

Введение в аддиктологию

Основные понятия.

Эпидемиология.

Факторы риска

Определения

- **Наркология** (от греч. *νάρκη* /*narkē*/ - оцепенение, сон, и др.-греч. *λόγος* - учение) - раздел медицины, изучающий проявления алкоголизма, наркомании и токсикомании, разрабатывающий методы их предупреждения и лечения.
- **Аддиктология** – наука об аддикциях - рассматривает феномен зависимости с мультидисциплинарных позиций: медицинских, психологических и нейрофизиологических.
- **Аддикции** = химические зависимости + нехимические зависимости (игровая, интернет-зависимость и др.)
- **Зависимость от психоактивных веществ (ПАВ) = химическая зависимость**

АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

- **Аддиктивное поведение** (addictive behavior) - это злоупотребление различными веществами, изменяющими психическое состояние, включая алкоголь и курение табака, до того, как от них сформировалась зависимость (Miller, 1984; Landry, 1987).
- **Аддиктивное поведение** – это паттерн вредной привычки, которая повышает риск заболевания и/или связана с личными и социальными проблемами (Marlatt, 1988).
- **Аддиктивное поведение** - форма деструктивного поведения, которая выражается в стремлении к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных предметах или активных видах деятельности (Ц. П. Короленко, 1991)

Аддикция ≠ Зависимость

(J. Altman et al., 1996)

- *Аддикция* ограничивается экстремальным или психопатологическим состоянием когда потерян контроль над употреблением ПАВ.
- *Зависимость* отражает состояние нужды в ПАВ, чтобы функционировать нормальным образом. Зависимость часто ассоциируется с толерантностью и симптомами отмены и с аддикцией, как она определена выше. *Толерантность, возбуждение, синдром отмены и тяга* являются симптомами, которые могут сопровождать зависимость

Наркомания

- *болезнь*, с точки зрения медицины;
- *латентный суицид*, с точки зрения психоанализа;
- *аномия*, с точки зрения социологии (*D.E. Durkheim*)

МКБ-10 –расстройства психики и поведения вследствие употребления

- *алкоголя;*
- *опиоидов;*
- *каннабиоидов;*
- *седативных и снотворных веществ*
веществ;
- *кокаина;*
- *других стимуляторов (включая кофеин)*
- *галлюциногенов;*
- *табака;*
- *летучих растворителей*

Вследствие употребления вышеперечисленных веществ могут наступить следующие состояния

- Острая интоксикация.
- Употребление с вредными последствиями
- Абстинентное состояние
- Абстинентное состояние с делирием
- Психотическое расстройство
- Амнестический синдром
- Резидуальные или отсроченные психотические расстройства

История отношения к психоактивным веществам в России

- Употребление сильнодействующих препаратов до принятия христианства (а таких было известно до сотни, по данным проф. Головнина Б.Н.,) происходило под контролем ведунов, шаманов.
- 11-12 века - Устав князя Вл. Мономаха «О десятинах, судах и людях церковных». Лица, нарушающие правила обращения с зельем подвергались преследованию вплоть до казни. Контроль за употреблением сильнодействующих веществ осуществляли церковные власти.
- Позже функции по контролю переходя к Разбойному и Земскому Приказам, а затем к Департаменту полиции.
- 1915 г. Указ «О мерах борьбы с опиокурением» - уголовная ответственность за действия, связанные с незаконным оборотом наркотиков; клиники для лечения наркоманов в крупных городах.

История отношения к психоактивным веществам в России

- 1918 г. Декрет о национализации аптек.
- 1924 г. Декрет об уголовной ответственности за распространение наркотиков.
- 1938 г. Постановление Совнаркома о правилах потребления, сбыта и перевозки наркотиков, ядовитых и сильнодействующих веществ.
- 1963 г. СССР присоединяется к «Единой конвенции о наркотических средствах», принятой ООН в 1961 г.
- 1974 г. Указ «Об усилении борьбы с наркоманией» - административная ответственность за незаконное потребление наркотиков (без назначения врача) и хранение (приобретение) без цели сбыта (для себя) в небольших количествах.
- 1982 г. Постановление ЦК КПСС об организации борьбы с наркоманией.
- 1986 г. Постановление ЦК КПСС «О серьезных недостатках в организации борьбы с наркоманией»

История отношения к психоактивным веществам в России

- 1990 г. Заключение № 8 Комитета Конституционного надзора СССР «О законодательстве по вопросу о принудительном лечении и трудовом перевоспитании лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией»
- 1991 г. Отмена ответственности за незаконное потребление наркотиков и отмена уголовной ответственности за повторное незаконное употребление наркотиков в течение года после административного наказания.
- 1998 г. Федеральный закон Российской Федерации о наркотических средствах и психотропных веществах № 3-ФЗ от 08.01.1998 г.

Федеральный закон Российской Федерации о наркотических средствах и психотропных веществах № 3-ФЗ от 08.01.1998

Г.

- **Статья 1.** Основные понятия – наркотические средств, психотропные вещества, прекурсоры наркомания и др.
- **Статья 2.** Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации – наркотические средства... оборот которых запрещен (Список 1); наркотические средства... оборот которых ограничен (Список 2); психотропные вещества... оборот которых ограничен и в отношении которых допускается исключение некоторых мер контроля (Список 3).
- **Статья 31.** В медицинских целях могут использоваться наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в списки 2 и 3. Запрещается лечение наркомании НС и ПВ, внесенными в список 2.

Федеральный закон Российской Федерации о наркотических средствах и психотропных веществах №

3-ФЗ от 08.01.1998 г.

- **Статья 40.** В Российской Федерации запрещается потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача.
- **Статья 44.** Медицинское освидетельствование... по направлению органов прокуратуры, органов дознания, органа, осуществляющего оперативно-розыскную деятельность, следователя или судьи.
- **Статья 54.** Государство гарантирует больным наркоманией оказание наркологической помощи, которая включает обследование, консультирование, диагностику, лечение и медико-социальную реабилитацию.

Список наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации запрещен...

- Гашиш (анаша, смола каннабиса);
- Героин (диацетилморфин);
- Каннабис (марихуана высушенная)
- Кат (листья);
- Лист кока (за исключением листьев, из которых удален весь эггонин, кокаин и любые другие алкалоиды эггоина);
- Маковая солома;
- Метадон;
- Опий

Список наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации ограничен...

- Бупренорфин;
- Кокаин;
- Морфин;
- Омнопон;
- Сомбревин;
- Суфентанил;
- Фентанил;
- Кетамин;
- Этаминал натрия

Список психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации ограничен и в отношении которых допускается исключение некоторых мер контроля ...

- Галотан;
- Декстрометорфан;
- Натрия оксибутират;
- Пентобарбитал

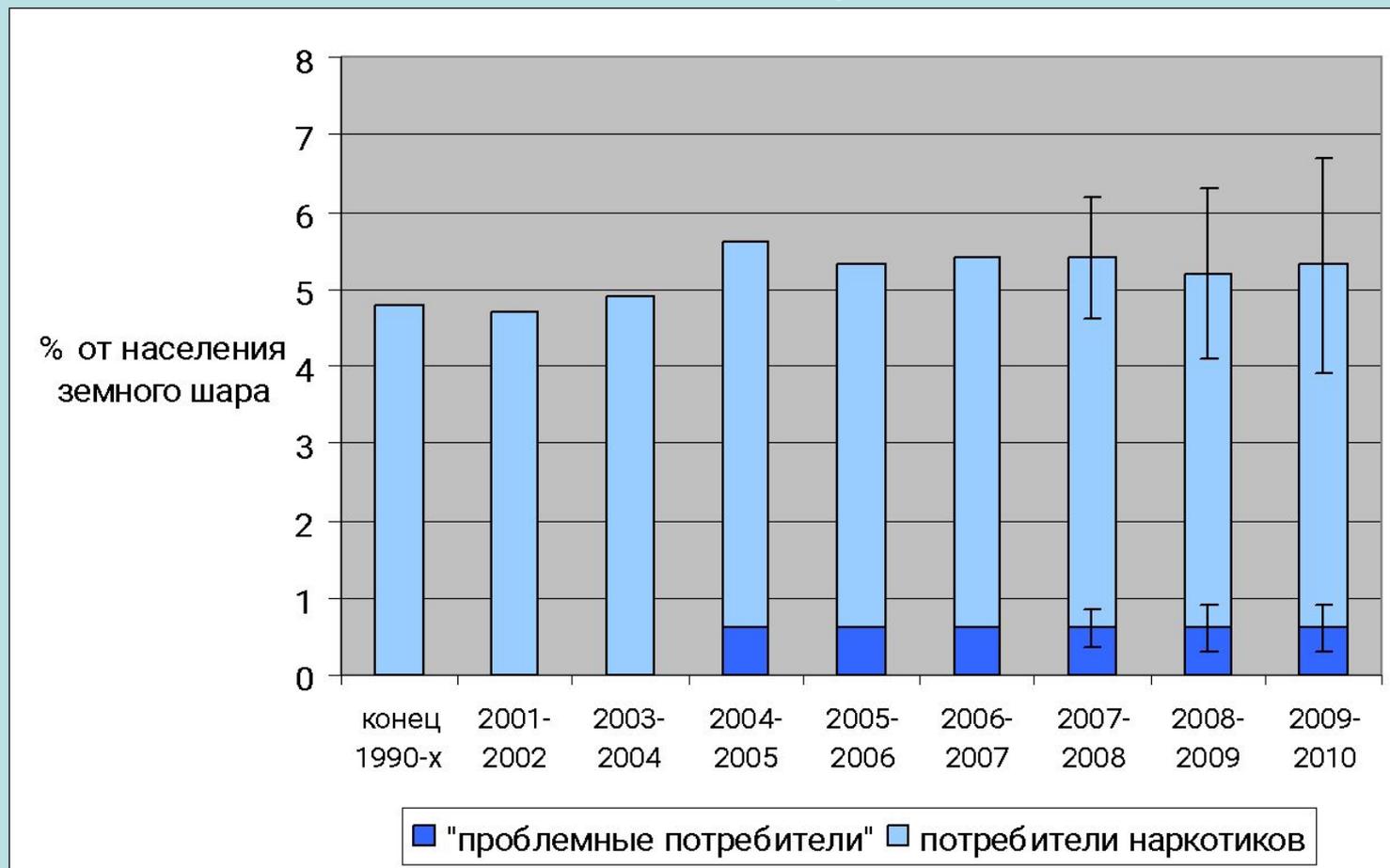
Потребление наркотиков в мире

По оценкам UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime), в 2009 году во всем мире хотя бы один раз запрещенные вещества употребляли от **149** до **272 млн. человек** (**3,3-6,1** процента населения в возрасте 15-64 лет).

Ориентировочно половина из них – это текущие наркопотребители, т.е. те, кто потреблял запрещенные наркотики по меньшей мере один раз в течение месяца, предшествующего дате проведения оценки.

С конца 1990-х годов общее число потребителей запрещенных наркотиков увеличилось, однако показатель распространённости потребления в целом остается стабильным, что относится и к "проблемным наркопотребителям", количество которых составляет, по оценкам, от 15 до 39 млн. человек.

