство у среднего персонала и т. д., поэтому курс лечения данным препаратом не должен превышать 10–12 дней.

Противопоказан при пределириозных состояниях, так как в этих случаях при назначении небольших дозировок возможна экзacerbация симптоматики. Не следует применять препарат в случаях политоксикомании.

При быстром внутривенном введении возможны двигательное возбуждение, судорожные подёргивания, остановка дыхания.

Противопоказан при гипокалиемии, миастении.

Форма выпуска: 5 % сироп во флаконах по 400 мл, ампулы по 10 мл 20 % раствора, Россия.

Средства метаболического действия

В эту группу включены четыре отечественных препарата метаболического действия. Три из них (биотретин, глицин и лимонтар), как показали исследования последних лет, способствуют уменьшению первичного патологического влечения к алкоголю и смягчают проявления алкогольного абстинентного синдрома. Мексидол способствует купированию алкогольной интоксикации и смягчает неврологические и соматовегетативные проявления абстинентного синдрома при алкоголизме и наркоманиях.

Биотретин (Biotretin) – активное вещество треонин – L, содержит также пиридоксин (катализатор), поливинилпирролидон, лимонную кислоту, стеарат кальция. Является регулятором тканевого энергетического обмена в условиях низких концентраций эндогенного ацетальдегида. Противоалкогольное действие препарата связывается с его влиянием на дыхание митохондрий по типу изменения скорости окисления сукцината и оксibuтирата, возникающих под влиянием низких (близких к эндогенным) концентраций ацетальдегида. Появление патологического влечения к алкоголю часто сопровождается падением концентрации эндогенного ацетальдегида. Препарат дает возможность завести в клетку ацетальдегид, минуя оральный («спиртовой») путь. В организме биотретин разлагается с образованием ацетальдегида. Препарат наиболее эффективен при аффективных формах патологического влечения к алкоголю (субдепрессивные колебания настроения в виде подавленности, легкой тоскливости, неопределенного дискомфорта, раздражительности, но без чувства тревоги), при провоцировании патологического влечения к алкоголю чувством голода. Препарат менее активен при купировании ситуационно обусловленного влечения к алкоголю.

Противопоказания не известны.

Способ применения и дозы

Назначается по 1 таблетке (0,1 г) 2–5 раза в день в течение периода обострения влечения к алкоголю (5-10 дней).

Форма выпуска: таблетки по 0,1 г. Россия.

Глицин (Glycun) – аминокислотная кислота (заменимая аминокислота). Центральный нейромедиатор тормозного типа. Оказывает умеренное седативное действие. Улучшает метаболические процессы в тканях мозга, оказывает положительное влияние при мышечных дистрофиях. Ослабляет патологическое влечение к алкоголю, уменьшает аффективные, психопатологические и инсомнические проявления алкогольного абстинентного синдрома, а также депрессивные нарушения различного генеза.

Способ применения и дозы

Назначают по 0,1 г под язык. При алкогольном абстинентном синдроме препарат рекомендуется назначать по следующей схеме: одна таблетка, через 20 минут – вторая таблетка, через 1 час – третья таблетка, в дальнейшем одна таблетка 3 раза в день в течение 7-15 дней. Курсовая доза – до 3 г. Больным хроническим алкоголизмом при возобновлении патологического влечения к алкоголю во время ремиссии (влечение с беспокойством, тревогой, дискомфортом, раздражительностью) препарат назначается по одной таблетке 2–4 раза в день в течение всего периода обострения заболевания.

Противопоказаний не обнаружено.

Форма выпуска: таблетки 0,1 г по 10 или 50 штук в упаковке. Россия.

Синонимы: Гликокол (Glycocol), Гликозил (Glycozil), Гликоликсир (Glycolicsir), Аципорт (Aziport), Амитон (Amiton).

Лимонтар (Lymontar) – активные вещества янтарная кислота – 0,2 г, лимонная кислота (моногидрат) – 0,05 г, т. е. в соотношении 4:1. Препарат стимулирует секрецию желудочного сока и повышает экскреторную (кислотообразующую) функцию слизистой оболочки желудка, в связи с чем у больных хроническим алкоголизмом быстро улучшается аппетит, что и снижает алкогольную интоксикацию. Он оказывает большее влияние на метаболизм алкоголя, чем на процесс уменьшения всасывания.

Способ употребления и дозы

Перед употреблением таблетки растворяют в небольшом количестве воды.

Терапевтическая доза препарата – 3–5 таблеток в день, курс лечения – 2–4 дня.

Противопоказан при глаукоме, гипертонической болезни, в период обострения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Форма выпуска: таблетки по 0,25 г по 20 штук в упаковке. Россия.

Мексидол (MexidoD) – 3-окси-6-метил-2-этилпиридина сукцинат. Соль янтарной кислоты (сукцинат), соответствует эмоксипину. Ингибитор свободнорадикальных процессов (антиоксидант). Уменьшает токсический эффект алкоголя (устраняет гипоксию). Эффективен в качестве средства купирования неврологических и соматовегетативных проявлений алкогольного абстинентного синдрома и при наркоманиях.

Способ применения и дозы

Вводят внутримышечно или внутривенно струйно или капельно (60 капель в минуту). В качестве растворителя используется стерильная вода для инъекций. Начинают лечение с

дозы 100 мг 1–3 раза в сутки, постепенно доза повышается. Максимальная суточная доза не должна превышать 800 мг. При алкогольном абстинентном синдроме вводят 100–200 мг внутримышечно или внутривенно капельно 1–2 раза в сутки.

Побочные действия

Возможна сухость во рту.

Противопоказан при выраженных нарушениях функции печени и почек, аллергии к перидоксину.

Форма выпуска: ампулы с 5 % раствором по 2 мл (100 мг), таблетки по 125 мг, Россия.

Противосудорожные средства

При хроническом алкоголизме, запойных состояниях, алкогольном абстинентном синдроме у больных могут возникать судорожные припадки, как большие, так и малые. В этой связи им показаны противоэпилептические средства, эффективные при различных формах припадков. Вместе с тем, данные препараты ликвидируют или ослабляют аффективную напряженность, злобность и агрессивность пациентов, устраняют дисфорию, то есть упорядочивают их эмоциональную сферу, что приводит к нормализации поведения больных.

Малиазин (Maliazin) – активное вещество барбексаклон, противосудорожное средство со слабым центральным стимулирующим эффектом.

В клинике алкоголизма показан при судорожных припадках.

Способ применения и дозы

Начальная доза – 1 драже в день, затем постепенное повышение дозы до 300–400 мг в сутки.

Побочные действия

Возможны раздражительность, беспокойство, запоры; редко – нистагм, атаксия.

Противопоказан при острой алкогольной интоксикации, интоксикации снотворными, психотропными, обезболивающими препаратами, почечной порфирии, выраженном нарушении функции печени, тиреотоксикозе, закрытоугольной глаукоме, аденоме простаты, тахикардии, стенокардии. В связи с возможным понижением уровня кальция в крови необходим контроль за его содержанием и при необходимости введение витамина D.

Форма выпуска: драже 0,025 г, 0,1 г по 50 или 100 штук в упаковке. Knoll, Германия.

Вальпроевая кислота (Valproic acid) – активное вещество вальпроат натрия. Оказывает противосудорожное действие, обусловленное повышением содержания тормозного нейромедиатора гамма-аминобутировой кислоты (ГАБК) в центральной нервной системе, вследствие ингибирования фермента ГАБК-трансферазы.

В клинике алкоголизма показана при развернутых судорожных припадках и припадках локального типа.

Способ применения и дозы

Назначается 2–3 раза в день во время еды по 0,3 г; дозу постепенно увеличивают на 0,2 г в сутки с 3-дневным интервалом до 1,6 г в сутки.

Побочные действия

Возможны тошнота, атаксия, тремор, нарушение функции печени и поджелудочной железы, повышение уровня креатинина в сыворотке крови; редко – анемия, тромбоцитопения, лейкопения, увеличение времени кровотечения.

Противопоказан при беременности, нарушении функции печени и поджелудочной железы, геморрагическом диатезе. Во время лечения необходим контроль уровня протромбина, почечных проб. Препарат усиливает действие алкоголя, противосудорожных и психотропных средств.

Форма выпуска: таблетки 0,2 г, 0,3 г, 0,5 г по 100 штук в упаковке; капли для перорального применения, по 60 мл (1 мл-0,3 г) во флаконе.

Синонимы: Апилепсин (Apilepsin), KRKA, Словения; Депакин, (Depakine), Sanofi-Winthrop, Франция; Torrent, Индия; Депакин хроно (Depakine chrono), Sanofi-Winthrop, Франция; Конвулекс (Convulex), Leiras, Финляндия; Эвериден, (Everiden), Slovakofarma, Словакия; Энкорат (Encorate), Sun Pharmaceutical, Индия.

Карбамазепин (Carbamazepine) – активное вещество карбамазепин. Противосудорожное средство с широким терапевтическим диапазоном.

В клинике алкоголизма показан при судорожных и психомоторных формах припадков, дисфорических состояниях, полиморфных аффективных нарушениях, депрессивных и маниакальных состояниях, алкогольном абстинентном синдроме, в качестве средства купирования первичного патологического влечения к алкоголю.

Способ применения и дозы

Назначается в дозах 0,2–1,0 г в сутки (в 2 приёма).

Побочные действия

Возможны снижение аппетита, тошнота, сонливость, атаксия, нарушение аккомодации; редко – лейко-, тромбоцитопения, агранулоцитоз, гепатит, лимфо-аденопатия, гипо- или гипертензивный синдром.

Противопоказан при заболеваниях костного мозга, предсеречно-желудочковой блокаде, гематологических заболеваниях, выраженных нарушениях функции печени и почек, обмена натрия, нарушении сердечной деятельности, глаукоме, простатите. С осторожностью назначается больным пожилого возраста. Не сочетается с ингибиторами MAO, фуразолидоном.

Форма выпуска: таблетки 0,1 г, 0,2 г, 0,4 г, таблетки ретард 0,2 г, 0,4 г.

Синонимы: Апо-Карбамазепин (Apo-Carbamazepine), Apotex, Канада; Зептол (Zeptol), Sun Pharmaceutical, Индия; Карбамазепин (Carbamazepin), Hafslund Nycomed, Австрия; Карбамазепин-Тева (Carbamazepin-Teva), Teva, Израиль; Карбапин (Carbapin), Nemofarm, Югославия; Menon Pharma, Индия; Карбатол (Carbatol), Torrent, Индия; Мазепин (Mazepin), ICN Galenika, Югославия; Стазепин (Stazepin), Polfa, Польша; Тегретол CR (Tegretol[®]), Ciba-Geigy, Швейцария; Тегретол (Tegretol), Ciba-Geigy, Швейцария; Финлепсин (Finlepsin), AWD, Германия; Финлепсин 200 0 ретард (Finlepsin Retard), AWD, Германия; Эпиал (Epial), Alkaloid, Македония.

Клоназепам (Clonazepam) – активное вещество клоназепам, производное бензодиазепина. Оказывает выраженное противосудорожное, центральное миорелаксирующее, анксиолитическое, седативное действие.

В клинике алкоголизма показан при эпилепсии, различных формах мышечного гипертонуса, бессоннице, психомоторном возбуждении. Один из основных

предполагаемых механизмов действия – усиление ГАМК-ергических ингибиторных эффектов на центральную нервную систему.

Способ применения и дозы

Начальная доза – 1–2 мг в сутки, поддерживающая доза – 1,5–4 мг в сутки. При необходимости препарат вводится внутривенно капельно.

Побочные действия

Возможно возбуждение с двигательными нарушениями, слюнотечение и образование бронхиального секрета.

Противопоказан при миастении. С осторожностью назначают при тяжелых нарушениях функции печени и почек, дыхательной и сердечно-лёгочной недостаточности.

При длительном применении может развиваться психическая и физическая зависимость. Потенцирует действие препаратов, угнетающих центральную нервную систему.

Форма выпуска: таблетки 0,25 мг, 0,5 мг, 1,0 мг и 2,0 мг. Раствор для инъекций 1,0 мл (1 мг) в ампулах.

Синонимы: Антелепсин (Antelepsin), AWD, Германия; Клоназепам (Clonazepam), Polfa, Польша; Ривотрил (Rivotril), Roche, Швейцария.

Ламиктал (Lamictal) – активное вещество ламотриджин. Противосудорожное средство, стабилизирует мембраны нейронов и ингибирует выделение нейромедиаторов.

В клинике алкоголизма показан при парциальных и генерализованных эпилептических припадках.

Способ применения

Назначается в дозе по 50 мг 2 раза в сутки первые 2 недели, затем доза может быть увеличена до 200–300 мг в сутки.

Побочные действия

Возможны сонливость, головокружение, диплопия.

Противопоказан при беременности. Дифенин, финлепсин, фенобарбитал и гексамедин ускоряют, а вальпроат натрия замедляет метаболизм ламиктала.

Форма выпуска: таблетки 0,025 г, 0,05 г, 0,1 г, 0,2 г. Wellcome, Великобритания.

Дидепил (Didepil) – активные вещества гидрохлорид проциклидина и фенобарбитал (соответственно 0,01 г и 0,025 г). Комбинированный препарат с противосудорожным действием. В качестве антиконвульсанта препарат может назначаться по следующей примерной схеме.

Способ применения и дозы

Начальная доза 0,5 таблетки вечером, на 3-й день терапии добавляют 0,5 таблетки утром, затем дозу увеличивают на 0,5 таблетки каждые 2 дня (к 15-му дню -1,5 таблетки утром, 1 таблетка днём и 1,5 таблетки вечером). Курс лечения – 20 дней. Таблетки принимают после еды.

В клинике алкоголизма применяют в качестве средства купирования первичного патологического влечения к алкоголю; препарат назначают в дозе 1–3 таблетки в сутки на 2–3 приёма. Препарат наиболее эффективен если в структуре влечения к алкоголю преобладают депрессивные симптомы, нарушения сна, «алкогольные сновидения». Лечебный эффект наступает через 2–5 суток и проявляется общим успокоением, нормализацией настроения и сна, редукцией идеаторного компонента влечения к алкоголю.

Побочные действия

Возможны сухость во рту, головокружение, нарушение зрения с расширением зрачков. Противопоказан при глаукоме.

Форма выпуска: таблетки (гидрохлорид проциклидина – 0,01 г, фенобарбитал – 0,025 г). PHARMACIM, Болгария.

Витамины и минеральные вещества

Витамины, особенно группы В и С, а также других групп, наряду с минеральными веществами, широко используются в наркологической практике на всех этапах лечения больных. В настоящее время в аптечную сеть поступает большое количество различных поливитаминных препаратов, многие из них в комбинации с макро- и микроэлементами. Большинство из них выпускается в формах для приема внутрь, что значительно облегчает их использование, особенно в амбулаторной практике. Витаминотерапия – это сквозная лечебная мера в терапии всех форм и стадий алкогольной зависимости. Поскольку при алкогольной энцефалопатии алиментарные нарушения выражены сильнее, чем при неврологически неосложненных формах алкоголизма, витамины обычно назначаются в повышенных дозах.

Основное направление витаминотерапии – восполнение дефицита тиамин. Если при неосложненных формах острых алкогольных расстройств тиамин вводится внутримышечно, то при неблагоприятном течении алкогольного делирия, энцефалопатии Вернике или острых проявлениях корсаковской болезни предпочтительным путем введения препарата является внутривенная инъекция. Тиамин вводится многократно по 100 мг, суточная доза витамина составляет 300–500 мг.

Назначение тиамин, как указывалось выше, при тяжелых формах металкогольного поражения ЦНС обязательно должно дополняться назначением пиридоксина и препаратов никотиновой кислоты во избежание усугубления дефицита последней при изолированном введении тиамин (Дамулин, 2005; Serdaru, 1988).

Витамины – поливитамины: водорастворимые

Биовиталь – Вит. С 500 – Biovital Vit. С 500. В таблетках по 0,2472 г аскорбиновой кислоты и 0,2844 г – аскорбата натрия. По 10 и 20 таблеток в упаковке. Rhone-Poulenc-Roger, США – Франция.

Редоксон (Redoxon) – активное вещество аскорбиновая кислота – 1,0 г в таблетке. Шипучие таблетки. Раствор для инъекций. Roche, Швейцария.

Таксофит – Вит. С + Кальций – (Taxofit – Vit. С + Ca.) -1 г витамина С в шипучей таблетке. По 1 таблетке в день, растворить в полстакане воды. Klosterfrau, Германия.

Таксофит – Поливитамины + Минеральные элементы. Содержит комплекс витаминов и минеральных элементов. По 1 капсуле в день. Taxofit – Polivitamins P + Minerals Forte, Klosterfrau, Германия.

Упса С (Upsa C) – вит. С, таблетки шипучие по 1 г. Laboratoires, Upsa, Франция.

Целаскон растворимый (Celaskon efferveskens) – аскорбиновая кислота, шипучие таблетки по 0,5 г. Slovakofarma, Словакия.

Тиабене (Tiabene) – активное вещество тиамин. Ампулы – 2 (1 мл-0,05). Ludwig Merckle, Австрия.

Пиридобене (Piridobene) – активное вещество пиридоксин. Таблетки – 0,04 г, ампулы – 2,0 (0,1 г). Ludwig Merckle, Австрия.

Нейробене (Neurobene) – цианкобаламин, ампулы -1,0 (0,001). Ludwig Merckle, Австрия.

Витамины жирорастворимые

Биовиталь – Вит. Е (Biovital Vit. E) – токоферол, капсулы по 0,07353 (100 МЕ) активного вещества. Rhone-Poulenc-Rorer, США-Франция.

Сант-Е-Гал (Sant-E-Gal) – токоферол. Драже – 0,15. ICN Galenica, Югославия.

Токофер (Tocofer) – токоферол. Капсулы. – 0,1; 0,2; 0,4. Torrent, Индия.

Эвион (Evion) – токоферол. Капсулы – 0,1. E.Merck, Индия.

Эвитол (Evitol) – токоферол. Драже – 0,1. KRKA, Словения.

Монокомпонентные витамины + макроэлементы

Кальций С растворимый (Calcium C eff) – «шипучие» водорастворимые таблетки, содержащие лактат и карбонат кальция, аскорбиновую кислоту, глюкозу. Slovakofarma, Словения.

Лековит (Lekovit) – «шипучая» таблетка, содержащая витамины В1, В2, В6, В12, никотинамид, аскорбиновую кислоту, токоферол, кальций, биотин, винную кислоту, сахарозу, эссенцию апельсина и воды. Lek, Словения.

Комплекс витаминов группы В без минералов

Кембион (Kembion) – Вит. В1, В6, В12. Ампулы – 3,0 в ягодичную мышцу. M.J.Pharmaceuticals, Индия.

Нейро-Ратиофарм (Neuro-Ratiopharm) – витамины В1, В6, В12, ингредиенты. Ratiopharm, Германия.

Трибексол (Tribexol) – капсулы – Вит. В1, В6, В12. Deva Holding, Турция.

Комплекс витаминов группы В с минералами

Бевиплекс (Beviplex) – содержит тиамин, рибофлавин, пиридоксин, цианкобаламин, никотинамид, пантотенат кальция. Драже, гранулы, лиофилизат в ампулах. Принимают по 1 драже 3 раза в день или 1 кофейная ложка гранул 3 раза в сутки. Лيوфилизат вводят внутримышечно глубоко или внутривенно капельно. ICN Galenica, Югославия.

Бемикс-С (Bemix – C) – Витамины В1, В2, В6, В12, никотинамид, фолиевая кислота, пантотенат кальция, биотин, витамин С. По 1–2 драже в сутки. Eczacibasi, Турция.

Плибекс (Plibex) – комплекс никотинамида, тиамина, рибофлавина, пиридоксина, цианкобаламина, пантотената кальция. Таблетки, ампулы с сухим веществом и растворителем – внутримышечно, внутривенно капельно. Pliva, Хорватия.

Поливитамины без минералов

Беплюс С (Beplus C) – содержит витамины В1, В2, В6, В12, никотинамид, пантотенат кальция, витамин С. По 1 таблетке в день. Comexindo Pharma, Индонезия.

Витанова (Vitanova) – гранулят, содержащий витамины А, С и группы В, включая РР, апельсиновую эссенцию. 1 чайная ложка гранулята на 100,0 воды, чая. KRKA, Словения.

Комбевит С (Kombevit C) -1 драже содержит тиамин, рибофлавин, пиридоксин, никотинамид, цианкобаламин, пантотенат кальция, фолиевую кислоту, аскорбиновую кислоту. Deva Holding, Турция.

Макровит (Macrovit). В 1 драже содержатся витамин А, D, С, РР, Е, витамины группы В, ароматические добавки. KRKA, Словения.

Максирин (Maxirin) – в сиропе содержится витамины А, D, С, В 1, В2, В6, никотинамид, жир печени трески. По 2 чайные ложки 1 раз в день. Universal Medicare, Индия.

Мультибионта плюс С (Multibionta plus C) – 1 таблетка содержит витамин С, витамины В1, В2, В6, В 12, Е, биотин, никотинамид, пантотенат кальция, фолиевую кислоту, ингредиенты. 1 таблетку растворить в 150,0 воды. Принимать 1 раз в день. E.Merck, Германия.