Потребление наркотиков в мире за последнее десятилетие (по данным UNODK)



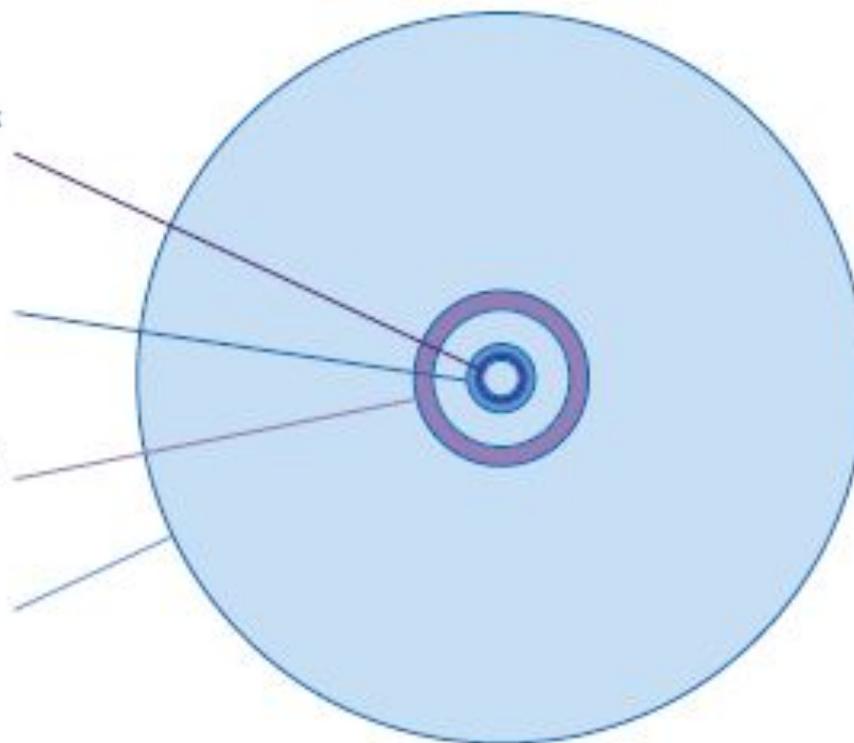
Употребление наркотиков в мире, 2008 г.

Число лиц в возрасте от 15 до 64 лет, употребляющих наркотики путем инъекции: 11–21 млн. человек

Число "проблемных" потребителей наркотиков в возрасте от 15 до 64 лет: 16–38 млн. человек

Число лиц в возрасте от 15 до 64 лет, которые хотя бы раз употребляли наркотики в прошлом году: 155–250 млн. человек

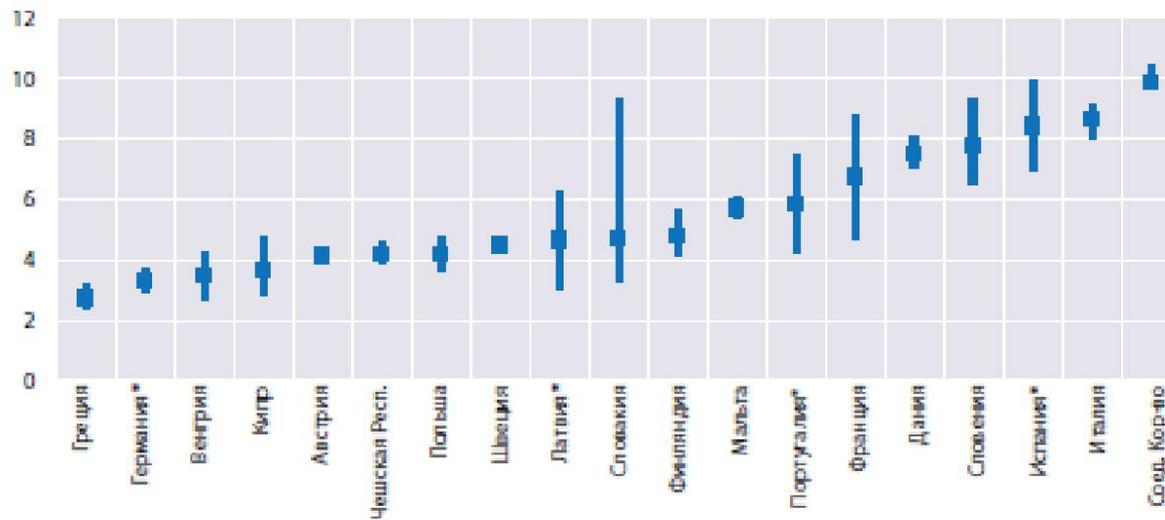
Общая численность населения в возрасте от 15 до 64 лет в 2008 году: 4 396 млн. человек



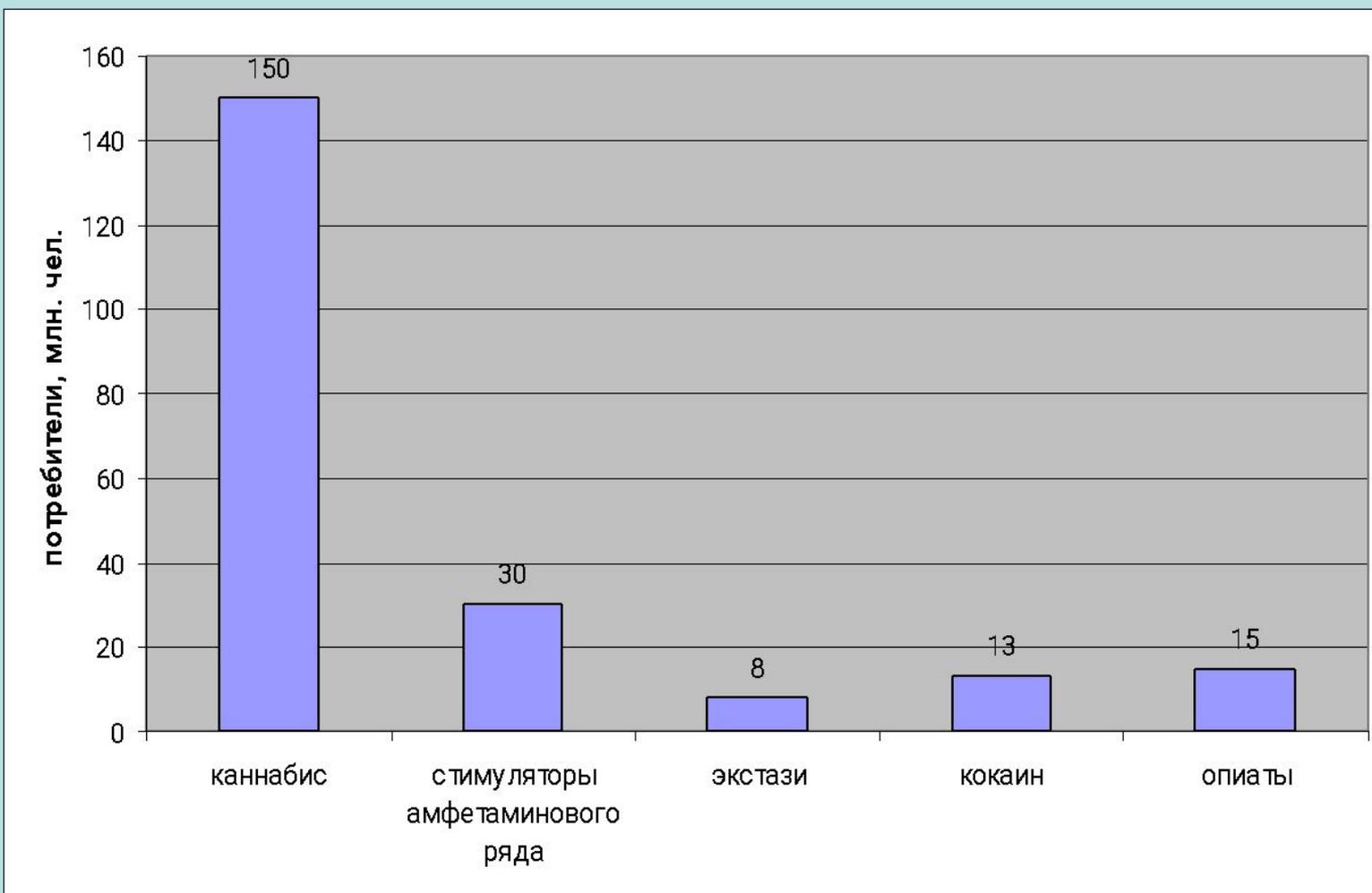
Оценка масштабов проблемного потребления наркотиков в Европе, 2009

* Методы оценки числа проблемных потребителей наркотиков различаются по странам; к ним принадлежат метод двойного охвата, метод множителей с использованием данных лечебных учреждений, метод множителей с использованием данных полиции и т. д.

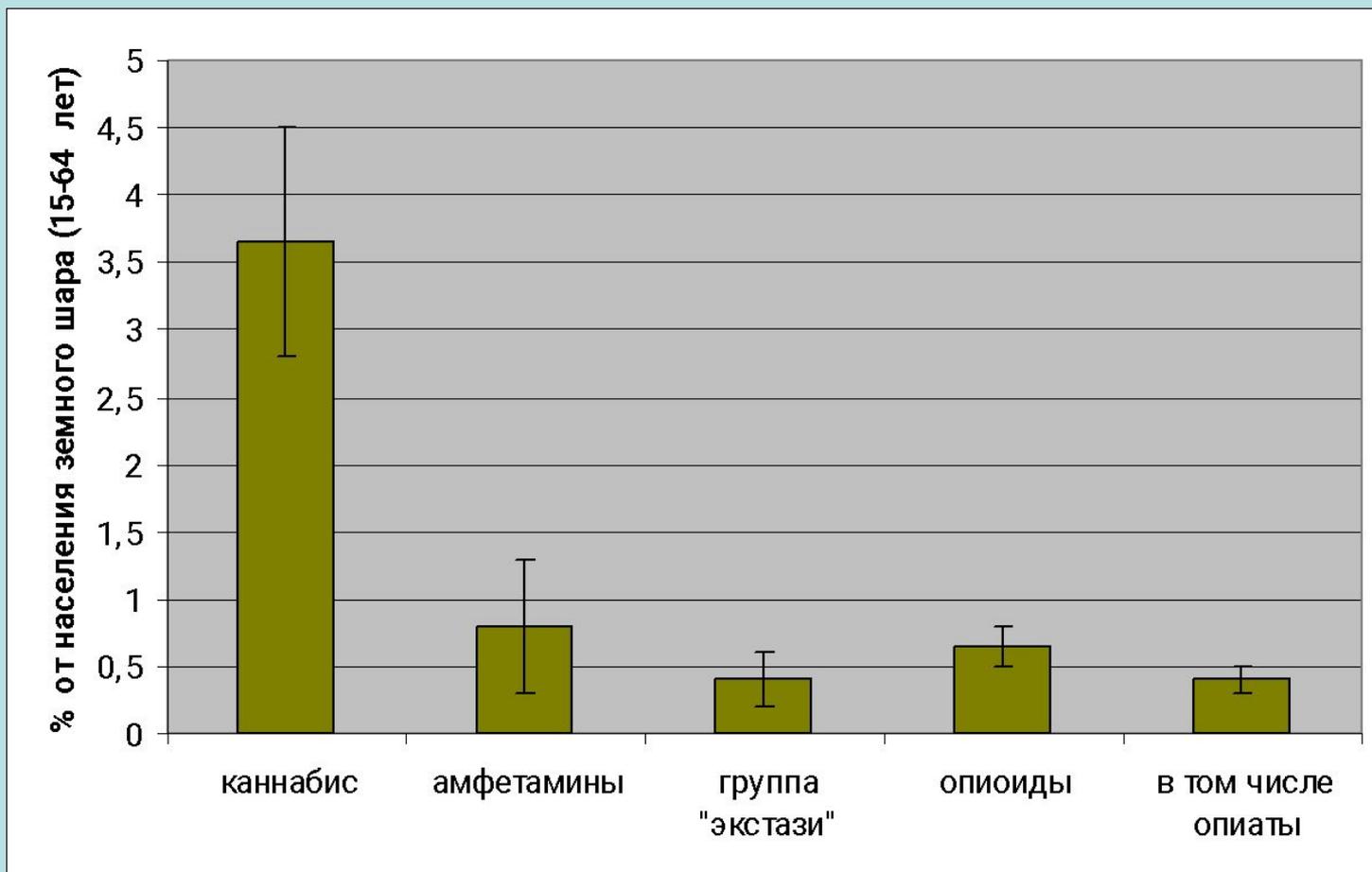
Источник: ЕЦМНН, Статистический бюллетень за 2009 год: *Problem drug use population, 2009*



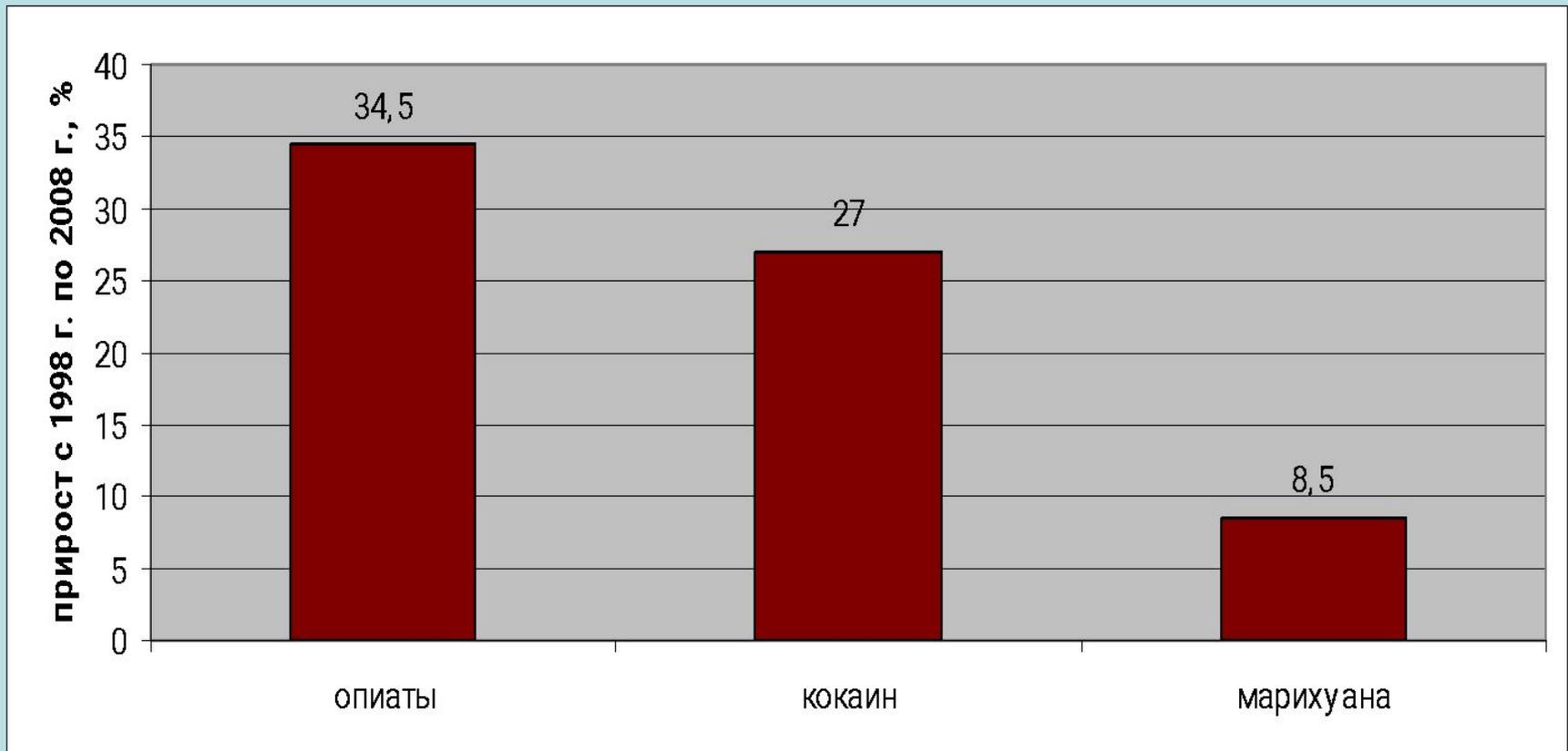
Потребление различных наркотиков в мире (ООН, «Всемирный доклад о наркотиках» за период 2000-2004 г.г.)



Потребление различных наркотиков в мире (ООН, «Всемирный доклад о наркотиках» за период 2009-2010 г.г.)



Оценочные данные ООН о ежегодном потреблении наркотиков 1998-2008



Обращение за помощью

- Жители **Африки** и **Океании** обращаются за помощью чаще всего в связи с употреблением – **каннабиса**;
- **Европы** и **Азии** – в связи с употреблением **опиатов**;
- **Южной Америки** – в связи с употреблением **кокаина**;
- **Северной Америки** – в связи с употреблением **каннабиса, опиоидов и кокаина**.
- Потребление стимуляторов амфетаминового ряда (САР) не является поводом для обращения ни в одном регионе (!) но существенно влияет на количество таких обращений в Азии, Океании, Европе и Северной Америке.

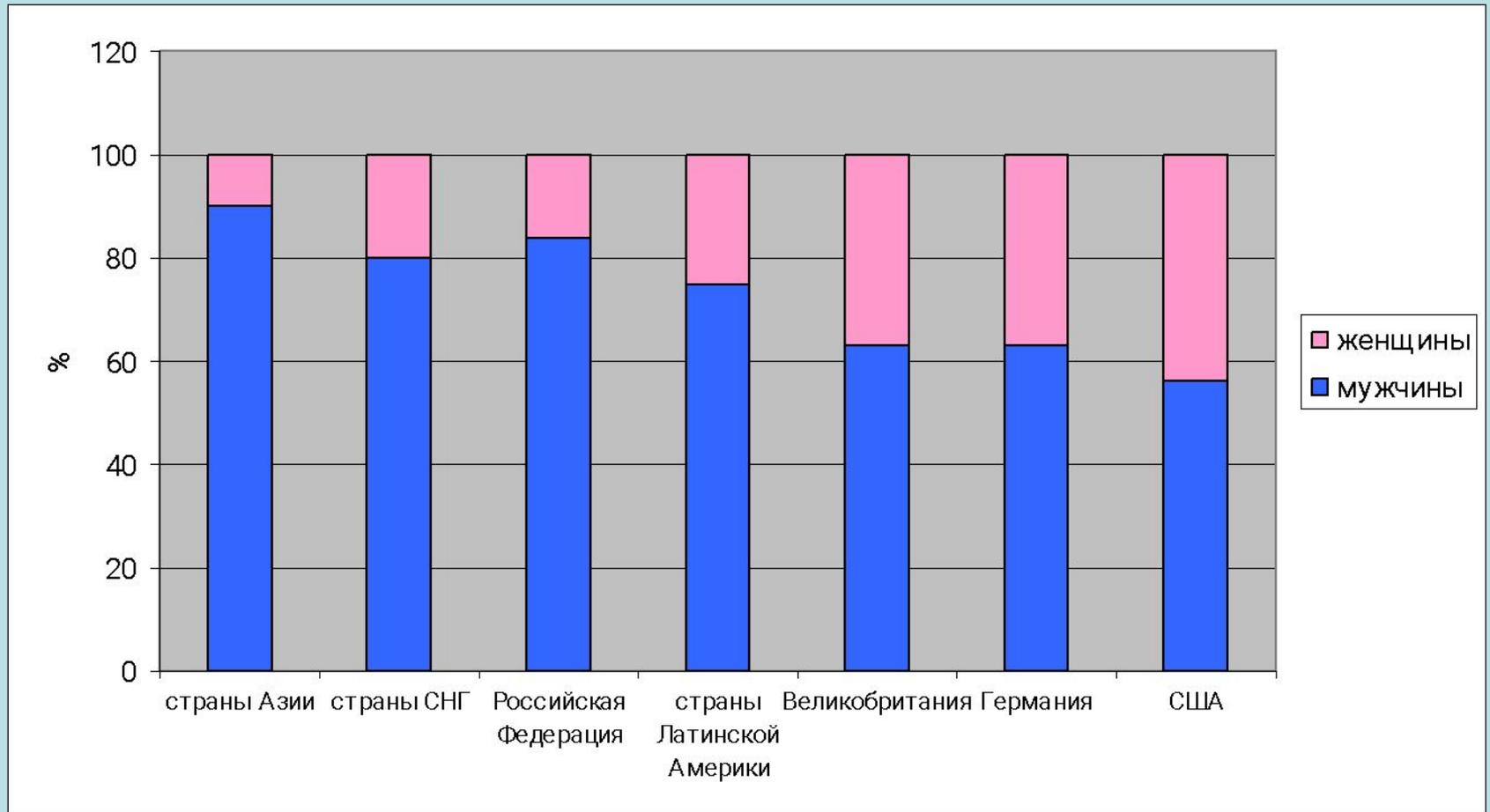
Негативные тенденции последних лет

- Наряду с тенденцией к стабилизации или сокращению потребления в основных районах потребления героина и кокаина происходит **увеличение потребления синтетических наркотиков и лекарственных средств рецептурного отпуска**. По сообщениям, использование лекарственных средств рецептурного отпуска в немедицинских целях становится все более острой проблемой в области здравоохранения в ряде развитых и развивающихся стран.
- В последние годы на сложившихся рынках запрещенных наркотиков появились **новые синтетические вещества**. Многие из них предлагаются на рынке как "легальные стимуляторы тонуса" и замещают запрещенные наркотические стимуляторы, такие, как кокаин или "экстази". В качестве двух примеров можно привести пиперазины и мефедрон, на которые не распространяется международный контроль. Аналогичные изменения наблюдаются и в отношении каннабиса; в частности, в некоторых странах увеличился спрос на синтетические каннабиноиды ("спайс").

Негативные тенденции последних лет

- Средний показатель распространения ВИЧ-инфекции в мире среди лиц, употребляющих наркотики путем инъекций, оценивается на уровне 17,9 процента, что означает, что **2,8 млн. человек, которые употребляют наркотики путем инъекций, являются ВИЧ-инфицированными**. Это также означает, что почти каждый пятый из употребляющих наркотики путем инъекций является носителем ВИЧ. Распространенность **гепатита С** среди лиц, употребляющих наркотики путем инъекций, на глобальном уровне оценивается в 50 процентов (в диапазоне от 45,2 до 55,3 процента), что означает, что **приблизительно 8 миллионов (от 7,2 до 8,8 миллиона)** употребляющих наркотики путем инъекций, по всему миру, также инфицированы.
- Количество **случаев со смертельным исходом**, вызванных или связанных с употреблением запрещенных наркотиков, согласно оценкам, составляет ежегодно от **104 000 до 263 000**; соответственно на один миллион жителей в возрасте от 15 до 64 лет приходится от 23,1 до 58,7 случаев летального исхода. Более половины случаев летального исхода происходят, согласно оценкам, в результате смертельной передозировки.