Полибион Н (Polybion N) – капли содержат витамины В1, В2, В6, никотинамид, биотин, докспантенол, 15–20 капель 1–2 раза в день. E. Merck, Германия

Стресс формула 600 (Stress Formula 600). В таблетках, содержится витамин Е, витамин С, фолиевая кислота, тиамин, рибофлавин, никотинамид, цианкобаламин, биотин, пантотеновая кислота. 1 таблетка в сутки. U.S. Quality Drug, США.

Севен сиз (Seven seas) – витамины А, D3, жир печени трески. Капсулы. Доза подбирается индивидуально. Universal Medicare, Индия.

Стрессстабс (Stresstabs) В таблетках, входит витамин Е, витамин С, фолиевая кислота, витамины подгруппы В, биотин, пантотеновая кислота. Выпускаются стрессстабс + железо, стрессстабс +цинк + медь, 1 таблетка в день для разжевывания. Lederle, США.

Сурбекс С (Surbex C) – витамин С, никотинамид, пантотенат кальция, витамины В1, В2, В6, В 12. Производятся: Сурбекс Т, Сурбекс 750 с железом и витамином Е, Сурбекс 750 с цинком и витамином Е. По 1 таблетке в сутки. ABBOT Laboratories, США.

Поливитамины + макроэлементы

Оптилетс – 500 (Optilets-500) – 1 таблетка содержит витамин С, витамин А, витамины В1, В2, В6, В 12. По 1 таблетке в сутки.

Оптилетс-М-500 (Optilets-M-500) -1 таблетка содержит вышеперечисленные вещества + марганца сульфат, кальция йодат, железа fumarat, магния оксид, меди хлорид, цинка оксид. По 1 таблетке в сутки. ABBOT Laboratories, США.

Пиковит (Pikovit) – 1 драже содержит витамины А, D3, С, В1, В2, В5, В6, В 12, фолиевую кислоту, кальций, фосфор. Сироп – 1 ч. л. содержит вышеперечисленные вещества + пантотенол, витамин РР. KRKA, Словения.

Иберет (Iberet). 1 таблетка содержит витамин С, никотинамид, пантотенат кальция, вит. В1, В2, В6, В 12, железа сульфат. В Iberet-500 увеличена доза витамина С до 500 мг-фильм таблетки. В Iberet-liquid к вышеперечисленным добавляется декспантенол, раствор для перорального применения во флаконах. Выпускаются также Iberet-500 liquid – раствор во флаконах по 150,0, Iberet Folic-500, 1 фильм, таблетка которого помимо вышеперечисленных компонентов включает фолиевую кислоту, но в ней отсутствует декспантенол. ABBOT Laboratories, США.

Фесовит (Fesovit) – состоит из железа сульфата в специальной форме, обеспечивающей постепенное высвобождение железа, тиамина, рибофлавина, пиридоксина, кальция, никотинамида, аскорбиновой кислоты, В эликсир входит и цианкобаламин. По 1 капсуле один раз в день или по 1 ч. л. эликсира 2 раза в день после еды.

Эфервит (Efervit) – 1 таблетка содержит витамин С, никотинамид, кальций, витамины Е, В1, В2, В6, В 12, вкусовые ингредиенты. 1 таблетку растворить в 1/2 стакана воды и выпить. Можно употребить 2 таблетки в день. Pliva, Хорватия.

Ви-Фер (Vi-Fer) – 1 капсула содержит fumarat железа, цианкобаламин, фолиевую кислоту, аскорбиновую кислоту, тиамин, рибофлавин, никотинамид, пиридоксин, пантотенат кальция. По 2–3 капсулы 2 раза в сутки. Deva Holding, Турция.

Берокка Ca + Mg, 1 таблетка содержит тиамин, рибофлавин, пиридоксин, цианкобаламин, аскорбиновую кислоту, биотин, никотинамид, пантотеновую кислоту, кальций и магний. По 1–2 таблетке в день с достаточным количеством воды. Roche, Швейцария.

Каль-С-Вита (Cal-C-Vita) – 1 шипучая таблетка содержит витамины С, D, В6, натрий, углеводы. По 1 таблетке в день, растворенной в 1 стакане воды Roche, Швейцария.

Натабек Ф (Natabec F) – 1 капсула содержит кальций, железо, цианкобаламин, фолиевую кислоту, ретинол, эргокальциферол, тиамин, рибофлавин, никотинамид, пиридоксин, аскорбиновую кислоту, натрий. Принимают по 1 капсуле 1 раз в сутки. Godecke/Parke-Davis, Германия.

Прегнавит (Pregnavit) – 1 капсула содержит витамины А, D3, В1, В2, В6, В12, С, Е, железо, дикальций, кислоты – амидоникотиновую, пантотеновую, фолиевую. По 1 капсуле в день, не разжевывая, с небольшим количеством воды. Ludwig Merckle, Австрия.

Фортевит (Fortevit) – препарат содержит жирорастворимые (А, D, К) и водорастворимые (С и гр. В) витамины, железо, кальций, фосфор. Pliva, Хорватия.

Поливитамины + макроэлементы + биологически активные вещества

Витамакс (Vitamax) – 1 капсула содержит королевское желе, женьшень, цветочную пыльцу, масло пшеничных зародышей, фосфатиды соевых бобов, сафлауэр масло, аргинин, лизин, оротовую кислоту, витамины С, группы В, Е, железо, фосфор, кальций, калий, медь, цинк, марганец, магний, йод, селениум, фтор. 1 капсула <в день или через день после завтрака. Amoun, Египет.

Гериатрик фарматон (Geriatric pharmaton) – 1 капсула содержит экстракт женьшеня, витамины А, группы В, С, D, кальций, железо, фосфор, фтор, медь, калий, марганец, магний, цинк, лецитин. По 1 капсуле 2 раза в сутки – 3 недели, затем 1 капсула в день во время завтрака. Pharmaton, Швейцария.

Биовиталь драже (Biovital dragee) – 1 драже содержит железо, витамин А, витамины группы В, С, экстракт из листьев боярышника, из травы пустырника. 1–2 драже, 3 раза в день перед едой или во время еды. Rhone-Poulenc Rorer, США – Франция.

Поливитамины + макро и микроэлементы

Ви-Дайлинг (Vi-Daylin) – мультивитамин, содержащий витамины А, D, С, гр. В. 1 таблетка для разжевывания в сутки. АВВОТ Laboratories, США.

Гравинова (Gravinova) – гранулят для приготовления раствора. 30,0 гранулята содержат кальций, фосфор, магний, фтор, железо, цинк, витамины А, группы В, С, D, ароматические и красящие вещества. По 2 ст. л. (30,0 гранулята) 3 раза в сутки, растворив в 100,0 обычной или минеральной воды. KRKA, Словения.

Дуовит (Duovit) – драже красного цвета содержит витамины А, D3, С, группы В. Драже синего цвета содержит магний, кальций, фосфор, железо, цинк, медь, марганец, молибден. 1 драже красного цвета, 1 драже синего цвета. Принимать ежедневно, после еды, запить небольшим количеством воды KRKA, Словения.

Кобидек Н (Cobidex N) – 1 табл. содержит ретинол, витамины групп В, С, D, кальций, железо, марганец, молибден, магний. В капсулы в отличие от таблеток, не входит кальций. 1 таблетка 1 раз в сутки, растворить в стакане воды и сразу выпить. Godecke/ Parke-Davis, Германия.

Мега Вите (Mega Vite) – 1 таблетка содержит витамины А, Е, С, группы В, биотин, кальций, фосфор, йод, железо, магний, медь, цинк, марганец, калий, хром, молибден,

фитонадион – витамин К, никель, олово, кремний, ванадий. 1 таблетка в сутки. U.S. Quality drug, США.

Нутрисан (Nutrisan) -1 содержит ретинол, эргокальциферол, токоферол, витамины группы В, С, железо, марганец, магний, кальций, цинк. По 1 капсуле 2 раза в день. Sandos Pharma service, Швейцария.

Олиговит (Oligovit). В 1 драже входит витамины А, D3, гр. В, С, Е, кальций, фтор, железо, медь, марганец, магний, кобальт, цинк, молибден, калий. По 1 драже в день. ICN Galenica, Югославия.

Прамилет Фа (Pramilet Fa). В 1 фильм-таблетку входит витамины А, D, С, группы В, кальций, железо, магний, медь, цинк. 1 таблетка в сутки. ABBOT Laboratories, США.

Пренамин (Prenamin) – 1 капсула содержит витамины А, группы В,С, D, кальций, железо, йод, медь, магний, марганец, цинк. По 1 капсуле в сутки. Searie, США.

Солко витамин 15 (Solco vitamin 15) – 1 таблетка содержит витамины А, группы В, С, D, железо, кальций, фосфор, магний. По 1 драже 1–2 раза в день. Soico, Швейцария.

Супрадин (Supradyn) – активные вещества – витамины А, Е, С, D, группы В, биотин, кальций, декспантенол, фолиевая кислота, магний, железо, марганец, фосфор, медь, цинк, молибден. По 1 «шипучей» таблетке, или капсуле, или драже в день во время еды, запивая большим количеством воды. Roche, Швейцария.

Центрум (Centrum) – 1 таблетка содержит витамины А, Е, С, группы В, D, К, биотин, кальций, фосфор, йод, железо, магний, цинк, медь, калий, марганец, хром, молибден, селен, никель, олово, ванадий, кремний, бор. 1 таблетка в сутки. Lederle, США.

Церебрин (Cerebrin) – 1 капсула содержит глютаминовую кислоту, витамины группы В, С, железо, медь, цинк, магний, кальций, фосфор, йод, кобальт, марганец, молибден. По 1 капсуле в день. Comexindo Pharma, Индонезия.

Юнифит (Unifit). В 1 таблетку входит ретинол, холекальциферол, витамины группы В, С, токоферол, железо, марганец, магний, медь, цинк. Wave International, Индия.

Коферменты

Декспантенол (Dexpanthenol) – активное вещество пантотеновая кислота, входит в состав кофермента А, участвующего в процессах ацетилирования и окисления. Нормализует углеводный и жировой обмен, а также синтез ацетилхолина. Таблетки и пластинки по 0,1 г. Ампулы – 1 (0,25 активного вещества). По 0,2–0,4 г в сутки при пероральном приеме.

Синонимы: Бепантен (Beranthen), Roche, Швейцария. Пантенол (Panthenol). Jenapharm, Германия.

Эспа-Липон (Espa-Lipon) – активное вещество α-липоевая кислота, участвует в декарбоксилировании пировиноградной кислоты и альфа-кетокислот. Регулирует углеводный и липидный обмен, улучшает функцию печени при интоксикации. Таблетки 0,2 г 3 раза в день. Ампулы – 1 (0,025 г). Esparma, Германия.

Одним из перспективных путей лечения исходных форм металкогольного поражения ЦНС считается применение ингибиторов холинэстеразы. Препараты этой группы способны избирательно воздействовать на когнитивные расстройства и применяются в психиатрической практике для лечения болезни Альцгеймера и других форм деменции.

Показания для применения антихолинэстеразных средств в наркологической клинике могли бы представлять амнестический симптомокомплекс, развивающийся в структуре корсаковского психоза, алкогольной деменции, алкогольного псевдопаралича и других

тяжелых психоорганических металкогольных расстройств, характеризующихся грубым когнитивным дефицитом. Имеются отдельные сообщения об эффективности одного из препаратов этой группы – донепезила в лечении корсаковского психоза (Iga J.-I. et al., 2001), однако подтверждение целесообразности и безопасности подобного подхода требует проведения специальных исследований, особенно с учетом гепатотоксического действия многих антихолинэстеразных средств.

Мемантин (акатинол) принадлежит к одному из новых фармакологических классов нейротропных средств – антагонистам NMDA-рецепторов. Мемантин наиболее эффективен на острых стадиях металкогольных расстройств – энцефалопатии Вернике и начальных проявлениях корсаковской болезни, когда церебральный процесс носит характер «биохимического повреждения» и не переходит в фазу необратимых нейродегенеративных изменений. Своевременное назначение мемантина нередко способствует редукции металкогольного психоза, улучшению его течения и прогноза, восстановлению когнитивных функций и повышению выживаемости больных. В равной степени препарат способен стимулировать обратное развитие острых проявлений полиневропатии и алкогольной дегенерации мозжечка.

Ненаркотические анальгетики

В наркологической практике, особенно при лечении больных наркоманиями и токсикоманиями, для купирования алгического (болевого) синдрома используются препараты, не вызывающие привыкания и болезненного пристрастия. Они могут использоваться как при купировании абстинентного синдрома, так и при поддерживающем лечении в комбинации с другими препаратами. Основным действующим началом этих препаратов является аналгин (метамизол натрия).

Метамизол натрия (Metamizole sodium) – активное вещество метамизол натрия (анальгин). Обладает анальгетическим, спазмолитическим, противовоспалительным, жаропонижающим действием.

Способ применения и дозы

Вводится внутримышечно глубоко по 2–5 мл в сутки, при необходимости – внутривенно медленно 0,5–2,0 мл в сутки. Внутрь назначается по 0,25–0,5 г 2–3 раза в сутки.

Побочные действия

Возможны аллергические реакции, при длительном назначении – лейкопения.

Противопоказан при нарушении функции почек или печени, заболеваниях крови.

Форма выпуска: таблетки 0,5 г, раствор (1 мл – 0,5 %) по 2,0 г и 5,0 г в ампулах.

Синонимы: Анальгин (Analgin), Alkaloid, Македония; Nemofarm, Югославия; ICN Calenica, Югославия; J.R. Sharma Overseas, Индия; Мосхимфармпрепараты, Россия; Pharmacia, Болгария; Panacea Biotec, Индия; Pliva, Хорватия; Анальгин 500 Берлин Хеми (Analgin 500 BerlinChemie), Berlin-Chemie, Германия; Девагин (Devalgin), Deva Holding, Турция; Илвагин (Ivalgin). M.J. Pharmaceuticals, Индия; Небагин (Nebagin), Ирса, Индия; Нобол (Nobol), Vtnjn, Индия; Носан (Nosan), Rusan Pharma, Индия; Опталгин-Тева (Optalgin-Teva), Teva, Израиль; Торалгин (Toralgin). Torrent, Индия.

Баралгин (Baralgin) – комбинированный препарат, активные вещества – аналгин, а также спазмолитические и ганглиоблокирующие препараты. Ослабляет мышечные спазмы за счет прямого миотропного действия, частично, за счет антихолинэргического эффекта.

Обладает быстрым и длительным обезболивающим эффектом.

Побочные действия

Возможны аллергические реакции, при длительном применении – гранулоцитопения.

Противопоказан при коллапсе, выраженной сердечной недостаточности, глаукоме, аденоме простаты.

Способ применения и дозы

Назначают по 1 таблетке 3–4 раза в день; внутримышечно и внутривенно медленно, 5 мл в 1 минуту. Показан при явлениях наркотической абстиненции.

Форма выпуска: таблетки по 0.5 г по 20 штук в упаковке, раствор для инъекций в ампулах по 5 мл, 5 штук в упаковке. Hoechst, Германия.

Вералган (Veralgan) – комбинированный препарат, обладающий быстрым и длительным обезболивающим эффектом, главным образом при болях спастического характера.

Оказывает анальгетическое, миотропное, спазмолитическое, антихолинергическое действие. Купирует спазматические боли любого генеза.

Форма выпуска: таблетки по 0.5 мг по 20 штук в упаковке, раствор для инъекций в ампулах по 5 мл, 5 штук в упаковке. Rusan Pharma, Индия.

Максиган (Maxigan) – комбинированный препарат на основе метамизола. Оказывает анальгетическое, спазмолитическое, холиноблокирующее действие.

Способ применения и дозы

Назначают внутримышечно по 2–5 мл 2–3 раза в сутки, внутривенно по 5 мл со скоростью 1 мл в минуту, вливание можно повторить через 6–8 часов; поддерживающая терапия – 1–2 таблетки 3 раза в сутки.

Форма выпуска: таблетки по 0,5 г по 10 штук в упаковке. Раствор для инъекций в ампулах по 2 мл и 5 мл во флаконах по 30 мл (для внутримышечных инъекций). Unichem, Индия.

Мивалган (Mivalgan) – комбинированный препарат на основе метамизола. Является спазмолитическим средством с анальгетической и антихолинэргической активностью.

Способ применения и дозы

Вводится внутривенно медленно по 5 мл, 2–3 раза в день, в таблетках – по 1–2 таблетки 3 раза в день.

Противопоказан при агранулоцитозе (во время лечения необходим контроль крови).

Форма выпуска: таблетки по 0,5 г по 100 штук в упаковке, ампулы по 2 мл по 10 штук в упаковке. Menon Pharma, Индия.

Носпаз (Nospas) – активные вещества метамизол натрия, питофенон гидрохлорид, фенпивириний бромид. Оказывает быстро наступающее и продолжительное спазмолитическое и анальгетическое действие.

Способ применения и дозы

Назначают по 1–2 таблетки до 4 раз в сутки. Максимальная суточная доза – 8 таблеток.

Противопоказан при печеночной порфирии, гипертрофии предстательной железы с задержкой мочеиспускания. С осторожностью назначают при бронхиальной астме, аллергических реакциях в анамнезе.

Форма выпуска: таблетки по 0.5 г. Panacea Biotec, Индия.

Метамизол натрия (Metamizole sodium) – активное вещество метамизол натрия. Обладает анальгетическим, умеренным спазмолитическим и жаропонижающим действием.

Способ применения и дозы

Назначают по 1 свече 1–4 раза в сутки.

Противопоказан при выраженных нарушениях функций почек и печени, заболеваниях крови.

Форма выпуска: свечи ректальные по 0,2 г (для детей) или по 0,65 г по 10 штук в упаковке.

Синонимы: Спасдользин (Spasdotsin) Berlin Chemie, Германия.

Трамадол (Tramadol) – активное вещество – трамадола гидрохлорид, обезболивающее средство центрального действия, воздействует на специфические опиоидные рецепторы в центральной нервной системе и уменьшает болевую чувствительность. Является синтетическим опиоидом. Вызывает седативный эффект, в терапевтических дозах не угнетает дыхания. Анальгетические эффекты развиваются через 15–30 минут после введения, продолжаются 3–5 часов.

Смягчает тяжесть в период морфинного и героинового абстинентного синдрома.

Способ применения и дозы

Для однократного применения назначают по 1 капсуле внутрь с небольшим количеством жидкости; по 1 суппозиторию (0,1 г) ректально; содержимое 1–2 ампул (0,05–0,1 г) внутримышечно или внутривенно медленно. Если эффект недостаточен, через 30 минут можно дополнительно назначать препарат внутрь. Суточная доза не должна превышать 0,4 г.

Побочные действия

Возможно повышенное потоотделение, головокружение, сухость во рту, тошнота, сонливость, миоз.

Противопоказан при беременности, повышенной чувствительности к препарату. Препарат нельзя комбинировать с ингибиторами МАО. С осторожностью следует назначать препарат при нарушении функции печени и почек. При длительном применении препарат может вызвать явления физической и психической зависимости.

Синонимы: Трамал (Tramal) Grunenthal, Германия; Маброн (Mabron), Medochemie, Кипр; Мендесик (Mendesic), Menon Pharma, Индия; Синтрадон (Sinthradon), Zdravie, Югославия; Традол (Tradol), Rusa Pharma, Индия.

Гепатопротекторные средства

Одной из основных мишеней хронической алкогольной интоксикации является печень, поэтому восстановление ее функции у больных хроническим алкоголизмом представляется необходимым в комплексном лечении, гепатопротекторные средства повышают обезвреживающие функции печени. Помимо витаминов группы В и С, используются препараты растительного происхождения (легален, силибор, билигин, ЛИВ-52, валилив, розинол) и синтетические (катерген, зиксорин).

В настоящее пособие включены медикаменты, поступающие по импорту, из группы

гепатопротекторных средств и специальных поливитаминных препаратов с аналогичными средствами.

Гептрал (Heptral) – активное вещество S – аденозилметионин, естественный метаболит, входит в состав всех тканей и жидких сред организма, кофермент переметилирования, в том числе важнейших центральных ферментов, предшественник тиоловых соединений (цистеина глутатиона – основного внутриклеточного антиоксиданта, осуществляющего процессы детоксикации в организме).

Обладает гепатопротекторным и умеренным антидепрессивным действием, а также психостимулирующим эффектом. Показан больным хроническим алкоголизмом, сочетающимся с депрессивными нарушениями, при алкогольной энцефалопатии, больным алкоголизмом пожилого возраста.

Способ применения и дозы

Назначают по 2–4 таблетки в сутки (средние дозы – 1200–1600 мг в сутки, при внутривенном капельном введении – 200–400 мг). Таблетки глотают, не разжевывая, между приемами пищи. Курс терапии составляет 2:3 недели, первую неделю вводится парентерально. Может усилить нарушения сна, поэтому должен назначаться в первую половину дня. Других побочных действий не отмечено.

Противопоказаний также не обнаружено.

Форма выпуска: таблетки по 20 штук в упаковке. Сухое вещество для инъекций во флаконах и растворитель по 5 мл, 5 штук в упаковке. Один флакон содержит 0,76 г активного вещества. Knoll, Германия.

Синонимы: САМ, Самир.

Гепареген (Geparegen) – активное вещество тиазолидин-4-карбоксилатная кислота. Показан при острых и хронических заболеваниях печени. Быстро адсорбируется из желудочно-кишечного тракта и захватывается клетками печени, где действует в качестве донатора тиоловых и сульфгидрильных групп. Используется в качестве гепатопротектора при циррозах печени, алкогольных интоксикациях и других отравлениях химическими веществами.

Побочные действия

Возможны тошнота, аллергические реакции. При передозировке наблюдаются дезориентировка, нарушение дыхания, гипергликемия, судороги (симптоматическая терапия – фенобарбитал, коррекция метаболических нарушений, расстройств функции дыхания).

Противопоказан при беременности, лактации, а также в возрасте до 15 лет.

Способ применения и дозы

Назначают по 2 таблетке 2–3 раза в сутки перед едой в течение 1 месяца.

Форма выпуска: таблетки 0,1 г. по 30 штук в упаковке, Reglex, Швейцария.

Синонимы: Тиазолидин (Tiazolidine).

Гепабене (Hepabene) – экстракт расторопши пятнистой (0,07-0,1 г в капсуле) и дымянки (0,275 г в капсуле). Активные вещества – афумарин и силимарин (смесь силиби-нина, силихристина, силидианина). Нормализует избыточную и недостаточную желчевыделительную функцию печени, нормализует деятельность сфинктера Одди. Защищает печень при хронических и острых интоксикациях. Дозировка для взрослых – 1

капсула 3 раза в день.

Побочные действия

Возможны аллергические реакции, усиление диуреза.

Противопоказан при острых (воспалительных) заболеваниях печени, желчных путей, в период беременности и лактации. Во время лечения препаратом необходимо воздерживаться от употребления алкоголя.

Форма выпуска: капсулы по 30 и 100 штук в упаковке. Ludwig Merckle, Австрия.

Гепалив (Hepaliv) – смесь экстрактов растений. Способствует регенерации гепатоцитов, ускоряет метаболические процессы в печени, оказывает липотропное действие, стимулирует гемопоэз, регулирует содержание белков в плазме. Улучшает процессы пищеварения, повышает аппетит. Повышает устойчивость печени к воздействию алкоголя, лекарственных препаратов, химических веществ.

Побочные действия не отмечены (возможны лишь аллергические реакции). При острых воспалительных желудочно-кишечных заболеваниях должен применяться с осторожностью.

Форма выпуска: таблетки. 100 штук в упаковке. Torrent, Индия.

Гепастерил А. Б (Hepasteril A. B) – гепастерил А содержит натрий, калий, хлор, аспаргин, яблочную кислоту, аргинин, сорбит, рибофлавин, никотинамид, пиридоксин; гепастерил Б содержит натрий, калий, хлор, яблочную кислоту, метионин, рибофлавин, никотинамид, биотин, пиридоксин, леулозу. Нормализует уровень аммиака в плазме крови.

Способ применения и дозы

Вводят в виде раствора внутривенно капельно, 40 капель в 1 минуту. Дозы – 500 -1000 мл в сутки.

Побочные действия

Возможны аллергические реакции.

Форма выпуска: раствор по 500 мл во флаконе. Неморфарм, Югославия.

Бетаиндигидрогенцитрат (Betaindihydrogenecitrat) – активное вещество бетаина цитрат, содержит также бикарбонат натрия, лимонную кислоту. Улучшает переваривание белков, жиров и углеводов, нормализует уровень триглицеридов.

Способ применения и дозы

Таблетка содержит 2 г активного вещества, 1,5 г бикарбоната натрия, 0,2 г лимонной кислоты. Назначается по 1–5 таблетки в сутки до или после еды. Таблетку растворить в стакане воды.

Форма выпуска: таблетки по 15 штук в упаковке.

Синонимы: Бетаин цитрат (Betaine citrate), СББ УВВ, Beaufor, Израиль, Laboratories URSA, Франция.

Орнитин оксоглутат (Ornithine oxoglurate) – активное вещество орнитина оксо-гоюрат. Снижает концентрацию аммиака в плазме крови, нормализует кислотнощелочное равновесие.

Способ применения и дозы

Назначают в суточной дозе 2–6 г внутримышечно или 2–4 г внутривенно струйно 1–2

раза в сутки; при необходимости внутривенно капельно 25 г препарата разводят в 500 мл изотонического раствора хлорида натрия или глюкозы, скорость введения – 40 капель в 1 мин. Курс лечения можно повторять каждые 3 месяца.

Побочных действий препарата и противопоказаний не выявлено.

Форма выпуска: сухое вещество для инъекций по 2,0 и 5,0 г во флаконах по 1 штуке в упаковке.

Синонимы: Орницетил (Omicetil), Laboratories Logeais, Франция; Alkaloid, Македония.

Силибинин (Silibinin) – активное вещество силимарин. Предотвращает разрушение клеточных мембран, препятствует проникновению в клетку гепатотоксических веществ, стимулирует синтез белков и фосфолипидов.

Способ применения и дозы

При циррозах печени назначают в составе комплексной терапии. Рекомендован по 0,07-0,14 г 2 раза в сутки. Таблетки и капсулы не разжевываются, запиваются небольшим количеством воды. Раствор для перорального применения предпочтителен пожилым больным. Назначают по 1/2 -1 мерной ложке 3 раза в день после еды. Редко отмечается послабляющее действие препарата. Курс лечения до 1 месяца.

Форма выпуска: драже 0,035 г и 0,07 г; таблетки 0,03 г и 0,07 г; капсулы 0,14 г.; раствор для приема внутрь (1 мерная ложка – 0,1 г).

Синонимы: Карсил (Carsil), Pharmacia, Болгария; Легален (Legalon), Biogal, Венгрия; Легален 35/70/140 (Legalon 35/70/140), Madaus, Германия; Лепротек (Leprotec), Zdravie, Югославия; Силимарин (Silymarin), Starzneimittel, Германия.

Сирепар (Sirepar) – комбинированный препарат гидрализата печени со стандартизированной концентрацией цианкобаламина. Способствует регенерации паренхимы печени, оказывает детоксикационное действие.

Способ применения и дозы

Средняя суточная доза – 3 мл, курсовая доза – до 200 мл. Вводится внутримышечно или внутривенно струйно медленно, разводится кровью или физиологическим раствором.

Побочные действия

Возможны аллергические реакции, боли в животе.

Противопоказан при остром гепатите. Для выявления повышенной чувствительности к сирепару до начала лечения вводят внутримышечно 0,1 мл препарата, через 30 минут начинают введение терапевтической дозы.

Форма выпуска: раствор для инъекций во флаконах, по 5 штук в упаковке. Gedeon Richter, Венгрия.

Фосфолип (Phospholip) – активное вещество эссенциальные фосфолипиды, линолевая кислота. Протектор клеточных структур гепатоцитов и энзимных систем. Восстанавливает внутриклеточный гомеостаз. Способствует восстановлению иммунных функций лимфоцитов и макрофагов, снижение которых наблюдается у больных хроническим алкоголизмом. Показан при жировой дистрофии печени, алкогольных гепатитах, при лечении лекарственных поражений печени.

Способ применения и дозы

Назначают по 1–2 капсулы 3 раза в день во время еды.

Побочные действия

Возможно повышение слюноотделения, диспептические явления.

Форма выпуска: капсулы 0,35 г по 100 штук в упаковке. Universal Medicare, Индия.

Эссенциале (Essentiale) – активные вещества (раствор) – «эссенциальные» фосфолипиды, гидрохлорид пиридоксина, цианкобаламин, пантотенат натрия, никотинамид; активные вещества (капсулы) «эссенциальные» фосфолипиды, мононитрат тиамин, рибофлавин, гидрохлорид пиридоксина, цианкобаламин, никотинамид, ацетат токоферола. Оказывает нормализующее действие на метаболизм липидов, белков, на детоксикационную функцию печени, тормозит формирование соединительной ткани печени. Витамины, входящие в состав препарата, выполняют роль коферментов в различных биохимических процессах.

Показан при циррозах печени, лекарственных и алкогольных поражениях печени.

Способ применения и дозы

Лечение рекомендуется начинать с комбинированного применения ампул и капсул эссенциале. Поддерживающая терапия только капсулами. Раствор для внутривенных инъекций вводится по 2–4 ампулы в день, предварительно разведенных кровью пациента 1:1. Капсулы назначают по 2 штуки 2–3 раза в день во время еды, запивать небольшим количеством воды. Курс лечения – 3 месяца, при необходимости может быть повторен.

Крайне редко возможны неприятные ощущения в эпигастральной области. Для приготовления растворов препарата нельзя применять электролиты.

Форма выпуска: раствор для инъекций в ампулах 5 мл, по 5 штук в упаковке. Phone-Poulenc Rorer. США – Франция.

Эссенциале форте (Essentiale forte) – активные вещества «эссенциальные» фосфолипиды, мононитрат тиамин, рибофлавин, гидрохлорид пиридоксина, цианкобаламин, никотинамид, ацетат токоферола. Оказывает нормализующее действие на метаболизм в печени и ее детоксикационную функцию.

Способ применения и дозы

Назначается по 2 капсулы 3 раза в день. Курс лечения – 3 месяца, при необходимости может быть продолжен.

Побочные действия

В редких случаях возможны неприятные ощущения в эпигастральной области.

Форма выпуска – капсулы по 0,3 г и 0,06 г по 50 штук в упаковке. Torrent, Индия, по лицензии Natermann, Германия.

Жёлчевом – гранулы гомеопатические, комплексный препарат состоит из трех компонентов растительного происхождения. Однородные гранулы серого или кремового цвета.

В клинике алкоголизма и наркомании применяют при заболеваниях печени.

Способ применения и дозы

Принимают по 5 гранул за 15 мин до еды, гранулы держат во рту до полного рассасывания. Курс лечения – 4–6 недель. При необходимости курс лечения повторяют через 2–3 недели. Препарат совместим с другими гепатопротекторными и желчегонными средствами.

Форма выпуска: 10 гранул в пакетах, хранить в сухом темном месте. АОЗТ Производственная Фирма "Материя Медика", Россия.

Метадоксил (Metadoxil) – производное пиридоксаль-пирролидона, естественного эндогенного метаболита. Гепатопротектор, ускоряет выведение этанола и ацетальдегида из организма, предупреждает дегенерацию гепатоцитов, развитие фиброза и цирроза печени. Снижает интенсивность патологического влечения к алкоголю, уменьшает выраженность психических и соматических симптомов похмельного синдрома. Период полувыведения -1 час.

Показания: острая алкогольная интоксикация, алкогольный абстинентный синдром, поддерживающее противорецидивное лечение алкоголизма, алкогольная гепатопатия.

Способ применения и дозы

При острой алкогольной интоксикации вводят 10 мл (600 мг) внутримышечно или внутривенно 1 раз в сутки (при внутривенном введении в 500 мл изотонического раствора или 5 % раствора глюкозы капельно в течение 1,5 часов). При алкогольном абстинентном синдроме вводят 15 мл (900 мг) внутривенно капельно в течение 3 дней. При алкогольной гепатопатии и противорецидивной терапии алкоголизма назначают внутрь по 1 таблетке (500 мг) 3 раза в день в течение 3 месяцев.

Противопоказан при лактации, повышенной чувствительности к компонентам препарата.

Форма выпуска: таблетки по 500 мг, 30 штук в упаковке; раствор для приема, внутрь в монодозных флаконах по 15 мл (500 мг), 10 флаконов в упаковке; раствор для инъекции в ампулах по 5 мл, 10 ампул в упаковке. Laboratori Baldacci, Италия.

Препараты других химических групп

Лития карбонат (Lithii Carbonas) – активное вещество карбонат лития, обладает антиманиакальным действием. Биохимические механизмы действия неизвестны. Предполагается, что литий изменяет транспорт натрия в нейронах, влияя на внутриклеточное содержание катехоламинов. Нормализует психическое состояние, не вызывая общей заторможенности.

Показан при маниакальных состояниях различного генеза; в качестве лечебного и профилактического средства при аффективных психозах, аффективных нарушениях у больных хроническим алкоголизмом.

Способ применения и дозы

Начальная доза – 0,4 г в сутки. В последующие 4–5 дней доза постепенно повышается до 1,5–2,1 г в 2–3 приема. С профилактическими целями – 0,6–1,2 г в сутки под контролем концентрации лития в крови.

Побочные действия

Возможны общий дискомфорт, диспептические явления, мышечная слабость, тремор, адинамия, сонливость, жажда, нарушения сердечного ритма, кроветворения, функций щитовидной железы. При длительном применении возможно нарушение функции почек, нарушения артикуляции, циркуляционный коллапс. Побочные явления обычно наблюдаются при концентрации лития в сыворотке выше 1,6 мэкв/л (при профилактическом курсе концентрация лития в крови должна поддерживаться на уровне 0,6–0,8 мэкв/л, но не выше 1,2 мэкв/л).

Противопоказан при нарушении выделительной функции почек, сердечно-сосудистых

заболеваниях с явлениями декомпенсации и нарушением проводимости, беременности, дисфункции щитовидной железы.

С осторожностью, назначают больным, принимающим диуретики, при гипонатриемии любой этиологии. Комбинирование с нестероидными противовоспалительными средствами может привести к повышению концентрации лития в сыворотке крови.

Форма выпуска: таблетки 0,25 г, 0,3 г, 0,4 г и 0,5 г; микрокапсулы 0,3 г.

Синонимы: Контемнол (Contemno), Slovakofarma, Словакия; Литосан (Lithosan), Sun Pharmaceutical, Индия; Литосан – SR (Lithosan – SR), Sun Pharmaceutical, Индия; Микалит (Micalit), Pharmacia, Болгария.

Лития оксибутират (Lithii oxibutyras) – оригинальный отечественный психотропный препарат. Белый кристаллический порошок горьковатого вкуса, легко растворим в воде. По фармакологическим свойствам сочетает в себе психотропную активность катиона лития и аниона гамма-оксимасляной кислоты, которые взаимно потенцируют свои эффекты. Оказывает синхронизирующий эффект на биоэлектрическую активность мозга, вызывает гипотермию и снижает потребление кислорода тканями. Анион гамма-оксимасляной кислоты способствует большей кумуляции лития в органах и, особенно, в головном мозге. Препарат значительно менее токсичен, чем хлорид и карбонат лития. Он обладает седативным, анксиолитическим и нормотимическим действием, которые не сопровождаются явлениями катаlepsии, мышечной релаксации и нарушениями координации движений.

В клинике алкоголизма показано применение оксибутирата лития у больных хроническим алкоголизмом без выраженной соматической патологии, которые находятся в состоянии ремиссии. Наибольший эффект дает лечение препаратом больных с аффективными и психопатоподобными расстройствами в структуре первичного патологического влечения к алкоголю.

Способ применения и дозы

Суточные дозы – 1,5–2,0 г, наивысшая суточная доза – 2,5 г. При возможности целесообразно проводить курсовую терапию данным препаратом, контролируя концентрацию лития в крови, при этом концентрацию препарата следует поддерживать в пределах 0,9–1,1 мэкв/л с периодическим (1 раз в 2–3 недели) контролем. Длительность курса лечения – от 1 до 6–9 месяцев. В это время необходим тщательный контроль за соматическим состоянием пациентов (функция печени, почек), в начале курса лечения желательно контролировать содержание лития в крови. Уже в первые дни лечения оксибутиратом лития уменьшаются раздражительность, эксплозивность, аффективная лабильность, тревога. При дальнейшем проведении терапии редуцируются неглубокие астено-депрессивные, дисфорические расстройства. Постепенно редуцируется и первичное патологическое влечение к алкоголю. Максимальный эффект от лечения препаратом выражен через 2–3 месяца от начала терапии (при длительном непрерывном лечении). Возможны комбинации оксибутирата лития с другими психотропными средствами: при выраженности субдепрессивных расстройств в структуре влечения к алкоголю – с антидепрессантами (пиразидол до 150 мг в сутки, азафен – до 150 мг в сутки), при нарушениях сна – с назначением на ночь транквилизаторов на короткий срок (феназепам – до 1 мг на ночь) или нейролептиков (терален – до 10 мг).

Побочные действия

Возможны вялость, некоторая сонливость, реже – головокружение, головная боль,

тошнота. Эти расстройства обычно возникают на первых этапах терапии и в последующем исчезают.

Противопоказан при болезнях желудочно-кишечного тракта (гастриты, колиты), печени (гепатиты, циррозы), почек (гломерулонефрит) в период обострения.

Форма выпуска: таблетки по 0,5 г, в виде ампул, содержащих 20 % раствор.

Бутироксан (Butiroxanum) – препарат из группы альфа-адреноблокаторов, обладает центральным Н-холинолитическим действием.

В клинике алкоголизма и наркомании показан для купирования алкогольного и опийного абстинентного синдрома, для лечения диэнцефальных и гипертонических пароксизмов симпатикотонического и смешанного характера.

Способ применения и дозы

Назначают внутрь, подкожно или внутримышечно. Внутрь назначают по 0,01 г 1–4 раза в день; парентерально вводят по 1–2 мл 1 % раствора 1–4 раза в день. Длительность приема препарата индивидуальная. Для купирования похмельного синдрома вводят подкожно или внутримышечно по 2 мл 1% раствора через 4 часа в течение 2 суток. Для поддерживающего лечения назначаются в таблетках по 0,01-0,02 г 2–3 раза в день. Высшая разовая доза в инъекциях – 0,15 г.

Побочные действия

Могут наблюдаться резкое понижение артериального давления, брадикардия. В этих случаях следует отменить препарат и назначить симптоматические средства (мезатон, эфедрин и др.). Бутироксан не рекомендуется при сердечной недостаточности, гипотонии, для купирования похмельного синдрома в III стадии алкоголизма.

Форма выпуска: таблетки по 0,01 г и в виде 1 % раствора в ампулах по 1 мл. Россия.

Пирроксан (Pyrroxanum) – является альфа-адреноблокатором, влияет на центральные и периферические адренореактивные системы. Применяется для купирования диэнцефальных кризов (симпатикотонических и смешанных), тревожно-депрессивном синдроме.

Способ применения и дозы

Для купирования похмельного синдрома используется подкожное или внутримышечное введение 1–3 мл 1 % раствора пирроксана 2–6 раз в день (высшая доза парентерально – 45 мг, суточная – 90 мг, т. е. 9 мл 1% раствора). Действие препарата обнаруживается через 20–30 минут после инъекции и проявляется в исчезновении гиперемии кожных покровов, сосудистой и мышечной гипертонии, нистагама, мидриаза, отмечается седативный эффект – исчезает беспокойство, тревога, возникает сонливость. При последующих инъекциях полученный эффект закрепляется. Курсовое лечение пирроксаном начинается после купирования похмельного синдрома. Препарат способствует исчезновению патологического влечения к алкоголю. Поддерживающие дозы – 0,03 г 2–3 раза в день, в течение 1–2 месяца. При купировании опийной абстиненции, пирроксан временно устраняет наиболее тягостные для больных симптомы: боли в разных частях тела, влечение к наркотику, бессонницу. Для купирования опийного абстинентного синдрома вводят до 120 мг в сутки.

Побочные действия

Могут наблюдаться резкое снижение артериального давления, брадикардия. В этих случаях назначаются симптоматические средства, а дозы пирроксана снижаются.

Противопоказан при тяжелых формах атеросклероза с выраженной стенокардией, нарушениях мозгового кровообращения, выраженной сердечной недостаточности.

Форма выпуска: таблетки по 0,01 г и 0,03 г, 1 % и 1,5 % растворы в ампулах по 1–2 мл. Россия.

Инмекарб (Inmescarbium) – гидрохлорид диметиламиноэтилового эфира 1-бензоил-2,3-диметилиндолкарбоновой-5-кислоты. Оригинальный отечественный препарат. По фармакологическим свойствам является антагонистом серотонина. В эксперименте снижает потребление алкоголя животными, оказывает своеобразный психотропный эффект (легкое антидепрессивное, стимулирующее действие), нормализует повышенную в результате хронического приема алкоголя активность этанолаоксилирующих ферментных систем, предупреждает развитие эйфоризирующего и транквилизирующего эффектов алкоголя.

Инмекарб показан больным хроническим алкоголизмом без выраженных явлений алкогольной деградации, осознающим патологическое влечение к алкоголю. Препарат следует назначать больным хроническим алкоголизмом вне периода алкогольной абстиненции, в состоянии спонтанной или терапевтической ремиссии при актуализации у них болезненного влечения к спиртному, а также для профилактики его возникновения.

Инмекарб может применяться как в амбулаторных условиях, так и в стационаре. В стационаре лечение препаратом можно проводить в течение всего срока пребывания больного в клинике, чередуя его с другими методами фармакотерапии; в ряде случаев, при малой длительности пребывания больного в стационаре, лечение следует начинать за 3–4 недели до выписки и в дальнейшем продолжать его прием амбулаторно.

На фоне лечения инмекарбом, обычно на 5–8 день, у больного снижается влечение к алкоголю, уменьшаются его аффективная насыщенность и актуальность, сопровождающие его чувство психического дискомфорта, раздражительность, внутренняя напряженность, исчезают сны алкогольного содержания. Пациенты сообщают об исчезновении мыслей о спиртном, становятся более активными, отмечается повышение работоспособности, выравнивается настроение, нормализуется сон. В процессе терапии появляется безразличное, индифферентное отношение к спиртным напиткам. У ряда пациентов к 6–8 дням лечения при сохранении признаков влечения к алкоголю возможно увеличение дозы препарата до 12 таблеток в сутки на срок до 10–12 дней. В случае нарушения больными режима трезвости в период лечения инмекарбом (под влиянием социальных факторов или при сохранении влечения) отмечено значительное снижение толерантности к спиртным напиткам по сравнению с имевшейся до назначения препарата. Кроме того, потребление алкоголя на фоне терапии инмекарбом не дает больному привычных эйфорических ощущений, которые он испытывал от приема спиртного ранее. Явлений привыкания к препарату не отмечено.