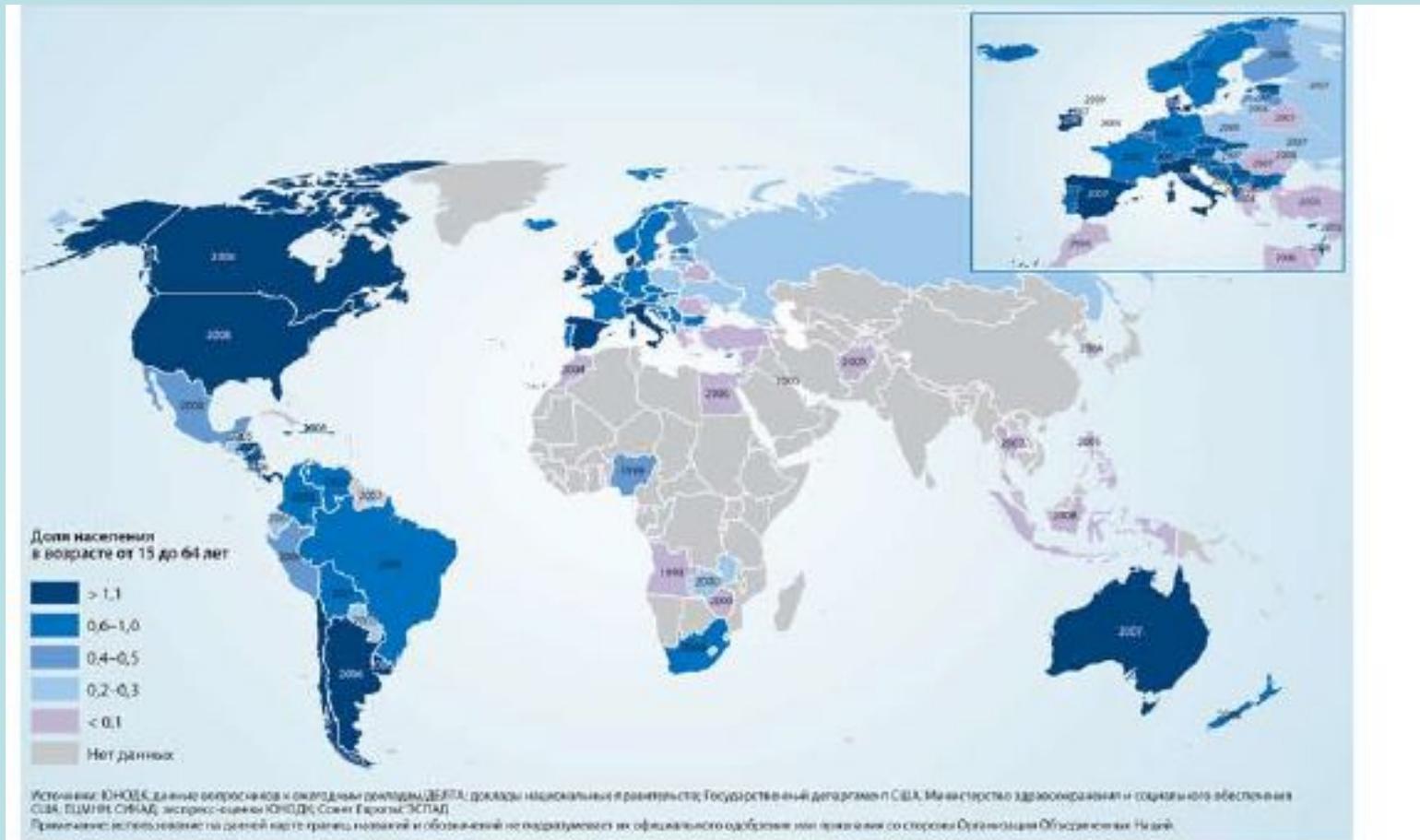
Распределение употребления наркотиков в мире по полу (данные ООН, 2002 г.)



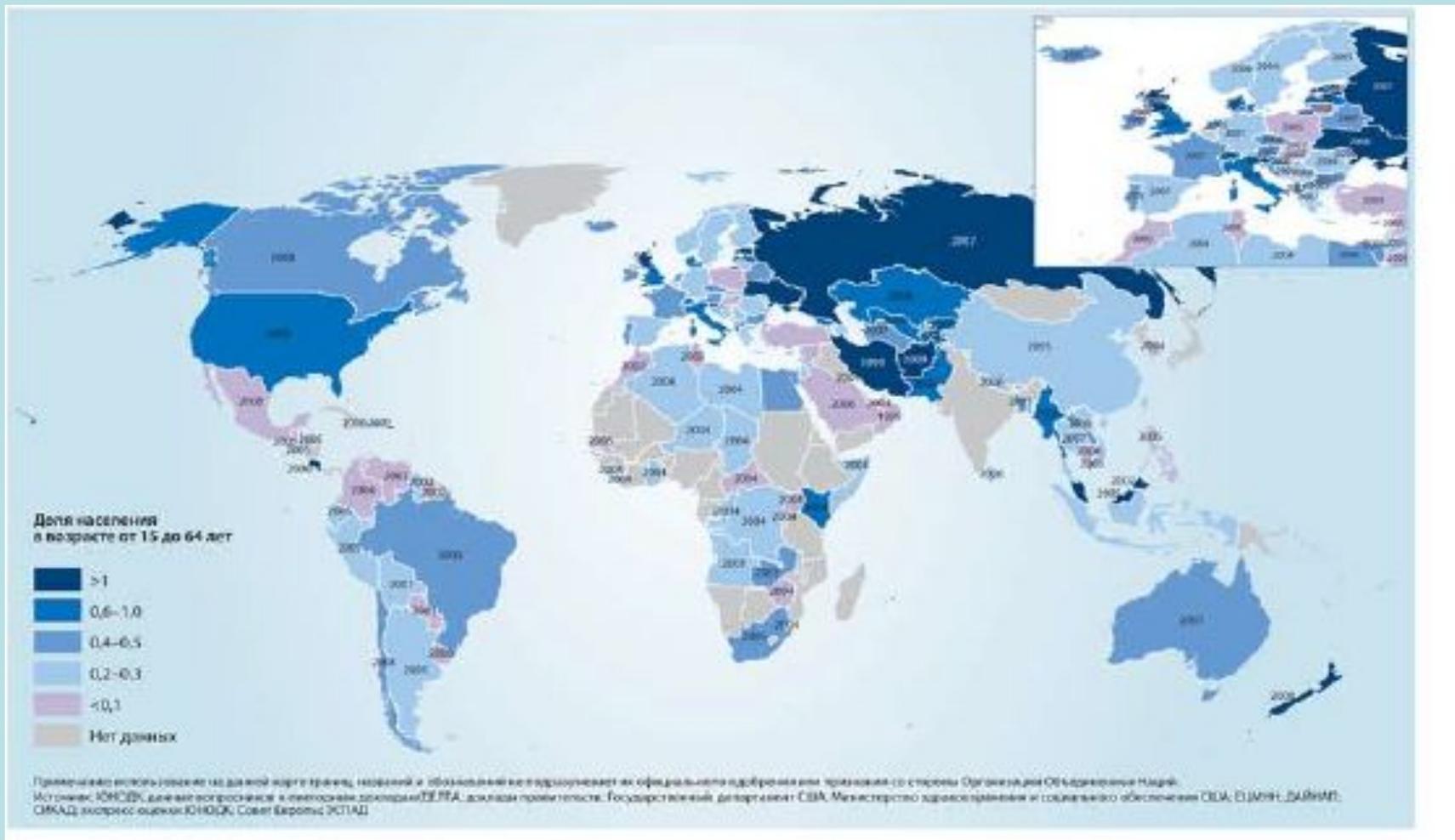
Распределение употребления наркотиков в мире по полу (данные ООН, 2002 г.)

- *Женщины чаще употребляют лекарственные препараты, в том числе транквилизаторы и анальгетики, а также стимуляторы.*
- *Мужчины чаще употребляют героин, кокаин (крэк). То есть мужчины употребляют наиболее опасные и вызывающие зависимость наркотики.*
- *Среди подростков число девочек употребляющих сильные наркотики догоняет число мальчиков*

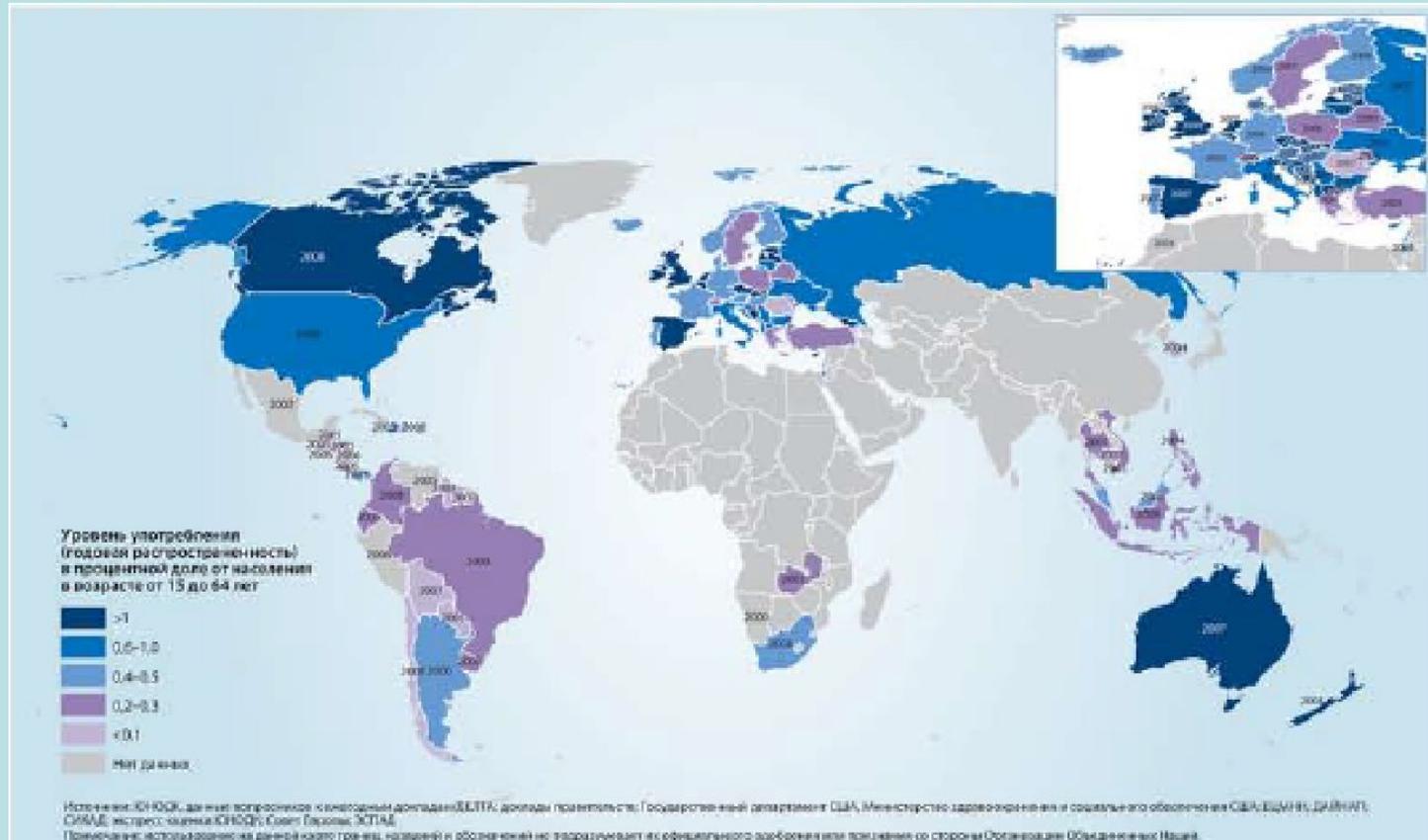
Потребление кокаина в мире в 2008 г. (или в последний год, за который имеются данные)