Способ применения и дозы

Инмекарб принимают внутрь, после еды. Лечение начинают с суточной дозы 1,0 г (4 таблетки) в 2–3 приема, доводя ее за 2–3 дня до 1,5–2,5 г (6–10 таблеток) в сутки в 3 приема. Максимальная суточная доза – до 3,0 г (12 таблеток). Препарат желательно запивать небольшим количеством молока.

Продолжительность курса лечения – не менее 1,5–2 месяцев. Отмену препарата следует производить постепенно, снижая дозы в течение 3–5 дней. Курсы лечения следует повторять в течение года с перерывом между курсами не менее 2–3 месяцев.

В тех случаях, когда при актуализации болезненного влечения к алкоголю наблюдаются отчетливые аффективные нарушения, инмекарб следует комбинировать с психотропными средствами: при преобладании субдепрессивных расстройств – с антидепрессантами (амитриптилин 50-100 мг в сутки, азафен 75-100 мг в сутки, пиразидол до 100 мг в сутки); тревожных – с малыми нейролептиками (терален до 15 мг в сутки, сонапакс до 40 мг в сутки). При нарушениях сна на короткий срок на ночь можно назначать транквилизаторы – феназепам до 1 мг, диазепам до 10 мг. Лечение инмекарбом целесообразно комбинировать с витаминотерапией.

Побочные действия

Возможны побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта (изжога, боли в эпигастральной области, жидкий стул), которые обычно проходят самостоятельно; в ряде случаев отмечается сонливость, понижение артериального давления, урежение пульса. Наличие стойких побочных эффектов требует отмены препарата и симптоматического лечения.

Противопоказан при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, гастритах, колитах, болезнях печени (гепатиты, циррозы), почек (гломерулонефрит) в стадии обострения, грубой органической неполноценности головного мозга.

Форма выпуска: таблетки розового цвета по 0,25 г. Россия.

Налтрексон (Naltrexone). Фармакологически является «чистым» антагонистом опиатных рецепторов, механизм действия налтрексона заключается в полной блокаде опиатных рецепторов, в результате чего опиаты, поступающие извне, не могут связываться с рецепторами и не дают эффектов, свойственных опишной интоксикации. Терапия налтрексоном возможна только после полного купирования абстиненции, так как налтрексон усиливает проявления абстиненции (не ранее 9 дня после прекращения приема наркотиков).

Способ применения и дозы

Поддерживающая терапия налтрексоном проводится по следующей схеме: 1-ю неделю больной получает 1 таблетку (50 мг) в сутки, затем – 2 раза в неделю по 2 таблетки в сутки (100 мг), в дальнейшем – 1 раз в неделю 3 таблетки (150 мг). Курс лечения налтрексоном – 180 дней и более. Прием налтрексона осуществляется в присутствии врача. В процессе лечения возможны срывы, не приводящие однако к рецидиву заболевания, так как, не получив от приема наркотика опьяняющего эффекта, больные продолжают лечение. Имеются сообщения о разработке пролонгированного налтрексона.

Побочные действия

У части больных во время терапии налтрексоном возможны различные психопатологические проявления, характерные для психической зависимости от наркотиков, что требует добавления к лечению психотропных препаратов (антидепрессантов и солей лития при появлении аффективных расстройств, нейролептиков – при психопатоподобных нарушениях и ноотропов – в случае астенических проявлений).

Противопоказан при повышенной чувствительности к препарату.

Способ применения и дозы

Внутрь. Лечение алкоголизма: по 50 мг 1 раз в день в течение 12 нед.

Терапию наркотической зависимости начинают только после 7-10-дневного воздержания от употребления опиоидов, подтвержденного провокационным тестом и

анализом мочи. Начальная доза – 25 мг, в течение 1 ч следует контролировать состояние больного, при отсутствии синдрома абстиненции вводят оставшуюся часть суточной дозы. Налтрексон назначают по 50 мг каждые 24 ч (этой дозы достаточно для предупреждения действия в/в введенного героина в дозе 25 мг).

Альтернативные схемы лечения:

1. 50 мг каждый будний день и 100 мг в субботу;
2. 100 мг через день;
3. 150 мг через 2 дня;
4. 100 мг в понедельник, 100 мг в среду и 150 мг в пятницу.

Следует учитывать, что применение этих схем лечения увеличивает риск гепатотоксичности. Минимальный курс – 3 мес, рекомендуемый – 6 мес.

В/м, в ягодичную мышцу, чередуя ягодичи. Препарат должны вводить квалифицированные медицинские работники только с использованием имеющихся в упаковке компонентов. Нельзя заменять компоненты упаковки. Рекомендованная доза – 380 мг в/м 1 раз в 4 нед.

Нельзя вводить внутривенно! Если больной пропустит введение очередной дозы, следующая инъекция должна быть сделана как можно быстрее.

Форма выпуска: Препараты, содержащие Налтрексон (Naltrexone)

- Налтрексон (Naltrexone) капс. 50 мг: 28 шт.
 - Антаксон (Antaxone) капс. 50 мг: 10 шт.
 - Налтрексона Гидрохлорид (Naltrexone Hydrochloride) субстанция: коробки
 - Налтрексон ФВ (Naltrexone FV) капс. 50 мг: 10 шт.
 - Антаксон (Antaxone) капс. 50 мг: 10 шт.
 - Вивитрол (Vivitrol®) порошок д/пригот. Сусп. для в/м введения пролонгир. действия 380 мг: фл. 1 шт. в компл. с растворителем, шприцем и иглами
 - Налтрексона Гидрохлорид (Naltrexone Hydrochloride) субстанция-порошок: бочки
 - Налтрексон (Naltrexone) капс. 50 мг: 28 шт.
 - Продетоксон® (Prodetoxon) таб. для имплантации 1 г+100 мг: 1 шт.
 - Налтрексон (Naltrexone) таб. 50 мг: 10 шт.
 - Вивитрол (Vivitrol®) порошок д/пригот. сусп. для в/м введения пролонгир. действия 380 мг: фл. 1 шт. в компл. с растворителем, шприцем и иглами
- Синонимы: Ревиа (Revia) Du Pont, США; Арфон (Arphone).

Налоксон (Naloxon) – препарат производится в США, Польше. Налоксон является синтетическим антагонистом опиоидов, не обладающим морфиноподобными свойствами. Применяют налоксон главным образом при острой интоксикации наркотическими анальгетиками. Он эффективен также при алкогольной коме, что связано, по-видимому, с активацией эндогенной опиоидной системы. Введение налоксона страдающим наркоманией, вызывает характерный приступ абстинентных проявлений, что используется в диагностических целях.

Способ применения и дозы

Для диагностики наркомании налоксон вводят в дозе 0,5 мг внутримышечно или внутривенно. Известна терапевтическая схема использования налоксона в комплексе с адrenoблокатором клофелином. При этом внутримышечно или внутривенно многократно в течение суток вводят налоксон (средняя разовая доза 0,2–0,4 мг, суточная – до 1,8 мг) в течение от 1 до 7 дней с одновременным назначением клофелина в дозе 0,6–0,9 мг в сутки

для купирования вызванных налоксоном симптомов абстиненции. Эта терапия способствует более быстрому высвобождению метаболитов опиоидов из соответствующих рецепторов, что сокращает сроки купирования опиоидного абстинентного синдрома по сравнению с традиционными методами до 5–6 дней.

Побочные действия

Дрожь, потливость, тахикардия, тошнота, рвота – при слишком быстром введении, реакция гиперчувствительности.

Противопоказан при повышенной чувствительности к препарату.

Форма выпуска: 0,04 % раствор для инъекций в ампулах по 10 мл (0,4 г), в упаковке 10 ампул.

Синонимы: Налоксон (Naloxone), Lechiva, Чехия; Налоксон гидрохлорид (Naloxone hydrochlorid), Polfa, Польша.

Налорфин (анторфин, норфин). Препарат имеет свойства агониста-антагониста по отношению к опиоидным рецепторам. Как антагонист налорфин блокирует эффекты морфиноподобных препаратов и используется в качестве антидота при передозировке опиоидов. Как агонист вызывает анальгезию и привыкание.

Иные препараты из группы наркотических анальгетиков – нубаин (нальбуфин), бупренорфин, торгезик, трамал, валорон, просидол так же, как и налорфин, имеют фармакологические свойства агонистов-антагонистов по отношению к опиоидным рецепторам и, в зависимости от выраженности того или иного эффекта, либо усиливают явления абстиненции при опиоидной наркомании, либо несколько уменьшают ее проявления; среди последних нашел применение при купировании абстиненции трамал (50–100 мг), который назначают при выраженном алгическом синдроме соматически ослабленным больным сроком не более 6–7 дней. При лечении препаратами необходимо руководствоваться специально разработанными для каждого пациента программами с учетом стадии наркома-

Корда-К. Используют для смягчения токсического действия алкоголя на организм. Способствует замедлению формирования зависимости от алкоголя, является адаптогеном.

Способ применения и дозы

Принимать по 2–3 таблетки экстракта перед употреблением алкоголя однократно.

Курсом по 2–3 таблетки 2–3 раза в день, в дни алкогольных эксцессов. Поддерживающим курсом по 1–3 таблетки 2–3 раза в день, по 30 дней.

Противопоказан при индивидуальной непереносимости.

Кудзу – корень кудзу. Применяется для уменьшения токсического действия алкоголя, снижает алкогольную зависимость. Помогает при хронических заболеваниях сердца и легких. Оказывает антиаритмическое действие на сердце, снижает артериальное давление, расслабляет мышцы, снижает уровень холестерина.

Способ применения и дозы

Принимают по 1–2 капсулы 3 раза в день. Противопоказаний нет.

Лохеин

Состав: экстракт уникального сибирского растения *Sasola Collina*.

Показания к применению

Применяют при лечении алкогольных гепатитов, циррозов, купировании абстинентного синдрома, лечении больных хронической алкогольной интоксикацией с нарушением функции печени, поджелудочной железы.

Способ применения и дозы

Принимают от 50 мл до 100 мл. в день, по рекомендации врача.

Противопоказан при выраженной потере контроля при алкоголизме.

Фито-чай «Петрович»

Состав: порошок из 12 видов измельченного лекарственного сырья (*Herba Serpylli*, *Herba frtemisiae*, *Herba tanaseti vulgaris*, *Herba Leonuri*, *Folia Calendulae*, *Folia Urticae*, *Folia Uvae-Ursi*, *Fructus Grataegi*, *Fructus Rosae*, есе.), желтовато-зеленого цвета с ароматным запахом, сладковато-горького вкуса. Обладает антиалкогольным, седативным и дезинтоксигионным свойствами.

Показания к применению

Принимают в качестве средства купирования алкогольного абстинентного синдрома.

Обладает умеренно выраженной анксиолитической (противосудорожной) активностью, устраняет аффективные нарушения, расстройства сна, аппетита, вегетативные расстройства.

Наиболее эффективен при умеренно выраженных проявлениях алкогольного абстинентного синдрома, когда может применяться в качестве монотерапии. При выраженных проявлениях острого периода похмельного синдрома имеет вспомогательное значение, и его активность проявляется в отношении вегетативной симптоматики. Используется для редукции постабстинентных расстройств перед проведением «радикальных» методов лечения алкоголизма.

Фито-чай «Петрович» эффективен в качестве средства купирования первичного патологического влечения к алкоголю, особенно в тех случаях, когда в структуру влечения входят аффективные нарушения в виде дисфорических и депрессивных проявлений.

Препарат можно использовать и как средство профилактики «срыва» ремиссии и при подавлении влечения к алкоголю при бытовом пьянстве.

Побочные действия

Может отмечаться изжога в единичных случаях у больных с гастрической патологией.

Способ применения и дозы

Содержимое одного пакетика заварить стаканом (200 мл.) кипятка (желательно в термосе), настаивать 15 минут и слить полстакана (100 мл.) для первого употребления. Остаток заливают кипятком до 200 мл для следующего употребления, затем снова сливают 100 мл и т. д. Одну заварку используют в течение 2-х дней (6 приемов) и принимают 3 раза в день по полстакана (100 мл), за 20 минут до еды.

Лечебный курс – 20 дней (2– упаковки). Рекомендуется проведение повторных курсов.

Форма выпуска: 1 упаковка – 5 пакетиков по 3 г, общая масса – 15 г. ООО-«Галактика», Россия.

Акампрозат (*Acamprozate*) – По химической структуре сходен с аминокислотными нейромедиаторами, такими как тауриновая кислота и ГАВА. Стимулирует ингибиторную ГАВА-ергическую передачу в ЦНС. Является антагонистом аминокислот, особенно

глутаминовой. Эксперименты на животных показали снижение алкогольной зависимости у крыс-алкоголиков в условиях свободного выбора.

Показания. Поддержание периода воздержания от приема алкоголя у пациентов с хронической алкогольной зависимостью. Следует сочетать прием препарата с психотерапевтическими воздействиями. Препарат используют для профилактики рецидивов алкоголизма. Пациентам с массой тела более 60 кг назначают по 2 таблетки 3 раза в сут (утром, днем и вечером). Пациентам с массой тела менее 60 кг назначают 4 таб в сут (2 таблетки утром и по 1 таблетке днем и вечером). Продолжительность рекомендуемого периода лечения – 1 год.

Протирелин (Protirelin). Действующим началом протирелина является синтетический трипептид тиролиберин (пироглутамил-гитидил-проминамид), который относится к эндогенным соединениям из группы олигопептидов. Тиролиберин содержится в различных отделах головного мозга и выполняет функцию нейрогомона, модулятора нейрональной активности, а также нейротрофического фактора.

В клинике алкоголизма для назначения протирелина необходимым условием является наличие стойких астенических и астено-депрессивных состояний, которые часто имеют место у больных алкоголизмом в постинтоксикационном периоде, в структуре алкогольного абстинентного синдрома, а также у больных алкоголизмом, сформировавшимся на фоне психогенных заболеваний (неврозов, невротических развитии личности и реактивных состояний).

Активизирующий эффект препарата начинает отчетливо проявляться спустя 1,5–2 часа после его применения, продолжается 3–5 часов и заметно усиливается после назначения дневной дозы. При этом больные ощущают прилив сил, бодрости, энергии, повышение работоспособности.

Способ применения и дозы

Назначают больным по 1 пленке в день (в утренние и дневные часы) после еды. Препарат не назначают позже 14 часов во избежание нарушений сна, связанных с его стимулирующим эффектом. Разовая доза составляет 0,002 -0,004 г., суточная – 0,004-0.008 г. Курс лечения варьирует от 5 до 10–15 дней.

Препарат фиксируют на слизистой оболочке десны, что обеспечивает его всасывание в полости рта.

Форма выпуска: препарат выпускают в форме самоклеющейся биорастворимой пленки на полимерной основе размерами 9 x 0,4,5 x 0,5 мм, содержащей 1 или 2 мг действующего вещества.

Синонимы: Тиролиберин (Thyroliberinum), Либерол (Liberolum), Россия. Акрихин

Анти-Э (Anti-E) – потенцированный препарат, гомеопатические капли, содержат этанол 100 °С 1 г на 100 г капель.

Показания к применению

Применяют в терапии алкогольного абстинентного синдрома легкой и средней тяжести. Препарат облегчает вегетативно-соматические симптомы (слабость, потливость, головная боль, гастритические симптомы) и неврозоподобные реакции (тревога, дисфория) похмельного синдрома, нормализует сон.

Препарат совместим со стандартной дезинтоксикационной и седативной терапией алкогольных абстинентных состояний.

Способ применения и дозы

Принимают по 5–6 капель в столовой ложке воды, первые двое суток – ежечасно (с перерывами на время сна); в последующие дни в зависимости от состояния – 5–8 раз в сутки.

Лекарственное взаимодействие

Во избежание ортостатического коллапса нежелательно применять препарат одновременно с клофелином.

Побочных действий и противопоказаний не выявлено.

Форма выпуска: флаконы-капельницы по 25 мл. АОЗТ Производственная фирма "Матери Медика, Россия.

Алкодез® IC МНН: metadoxine Химическое название: пиридодоксин L-2-пирролидон-5карбоксилат.

Антиалкогольное, дезинтоксикационное, гепатопротекторное средство. Активирует ферменты печени, участвующих в метаболизме этанола (алкогольдегидрогеназу и ацетальдегиддегидрогеназу), что способствует ускорению процесса вывода этанола и ацетальдегида из организма, снижая их токсическое влияние. Повышает устойчивость гепатоцитов к продуктам перекисного окисления липидов, индуцированного воздействием различных токсических агентов, в частности этанола. Предотвращает накопление жиров в гепатоцитах, что предотвращает образование жировой инфильтрации печени. Препятствует образованию фибронектина и коллагена, тормозит процесс формирования цирроза печени. Активирует холин и ГАМК-эргические нейромедиаторные системы, в результате чего улучшаются функции мышления и короткой памяти. Препятствует возникновению двигательного возбуждения, вызванного этанолом. Оказывает неспецифическое антидепрессивное и анксиолитическое действие, снижает влечение к алкоголю. Сокращает время купирования абстинентного синдрома, снижает психические и соматические проявления похмельного синдрома.

Показания для применения: уменьшение токсичного действия алкоголя, острая алкогольная интоксикация (лёгкой и средней тяжести), алкогольный абстинентный синдром, хронический алкоголизм, комплексная терапия заболеваний печени, особенно алкогольной этиологии.

Лекарственная форма: таблетки по 0,5 г. Фармакотерапевтическая группа: средства, применяемые при алкогольной зависимости. Код АТС N07BB. Регистрационный номер: UA/12717/01/01 Дата регистрации/ действует до: 08.02.2013/08.02.2018

Упаковка: таблетки по 0,5 г № 4 (по 4 таблетки в блистере в пачке), № 20 (по 10 таблеток в блистере, по 2 блистера в пачке).

Способ применения и дозы

Для уменьшения токсического действия алкоголя: 2 таблетки за 30–60 мин до употребления алкоголя или 1 таблетка за 30–60 мин до употребления алкоголя и 1 таблетка через 30 минут после употребления алкоголя.

При острой алкогольной интоксикации лёгкой и средней тяжести, алкогольного абстинентного синдрома: по 1 таблетке 2 раза в сутки за 15–30 мин перед едой, дозу можно увеличить до 3 таблеток в сутки. Курс терапии – 3–7 дней в зависимости от состояния больного.

При комплексной терапии заболеваний печени и хронического алкоголизма: по 1 таблетке х 2 раза в сутки за 15–30 мин перед приёмом пищи. Максимальная доза – 3 таблетки. Курс терапии должен быть не меньше 90 дней.

Срок годности: 3 года. Категория отпуска: без рецепта. ИНТЕРХИМ, Украина

Активные методы лечения больных алкоголизмом

Каждый курс лечения больных алкоголизмом, как первичный, так и последующие, после рецидивов, включает три обязательных этапа, во время которых в комплексе с психотерапевтическим воздействием назначаются соответствующие лекарственные средства.

При этом необходимо исходить из положения, что без активного психотерапевтического воздействия, как прямого, так и косвенного, лечение больных алкоголизмом бесперспективно и психотерапия должна проходить красной нитью через все этапы. В то же время, одного психотерапевтического воздействия недостаточно и его необходимо подкреплять назначением соответствующих лекарственных средств, без которых в большинстве случаев обойтись невозможно.

Первый этап заключается в купирование запойных состояний и острых абстинентных проявления (ААС), нормализации психического и физического состояния пациента, подавлении наиболее острых проявлений влечения к алкоголю, психотерапевтической подготовке к дальнейшему лечению и созданию установки на трезвость. Вполне понятно, что на данном этапе без нормализации состояния больного невозможно эффективное психотерапевтическое воздействие.

Второй этап: активное противоалкогольное лечение, т. е. окончательное подавление болезненного влечения к алкоголю, создание у пациента отвращения (аверсии) к спиртным напиткам и непереносимости алкоголя. К сожалению, этот этап осуществляется далеко не всем больным. Многие пациенты, выйдя из состояния запоя, отказываются от активных методов противоалкогольной терапии либо, надеясь, что «сами справятся», либо, что значительно чаще, желая продолжать употребление алкоголя, рассчитывая, что смогут пить «умеренно». На втором этапе, при использовании активных методов противоалкогольной терапии, также обязательно сочетание активного психотерапевтического воздействия с использованием различных лекарственных средств. В ряде случаев (гипносуггестивная терапия и другие психотерапевтические методики, так называемые опосредованные методы) психотерапевтическое воздействие является основным, а лекарственные средства играют вспомогательную роль. Напротив, при использовании методов условно-рефлекторной (аверсионной) и сенсibiliзирующей к алкоголю терапии основную роль играют применяемые лекарственные средства, а психотерапевтическое воздействие дополняет их, хотя и само применение лекарственных средств входит в комплекс психотерапии.

Третий этап — этап противорецидивных и реабилитационных мероприятий, который также включает сочетание психотерапевтического социально-реабилитационного воздействия с применением соответствующих лекарственных средств, как симптоматических, так и сенсibiliзирующих к алкоголю.

Хроническая алкогольная интоксикация поражает практически все органы и системы, вызывая как острые, так и хронические поражения. Врач-нарколог проводит комплексное лечение больных алкоголизмом, используя огромный арсенал лекарственных средств, из которого необходимо выбрать более эффективные современные препараты. Сделать это поможет предлагаемый материал.