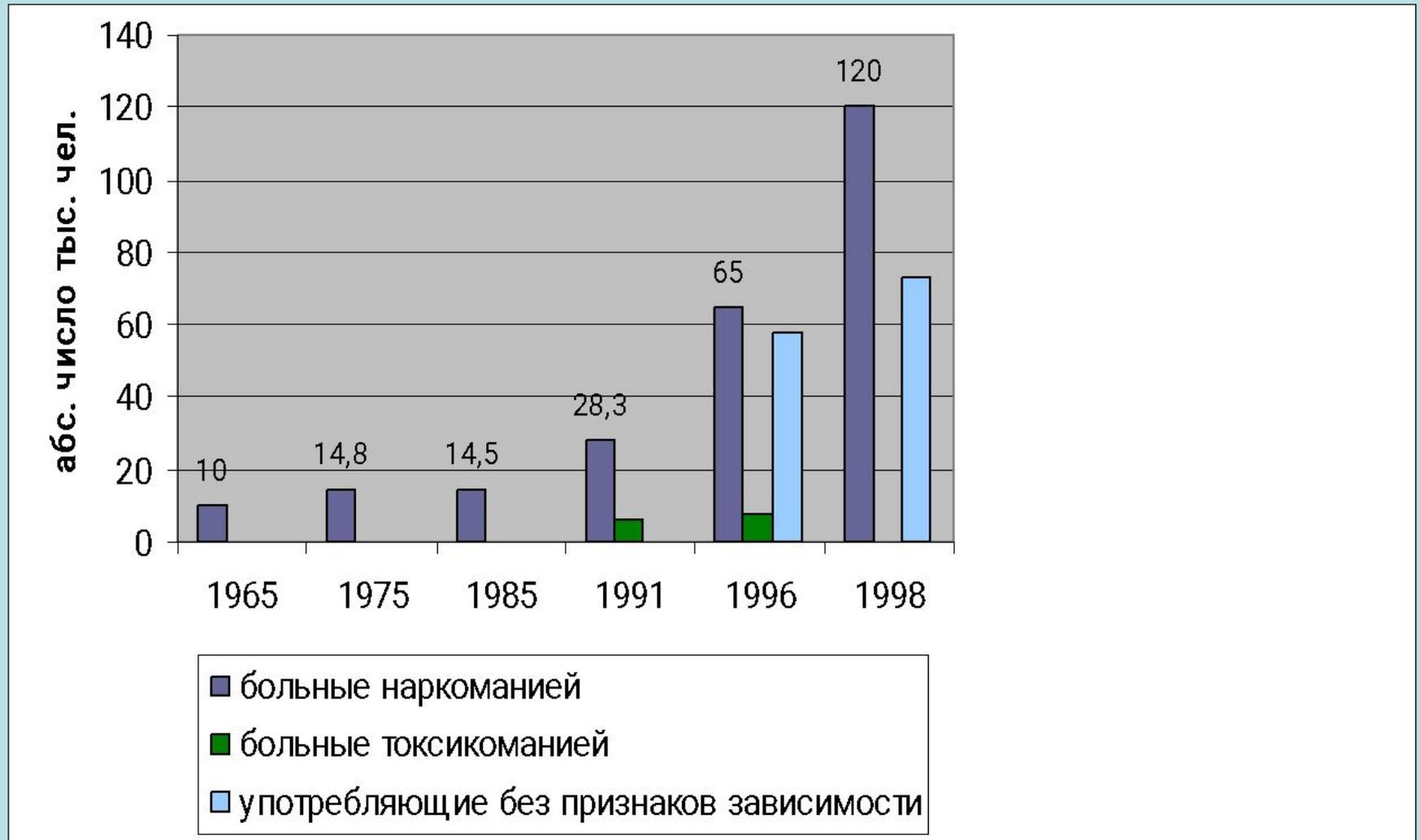
Потребление опиатов, включая героин в мире в 2008-2009 г.г. (или в последний год, за который имеются данные)



Употребление экстази в мире в 2008 г. (или в последний год, за который имеются данные)



Употребление наркотиков в Российской Федерации



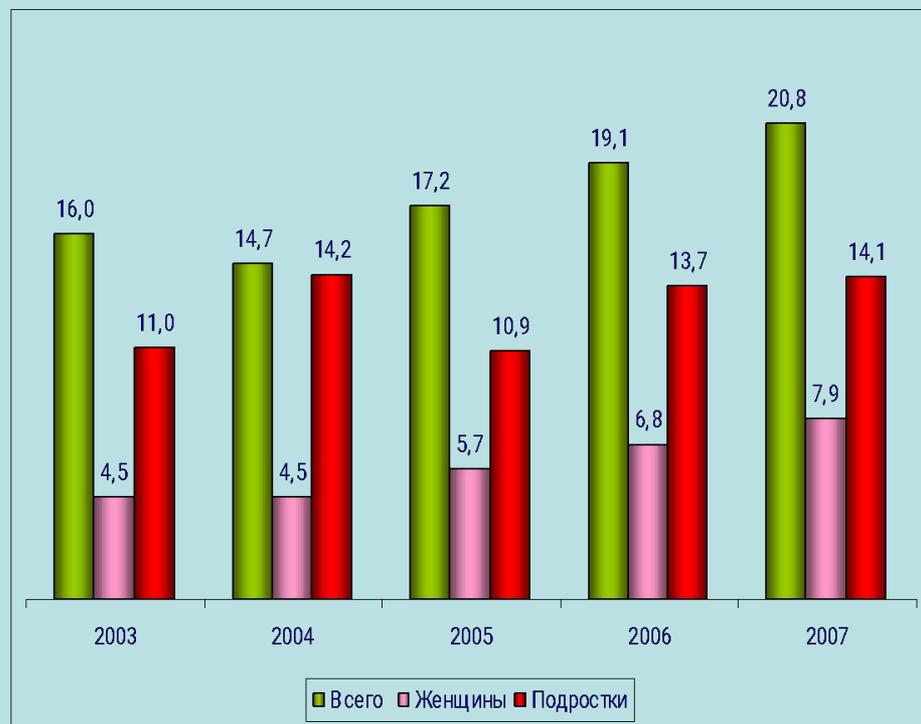
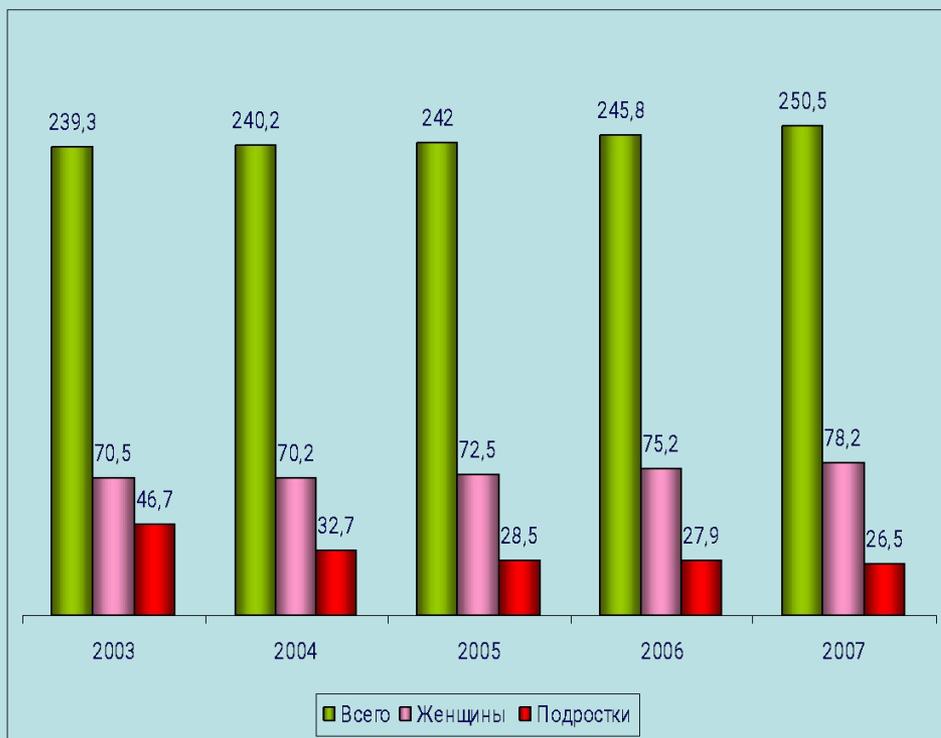
Распространенность наркоманий по видам наркотика в России (на 100 тыс. населения)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Синдром зависимости от наркотиков (наркомании), в том числе от:	198,4	233,2	239,6	239,3	240,2	241,3
опиоидов	176,0	209,4	213,5	211,7	211,4	212,0
каннабиноидов	10,8	11,7	13,4	14,5	14,9	15,4
психостимуляторов	3,7	4,0	4,0	3,9	3,7	3,6
других наркотиков	7,6	7,9	8,6	9,2	10,0	10,3

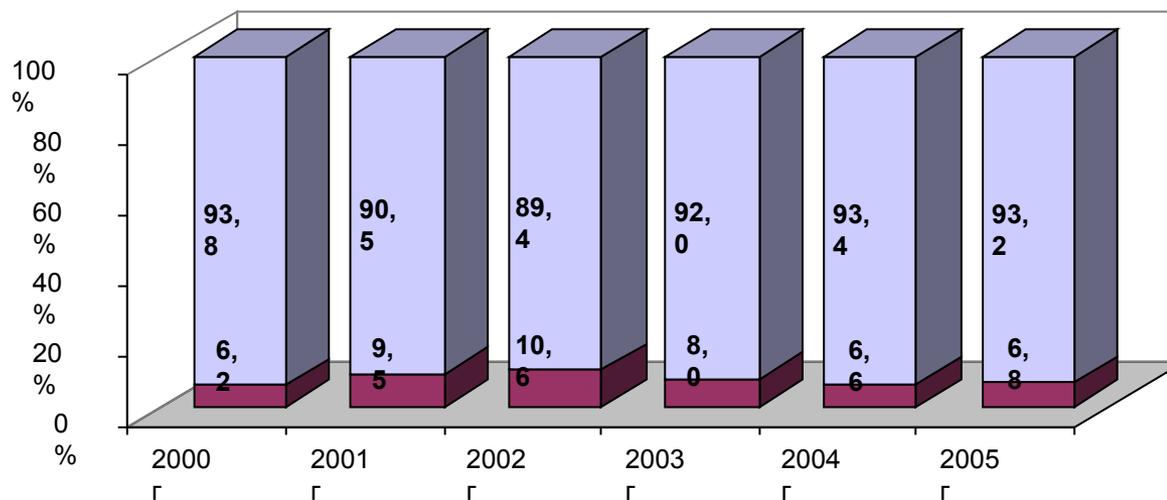
Употребление наркотиков в России в 2009 г.