Лекарственные препараты, используемые при проведении активных методов лечения больных алкоголизмом.

При активных методах лечения больных алкоголизмом используют лекарственные средства, которые подавляют или смягчают влечение к алкоголю, вызывают стойкий эффект аверсии (отвращения) к спиртным напиткам, обеспечивают достаточно длительную сенсibilизацию к алкоголю, создающую непереносимость спиртных напитков (см. табл. 2.7).

Таблица № 2.7

Активные методы лечения больных алкоголизмом

Этапы терапии	Методы лечения
Первый этап	Купирование запойных состояний и ААС, нормализация психического и физического состояния пациента, подавление наиболее острых проявлений влечения к алкоголю, психотерапевтическая подготовка к дальнейшему лечению и созданию установки на трезвость.
Второй этап	Активное противоалкогольное лечение, окончательное подавление болезненного влечения к алкоголю, создание у пациентов отвращения (аверсии) к спиртным напиткам и непереносимости алкоголя.
Третий этап	Противорецидивные реабилитационные мероприятия; сочетание психотерапевтического, социально-реабилитационного воздействия с применением соответствующих лекарственных средств как симптоматических, так и сенсibilизирующих к алкоголю.

Средства аверсивной (условнорефлекторной) терапии

Для проведения аверсивной (условнорефлекторной) терапии используют в качестве безусловных раздражителей препараты или их комбинации, вызывающие выраженную тошнотно-рвотную и вегетативно-сосудистую реакцию, которая сочетается со спиртными напитками, являющимися условным раздражителем. После ряда сочетаний подавляется первичное влечение к алкоголю и вырабатывается стойкая аверсия к спиртным напиткам.

Апоморфин (Apomorphinum) – полусинтетический алкалоид, получаемый из морфина. При парентеральном введении возбуждает триггерную хеморецептивную зону продолговатого мозга и вызывает сильную, хотя и кратковременную тошнотно-рвотную реакцию и более длительную вегетативно-сосудистую (потливость, снижение артериального давления, слабость и пр.). На высоте тошнотно-рвотной и вегетативно-сосудистой реакции производится сочетание с алкоголем (запах, вкус).

Способ применения и дозы

Применяется 1 % раствор (в ампулах по 1 мл или изготавливаемый ex tempore). Доза 0,2–

1 мл (0,002-0,01 г). Следует учитывать, что у больных алкоголизмом, как правило, снижена возбудимость рвотного центра (симптом утраты защитного рвотного рефлекса). Предшествующее применение нейролептиков дополнительно снижает рвотный эффект апоморфина. Поэтому при отсутствии реакции от первой дозы (0,2–0,3 мл) ее следует повторить и при достижении эффекта при дальнейших сеансах можно использовать дозы апоморфина от 0,5 мл 1% раствора и выше. В особо резистентных к апоморфину случаях могут использоваться дозы и несколько превышающие 0,01 г апоморфина (до 1,2–1,4 мл 1% раствора). Для предупреждения возможных преколлаптоидных и даже коллаптоидных состояний до введения апоморфина в повышенных дозах необходимо профилактически вводить средства, стимулирующие дыхание и кровообращение: 1–2 мл 10 % раствора кофеина и 1–2 мл кордиамина или коразола), а при преколлаптоидных состояниях – мезатон, цититон, этимизол и др. При повторном использовании апоморфина в течение 10–15 сеансов возможно проявление его морфиноподобного действия (анальгезирующий эффект) с опасностью привыкания. Поэтому целесообразно провести 2–4 больших алкогольно-рвотных сеансов (БАРС) с повторным введением в течение одного сеанса возрастающих доз апоморфина с интервалом в 20–30 минут, до проявления полной непереносимости лишь запаха алкоголя и невозможности его выпить.

Для подавления влечения к алкоголю вне ААС можно использовать возрастающие дозы апоморфина, принимаемые внутрь в желатиновых капсулах, с интервалом 2 часа: начиная с 0,01 г, с повышением дозы до возникновения тошноты и рвоты. Апоморфин в этой дозе принимать в течение 5–7 дней, за исключением ночного времени.

Апоморфин в дозе 0,3–0,6 мл 1% раствора подкожно без сочетания с алкоголем может использоваться для протрезвления и купирования ААС. После рвотной реакции пациент трезвеет, наступает слабость, сон.

Помимо апоморфина, обладающего центральным рвотным действием, для аверсивной терапии используются препараты рефлекторного рвотного действия, т. е. раздражающие окончания блуждающего нерва в слизистой оболочке желудка, вызывающие тошноту и рвоту.

Эметин (*Emetinum hydrochloridum*) добывается из корней ипекакуаны. При приеме внутрь в дозах 0,03-0,05 г (или 0,3–0,5 мл 10 % раствора) вызывает тошнотно-рвотную реакцию менее интенсивную, чем апоморфин, но более длительную. Препарат не имеет запаха и вкуса, поэтому может подмешиваться к спиртным напиткам.

Способ применения и дозы

В наркологической практике для условнорефлекторной терапии нецелесообразно использовать ампулированный 1 % раствор эметина по 1 мл для инъекций, т. к. при парентеральном введении 3–5 мл 1 % раствора эметина рвотная реакция значительно слабее, чем после приёма этих 3–5 мл 1 % раствора внутрь. Для усиления рвотного эффекта эметина одновременно с ним целесообразно ввести подкожно 1–2 мл 5 % раствора эфедрина. Весьма эффективно одновременно применение 1 % раствора апоморфина подкожно (3–6 мл) и 3–5 мл 1 % раствора эметина внутрь. При этом тошнотно-рвотная реакция интенсивная и длительная.

Сульфат меди (*Cupri sulfas*) и сульфат цинка (*Zinci sulfas*) являются рвотными средствами рефлекторного действия. Раздражая окончания блуждающего нерва в слизистой оболочке желудка, они вызывают рефлекторную рвоту в результате

непосредственного возбуждения рвотного центра, а не триггерной пусковой зоны, как апоморфин. Поэтому при сочетании их с апоморфином возникает наиболее интенсивный тошнотно-рвотный эффект.

Способ применения и дозы

Сульфат меди применяется в дозе 0,3–0,5 г сухого вещества (30–50 мл 1% раствора), сульфат цинка 0,5–1 г сухого вещества (50–100 мл 1% раствора).

Трава термопсиса (*Herba Thermopsideis*) содержит сумму алкалоидов и в больших дозах помимо отхаркивающего оказывает и рвотное действие. С успехом может применяться в рвотных смесях, в состав которых, кроме термопсиса, сульфатов меди и цинка, включается сульфат натрия, препятствующий быстрому всасыванию смеси. Для смягчения раздражающего действия солей тяжелых металлов на слизистую оболочку желудка в состав смеси включается касторовое масло, усиливающее рвотный рефлекс, а при его отсутствии – любое растительное масло (подсолнечное, оливковое и пр.).

Рекомендуемый состав рвотной смеси:

Rp.: Pulv. Herbae Thermopsideis (Extr. Thermopsideis sicci) – 0,5

Cupri sulfatis -1,5

Zinci sulfatis – 5,0

Natrii sulfatis 60,0

Ol. Ricini -150,0

Aq. DestillAd 500,0

M.D.S. П по 50–100 мл на приём. Перед употреблением взболтать.

Отвар баранца (*Decoctum Lycopodii selaginosi*) содержит группу алкалоидов (селагин и др.), вызывающих при приеме внутрь длительную (до 2–6 часов) интенсивную тошнотно-рвотную и вегетативную реакцию, на фоне которой многократно проводится сочетание ее с алкоголем. Алкалоиды баранца рефлекторной рвоты не вызывают, а воздействуют на рвотные центры диэнцефальной области мозга. Свежеприготовленный 5 % отвар баранца в дозах 75 мл и больше, в зависимости от сорта сырья, времени сбора и пр. вызывает рвотную реакцию через 30 минут – 1 час и более после приема. Для выработки стойкой аверсии к алкоголю достаточно 2–3 сеанса. В настоящее время сборы лекарственного сырья баранца затруднены, т. к. он является дикорастущим растением с ограниченным ареалом распространения.

Отвар чабреца (*Decoctum Serpyllid*) содержит эфирные масла и другие фармакологически активные вещества. Свежеприготовленный 7 % отвар чабреца в дозах 50 мл 2–3 раза в день используется как седативное средство, подавляющее влечение к алкоголю при ААС, а в дозах 150–200 мл вызывает тошнотно-рвотную реакцию и может использоваться как средство условнорефлекторной терапии, как самостоятельно, так и в сочетании с другими рвотными средствами (апоморфином, эметином, солями тяжелых металлов и др.).

Никотиновая кислота (*Acidum nicotinicum*) может использоваться для проведения сеансов аверсионной терапии алкоголизма. Используются возрастающие дозы никотиновой кислоты – до 0,3–0,6 г и, при хорошей переносимости – до 1 г натощак. На фоне возникшей вегетативно-сосудистой реакции проводятся алкогольные пробы (20–40 мл 40 % водки или спирта) – 15–20 сочетаний. Более эффективно сочетание никотиновой

кислоты с предшествующим внутривенным введением 15–20 мл 30 % раствора натрия тиосульфата (Natrii thiosulfat). При этом тошнота и вегетативно-сосудистая реакция длительнее и интенсивнее.

Препараты, вызывающие непереносимость алкоголя (сенсibiliзирующие к алкоголю)

Дисульфирам (Disulfiramuin) – химическое название тетраэтилтиурамдисульфид, традиционное название Antabus, широко используется французское название препарата Esperal («надежда»). В наркологической практике применяется с 1946 г., и, несомненно, выдержал «испытание временем».

Механизм действия дисульфирама основан на том, что, находясь в организме, дисульфирам и его метаболиты блокируют ферментативные системы, участвующие в промежуточных процессах обмена алкоголя. Это ведет к накоплению токсических веществ, ранее всего ацетальдегида, и в разной степени выраженности токсико-аллергической реакции. В лёгких случаях возникают покраснение кожных покровов, ощущение жара в лице, чувство стеснения в груди и затруднение дыхания, распирающие боли и шум в голове, сердцебиение, падение артериального давления, в большей степени диастолического до 60–20 мм рт. ст. Из рта пациента ощущается выраженный специфический запах ацетальдегида и сероуглерода. Указанное состояние длится 20–60 минут, постепенно реакция исчезает.

В более тяжелых случаях, когда принята сравнительно большая доза спиртных напитков (100–150 мл 40 % алкоголя или эквивалентное количество напитков меньшего содержания алкоголя!), может возникнуть значительно более тяжелая и опасная для жизни реакция, во время которой тахикардия достигает 120–160 ударов в минуту, систолическое давление снижается до 70–20 мм рт. ст., а диастолическое до 0 (коллапс). Дыхание затруднено, возможны тоническое сведение мышц конечностей и клонические судороги вплоть до эпилептиформного припадка. Характерные признаки тяжелой ацетальдегидной интоксикации: смена гиперемии кожных покровов бледностью, начиная с носа, губ и подбородка (симптом «бабочки»), резкая гиперемия сосудов склер («бульдожь глаза»), набухание вен шеи с чувством сжатия («симптом тугого воротника»).

Способ применения и дозы

Для купирования тяжелых ацетальдегидных интоксикаций применяется внутривенное введение 20 мл 1% водного раствора метиленового синего (Sol. Methyleni coerulei 1 %-20,0 in amp.), при наиболее тяжелых состояниях вводится повторно – 2–3 раза. При отсутствии метиленового синего можно вводить 30 % раствор натрия тиосульфата по 20 мл внутривенно. Одновременно дается кислород, вводятся препараты, стимулирующие деятельность сердечно-сосудистой системы (кордиамин, коразол, цититон, эфедрин, стрихнин, мезатон или адреналин), в тяжелых случаях – преднизолон, гидрокортизон, полиионные растворы, при резкой сердечной слабости 0,5 мл 0,05 % раствора строфантина или 0,06 % раствора коргликона в 20 мл изотонического раствора хлорида натрия. При судорожных состояниях внутримышечно 10 мл 20 % раствора магния сульфата.

У человека массой 70–80 кг за сутки выводится из организма около 0,5 г дисульфирама, поэтому такие дозы являются оптимальными для поддержания сенсibiliзации. В 2–3 дня доза может быть увеличена до 0,75 г, при длительном поддерживающем лечении она сокращается до 0,25 г в сутки.

Раньше при проведении активного этапа лечения дисульфирамом проводились алкогольно-тетурамовые пробы на возрастающих дозах алкоголя (начиная с 30 мл 40 % водки) до достижения достаточно выраженной ацетальдегидной интоксикации. При этом вырабатывалось и условнорефлекторное отвращение к спиртным напиткам. В настоящее время ввиду возможных осложнений и неблагоприятных последствий, как правило, проводится длительное поддерживающее лечение дисульфирамом, в том числе в сочетании с другими сенсibiliзирующими к алкоголю препаратами, без проведения алкогольных проб или проводятся 1–3 пробы на небольших дозах спиртных напитков для убеждения больного в возникновении у него непереносимости алкоголя.

Необходимо учитывать, что дисульфирам на воздухе кальцинируется, не распадается в желудочно-кишечном тракте и не всасывается через слизистые оболочки кишечника. Эффект сенсibilизации к алкоголю при этом отсутствует. Поэтому перед приемом таблетки дисульфирама следует раздавить в ложке воды и принимать в виде взвеси, запивая большим количеством жидкости.

Этого недостатка позволяет избегать лекарственная форма дисульфирама в виде быстрорастворимых шипучих таблеток.

Антабус – шипучие таблетки. Активное вещество – дисульфирам. Показания те же, что и для дисульфирама.

Способ применения и дозы

Назначается по схеме: 1 день – 400 мг, 2 день – 400 мг, 3 день – 400 мг, 4,5 дни – 200 мг, затем по 200 мг ежедневно или 2–3 раза в неделю по рекомендации врача. Антабус не сочетается с фенитоином (антиконвульсант), хлордиазепоксидом, диазепамом.

Противопоказан при тяжелых заболеваниях сердца, гипертонической болезни, эндогенных психозах. Относительные противопоказания: заболевания печени и почек, лёгких, сахарный диабет, эпилепсия.

Побочные действия

В первые дни возможны усталость, сонливость, тошнота, одышка, металлический вкус во рту. Иногда могут наблюдаться галлюцинации, депрессия, онемение и слабость мышц конечностей, расстройство зрения и функции печени.

Антабус может быть использован для проведения алкогольно-антабусных проб. Проба проводится на 5-й день лечения - 12 мл водки натощак, через 20 минут, если нет реакции, еще 20 мл водки (при этом необходимо учитывать, что бензодиазенины уменьшают реакцию, а амитриптилин ее усиливает).

Учитывая, что дисульфирам является не индифферентным препаратом, может вызывать побочные явления и осложнения, имеется ряд противопоказаний к его применению, особенно длительному.

Противопоказан при хронических заболеваниях, сопровождающихся нарушением функции органов и систем (эндокринные заболевания – диабет, тиреотоксикоз, атеросклероз сосудов мозга и сердца, ишемические состояния, активные фазы туберкулеза с декомпенсацией, бронхиальная астма, заболевания печени, почек, поджелудочной железы, болезнь желудка и 12-перстной кишки в стадии обострения, аллергические состояния, полиневропатия, глаукома и др.).

Учитывая, что сенсibilизация к алкоголю после окончания приёма дисульфирама сравнительно быстро исчезает и возобновляется возможность употребления алкоголя, возникла необходимость создания депонируемых форм дисульфирама, обеспечивающих

длительную непереносимость алкоголя. С этой целью используется дисульфирам – депо для имплантации, препарат Esperal в стерильных флаконах для имплантации – 10 таблеток по 0,1 г эсперала в таблетке. Препарат имплантируют в подкожную клетчатку на местах тела, закрытых купальным костюмом, чтобы не был виден рубец во время пребывания на пляже.

Механизм действия имплантируемого дисульфирама недостаточно изучен. Дисульфирам и его метаболиты не обнаруживаются в крови у 35 % пациентов после имплантации, а концентрация его в случаях, когда он обнаружен, не превышает 0,15 мг%, т. е. значительно ниже той концентрации, при которой возникает алкогольно-дисульфирамовая реакция. Указанные минимальные дозы дисульфирама обнаруживались лишь в течение нескольких недель после имплантации. В то же время, отмечены случаи достаточно выраженных вегетативно-сосудистых расстройств, вплоть до коллаптоидных состояний, при употреблении спиртных напитков через несколько месяцев и даже лет после имплантации дисульфирама. Это свидетельствует чаще всего о чисто психическом, внушенном компоненте при возникновении таких реакций, и имплантацию дисульфирама следует относить к опосредованным методам терапии алкоголизма ("Торпедо", "Кодирование" и др.). Несомненно, что большое психотерапевтическое значение имеет сама процедура имплантации и длительное осязаемое присутствие препарата под кожей.

Помимо имплантации дисульфирама в таблетках со специальным, неотторгаемым наполнителем, возможно и внутримышечное введение его в масляном растворе или взвеси. Была попытка создания стойкого раствора дисульфирама на абрикосовом масле – препарата абрифид (Abrifidum) в ампулах по 1–2 мл. Однако срок его годности оказался недостаточным для товарного использования, хотя он успешно прошел клинические испытания. В то же время, 7 % масляный раствор дисульфирама можно готовить ex tempore и успешно применять. С этой целью субстанцию дисульфирама тщательно растирают в горячем персиковом (оливковом, рафинированном подсолнечном или другом растительном) масле, пригодном для внутримышечных инъекций из расчета 7 г/100 мл. Полученный раствор стерилизуют, разливают в стерильные флакончики по 5 г 10 мл, флакончики герметизируют и повторно стерилизуют. При стоянии на холоде дисульфирам выпадает в осадок. Срок хранения – 7-10 дней. Перед употреблением раствор подогревают в горячей воде 38–40 °С, взбалтывают до полного растворения осадка и вводят глубоко в верхний наружный квадрат ягодицы в дозах от 0,5 до 2 мл. После введения дисульфирама через 2–3 часа возникает выраженная гипертермическая реакция – до 38–39 °С длительностью 10–14 часов, длительнее, чем после применения сульфозина или пирогенала. Первое же введение масляного раствора дисульфирама полностью купирует болезненное влечение к алкоголю и ААС. В зависимости от состояния пациента повторные введения производят ежедневно (до 5–6 дней) или через день.

Курс лечения не должен превышать 10–12 инъекций. Алкогольные пробы осуществляются после 3-х и более инъекций, при нормальной температуре тела. У большинства больных выраженная вегетативно-сосудистая и тошнотно-рвотная реакция возникает лишь на запах и вкус алкоголя, они не в состоянии проглотить небольшую дозу алкоголя (10–20 мл водки). Типичной алкогольно-дисульфирамовой реакции не бывает даже у больных, проглотивших водку, т. к. возникает рвота, и алкоголь не всасывается. После 5–6 таких проб у больных возникает достаточно выраженное отвращение к алкоголю, и тогда следует перейти на прием дисульфирама внутрь по 0,5 г в день.

Таким образом, инъекции масляного раствора дисульфирама позволяют купировать ААС, вызвать аверсию к алкоголю и сенсibilизацию к нему.

Наиболее частое побочное действие – болезненные инфильтраты в месте инъекций, для рассасывания которых назначают тепловые процедуры.

Форма выпуска: таблетки по 400 мг для приёма внутрь после растворения в воде. Dumex Alpha A/C, Дания: таблетки по 0,15 г, 0,25 г, 0,5 г для приема внутрь, Россия: Эспераль – депонированная форма для имплантации, Sanofi W, Франция, Polfa, Польша.

Лекарственные препараты различных групп, сенсibilизирующие к алкоголю

Тетурам является специфическим лекарственным средством, применяемым исключительно для лечения больных алкоголизмом. В то же время, в наркологическую практику вошел ряд препаратов, применяющихся при лечении различных заболеваний, одновременно вызывающих непереносимость алкоголя.

Метронидазол (Metronidazole). Зарубежные аналоги Trichopol, Flagyl и др. Обладает широким спектром антимикробного действия, применяется при лечении трихомоноза и других урогенитальных заболеваний, а также лямблиозе, язвенной болезни желудка. Препарат малотоксичен, из организма выводится в течение 1–2 суток, окрашивает мочу в красно-коричневый цвет.

В клинике алкоголизма метронидазол может применяться для купирования абстинентных явлений и запойных состояний, а также как средство сенсibilизации организма к алкоголю с проведением алкогольных проб и для поддерживающего лечения.

Способ применения и дозы

Обычная терапевтическая доза 0,5–1 г в сутки в течение 7-10 дней. Для купирования острых абстинентных явлений и запойных состояний в течение первого дня лечения применяются «ударные» дозы метронидазола: первый приём – 2 г – 8 таблеток по 0,25 г, запивается большим количеством жидкости. Эта доза вызывает тошноту, недомогание и полностью подавляет влечение к опохмелению. Далее каждые 2–3 часа дается по 1 г 2 раза в день или по 0,75-1 г 3 раза в день. Таким образом, доза метронидазола при лечении больных алкоголизмом в 3 и более раз превышает обычную терапевтическую дозу. Применение метронидазола в дозах меньше 2 г в сутки для лечения больных алкоголизмом неэффективно.