- *Число состоящих на диспансерном учете 503000 чел.*
- *По расчетам ООН реальное количество употребляющих наркотики 2,5 млн. чел.*
- *По сообщению Федеральной службы по контролю по обороту наркотиков, каждый день в России от употребления наркотиков умирает 80 человек, более 250 человек становятся наркозависимыми.*

Распространенность наркомании (болезненность) и заболеваемость (первичная) на 100 тыс. чел. в России в 2003-2007 г.г. (По данным Кошкиной Е.А., 2008)

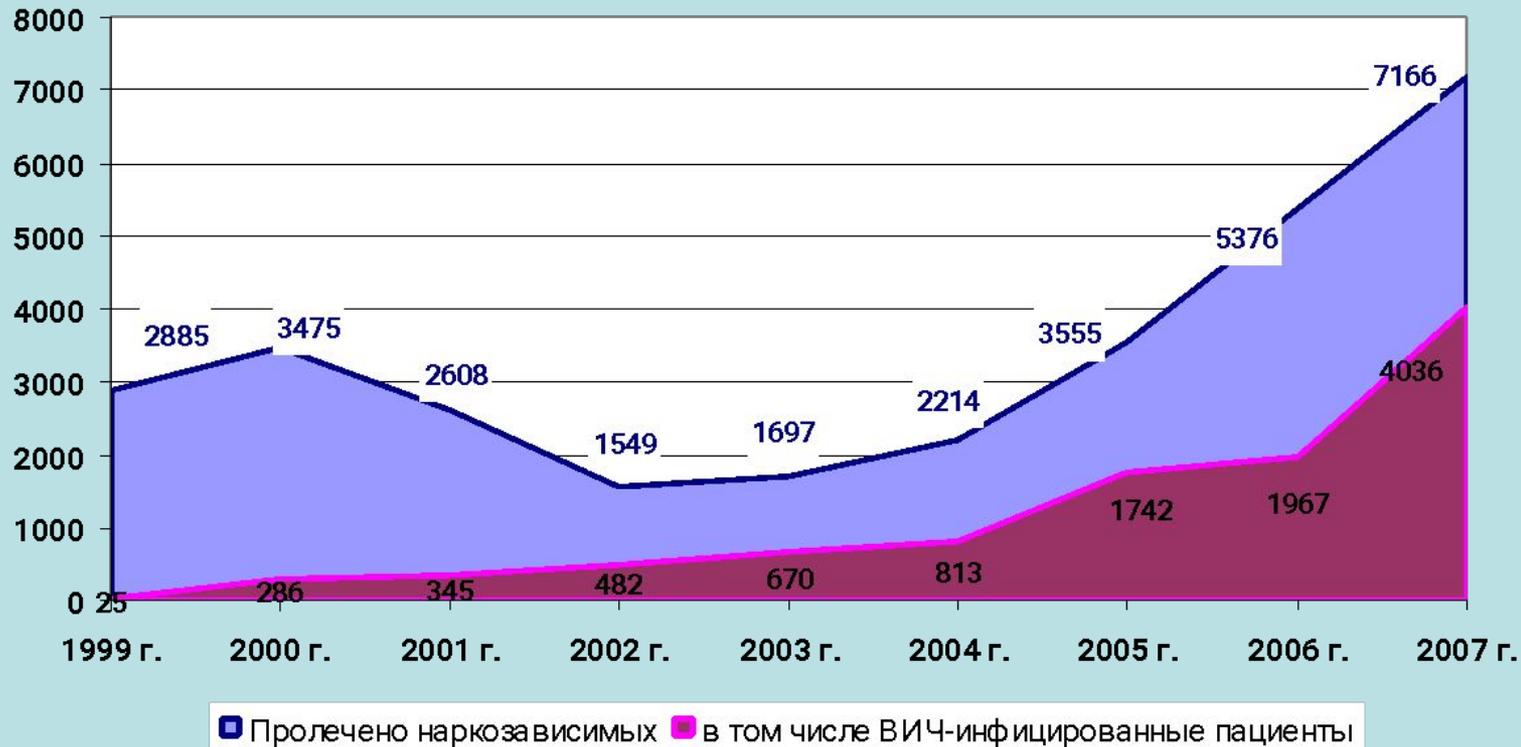


Доля ВИЧ-инфицированных среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) госпитализированных в специализированные стационары в Российской Федерации

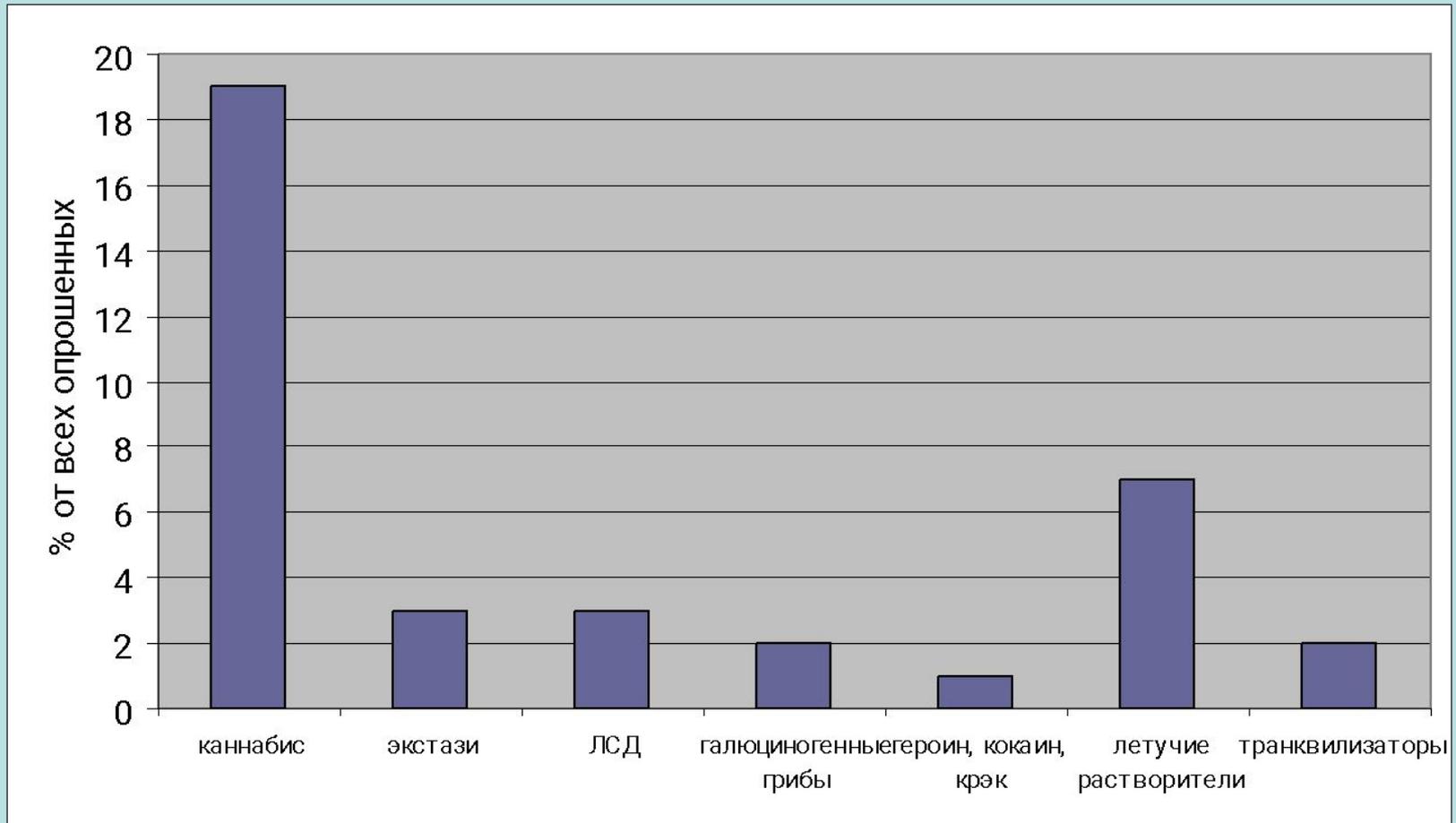


- общее число госпитализированных больных наркоманией
- процент выявленных ВИЧ-инфицированных наркоманов

Число пациентов с ВИЧ-инфекцией в наркологической больнице Санкт-Петербурга



Употребление наркотиков школьниками г. Москвы



Негативные тенденции развития наркологической ситуации в России (проф. А.Ю. Егоров)

1. СТАБИЛИЗАЦИЯ НА ВЫСОКОМ УРОВНЕ ЧИСЛА ЛИЦ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПАВ.
2. СНИЖЕНИЕ ВОЗРАСТА НАЧАЛА НАРКОПОТРЕБЛЕНИЯ.
3. СТИРАНИЕ ПОЛОВЫХ РАЗЛИЧИЙ СРЕДИ НАРКОПОТРЕБИТЕЛЕЙ ЗА СЧЕТ РОСТА ЧИСЛА ЖЕНЩИН - ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПАВ.
4. РОСТ ПОТРЕБЛЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫХ НАРКОТИКОВ (ГЕРОИН, СИНТЕТИЧЕСКИЕ ПСИХОСТИМУЛЯТОРЫ И КОКАИН).
5. РАСШИРЕНИЕ СПЕКТРА ПОТРЕБЛЯЕМЫХ НАРКОТИКОВ.
6. ПОЯВЛЕНИЕ БОЛЬШОГО ЧИСЛА НОСИТЕЛЕЙ ВИЧ СРЕДИ НАРКОМАНОВ.
7. РОСТ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ СРЕДИ ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК, ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ, В ВИДЕ ЛЕГКИХ СПИРТНЫХ НАПИТКОВ (ПИВО, ДЖИН-ТОНИК И Т.Д.).

Факторы риска развития зависимости

- Социальные: макросоциальные и микросоциальные;
- Личностные (внутриличностные);
- Медико-биологические

Макросоциальные факторы

- наркополитика страны (законодательство, исполнение законов, доступность ПАВ, отношение в обществе к наркотикам);
- оказание помощи уже заболевшим;
- национальные особенности употребления ПАВ;
- распространение информации о ПАВ и химической зависимости;
- массовая культура;
- уровень жизни, контраст распределения доходов в обществе

Пример государственного отношения к наркотикам – «шведская модель»

- После короткого периода либерализации во второй половине 1960-х, Швеция последовательно придерживалась рестриктивной стратегии контроля за наркотиками направленной как против предложения наркотиков, так и против спроса на них.
- Параллельно с этим, Швеция вкладывала крупные средства в деятельность по наркопроблематике. Затраты, связанные с противодействием наркомании и наркоторговле достигали 0.5% ВВП, что является второй по величине долей среди всех стран ЕС.
- Эти вложения оправдали себя. Как представляется, сегодня число лиц, употребляющих наркотики, в Швеции меньше, чем до введения целенаправленной наркополитики, начавшегося в 1969 году, когда правительство ввело в действие программу "Десять пунктов против наркотиков". В 2006 наркотики употребляло 6% учащихся в возрасте 15-16 лет, в то время как в 1971 году их было 15%.

Прогрессивное ужесточение шведского наркозаконодательства (1968-1993)

- **1968** - Принятие Закона о наркотиках (Narkotikastrafflag (1968:64))
- **1969** - Максимальное наказание в случае серьезных преступлений повышено до 4 лет тюремного заключения
- **1969** - Максимальное наказание в случае серьезных преступлений повышено до 6 лет тюремного заключения
- **1972** - **Максимальное наказание в случае серьезных преступлений повышено до 10 лет тюремного заключения**
- 1980 - Циркулярное письмо Генерального прокурора по отдельным вопросам, связанным с рассмотрением дел о наркотиках: отмена уголовного преследования по правонарушениям, связанным с наркотиками возможна только в случае, если речь идет о хранении неделимых доз наркотиков
- 1981 - Максимальное наказание в случае несерьезных преступлений повышено до 3 лет тюремного заключения
- 1981 - Минимальное наказание в случае серьезных преступлений повышено с 1 до 2 лет тюремного заключения
- **1981** - **Введение принудительного лечения наркоманов**
- 1985 - Максимальный срок тюремного заключения за незначительные преступления, связанные с наркотиками, увеличен до 6 месяцев
- 1988 - Употребление наркотиков карается штрафом
- 1988 - Принятие Закона об уходе за лицами, злоупотребляющими алкоголем или наркотиками (1988:870)
- **1993** - **Употребление наркотиков карается тюремным заключением (1992/93:142)**

Производство нелегальных наркотиков

- **Производство опия.** Традиционно производство опийных наркотиков было сосредоточено в трех регионах: Золотой полумесяц (Афганистан, Пакистан и Иран), Золотой треугольник (Мьянма, Таиланд и Лаос) и Центральная Америка (Колумбия, Венесуэла, Боливия). Регион Центральной Америки никогда не играл лидирующей роли в мировом производстве опия-сырца и героина. Золотой полумесяц и Золотой треугольник на протяжении всей второй половины XX века оспаривали сомнительное первенство в объемах производства опийных наркотиков.
- Интенсивный рост посевов опийного мака и производства героина в Афганистане с конца 2001 г разорил производителей опийных наркотиков в странах Золотого треугольника. В начале 2000-х годов цена диацетилморфин основания в Бангкокке составляла 10000 долларов за килограмм, а Читрале и Карачи 650. Таки образом, с 2003 года Афганистан стал мировым монополистом в производстве героина.

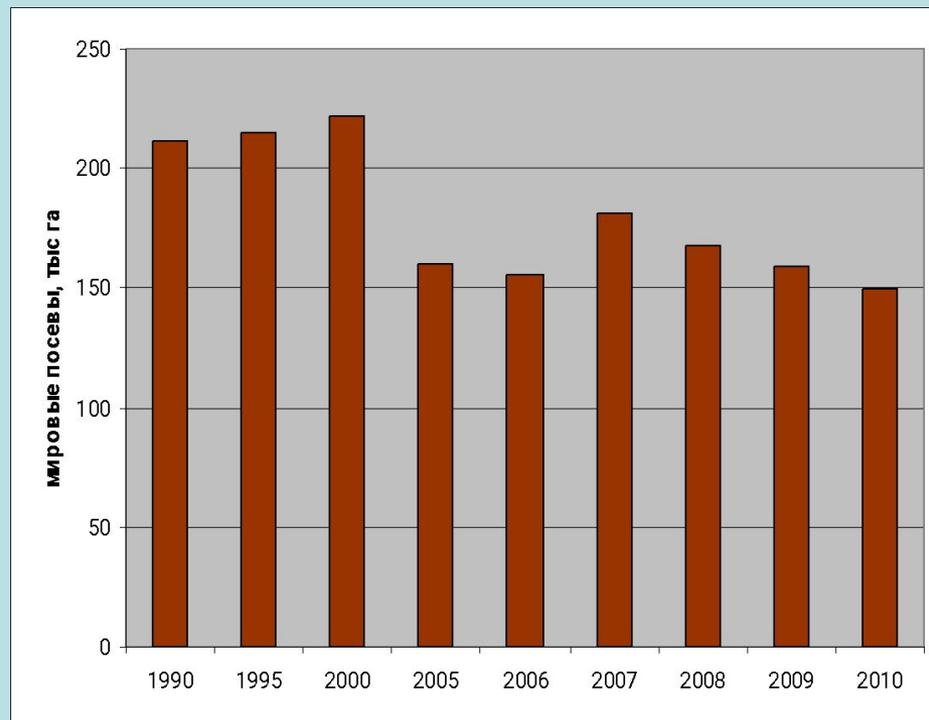
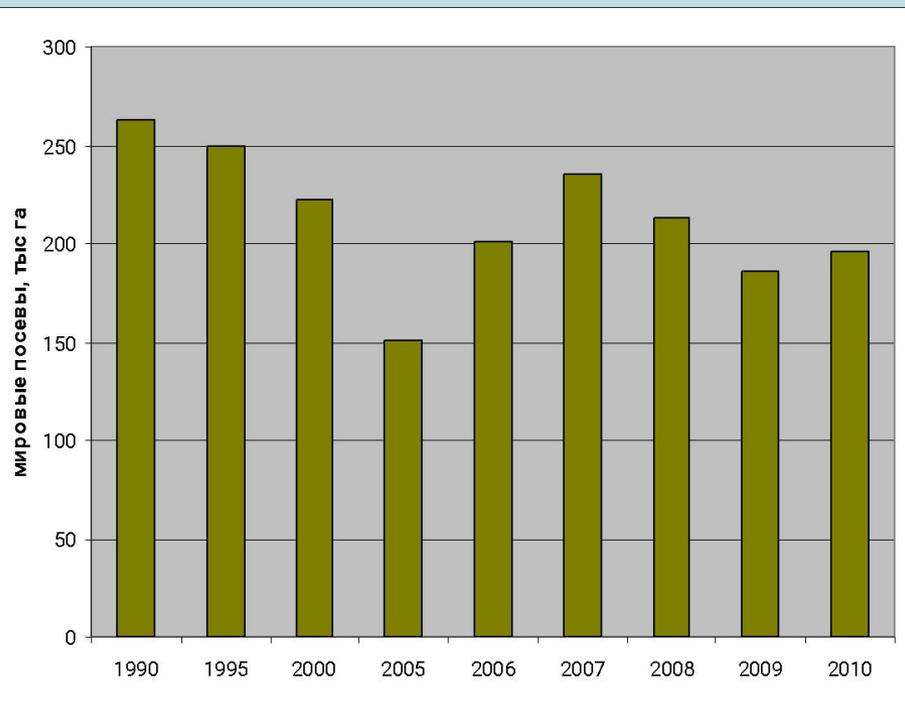
Производство нелегальных наркотиков

- Общая площадь культивирования опийного мака во всем мире в 2010 году составляла около 195 700 га, что несколько превышает показатель 2009 года.
- Существенное количество – около 123 000 га – по-прежнему культивируется в Афганистане, где объемы производства остаются стабильными. Однако, на глобальную тенденцию теперь оказывает влияние увеличение производства в Мьянме, где объем культивирования возрос по сравнению с 2009 годом почти на 20 процентов.
- В 2010 году заметно сократился мировой объем производства опия; правда, это явилось результатом заболеваний растений опийного мака в Афганистане.

Производство нелегальных наркотиков

- **Производство кокаина.** Общая площадь культивирования коки во всем мире продолжала сокращаться, уменьшившись до 149 100 га в 2010 году, т.е. на 18 процентов в период с 2007 по 2010 год. Заметно снизился также потенциальный объем изготовления кокаина, причем одновременно с сокращением производства кокаина в Колумбии имело место его увеличение в Перу и Многонациональном Государстве Боливия.

Динамика мировых посевов опия и коки 1990-2010



Производство нелегальных наркотиков

- **Производство стимуляторов.** Хотя оценивать общий объем изготовления стимуляторов амфетаминового ряда в мире весьма затруднительно, о распространении этой деятельности на сегодняшний день сообщают более 60 государств-членов во всех регионах мира. Изготовление веществ амфетаминового ряда распространено более широко, чем изготовление экстази. Среди САР метамфетамин, который относится к группе амфетаминов, изготавливается в самых больших количествах, что подтверждается сообщениями из Соединенных Штатов Америки об обнаружении значительного числа подпольных лабораторий.
- **Производство каннабиса.** Культивирование марихуаны имеет место в большинстве стран мира. Несмотря на то, что имеющейся информации недостаточно для того, чтобы дать самую последнюю оценку масштабов такого культивирования во всем мире, относительно стабильный объем изъятий марихуаны свидетельствует о стабильном уровне ее производства. Выращивание марихуаны в защищенном грунте по-прежнему распространено в основном лишь в развитых странах Северной Америки, Европы и Океании. Оценочные данные о производстве смолы каннабиса в этом году не обновлялись, однако, если основываться на представленных в UNODC отчетах, главными производителями являются Афганистан и Марокко.

Незаконный оборот

- Потоки незаконного оборота различаются в зависимости от типа наркотиков.
- Наиболее регулярно изымаемый тип наркотиков – марихуана – часто производится на месте, и, таким образом, его международный незаконный оборот носит ограниченный характер.
- Оборот кокаина и героина осуществляется внутри регионов и между ними, хотя значительные объемы потребляются вдали от стран культивирования и производства.
- Изготовление большей части САР сосредоточено в регионе потребления, в то время как незаконный оборот их химических веществ-прекурсоров носит межрегиональный характер.
- Долгосрочные тенденции свидетельствуют об увеличении объемов изъятия всех основных типов наркотических средств. В период между 1998 и 2009 годом объемы изъятий кокаина, героина и морфина, а также каннабиса увеличились почти вдвое. За тот же период объемы изъятий САР увеличились более чем втрое.

Дефицит услуг оказываемых проблемным потребителям наркотиков

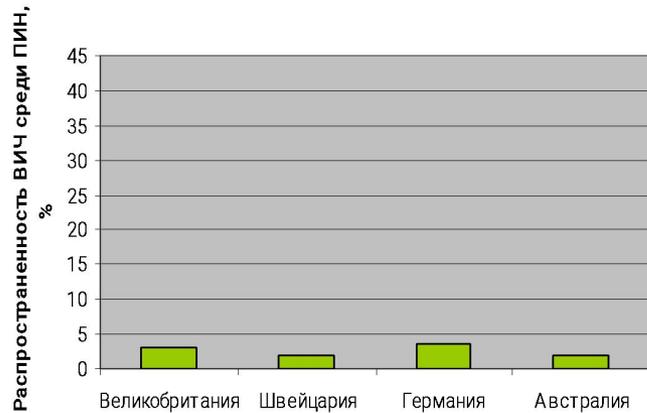
В 2008 г. в Южной Америке получили лечение 42% проблемных потребителей наркотиков, а в Африке – 5%.

Во всем мире в 2008 г. получили лечение от 12 до 30% проблемных потребителей, а от 11 до 33,5 миллионов остались неудовлетворенными.

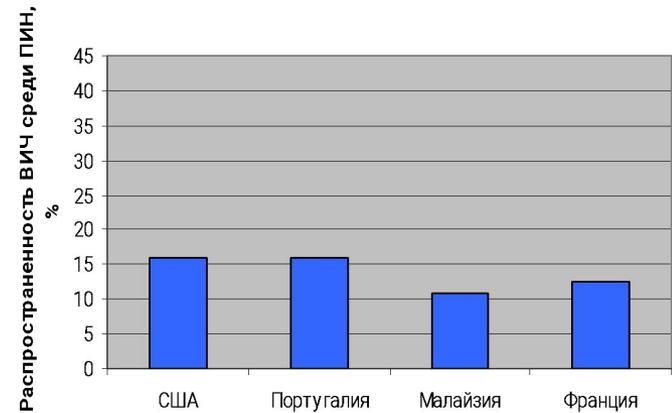
Хотя расходы на научно обоснованное лечение гораздо меньше косвенных расходов, связанных с запущенной наркотической зависимостью. Эффективность составляет примерно 3:1.

Успешность программ снижения вреда

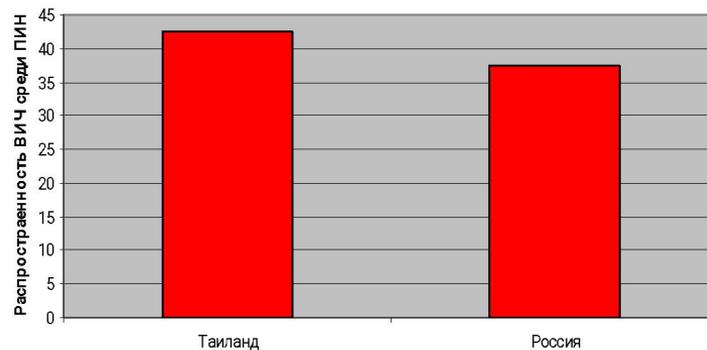
Страны последовательно внедрявшие комплексные стратегии снижения вреда



Страны внедрившие стратегии вреда частично, либо на более поздних этапах



Страны, последовательно противодействовавшие крупномасштабному внедрению стратегий снижения вреда, несмотря на наличие инъекционного употребления наркотиков



Принципы и рекомендации Глобальной комиссии по вопросам наркополитики

- 1. Прекратить криминализацию, маргинализацию и стигматизацию людей, которые употребляют наркотики**, но при этом не причиняют вреда другим людям. Разоблачать, а не укреплять распространённые заблуждения относительно наркорынков, наркопотребления и наркозависимости.
- 2. Поощрять внедрение государствами экспериментальных моделей правового регулирования оборота наркотиков** с целью подорвать мощь организованной преступности и защитить здоровье и безопасность своих граждан. Эта рекомендация особенно касается каннабиса, но мы поддерживаем и другие экспериментальные модели декриминализации и правового регулирования, которые помогут достичь указанных целей и послужит образцами для других стран.