После приёма указанных доз метронидазола в течение 7-10 дней возможно проведение алкогольно-метронидазоловых проб. Механизм противоалкогольного действия метронидазола, вероятно, также как и тетурама, объясняется нарушением метаболизма алкоголя в организме, т. к. метронидазол накапливается в печени, где происходит основное обезвреживание алкоголя. При приёме пациентом 30-100 мл водки после 7-10 дней лечения метронидазолом возникает сильная тошнота и рвота, при незначительных вегетативно-сосудистых расстройствах. Если рвота не наступила, необходимо ввести 0,3–0.5 мл 1% раствора апоморфина, во избежание всасывания алкоголя и наступления опьянения.

Алкогольные пробы на запах и вкус алкоголя (пациент нюхает спиртной напиток и прополаскивает им глотку, выплевывая) до получения тошнотно-рвотной реакции можно проводить в домашних условиях под контролем родственников.

Попытки употребления спиртных напитков во время лечения метронидазолом вызывают тошноту и рвоту, которые не подавляются и при повторных приемах алкоголя.

Непрерывный прием метронидазола в дозах 2 г в сутки не должен превышать 10–12 дней, не рекомендуется одновременный прием метронидазола и тетурама, так как это может привести к нежелательным последствиям (лейкопения).

Форма выпуска: таблетки по 0,25 г и 0,5 г.

Синонимы: Апо-Метронидазол (Аpo-Metronidazole), Аpotex, Канада; Зоацид (Soasid), Tata Pharma, Индия; Орвагил (Orvagil), Югославия; Трихопол (Trichopol), Польша, Россия.

Тинидазол (Tinidazole) по структуре и действию близок к метронидазолу. В наркологической практике применяется в меньших дозах, чем метронидазол, но более длительными курсами – по 0,5 г 1 раз в день, в течение 10–25 дней. Алкогольные пробы на запах и вкус спиртных напитков (не проглатывая алкоголя) проводятся, начиная с 3-го дня лечения. Поддерживающее лечение – по 0,25 г 1 раз в день, длительными курсами -1-3 месяца.

Побочные действия

Возможны анорексия, сухость и неприятный вкус во рту, тошнота, рвота, диарея, крапивница, кожный зуд, редко – лейкопения.

Противопоказан при болезни крови, заболеваниях ЦНС, лактации, беременности и повышенной чувствительности к препарату.

Форма выпуска: таблетки для приема внутрь по 0,5 г. по 4 и 10 штук в упаковке.

Синонимы: Тинапрот (Tinaprot) Menon Pharma, Индия; Тинимид (Tinimid) Promed Export, Индия; Тинидазол (Tinidazol) Polfa, Польша, Mesco Pharmaceuticals, Индия; Фасигин (Fasigyn) Pfizer, США.

Фуразолидон (Furazolidonum) – производное нитрофурана, противомикробный и противопаразитарный препарат, применяется при кишечных и урогенитальных инфекциях.

Способ применения и дозы

Применяется в дозах 0,1 г 3–4 раза в день. Высшие дозы для взрослых: разовая – 0,2 г, суточная – 0,8 г. Окрашивает мочу в интенсивный желтый цвет.

По резорбтивному действию относится к ингибиторам миноаминоксидазы, с чем связана его способность сенсibiliзировать организм к алкоголю. При приёме внутрь в терапевтических дозах максимальная концентрация препарата в крови отмечается через 30 минут, а через 6 часов препарат в крови не обнаруживается. Препарат принимают после еды, запивая большим количеством жидкости.

Для поддержания постоянной концентрации препарата в крови целесообразно принимать по 0,2 г 3–4 раза в день. При меньших дозах эффект недостаточный. Длительность курса не должна превышать 10–12 дней, после чего необходим перерыв (замена другим сенсibiliзирующим к алкоголю препаратом), т. к. возможны побочные явления: потеря аппетита, тошнота, рвота, слабость, аллергические реакции (кожные высыпания).

Алкогольно-фуразолидоновые пробы проводятся после того, как больной принял не менее 5 г фуразолидона. Проведение проб и средства неотложной помощи аналогичны алкогольно-тетурамовым пробам. Пациент выпивает (как правило, в два приёма) 80–90 мл 40 % алкоголя. Первый приём – 50 мл и через 30 минут – остальное. При быстро наступающей реакции второй приём не нужен. Через 5-10 минут после приема алкоголя у пациента возникает гиперемия кожи лица, шеи, чувство жара, особенно в лице, чувство

распираания и пульсирующие боли в голове, особенно в висках и затылке, слабость, одышка, сердцебиение – пульс 90-120 ударов в минуту, а иногда, напротив, брадикардия (50 уд. в мин.). Значительное снижение артериального давления 100/50 – 85/0 мм рт. ст. Далее – головокружение, потемнение в глазах, сухость во рту, жжение в желудке, отрыжка, иногда тошнота и рвота. Из рта отмечается специфический запах, не похожий ни на запах алкоголя, ни ацетальдегида или сероуглерода, как при алкогольно-тетурамовой реакции. Длительность реакции 1–1,5 часа, заканчивается самокупированием. Лишь в редких случаях, при наиболее тяжелых проявлениях проводится купирование введением кордиамина, мезатона, цититона, коргликона, внутривенного введения 20 мл 1% метиленового синего и др.

При выраженной реакции достаточно проведения одной пробы, при слабой – проводятся повторные реакции, количество водки не более 90 мл. Далее проводится поддерживающее лечение.

Форма выпуска: таблетки по 0,05 г.

Фурадонин (Furadoninum) – также антимикробный препарат из группы нитрофуранов, применяется при лечении инфекций мочевых путей. Окрашивает мочу в шафраново-желтый цвет. Так же, как и фуразолидон, сенсibiliзирует организм к алкоголю, обладает несколько большей, чем фуразолидон активностью, но и большим побочным действием.

Способ применения и дозы

При лечении больных алкоголизмом применяется в дозах 0,3 (6 таблеток) 2 раза в день, курс 10–12 дней. Алкогольные пробы можно проводить как в стационарных, так и в полустационарных и амбулаторных условиях после 5–7 дней приёма фурадонина, когда общая доза принятого препарата составляет не менее 34 г. Пробы проводятся натощак, через 2–3 часа после приёма пищи. Спиртной напиток (водка, вино) дается дробными порциями по 15–30 мл через каждые 10–15 минут 4–5 раз с тем, чтобы общая доза алкоголя была эквивалентна 90-100 мл 40 % алкоголя. Алкогольно-фурадоновая реакция отличается от алкогольно-фуразолидоновой более интенсивными распирающими болями в голове, тахикардией до 100–120 ударов в минуту. Типичный симптом-спазм мышц глотки с ощущением «комка в горле», затрудненное дыхание, тошнота и рвота. Артериальное давление не снижается, а повышается – систолическое – на 20–40 мм рт. ст., диастолическое – на 10–30 мм рт. ст. Повторный приём алкоголя вызывает нарастающее отвращение к нему с тошнотой, рвотой, сильным спазмом мышц глотки при попытке выпить спиртной напиток. Из рта резкий, крайне неприятный запах, который пациент сам ощущает.

Значительно чаще, чем при алкогольно-фуразолидоновых пробах самокупирование не наступает в течение 1 часа и более, и по просьбе пациента приходится купировать реакцию применением кордиамина, коразола, лобелина, цититона, эуфиллина, вдыхания кислорода, внутривенного введения 10–20 мл 1% раствора метиленового синего. Число проб и поддерживающее лечение, как и при применении фуразолидона. При длительном поддерживающем (противорецидивном) лечении необходимо использовать комбинацию сенсibiliзирующих к алкоголю препаратов, применяя их последовательными курсами по 10–12 дней. За это время не происходят кумуляции препарата и проявлений его побочных эффектов, а сенсibiliзирующий эффект, препятствующий употреблению спиртных напитков, сохраняется длительное время.

Для каждого пациента можно предложить курс комбинированного сенсibiliзирующего

лечения. Так, например, лечение начинается с курса тетурама по 0,5 г ежедневно 10–12 дней, с алкогольными пробами или без них, если лечение тетурамом начато после курса аверсионной или гипносуггестивной терапии. После этого, без перерыва, проводится 10-дневный курс фуразолидона по 0,2 г 3 раза в день, далее 10 дней метронидазол по 1,0 г 2 раза в день, далее 10 дней фурадонин по 0,3 г 2 раза в день. Через 40 дней опять 10-дневный курс тетурама, после чего остальные сенсibiliзирующие к алкоголю препараты в такой же последовательности. При этом после курса каждого из препаратов следует перерыв, что исключает кумуляцию и побочные явления. Далее следует включать 10-15-дневные курсы никотиновой кислоты по 0,1–0,2 г 2–3 раза в день натощак. Курсы сенсibiliзирующих препаратов можно чередовать с приёмом психотропных и различных симптоматических средств. В случаях резистентности пациента к отдельным сенсibiliзирующим препаратам возможно комбинированное применение тетурама с одним из нитрофуранов (метронидазол не рекомендуется комбинировать с тетурамом из-за возможных осложнений). При этом первые 10 дней назначается 0,5 г тетурама утром и по 0,2 г фуразолидона или фурадонина днем и вечером. На 5–6 день такого комбинированного лечения проводится алкогольная проба путем дробного приёма 40 % алкоголя по 30 мл, не более 90 мл. Как правило, после приема первой же дозы алкоголя возникает достаточно выраженная вегетативно-сосудистая реакция, сопровождающаяся тошнотой и отвращением к алкоголю. При слабой реакции пробу можно повторить и перейти на поддерживающее лечение чередованием сенсibiliзирующих к алкоголю препаратов.

При длительном поддерживающем (противорецидивном) лечении сенсibiliзирующими к алкоголю средствами необходимо периодически проводить контрольные анализы крови, мочи и осуществлять систематическое врачебное наблюдение, учитывая возможные осложнения и побочные эффекты.

Селинкро (Selincro) – первый препарат, направленный на сокращение потребления алкоголя. Зарегистрирован в Европе фирмой Лундбек (Lundbeck). Селинкро (Налмефен) является уникальным модулятором опиоидной системы двойного действия. Препарат действует на мотивационную систему мозга пациентов с алкогольной зависимостью, у которых нарушена ее регуляция. Селинкро уменьшает подкрепляющие эффекты алкоголя, и тем самым редуцирует желание его употреблять. Селинкро является частью новой концепции лечения, которая направлена на сокращение потребления алкоголя и повышение приверженности к лечению, и включает в себя также психосоциальную поддержку. Новая стратегия заключается в применении фармакотерапии «по потребности»: одна таблетка Селинкро принимается пациентом только в те дни, когда существует риск приёма алкоголя. Одну таблетку следует принимать желательнее за 1–2 часа до предполагаемого времени употребления алкоголя.

При применении Селинкро была показана эффективность в снижении употребления алкоголя у пациентов из группы высокого алкогольного риска. У пациентов, принимавших Селинкро, уже в течение первого месяца было достигнуто 40 % снижение общего объёма потребления алкоголя, а через 6 месяцев употребление алкоголя сократилось примерно на 60 %. Данные более длительного 12-месячного исследования подтвердили, что эффективность Селинкро сохраняется и после 6 месяцев. Селинкро, как правило, хорошо переносится, его побочные эффекты были выражены в незначительной или умеренной степени и носили преходящий характер.

Распространенные ошибки фармакотерапии неотложных состояний у больных алкоголизмом

Типичными ошибками лечения острых алкогольных расстройств, которые могут привести к утяжелению состояния больных, являются следующие врачебные решения: 1) введение препаратов глюкозы без предварительного парентерального введения тиамин (витамина В1); 2) нарушение принципа очередности лечебных мероприятий; 3) необоснованное назначение лекарственных препаратов, обладающих выраженной холинолитической активностью.

Метаболизм углеводов осуществляется с участием ТПФ-зависимых ферментов, поэтому введение препаратов глюкозы с целью детоксикации без предварительного назначения тиамин снижает общее содержание этого витамина в организме (которое у лиц, систематически злоупотребляющих алкоголем, и без того невелико). Резкое уменьшение мозгового пула тиамин может прямо провоцировать развитие алкогольного делирия и (при неблагоприятном течении метаболитического церебрального процесса) острой алкогольной энцефалопатии.

Нарушение охарактеризованного выше «принципа очередности» в назначении различных лекарственных средств также может приводить к утяжелению состояния больных, а неадекватная капельная инфузия – к отекам жизненно важных органов и другим опасным осложнениям.

К числу грубых врачебных ошибок относится назначение больным алкоголизмом (особенно пациентам с большой длительностью злоупотребления алкоголем, выраженным соматоневрологическим отягощением и высоким риском развития делирия) в период острой отмены алкоголя препаратов-холинолитиков.

Если назначение нейролептиков с антихолинергическими свойствами может определяться теми или иными показаниями, то клинических показаний для применения трициклических антидепрессантов или антигистаминных средств при алкогольном абстинентном синдроме практически не бывает. Несмотря на это, назначение больным с острыми алкогольными расстройствами трициклических антидепрессантов и таких препаратов, как прометазин (пипольфен) и дифенгидрамин (димедрол) с седативной целью нередко, к сожалению, встречается не только в клиниках общего профиля, но и в психиатрической (наркологической) практике.

Перечень лекарственных препаратов

Абрифид – Авоксин – Адалин – Азалептин – Акампрозат – Алзолам – Алимемазин – Алпракс – Альпразолам – Амизол – Амиксид – Амиксид-Н – Амиксид-5 Аминазин – Аминалон – Аминеурин – Аминобировая кислота – Амитон – Амитриптилин – Анальгин – Анальгин-500 – Анафранил – Антабус – Антарес – Антелепсин – Анти-Э – Анторфин – Апаурин – Апилепсин – Апо-Амитриптилин – Апо-Галоперидол – Апо-Диазепам – Апо-Импрамин – Апо-Карбамазепин – Апо-Лоразепам – Апоморфин – Апо-Оксазепам – Апо-Трифлуоперазин – Аропакс – Ативан – Атимил – Аципорт – Баралгин – Бевилекс – Бемикс-С – Бензоклидин – Бенперидол – Берлидром – Берокка Са+Мg – Бетаиндигидрогенцитрат – Бетатак – Биовиталь-Вит. Е – Биовиталь-Вит. С-500 – Биовиталь драже – Биотретин – Болвидон – Бромазепам – Бротизолам – Бутироксан – Валдисперт – Валерган – Валиум – Вальпроевая кислота – Вералган – Вернисон – Ви-

Дайлин – Ви-Фер – Вивалан – Вилоксазин – Витамакс – Витанова – Галопер – Галоперидол – Галоперидол деканоат – Галоперидол-Ратиофарм – Гамалон – Геминеврин – Гепабене – Гепалив – Гепареген – Гепастерил А, Б – Гептрал – Гериатрик фарматон – Герфонал – Гидифен – Гликозил – Гликокол – Гликоликсир – Глицин – Гравинова – Дароксат – Девагин – Дезипрамин – Декспантенол – Деметрин – Депакин – Депакин хроно – Депидол – Диазепабене – Диазепам Диазепам-Ратиофарм – Диазепам – Ривофарм – Диазепам-5 – Диазепам-Тева – Дидепил – Дисульфирам – Доксепин – Досулептин – Дормикум – Дуовит – Желчевом – Зенакс – Зептол – Золпидем – Зопиклон – Зоацид – Иберет – Иберет-500 – Ивадал – Илвагин – ИМАП – Имипрамин – Инмекарб – Калмепам – Калмпоуз – Каль-С-Вита – Кальций С растворимый – Карбамазепин – Карбамазепин – Тева – Карбапин – Карбатол – Карсил – Кассадан – Кембион – Клобазам – Клометиазол – Кломипрамин – Клоназепам – Клоразепат – Клофранил – КобидекН – Комбевит С – Компазин – Конвулекс – Контемнол – Корда-К– Ксанакс – Кудзу – Ламиктал – Ларгактил – Левомепромазин – Легален – Легален 35V70M40 – Лековит – Лексилиум – Лексотан – Лендормин – Лепротек – Леривон – Либерол – Либракс – Лимонтар – Линамифен – Лиоген-ретард – Лития карбонат – Лития оксидутират – Литосан – Литосан-СР – Лонетил – Лоразепам – Лохеин – Лудиомил – Маброн – Мазепин – Макровит – Максиган – Максирин – Малиазин – Мапролу – Мапротибене – Мапротилин – Мега Вите – Медазепам – Медазепам АД – Мезапам – Мексидол – Мелипрамин – Меллерил – Мендесик – Мерлит – Метадоксил – Метамизол натрия – Метамизол содиум – Метофеназин – Метронидазол – Миансерин – Мивалган – Мидазолам – Микалит – Мироксин – Модитен-депо – Мультибионта плюс С – Налоксон – Налоксон гидрохлорид – Налорфин – Налмефен (Селинкро) – Налтрексон – Натабек Ф – Натрия оксидутират – Небагин – Нейро-Ратиофарм – Нейробене – Неозепам – Нервофлюкс – Неулептил – Никотиновая кислота – Нитразепам – Нитросан – Нобол – Нобритем – Ново-Пассит – Нозепам – Номифензин – Ноотропил – Норвал – Нормок – Норфин – Носан – Носпаз – Нутрисан – Ойкамид – Оксазепам – Оксазепам-Ратиофарм – Окседеп – Оксидилин – Олиговит – Опталгин-Тева – Оптилетс-500 – Оптилетс-М-500 – ОРАП – Орвагил – Орнитин оксоглурат – Орницетил – Ороцетам – Отвар баранца – Отвар чабреца – Паксил – Пароксетин – Пенфлуридол – Перициазин – Перфеназин – Петилил – Пикамилон – Пиковит – Пимозид – Пипотиозин – Пипортил – Пирабене – Пиразидол – Пирамен – Пирацетам – Пиридитол – Пиридобене – Пиритинол – Пирлиндол – Пирроксан – Плибекс – Полибион Н – Празепам – Прамилет Фа – Прегнавит – Пренамин – Продел – Прозак – Протиаден – Протирелин – Прохлорперазин – Пурамен – Радедорм – Радепур – Ревиа – Редоксон – Реладорм – Реланиум – Ривотрил – Ридазин – Риспердал – Рисперидон – Рогипнол – Руцотель – Сант-Е-Гал – Севен сиз – Седуксен – СЕМАП – Сенорм – Сенорм5h – Сероксат – Сибазон – Сигнопам – Сикотрин– Силибинин – Силимарин – Синекван – Синтрадон – Сирепар – Солко витамин 15 – Сомнубене – Сонапакс – Спасдользин – Спектра – Стаблон – Стазепин – Стелазин – Стресс формула 600 — Стресстабс – Сульпирид – Сультоприд – Сульфат меди – Сульфат цинка – Супрадин – Сурбекс С – Тазепам – Таксофит-Вит. С+Кальций – Таксофит-Поливитамины П+минеральные элементы – Тегретол – Тегретол CR – Темазепам – Темпидон – Терален – Тетурам – Тиабене – Тиазолидин – Тианептин – Тиаприд – Тиапридал – Тизерцин – Тинапрот – Тинидазол – Тинимид – Тиоридазин – Тиорил – Тиролиберин – Токофер – Топрал – Торазин – Торалгин – Трава термопсиса – Традол – Тразин – Тразодон – Трайка – Трамадол – Трамал – Транекс – Транксен – Триазолам – Трибексол – Тризин –

Тримипрамин – Триптизол – Триттико – Трифлуоперазин – Трифлуоперидол – Трифтазин – Трихопол – Труксал – Успокой – Упса С – Фасижин – Фаустан – Фаустан 5 – Феварин – Фезам – Феназенам – Фенибут – Фесовит – Финлепсин – Финлепсин 200 0 Ретард – Фиточай «Петрович» – Флормидал – Флувоксамин – Флунат – Флунитразепам – Флуоксетин – Флупентиксол – Флуфеназин-деканоат – Флушпирилен – Фонтекс – Фортевит– Фосфобензид – Фосфолип – Френолон – Фризиум – Фторфеназин-деканоат – Фуродонин – Фуразолидон – Хальцион – Хлордиазепоксид – Хлорпромазин – Хлорпротиксен – Хомвио-нервин – Целаскон растворимый – Центрум – Церебрин – Эвериден – Эвион – Эвитол – Эглонил – Элениум – Эливел – Эметин – Эмовит – Энербол – Энкорат – Энцефабол – Эпиал – Эспа-Липон – Эспазин-плюс – Эспераль – Эссенциале – Эссенциале-форте – Этаперазин – Эуноктин – Эфервит – Ю-Пан – Юнифит.

Глоссарий ВОЗ основных патологических состояний в наркологии

Алкоголизм (F10.2) [alcoholism]. Термин употребляется давно и имеет различные значения; обычно применяется по отношению к хроническому постоянному пьянству или периодическому потреблению алкоголя, которое характеризуется нарушением контроля над количеством выпитого, частыми эпизодами опьянения (интоксикации), сужением интересов на алкоголе и употреблением алкоголя, несмотря на неблагоприятные последствия. Вызванные употреблением алкоголя психические расстройства и расстройства поведения (F10) классифицируются в МКБ-10 (F10-F19) как расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ.

Алкогольная деменция (F10.7) [alcoholic dementia]. Термин употребляется в самых разных значениях и чаще всего подразумевает хроническое или прогрессирующее расстройство, возникающее в результате пагубного употребления алкоголя и характеризующееся нарушением многих высших кортикальных функций, включая память, мышление, ориентировку, понимание, счет, способность к обучению, речь и суждение. Сознание не помрачено. Нарушение познавательных функций обычно сопровождается нарушениями контроля эмоций, поведения или мотивации поступков. Выраженная алкогольная деменция как отдельный синдром оспаривается некоторыми авторами, которые считают, что при алкоголизме деменции обусловлены другими причинами.

Алкогольный бред ревности (F10.5) [alcoholic jealousy]. Форма хронического вызванного алкоголем психического расстройства, характеризующаяся бредовыми идеями неверности супруга (супруги) или сексуального партнера. Бред, как правило, сопровождается упорным поиском доказательства неверности и прямыми обвинениями, которые могут привести к жестоким ссорам. Ранее рассматривался в качестве отдельной нозологической единицы, но в настоящее время это считается спорным.

Амнестический синдром, вызванный алкоголем, наркотическими или другими психоактивными веществами (F1x.6) [amnesic syndrome, alcohol- or drug-induced]. Стойкое значительное нарушение памяти на текущие и отдаленные события, связанное с употреблением алкоголя или других психоактивных веществ. Немедленное воспоминание обычно сохранено, память на отдаленные события нарушена меньше, чем на недавние события. Обычно наблюдаются нарушения чувства времени и последовательности

событий, а также способности усваивать новый материал. Иногда могут быть выраженные конфабуляции. Другие познавательные функции относительно хорошо сохранены, а амнестические дефекты не пропорциональны другим нарушениям. Несмотря на то, что МКБ-10 использует термин «вызванный», в этиологию синдрома могут быть вовлечены другие факторы. Обусловленный алкоголем корсаковский психоз (или сиидром) является одним из примеров амнестического сиидрома и часто сочетается с энцефалопатией Вернике. Комбинацию часто называют сиидромом Вернике – Корсакова.

Амфетаминовый психоз – расстройство, характеризующееся параноидным бредом, часто сопровождаемым слуховыми и тактильными галлюцинациями, двигательной активностью и лабильностью настроения, которые развиваются во время или после повторного употребления умеренных или больших доз амфетаминов. В типичных случаях поведение индивида враждебно, иррационально и может привести к неспровоцированным проявлениям насилия. В большинстве случаев сознание не помрачено, но иногда можно наблюдать острый делирий после приема очень высоких доз. Расстройство включено в МКБ-10 в рубрику F1x.5: психотическое расстройство, алкогольное, наркотическое или обусловленное другими психоактивными веществами.

Аспонтанности синдром (синдром отсутствия мотиваций) – констелляция симптомов, которые, как считают, связаны с употреблением психоактивных веществ и включают апатию, утрату продуктивности в работе, сниженную способность выполнять сложные или долгосрочные планы, снижение толерантности к фрустрации, нарушение концентрации внимания и трудности в поддержании обычных форм активности. Существование подобного состояния не имеет единого объяснения. Главным образом отмечено в связи с употреблением каннабиса и может просто отражать хроническую интоксикацию каннабисом. Указанные симптомы могут также отражать личность потребителя, его социальные установки или стадию развития.

Белая горячка (F10.4) [delirium tremens]. Синдром отмены с делирием; острое психотическое состояние, возникающее в период фазы отмены у зависимых от алкоголя лиц и характеризующееся спутанностью сознания, дезориентацией, параноидной настроенностью и бредовыми идеями, иллюзиями, галлюцинациями (обычно зрительными или тактильными, реже слуховыми, обонятельными или вестибулярными), раздражительностью, рассеянностью, тремором (иногда значительным), потливостью, тахикардией или гипертензией. Ему обычно предшествуют симптомы простого алкогольного похмелья. Белая горячка обычно возникает через 48 часов или более после прекращения или снижения потребления алкоголя, но может возникнуть и через неделю. Белую горячку следует отличать от алкогольного галлюциноза, который не всегда является феноменом отмены.

Галлюциноген [hallucinogen]. Химический агент, который вызывает изменения в восприятии, мышлении и чувственной сфере, напоминающие таковые при функциональных психозах, но не вызывает серьезных нарушений памяти и ориентации, характерных для органических синдромов. Примерами являются лизергид (диэтиламид лизергиновой кислоты, лсд), диметилтриптамин (ДМТ), псилоцибин, мескалин, тенамфетамин (3, 4-метиленидиоксиамфетамин, МДА), 3, 4-метиленидиоксиметамфетамин (МДМА или экстази) и фенциклидин (Ф цд). Большинство галлюциногенов принимают перорально, однако ДМТ нюхают или курят. Употребление обычно происходит эпизодически, хроническое частое потребление чрезвычайно редко. Действие отмечается в течение 20–30 минут после введения и состоит в расширении зрачка,

повышении кровяного давления, тахикардии, треморе, гиперрефлексии и психоделических фазах (состоящих из эйфории или перемен настроения смешанного характера, визуальных иллюзий и измененного восприятия, размывания границ между "я" и «не я», а зачастую ощущения единства с космосом). Обычными являются быстрые флюктуации между эйфорией и дисфорией. После 4–5 часов эта фаза может смениться идеями отношения, чувством усиленного осознания внутреннего "я" и ощущением магического контроля.

В дополнение к регулярно возникающему галлюцинозу часто проявляются другие неблагоприятные эффекты галлюциногенов, включая следующие:

- 1) "больное (дурное) путешествие";
- 2) постгаллюциногенное нарушение восприятия, или "флэшбэк";
- 3) бредовые расстройства, которые обычно следуют за "больным путешествием"; изменения восприятия прекращаются, но индивид убежден, что испытанные им нарушения восприятия соответствуют реальности; бредовые состояния могут продолжаться только в течение одного-двух дней либо могут сохраняться дольше;
- 4) аффективные расстройства или нарушения настроения, которые выражаются в тревоге, депрессии или мании, возникают вскоре после приема галлюциногенов и сохраняются более 24 часов; типичны ощущение индивида, что он никогда больше не станет нормальным, и выраженная тревога по поводу того, что в результате приёма наркотического средства у него поражен головной мозг.

Галлюциногены использовались для терапии адекватной самооценки в психотерапии, но это ограничено или даже запрещено законодательством.

Детоксикация [detoxication] рассматривается как:

- 1) процесс, посредством которого индивид освобождается от воздействия психоактивного вещества;
- 2) клиническая процедура – процесс освобождения от воздействия, осуществляемый в безопасной и эффективной форме, с тем чтобы свести к минимуму симптомы отмены. Учреждение, в котором выполняется эта процедура, может называться по-разному: центр детоксикации, детокс-центр или медицинский вытрезвитель.

Как правило, в начале детоксикации индивид клинически находится в состоянии интоксикации или уже в абстиненции. При детоксикации может (но не обязательно) использоваться введение медикаментов. Это обычно лекарственные средства, которые проявляют перекрестную толерантность и перекрестную зависимость от веществ, употребляемых пациентом. Доза рассчитывается таким образом, чтобы снять синдром отмены, не вызвав интоксикацию, и постепенно свертывать мероприятия по мере выздоровления пациента.

Как клиническая процедура детоксикация подразумевает, что индивид находится под надзором до полного выздоровления от интоксикации или освобождения от физических проявлений синдрома отмены. Термин "самодетоксикация" иногда используется, чтобы обозначить выздоровление без посторонней помощи от приступа интоксикации или симптомов отмены (абстиненции).

Джеллинека типология (Jellink`s typology). Классификация алкоголизма по Джеллинеку изложена в его книге «Концепция алкоголизма как болезни» (1960):

альфа-алкоголизм – характеризуется психологической зависимостью без перехода в физиологическую зависимость; именуется также проблемным пьянством, пьянством ради бегства от ситуации;

бета-алкоголизм – характеризуется физическими осложнениями, охватывающими одну или несколько систем организма, с общим подрывом здоровья и сокращенной продолжительностью жизни;

гамма-алкоголизм – характеризуется возрастающей толерантностью, потерей контроля и стремительным развитием состояния отмены после прекращения употребления алкоголя; именуется также "англо-саксонским" алкоголизмом;

дельта-алкоголизм – характеризуется возрастающей толерантностью, симптомами отмены и неспособностью к воздержанию, но, ни в коем случае не потерей контроля над количеством употребленного алкоголя;

эпсилон-алкоголизм – пароксизмальное или периодическое пьянство, запойное пьянство, иногда называемое дипсоманией.

Зависимость (Flx.2) [dependence]. Как общий термин означает состояние необходимости или потребности в чем-то или ком-то для поддержки либо для функционирования или выживания. Применительно к алкоголю и другим психоактивным средствам термин подразумевает необходимость повторных приемов психоактивного вещества для обеспечения хорошего самочувствия или во избежание плохого самочувствия. В DSM-III-R зависимость определяется как «совокупность познавательных, поведенческих и физиологических симптомов, которые указывают на то, что у индивида нарушен контроль над потреблением психоактивного вещества, и он продолжает употреблять вещество, несмотря на неблагоприятные последствия». Термин приближенно эквивалентен термину синдром зависимости в МКБ-10. В контексте МКБ-10 термин «зависимость» может вообще относиться к любому из элементов данного синдрома. Термин часто используется наравне с терминами «наркомания» и «алкоголизм».

В 1964 г. комитет экспертов ВОЗ ввел понятие "зависимость" вместо понятий «наркомания» и «привыкание». Термин можно использовать в широком смысле применительно к целому ряду психоактивных лекарственных средств (лекарственная зависимость, химическая зависимость, зависимость от употребления вещества) либо в более узком смысле – применительно к конкретным наркотическим средствам или классам наркотических средств (например, алкогольная зависимость, опиоидная зависимость). Несмотря на то, что МКБ-10 описывает зависимость с помощью терминов, применимых ко всем классам психоактивных средств, имеются различия в характерных симптомах зависимости для разных психоактивных средств. В общем смысле зависимость относится как к физическим, так и к психологическим элементам. Психологическая или психическая зависимость подразумевает снижение контроля над употреблением алкоголя или наркотиков, в то время как физиологическая или физическая зависимость означает толерантность и симптомы состояния отмены (см. также нейроадаптация). При биологически ориентированном рассмотрении термин "зависимость" часто относится только к физической зависимости. Термины "зависимость" или "физическая зависимость" используются также в психофармакологическом контексте в еще более узком смысле и указывают лишь на развитие симптомов состояния отмены после прекращения потребления наркотического средства. В этом узком смысле перекрестная зависимость рассматривается как комплементарная к перекрестной толерантности, причем в обоих случаях имеется в виду только физическая симптоматология (нейроадаптация).

Злоупотребление веществами, не вызывающими зависимость (F55) [abuse of non-dependence-producing substances). В МКБ-10 определяется как неоднократное и несоответствующее использование какого-либо вещества, сопровождающееся, несмотря

на отсутствие у данного вещества наркотического потенциала, вредными физическими или психологическими эффектами или приводящее к излишнему контакту с медицинскими работниками (либо то и другое). Эту категорию, возможно, уместнее было бы определить термином «неправильное употребление непсихоактивных веществ» (сравн. неправильное употребление лекарственного средства, наркотика или алкоголя). В МКБ-10 этот диагноз включен в раздел «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами» (F50-P59). Сюда можно отнести множество лекарственных средств, отпускаемых по рецепту, патентованных лекарственных средств (продаваемых без рецепта), а также трав и средств народной медицины. Особенно важными группами являются следующие:

- 1) психотропные лекарственные средства, которые не вызывают зависимость, такие, как антидепрессанты и нейростимуляторы;
- 2) слабительные средства (неправильное употребление которых называется "привычка к слабительному");
- 3) анальгетики, которые можно покупать без медицинского рецепта, такие, как аспирин (ацетилсалициловая кислота) и парацетамол (ацетаминофен);
- 4) стероиды и другие гормоны;
- 5) витамины;
- 6) антациды (нейтрализаторы кислоты желудка).

Эти вещества обычно не вызывают эффекта психического удовольствия, но попытки препятствовать их употреблению или запретить его встречают сопротивление. Несмотря на выраженную мотивацию пациента принимать вещество, ни синдром зависимости, ни состояние отмены не развиваются. Эти вещества не обладают наркотическим потенциалом в смысле оказываемого фармакологического воздействия, но способны вызывать психологическую зависимость.

Интоксикация [Intoxication]. Состояние, которое возникает после введения психоактивного вещества и приводит к нарушению сознания, познавательной способности, восприятия, суждения, эмоционального состояния или поведения либо других психофизиологических функций и реакций. Эти нарушения обусловлены острыми фармакологическими эффектами вещества и условными рефlekсами на него; со временем они исчезают до полного выздоровления, за исключением случаев повреждения тканей или других осложнений. Термин чаще всего используется применительно к употреблению алкоголя; его эквивалентом в повседневной речи является «опьянение». Алкогольная интоксикация выражается в таких симптомах, как покраснение лица, смазанность речи, неустойчивая походка, эйфория, повышенная активность, говорливость, нарушение поведения, замедленные реакции, нарушенная способность суждения и дискоординация движений, бесчувственность или оцепенение.

Интоксикация в значительной степени зависит от типа и дозы наркотического средства и обусловлена индивидуальным уровнем толерантности и другими факторами. Часто наркотическое средство принимают для достижения желаемой степени интоксикации. На поведенческие проявления того или иного уровня интоксикации заметно влияют культурные и личностные ожидания в отношении воздействия наркотического средства.

Острая интоксикация – это термин МКБ-10 для обозначения интоксикации в клиническом смысле (F1x.0). Осложнения могут включать травму, попадание в дыхательные пути рвотных масс, делирий, кому и судороги в зависимости от конкретного вещества и способа употребления.

Привычная интоксикация (привычное опьянение) – термин, применяемый в основном к алкоголю, относится к регулярному или систематическому потреблению алкоголя до состояния интоксикации. Такая форма иногда рассматривается как уголовное правонарушение в отличие от отдельных случаев интоксикации. Другие общие термины для интоксикации или интоксицированных включают: опьянение, "кайф", "под парами", пьяный.

Каннабис [cannabis]. Родовое понятие, используемое для обозначения нескольких психоактивных препаратов растения марихуаны (конопли посевной), *Cannabis sativa*. Они включают лист марихуаны (на уличном жаргоне: травка, горшок, дурман, сорная трава или жакет), банг, ганжу, или гашиш (получаемый из смолы цветущих головок растений) и гашишное масло.

В 1961 г. Единая конвенция по наркотикам определила каннабис как "цветущие или плодоносящие макушки каннабисного растения (исключая семена и листья, если при этом нет головок), из которых не экстрагирована смола", в то время как каннабисная смола – это "экстрагированная смола, неочищенная или очищенная, полученная из каннабисного растения". Определения основаны на традиционных индийских терминах "ганджа" (= каннабис) и "чарас" (= смола). Третий индийский термин ("банг") относится к листьям. Каннабисное масло (гашишное масло, жидкий каннабис, жидкий гашиш) – это концентрат каннабиса, полученный путем экстрагирования, обычно вместе с растительным маслом. Термин "марихуана" мексиканского происхождения. Первоначально он относился к дешевому табаку (иногда смешанному с каннабисом), а затем стал общим термином для каннабиса или листьев каннабиса во многих странах. Гашиш, когда-то общий термин для каннабиса в Восточном Средиземноморье, в настоящее время применяется к смоле каннабиса. Каннабис содержит не менее 60 каннабиоидов, некоторые из которых биологически активны. Наиболее активным компонентом является Δ^9 -тетрагидроканнабинол (ТГК). ТГК и его метаболиты можно обнаружить в моче в течение нескольких недель после употребления каннабиса (обычно путем курения).

Интоксикация каннабисом вызывает чувство эйфории, легкости конечностей и часто социальную отрешенность. Она нарушает способность вождения транспортных средств и выполнения других сложных, квалифицированных видов деятельности; нарушает воспоминание текущих событий, продолжительность внимания, время реакции, способность к обучению, моторную координацию, глубину восприятия, периферическое зрение, чувство времени (индивид обычно чувствует замедленность времени) и сигнальную реакцию. Другие признаки интоксикации могут включать выраженную тревогу, подозрительность или параноидные идеи в одних случаях и эйфорию или апатию в других, нарушение способности к суждению, конъюнктивальную инъекцию, повышенный аппетит, сухость во рту и тахикардию. Каннабис иногда употребляют вместе с алкоголем, поскольку это сочетание усиливает общий психомоторный эффект. Имеются сообщения о том, что употребление каннабиса может провоцировать приступы шизофрении. Острая тревога, панические и острые бредовые состояния, как сообщалось, сопровождают интоксикацию каннабисом; они, как правило, проходят через несколько дней. Каннабиоиды иногда применяют для лечения глаукомы и против тошноты при химиотерапии рака. Расстройства, вызванные употреблением каннабиоидов, включены в МКБ-10 в блок расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (рубрика F12).

Кокаин [cocaine]. Алкалоид, полученный из листьев коки либо синтезированный из экгонина или его дериватов. Гидрохлорид кокаина широко использовался как анестетик местного действия в стоматологии, офтальмологии и хирургии уха, горла и носа, поскольку его сильное сосудосуживающее действие помогает уменьшить местное кровотечение. Кокаин является мощным стимулятором центральной нервной системы, используемым в немедицинских целях, чтобы вызвать эйфорию или бодрствование; неоднократное потребление вызывает зависимость. Кокаин, или «кок», сбывается в виде белых полупрозрачных кристаллических хлопьев или порошка («нагар», «снег»), часто смешанного с различными сахарами или анестетиками местного действия. Порошок, который вдыхают («нюхают»), через 1–3 минуты вызывает эффект, продолжающийся около получаса. Кокаин может быть введен внутрь, часто с алкоголем, а потребители смеси опиоидов и кокаина склонны вводить ее внутривенно. «Освобождение основы» означает увеличение действенности кокаина путем экстрагирования чистого алкалоида кокаина (свободной основы) и вдыхания подогретых паров посредством сигареты или кальяна. Водный раствор кокаиновой соли смешивается со щелочью (типа пищевой соды), и свободная основа затем экстрагируется в органический растворитель – эфир или гексан. Процедура рискованна, так как смесь взрывоопасна и легко воспламеняется. Более простая процедура, не требующая органических растворителей, состоит в нагревании кокаиновой соли с пищевой содой; при этом получают «крэк». «Крэк» (или «рокк») – это алкалоидный (свободная основа) кокаин – аморфное соединение бежевого цвета, которое может содержать кристаллы хлористого натрия. Слово «крэк» означает треск, возникающий при нагревании соединения. Интенсивный «кайф» начинается через 4–6 секунд после вдыхания «крэка»; вначале человек испытывает бурную радость или исчезновение тревоги, а также преувеличенные чувства уверенности и собственного достоинства. Нарушается также способность к суждению, поэтому он склонен предпринимать безответственные, противозаконные или опасные действия, не задумываясь о последствиях. Отмечается речевой напор, а иногда бессмысленность и бессвязность речи. Приятные ощущения продолжаются всего 5–7 минут, после чего настроение быстро падает до дисфории, поэтому потребитель вынужден повторять процесс, чтобы вновь испытать восторг и эйфорию «кайфа». Передозировка отмечается чаще при «крэке», чем при других формах кокаина. Повторные введения кокаина, известные как «полоса счастья», обычно заканчиваются «крахом», когда прием прекращается. «Крах» можно рассматривать как состояние отмены, при котором восторг сменяется чувством страха, дурным предчувствием, глубокой депрессией, сонливостью и апатией. Острые токсические реакции могут возникать как у неопытного новичка, так и у человека, постоянно злоупотребляющего кокаином. Они включают паникообразный делирий, гиперпирексию, гипертензию (иногда с субдуральным или субарахноидальным кровоизлиянием), сердечную аритмию, инфаркт миокарда, сердечно-сосудистую недостаточность, судороги, эпилептическое состояние и смерть. Другие психоневрологические последствия выражаются в психотическом синдроме с параноидными бредовыми идеями, слуховыми и зрительными галлюцинациями и идеями отношения. «Снежные вспышки» – термин, используемый для описания галлюцинаций или иллюзий, которые напоминают мерцание солнечных лучей в ледяных кристаллах. Описано тератогенное действие, включая аномалии мочевого тракта и деформации конечностей. Расстройства в связи с потреблением кокаина включены в МКБ-10 в блок расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (рубрика F14).

Компульсивное побуждение [compulsion]. Применительно к употреблению психоактивных веществ термин означает властное влечение (обусловленное скорее внутренними ощущениями, нежели внешними факторами воздействия) принять конкретное вещество (или вещества). Потребитель вещества может признавать, что данное влечение вредно для здоровья, и иметь сознательное намерение воздержания. Влечения подобного рода менее характерны для алкогольной и наркотической зависимости, чем для психиатрического синдрома навязчиво-компульсивного состояния.

Кофеин [caffeine]. Один из ксантинов, который является легким стимулятором центральной нервной системы, вазодилататором и диуретиком. Кофеин содержится в кофе, шоколаде, коле и некоторых других прохладительных напитках, а также в чае, в некоторых случаях вместе с другими ксантинами, такими, как теofilлин или теобромин. Острое или хроническое злоупотребление (например, прием в течение дня 500 мг или более) с последующими в результате признаками интоксикации называется кофеинизмом. Симптомы включают возбужденность, бессонницу, покраснение лица, подергивание мышц, тахикардию, желудочно-кишечные расстройства, в том числе боли в области живота, речевой напор и перескакивание мыслей и иногда экстазацию существовавших ранее состояний тревоги или паники, депрессию или шизофрению. Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, в МКБ-10 включают расстройства, вызванные употреблением кофеина, и кофеиновую зависимость (рубрика F15).

Краткосрочное вмешательство [brief intervention]. Лечебная стратегия, при которой с целью помочь индивиду прекратить или сократить употребление психоактивных веществ либо (реже) по жизненно важным показаниям используется структурированная терапия короткой продолжительности (обычно 5-30 минут). Она предназначена для применения врачами общего профиля и другими работниками первичной медико-санитарной помощи. В настоящее время краткосрочное вмешательство (иногда называемое минимальным вмешательством) применяется главным образом для прекращения курения или как терапия пагубного употребления алкоголя. Смысл краткосрочного вмешательства состоит в том, что даже если процент лиц, которые изменяют характер потребления веществ после одноразового вмешательства, невелик, вклад в общественное здравоохранение большого числа работников первичной медико-санитарной помощи, систематически осуществляющих это вмешательство, значителен. Краткосрочное вмешательство часто связано с систематическим скрининг-тестом в отношении опасного и пагубного употребления веществ, особенно алкоголя и табака.

Летучие растворители [volatile substances] — вещества, испаряющиеся при температуре окружающей среды. Летучие соединения, которые вдыхаются для получения психоактивного эффекта (называемые также ингалянтами), включают органические растворители, присутствующие во многих домашних хозяйственных и технических продуктах (таких, как клей, аэрозоль, краски, технические растворители, растворители лака, бензин и чистящие жидкости), и алифатические нитриты, такие, как амилнитрит. Одни вещества непосредственно токсичны для печени, почек или сердца, а другие вызывают периферическую невропатию или прогрессирующую дегенерацию головного мозга. Чаще всего эти вещества употребляют подростки и уличные дети. Употребляющий эти вещества обычно пропитывает тряпку ингалянт и подносит ее ко рту или носу либо помещает ингалянт в бумажный или пластиковый пакет, который затем прикладывается к лицу (это вызывает аноксию, а также интоксикацию). Признаки интоксикации включают драчливость, агрессивность, летаргию, психомоторные нарушения, эйфорию, нарушение

способности суждения, головокружение, нистагм, расплывчатость зрения или диплопию, невнятную речь, тремор, неровную походку, гиперрефлексию, слабость мышц, ступор или кому.

Метадон [methadone]. Синтетический опиатный наркотик, применяемый в поддерживающей терапии больных зависимостью от опиоидов. Он имеет длительный полупериод существования в организме и может назначаться перорально раз в день под наблюдением.

Миопатия, алкогольная или лекарственная (G72.0, G72.1) [myopathy, alcohol- or drug-related]. Поражение мышц скелета, связанное с употреблением алкоголя или других наркотических средств. Расстройство может быть острым (тогда оно именуется острым рабдомиолизом), с обширным некрозом мышц, становящихся мягкими и отекающими, и может быть осложнено миоглобинурией и почечной недостаточностью. Хроническая форма представлена скрытой слабостью и дряхлостью проксимальных участков мышц.

Невропатия, периферическая [neuropathy, peripheral]. Расстройство и функциональное нарушение периферических нервов. Оно может проявляться в виде онемения конечностей, парестезии (ощущение покалывания), слабости конечностей, дряблости мышц и потери глубоких сухожильных рефлексов. Периферическая невропатия может сопровождаться расстройством вегетативной нервной системы, приводящим к ортостатической гипотензии. Плохое питание (особенно недостаток витамина В), сопровождающее опасное потребление алкоголя, является распространенной причиной периферической невропатии. Этот синдром могут (редко) вызывать другие наркотические вещества, включая опиоиды.

Синоним: полиневропатия.

Опиоид [opioid]. Общий термин, применяемый к алкалоидам из мака снотворного (*Papaver somniferum*), их синтетическим аналогам и соединениям, синтезируемым в организме, которые взаимодействуют с одними и теми же специфическими рецепторами в головном мозге, обладают способностью облегчать боль и вызывают ощущение благополучия (эйфорию). Опиумные алкалоиды и их синтетические аналоги в больших дозах вызывают также ступор, кому и угнетение дыхания. Опиумные алкалоиды и их полусинтетические производные включают морфин, диацетилморфин (диаморфин, героин), гидроморфин, кодеин и оксикодон. Синтетические опиоиды включают леворфанол, пропоксифен, фентанил, метадон, петидин (меперидин) и агонист-антагонист пентозацин. Эндогенно встречающиеся соединения с опиоидным действием включают эндорфины и энкефалины. Самые распространенные опиоиды (такие, как морфин, героин, гидроморфин, метадон и петидин) связываются преимущественно с μ -рецепторами; они вызывают аналгезию, изменения настроения (например, эйфорию, которая может смениться апатией или дисфорией), угнетение дыхания, сонливость, психомоторную заторможенность, невнятную речь, ухудшение концентрации внимания или памяти и снижение способности к суждению. Со временем морфин и его аналоги вызывают толерантность и нейроадаптивные изменения, обуславливающие рикошетную перевозбудимость при отмене наркотика. Синдром отмены включает тягу, беспокойство, дисфорию, зевоту, потливость, пилоэрекцию (волны гусиной кожи), слезотечение, бессонницу, тошноту или рвоту, диарею, судороги, мышечные боли и лихорадку. В случае наркотиков с коротким периодом действия, таких, как морфин или героин, симптомы отмены могут появиться через 8-12 часов после последней дозы наркотика, достигнуть пика через 48-72 часов и исчезнуть спустя 7-10 дней. При приеме наркотиков длительного

действия, таких, как метадон, первые симптомы отмены могут появиться лишь через 1–3 дня с момента приема последней дозы; симптомы достигают пика между третьим и восьмым днем и могут держаться несколько недель, однако в целом они слабее тех, которые следуют после отмены морфина или героина в эквивалентных дозах. Употребление опиоидов вызывает многочисленные последствия для организма (главным образом как результат распространенного внутривенного способа употребления). Они включают заражение вирусами гепатита В, гепатита С и иммунодефицита человека, септицемию, эндокардит, пневмонию и абсцесс легких, тромбофлебит и рабдомиолиз. Психологические и социальные нарушения, часто отражающие противозаконную природу немедицинского использования этих наркотиков, носят выраженный характер.

Перекрестная зависимость [cross-dependence]. Фармакологический термин, используемый для обозначения способности одного вещества (или класса веществ) угнетать симптомы отмены другого вещества или класса веществ и, таким образом, поддерживать состояние физической зависимости. Следует отметить, что «зависимость» обычно используется здесь в более узком психофармакологическом смысле – применительно к угнетению симптомов отмены. Следствием феномена перекрестной зависимости является то, что зависимость от вещества развивается легче, если индивид уже является зависимым от вещества, сходного по своим свойствам. Например, зависимость от бензодиазепаина быстрее развивается у лиц, уже зависимых от других лекарственных средств этого типа или от других веществ с седативным действием, таких, как алкоголь и барбитураты.

Синдром зависимости (Flx.2) [dependence syndrome]. Комплекс поведенческих, познавательных и физиологических симптомов, который может развиваться после повторного использования вещества и обычно включает сильное желание принять наркотическое вещество; нарушение контроля над его употреблением; упорное продолжение его использования, несмотря на пагубные последствия; предпочтение употребления психоактивного вещества в ущерб другим видам деятельности и выполнению обязанностей; повышенную толерантность; состояние отмены, если потребление наркотического вещества прекратилось. В МКБ-10 диагноз «Синдром зависимости» ставится, если в течение года выявилось три или более из шести указанных выше симптомов. Синдром зависимости может относиться к определенному веществу (например, табаку, алкоголю, диазепаму), классу веществ (например, опиоидам) или к широкому ряду фармакологически различных веществ.

Созависимый [codependent]. Родственник, близкий друг или коллега лица, страдающего зависимостью от алкоголя или наркотика, действия которых характеризуются как стремление сохранить зависимость данного лица и таким образом задерживают процесс выздоровления. В начале 70-х годов термины «коалкоголик» и «коалкоголизм» стали употребляться в среде людей, занятых лечением алкоголизма в США, применительно к близким родственникам алкоголика (поначалу особенно к жене). С переходом в терминологии от алкоголизма к алкогольной зависимости вошли в употребление термины «созависимый» и «созависимость», означающие также родственников лиц, зависимых от других наркотических средств. Употребление термина подразумевает определенную необходимость лечения или помощи, и некоторые авторы склонны расценивать созависимость как психиатрическое расстройство. Термин используется в настоящее время также в фигуральном смысле в отношении микросоциальной группы или общества, выступающих в роли пособника алкогольной и наркотической зависимости.

Судороги, связанные с алкоголем, наркотиками или другими психоактивными средствами [convulsion, alcohol- or drug-related]. Эпилептиформный синдром, возникающий в период воздержания от алкоголя или других психоактивных веществ, либо в результате интоксикации ими. Характеризуется потерей сознания и мышечной ригидностью (сопровожаемой временной остановкой дыхания), вслед за которыми возникает непроизвольное сокращение конечностей и всего тела. Термин иногда используется для обозначения конвульсий, которые связаны с церебральными расстройствами, вызванными алкоголем или другими психоактивными средствами. Судорожные расстройства, обусловленные идиопатической эпилепсией или органическим поражением головного мозга после травмы или инфекции у лиц с расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ, исключены из этого определения.

Толерантность [tolerance]. Снижение реакции на воздействие дозы наркотического вещества, появляющееся при длительном употреблении. Требуется увеличение дозы алкоголя или других психоактивных средств для достижения эффекта, первоначально возникавшего после меньших доз. Как физиологические, так и психологические факторы способствуют развитию толерантности, которая может быть физической, поведенческой или психологической. Физиологические факторы могут породить метаболическую и/или функциональную толерантность. Повышение уровня метаболизма вещества позволяет организму быстрее перерабатывать данное вещество. Функциональная толерантность определяется как уменьшение чувствительности центральной нервной системы к веществу. Поведенческая толерантность – это изменение эффекта воздействия наркотика как результат приобретения опыта или изменения сдерживающего влияния внешних факторов. Острая толерантность – это быстрая временная аккомодация к воздействию вещества после принятия единичной дозы. Извращенная толерантность, известная также как сенсбилизация, относится к случаю, когда реакция на вещество возрастает при повторном употреблении. Толерантность является одним из критериев синдрома зависимости.

«Флэшбэк» (Flx.7)1 [flashbacks]. Нарушение восприятия после употребления галлюциногенов – внезапный рецидив визуальных нарушений, физических симптомов, утраты границ "я" или интенсивности эмоций, которые возникали, когда индивид принимал галлюциногены в прошлом. «Флэшбэки» имеют эпизодический характер, длятся недолго (от нескольких секунд до нескольких часов) и могут точно копировать симптомы, возникавшие при прошлых эпизодах употребления галлюциногенов. Они могут быть спровоцированы усталостью, приемом алкоголя или интоксикацией марихуаной. «Флэшбэки» после приема галлюциногенов достаточно распространены и отмечены также у курильщиков пасты коки.

Церебральное расстройство, связанное с алкоголем [alcohol-related brain damage]. Родовое понятие, которое охватывает хроническое нарушение памяти и высших психических функций, связанных с лобной долей головного мозга и лимбической системой. Таким образом, оно включает как вызванный алкоголем амнестический синдром (F10.6), так и «церебральный синдром» (включенный в F10.7). Однако термин часто употребляется, если присутствует только одно из этих расстройств. Потеря памяти при амнестическом синдроме преимущественно относится к памяти на недавние события. Поражение лобной доли проявляется в расстройствах абстрактного мышления, концептуального мышления, планирования и освоения комплексного материала. Другие познавательные функции относительно хорошо сохранены, а сознание не помрачено.

Различают обусловленное алкоголем церебральное расстройство и алкогольную деменцию. В последнем случае отмечается более стойкое нарушение познавательной функции и обычно наличие признаков другой этиологии, такой, как повторные травмы головы.

Энцефалопатия Вернике (E51.2) [Wernicke encephalopathy]. Острый, опасный для жизни психоневрологический синдром, состоящий из спутанности сознания, апатии, вялости, сноповидного делирия, паралича глазных мышц и взора, нистагма и нарушений равновесия и атаксии. Самой распространенной причиной в промышленно развитых странах является недостаточность тиамина, связанная с алкоголизмом. Без неотложного лечения тиаминотерапией возможна смерть пациента или прогрессирование до амнестического синдрома.

Рекомендованная литература

- 1) Авруцкий Г.Я. Неотложная помощь в психиатрии. – М.: «Медицина», 1979.
 - 2) Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психических больных. – 2-е изд. М.: Медицина, 1988. – 528 с.
 - 3) Александровский Ю.А., Аведисова А.С., Серебрякова Т.В. Медикаментозные средства в пограничной психиатрии /краткий справочник/. – М.: РИО ГНЦ соц. и судебн. психиатрии им. В.П. Сербского, 1995.– 48 с.
 - 4) Алкогольна залежність: клініка, терапія та реабілітація: монографія / Л.В. Животовська, О.К. Напрєєнко, А.М. Скрипніков, Г.Т. Сонник. – Полтава: ТОВ «АСМІ», 2013.– 258 с.
 - 5) Антиконвульсанты в психиатрической и неврологической практике (Под ред А.М. Вейна и С.Н. Мосолова. – СПб: Мед. Информ. Агентство, 1994. – 336 с.
 - 6) Бабаян Э.А., Руденко Г.М., Тихонова Ю.В., Музыченко А.П., Чемесов Ю.В. Инструкции по применению лекарственных препаратов для лечения больных алкоголизмом (Издание официальное Фармакологического комитета МЗ СССР). – М., 1985. – 148 с.
 - 7) Гольщева В.А., Сбросов И.Ф., Кузнецов И.А. Купирование острых явлений абстиненции при алкоголизме, опийных и иных наркоманиях: Методические рекомендации для врачей лечебно-профилактических учреждений. – Пермь, 1996. – 48 с.
 - 8) Гофман А.Г., Граженский А.В., Крылов Е.Н., Магалиф А.Ю. Патогенетическая терапия алкогольного абстинентного синдрома: Учебно-методическое пособие. – М., 1995. – 19 с.
 - 9) Гофман А.Г., Магалиф А.Ю., Крылов Е.Н., Данилин В.П., Гамбург А.Л. Принципы лечения больных алкоголизмом психотропными средствами: Методические рекомендации МЗ РФ. – М., 1990. – 17 с.
 - 10) Гриффит Х. В. Новейшие лекарственные средства: в 2 ч. (Пер. с англ.). – М.: Крон-Пресс, 1996. – Т.1. – 527 с., Т.2. – 687 с.
 - 11) Дюмаев К.М., Воронина Т.А., Смирнов Л.Д. Антиоксиданты в профилактике и терапии патологий ЦНС. М.: Изд. Института биомедицинской химии РАМН, 1995. – 272 с.
 - 12) Индекс фармацевтических препаратов: Сандоз Фарма ЛТД. – Базель: Тула,

1996. – 207 с.

13) Карлов В.А. Судорожный и бессудорожный эпилептический статус. – М.: 2007.

14) Кекелидзе З.И., Чехонин В.П. Критические состояния в психиатрии. – М.: ГИЦССП им. В.П. Сербского, 1997.

15) Крылов А.А., Ибатов А.Н. Фитотерапия в комплексном лечении хронического алкоголизма: Учебное пособие для врачей. СПб.: СПб Гос. ин-т усовершенствования врачей, 1992.– 42 с.

16) Лаукс Г., Мюллер Х-Ю. Психиатрия и психотерапия: справочник. Пер. с нем. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 512 с.

17) Лекарственные препараты «Апджон Кампани». – Изд. 2-е, переработ, и дополн. – М., 1993. – 267 с.

18) Лекарственные препараты зарубежных фирм: Каталог (Сост. Н.Р. Исаева). – М.: Изд. фирмы «Экохелл групп», 1995. – 168 с.

19) Лекарственные средства Индии. Под ред. В.К. Лепехина. – М.: ВЦНФИ, 1991. - 124 с.

20) Лекции по наркологии. Издание второе, переработанное и расширенное. Под ред. Н.Н. Иванца. – М.: Нолидж, 2000. – 448 с.

21) Макаров В.В., Галкин В.А. Алкогольная Экология: Пособие для врачей и населения. – М., 1997. В. 3. 24 с.

22) Машковский М.Д. Лекарственные средства: Пособие по фармакотерапии для врачей. – М.: Медицина, 1994. – Т.1. 736 с., Т.2 688 с.

23) Мішиєв В.Д. Наркологія: актуальні питання/ В.Д. Мішиєв, І.К. Сосін, М.О. Овчаренко, О.Е. Ершова. – Львів: Медицина світу, 2010. – 280 с.

24) Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. – СПб: Мед. Информ. Агенство, 1995.– 568 с.

25) Наркологія. Психічні та поведінкові розлади, спричинені зловживанням психоактивними речовинами / О.К. Напрєєнко, Л.В. Животовська, Н.Ю. Петрина, Л.В. Рахман; За ред. О.К. Напрєєнка. – К.: Здоров'я, 2011.– 208 с.

26) Нейропсихотропные препараты: Сборн. Докл. симпозиума. – М., 1995. – 153 с.

27) Нитруца М.И., Нагнибеда А.Н. Скорая психиатрическая помощь на догоспитальном этапе. – СПб.: «Специальная литература», изд. 1998, 2000 гг.

28) Психіатрія і наркологія: підручник / О.К. Напрєєнко, М.І. Винник, І.Й. Влох; за ред. проф. О.К. Напрєєнка. – К.: ВСВ «Медицина», 2011.– 528 с.

29) Психиатрия. Под ред. Р. Шейдера. Пер. с англ. – М.: «Практика», 1998.

30) Руководство по скорой медицинской помощи / под ред. С. Ф. Багненко, А. Л. Вёрткина, А. Г. Мирошниченко, М. Ш. Хубутии. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 816 с.

31) Сиволап Ю.П. Алкоголизм и алкогольная болезнь. Презентация. (www.myshared.ru/slide/45569).

32) Спіріна І.Д., Вітенко І.С., Напрєєнко О.К. та ін. Медична психологія: державний національний підручник. – Дніпропетровськ: ЧП «Ліра» ЛТД, 2012.– 444 с.

33) Справочник Видаль: Лекарственные препараты в России. – М. АстраФармСервис, 1997. – 1166с.

34) Сумин С.А. Неотложные состояния. М.: «МИА», изд. 2002–2006 гг. – 464 с.

35) Фридман Л.С. Наркология: пер. с англ... /Л.С. Фридман, Н.Ф. Флеминг, Д.С.

- Робертс, С.Е. Хайман (ред.). – М.-СПб: BINOM-Невский диалект, 2000. – 320 с.
- 36) Энтин г. М., Крылов Е.Н. Клиника и терапия алкогольных заболеваний. – М., 1994. – Т.1.232с., Т2.172 с.
- 37) Жизневский Я.А. Основы инфузионной терапии: Справ. – практ. пособие. – Мн: Высш. Шк., 1994. – 288 с.
- 38) Гофман А.Г. Комментарии к статье В.Д. Менделевича «Влечение как влечение, бред как бред» // Вопросы наркологии. – 2011. – № 3. – С. 123–126.
- 39) Менделевич В.Д. Влечение как влечение, бред как бред // Вопросы наркологии. – 2010. – С. 595–102.
- 40) Михайлов М.А. Влечение как бред // Вопросы наркологии. – 2010. – № 4. – С. 15–25.
- 41) Franken I.H., Hendriks V.M., Stam C.J., Van den Brink W. A role for dopamine in the processing of drug cues in heroin dependent patients // Eur. Neuropsychopharmacol. – 2004. – Vol. 14 (6). – P. 503–508.
- 42) Maher A.R., Maglione M., Bagley S. et al. Efficacy and comparative effectiveness of atypical antipsychotic medications for off-label uses in adults: a systematic review and meta-analysis // JAMA. – 2011. – Vol. 306 (12). – P. 359—1369.
- 43) Mann K. Pharmacotherapy of alcohol dependence: a review of the clinical data // CNS-Drugs. – 2004. – Vol. 18 (8). – P. 485–504.
- 44) Wachtel S.R., Ortengren A., de Wit H. The effects of acute haloperidol or risperidone on subjective responses to methamphetamine in healthy volunteers // Drug-Alcohol Depend. – 2002. – Vol. 68 (1). – P. 23–33.

Перечень сокращений

- 1) ААСалкогольный абстинентный синдром
АДартериальное давление
АДГантидиуретический гормон
АС абстинентный синдром
ВУЗвысшее учебное заведение
ГАСгероиновый абстинентный синдром
ГОСгосударственный образовательный стандарт
ЖКТжелудочно-кишечный тракт
ИВЛискусственная вентиляция легких
КЩСкислотно-щелочное состояние
ЛОВлетучие органические вещества
ЛСДдиэтиламид d- лизергиновой кислоты
МДМАметилэндиоксиметамфетамин
МОСосмотическое сопротивление
ОПНострая почечная недостаточность
ПАВпсихоактивное вещество
ПСОпсихосоматическое отделение
РЛ расстройства личности
СИОЗСселективные ингибиторы обратного захвата серотонина

СПШ скорая психиатрическая помощь
ТЭЛА тромбоз легочной артерии
ХСН хроническая сердечная недостаточность
ЦВД центральное венозное давление
ЦНС центральная нервная система
ЧД частота дыхания
ЧМТ черепно-мозговая травма
ЧСС частота сердечных сокращений
ГАБА(ГАМК) гамма-аминобутират или гамма-аминомасляная кислота.