Принципы и рекомендации Глобальной комиссии по вопросам наркополитики

3. Предлагать медико-профилактическую помощь и лечение всем, кому они требуются. **Обеспечить доступность различных методов лечения**, т.е. не только метадоновой и бупренорфиновой терапии, но и программ героиновой поддерживающей терапии, **доказавших свою эффективность во многих странах Европы и в Канаде.**

Внедрять программы обмена шприцев и другие меры по снижению вреда с установленной эффективностью в деле сокращения распространённости ВИЧ и других передаваемых через кровь инфекций, а также смертельных передозировок.

Уважать права людей, употребляющих наркотики.

Отменить жестокое обращение с людьми якобы с целью их лечения - в том числе лишение свободы, принудительный труд, физическое и психологическое насилие - которые противоречат стандартам и нормам прав человека и лишают людей права на самоопределение.

Микросоциальные факторы риска развития зависимости

- Семейная идеология;
- дисгармоничные отношения в семье;
- позиция коллег, друзей и соучеников.

Нарушенные типы семейного воспитания

воспитания

- Гипопротекция
 - с эмоциональной холодностью;
 - с хорошим эмоциональным контактом;
- Гиперпротекция
 - потворствующая («кумир семьи»).
 - доминирующая;
- Альтернирующее воспитание.

Поведенческие реакции подросткового возраста, как способствующие, так и противодействующие развитию зависимости (проф. Егоров А.Ю.)

- **Реакция эмансипации.** «Отравление свободой» может способствовать аддиктивному поведению с поисковой мотивацией.
- **Реакция увлечения (хобби).** «Информационно-коммуникативное хобби» (Личко, Битенский, 1991) состоит в бездумном общении, поглощению ненужных сведений и обмену малозначительной информацией. Такие подростки тяготеют к социальным компаниям сверстников и легко начинают злоупотреблять алкоголем, наркотическими и токсическими веществами.
- **Реакция имитации.** Направленность реакций имитации зависит от идеологии кумира.
- **Реакции обусловленные формирующимся сексуальным влечением.** Некоторые ингалянты помогают визуализации представлений, в том числе сексуального содержания, а стимуляторы повышают сексуальное влечение. Растормаживающим действием обладают препараты конопли и алкоголь.
- **Реакции группирования со сверстниками.**

Возраст риска

- Критическим моментом для приобщения к наркотикам является переход от подросткового возраста к юношескому .
- Именно в это время знакомится с наркотиками почти половина всех когда-либо приобщившихся к ним, а до 20 лет успевают познакомиться с наркотиками почти 9/10 всех хотя бы однажды, пробовавших их.
- В целом, если до 20 лет человек не получил опыт употребления наркотиков, то вероятность этого резко снижается. Ещё меньше риск вовлечения в периодическое или регулярное потребление.

Типы личностных мотиваций употребления ПАВ (Чирко, Демина, 2002)

- 1) позитивная («для получения удовольствия»);
- 2) негативная («защита от тоски»);
- 3) нейтральная («для приспособления к окружающим», «по привычке»).

Личностные факторы риска развития зависимости

Основаны на выраженных акцентуациях характера, психопатиях и особом дисгармоничном взаимодействии индивида действительностью (девиантном поведении).

Типы девиантного поведения как факторы риска развития зависимости

- Делинквентный
- Аддиктивный
- Патохарактерологический
- Психопатологический
- Основанный на гиперспособностях

Медико-биологические факторы риска развития зависимости

- Вероятность возникновения алкоголизма у детей алкоголиков в 7-15 раз выше, чем в популяции (Альтшулер, 1999).
- У усыновленных детей из алкогольных семей риск развития алкоголизма в 3,5 раза выше по сравнению с некровными братьями и сестрами (Goodwin, 1988).
- Если один из однояйцевых близнецов болен алкоголизмом, то у другого риск заболеть в 2,5 раза выше, чем в случае двуяйцевых близнецов (Москаленко, Ванюков, 1988).
- О наличии хотя бы одного родителя, потребляющего наркотики сообщили 80% из 200 обследованных. Причем наркомания матери положительно коррелировала с более ранним началом приобщения к ПАВ (Pugatch et al., 2001).
- Любые внутриутробные воздействия способны привести к патологии регуляции аффективной, когнитивной и поведенческой сферы ребенка, что впоследствии может повлечь ранее начало употребления ПАВ (Dawes, 2001).

Маркеры для диагностики предрасположенности к ПАВ (И.П. Анохина, 2001)

1. Наличие двух или более кровных родственников, страдающих алкоголизмом или наркоманией.
2. Синдром минимальной мозговой дисфункции в детстве.
3. Эмоциональная нестабильность, повышенная возбудимость, склонность к депрессиям.
4. Трудный пубертат с преобладанием психического инфантилизма.
5. Дефицит внимания.
6. Раннее курение и злоупотребление алкоголем.
7. Чувство неудовлетворенности, постоянный поиск новизны.
8. Низкая амплитуда или отсутствие волны Р300 в вызванном слуховом корковом электрическом потенциале.

Маркеры для диагностики предрасположенности к ПАВ (И.П. Анохина, 2001)

Лабораторные показатели:

1. Низкая концентрация в моче и крови дофамина.
2. Низкая активность ДА-бета-гидроксилазы – фермента, контролирующего синтез дофамина.
3. Повышенная частота встречаемости аллеля гена A1 гена DRD2 (A1/A2>1) и гетерозиготного генотипа 9/10 ДАТ (>35%)
4. Выявления участка семи тандемных повторов в гене DRD4.

Наличие более пяти из этих признаков , среди которых должно быть не менее 2-3 биологических дает основание отнести обследуемого к группе высокого биологического риска в плане развития химической зависимости.

Сущность аддикции

- Сущность аддикции заключается в компульсивном поиске и приеме наркотика даже перед лицом негативных медицинских и социальных последствий, а не в синдроме отмены, (Leshner, 1997).

Аддикция - это **обсессивно-компульсивный феномен** (А.А. Портнов (2004) и И.Н. Пятницкая (2003)).

- Аддикция – это **психопродуктивное** расстройство (В.Б. Альтшулер, 1994), включающий идеаторный, аффективный и поведенческий компоненты (М.В. Винникова, 2003).

В.В. Чирко и М.В. Демина (2002) рассматривают аддикцию как психопатологический феномен сходный с паранояльным бредом.

Сущность аддикции

- Основной диагностический критерий аддикции - наличие измененных состояний сознания в период реализации патологического влечения, которые феноменологически сопоставимы с **«особыми состояниями сознания»** и **«сумеречным расстройством»**. (В.Д. Менделевич, 2003).
- Аддикция по своей феноменологии более всего напоминает **сверхценную идею** (А.Ю. Егоров, 2003; 2006).
- Аддиктивные расстройства - это **отдельный (аддиктивный) психопатологический регистр**, принадлежат к **сфере мотивационных расстройств и формируют особую нозологическую группу**, которая включает зависимость от различных ПАВ и нехимические виды зависимости (Ю.П. Сиволап, 2006).

Синдромы зависимости

- *Синдром опьянения*
- *Синдром измененной реактивности*
 - 1) изменение формы потребления;
 - 2) изменение толерантности;
 - 3) исчезновение защитных реакций при передозировке;
 - 4) изменение формы опьянения
- *Синдром психической зависимости*
- *Синдром физической зависимости*
- *Синдром последствий хронического потребления ПАВ*

Негативные последствия аддикции

- *снижение трудоспособности*
- *криминогенность*
- *проблемы в семье* (по официальной статистике число наркоманов состоящих в официальном браке в 1,6 раз меньше, чем в общей популяции, а число разводов – в 2,8 раз больше)
- *ухудшение здоровья*
- *стигматизация*

*В 1987 Генеральная Ассамблея ООН
провозгласила
26 июня Международным днем борьбы
со злоупотреблением
наркотическими средствами и их
незаконным оборотом.*

Литература

Учебная

- Руководство по аддиктологии. Под ред. проф. Менделевича.
- Пятницкая И.В. Общая и частная наркология.
- Альтушулер В.Б. Алкоголизм в кн. Руководство по психиатрии. В 2т. / Под ред. А.С.Тиганова.

Дополнительная

- Анохина И.П. Биологические механизмы зависимости от ПАВ. Лекции по наркологии.
- Кошкина Е.А. Эпидемиология наркологических заболеваний. В кн. Руководство по наркологии. Под ред. Н.Н. Иванца.
- Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость.
- Шабанов П.Д. Наркология.

Алкоголизм

Эпидемиология. Факторы риска. Клиническая картина. Лечение. Профилактика

*«...А все вином кончается.
Пошла по жилам чарочка,
И рассмеялась добрая
Крестьянская душа.»*

Н.А. Некрасов

История употребления алкоголя в Европе

Алкобольные продукты брожения – пиво, вино, мед, сидор и прочие – существовали в Европе с давних пор.

Дистиллированные напитки появились сначала как ингредиенты лекарственных препаратов, и только примерно пять веков назад стали продуктом повседневного потребления.

В средневековой Европе алкобольная продукция производилась и потреблялась на местном уровне. Городские власти зачастую контролировали рынок в отношении качества продукции и денежной стоимости, а также в плане борьбы с негативными социальными последствиями пьянства (Bennett, 1996).

Становление промышленного производства алкоголя

В позднем средневековье нередко производство алкогольных продуктов брожения выросло из семейного бизнеса в целые предприятия с возраставшей специализацией и множеством работников.

Дистилляция и пивоварение приняли промышленный масштаб на ранних этапах промышленной революции, а с приходом технологии дистилляции (а, следовательно, крепленых вин и крепких напитков) алкогольная продукция перестала быть скоропортящейся.

Увеличение производства алкоголя и проблем, связанных с его употреблением

В результате для многих европейских государств XVIII и XIX века стали эрой очень высокого потребления алкоголя (Норвегии, Франции, Великобритании; Barrows, 1982).

В России в то же самое время царская власть боролась с финансовой зависимостью от доходов с продаж алкоголя (Herlihy 2001).

Еще в древности было известно, что потребление алкоголя может нанести урон здоровью и повлечь за собой социальные проблемы, и местные и государственные власти еще в те времена применяли меры алкогольной политики по снижению этих проблем.

Социальные проблемы, в англоговорящих странах и Северной Европе, привели к появлению сильной и устойчивой социальной реакции – движению трезвенников конца XVIII – начала XX веков.

Трезвеннические движения в Норвегии

Так, например, в 1850 г. в Норвегии среднедушевое потребление алкоголя составляло 13-14 л, причем 90% составляли крепкие напитки.

Движение за воздержание (temperance movement) боролось с крепкими алкогольными напитками, не отвергая пива и вина, считая их сравнительно безопасными и позволило сократить потребление крепких напитков к 1880 г. до 65%.

Движение за трезвость (teetotalers movement), в идеале исключало потребление любых алкогольных напитков и добилось, что количество городов с разрешенной продажей крепких алкогольных напитков было сокращено с 51 (1894) до 13 (1913)

Несмотря на разрешение с 1927 г. на государственную монопольную торговлю крепкими алкогольными напитками среднедушевое потребление (возраст > 15 лет) составило 2,4 л (это наиболее низкий показатель за всю историю Норвегии).

Политика в отношении алкоголя в Европе в XIX-XX в.в.

Даже в странах, где движение трезвенников оставалось скорее уделом элиты общества (например, во Франции и России), оно нередко существенно влияло на алкогольную политику.

В итоге, во многих странах Восточной, Северной и Западной Европы возникла сложная система ограничений алкоголя, как правило, под контролем государства.

В странах Южной Европы с развитой винной культурой, а также в Австрии и Германии, было мало мер по ограничению алкоголя.

В скандинавских странах, Великобритании и Ирландии существовали сильные традиции особой регуляции сферы алкоголя. В этих странах акцизы на алкоголь были выше, чем в остальной Европе.

Антиалкогольные кампании в Восточной Европе

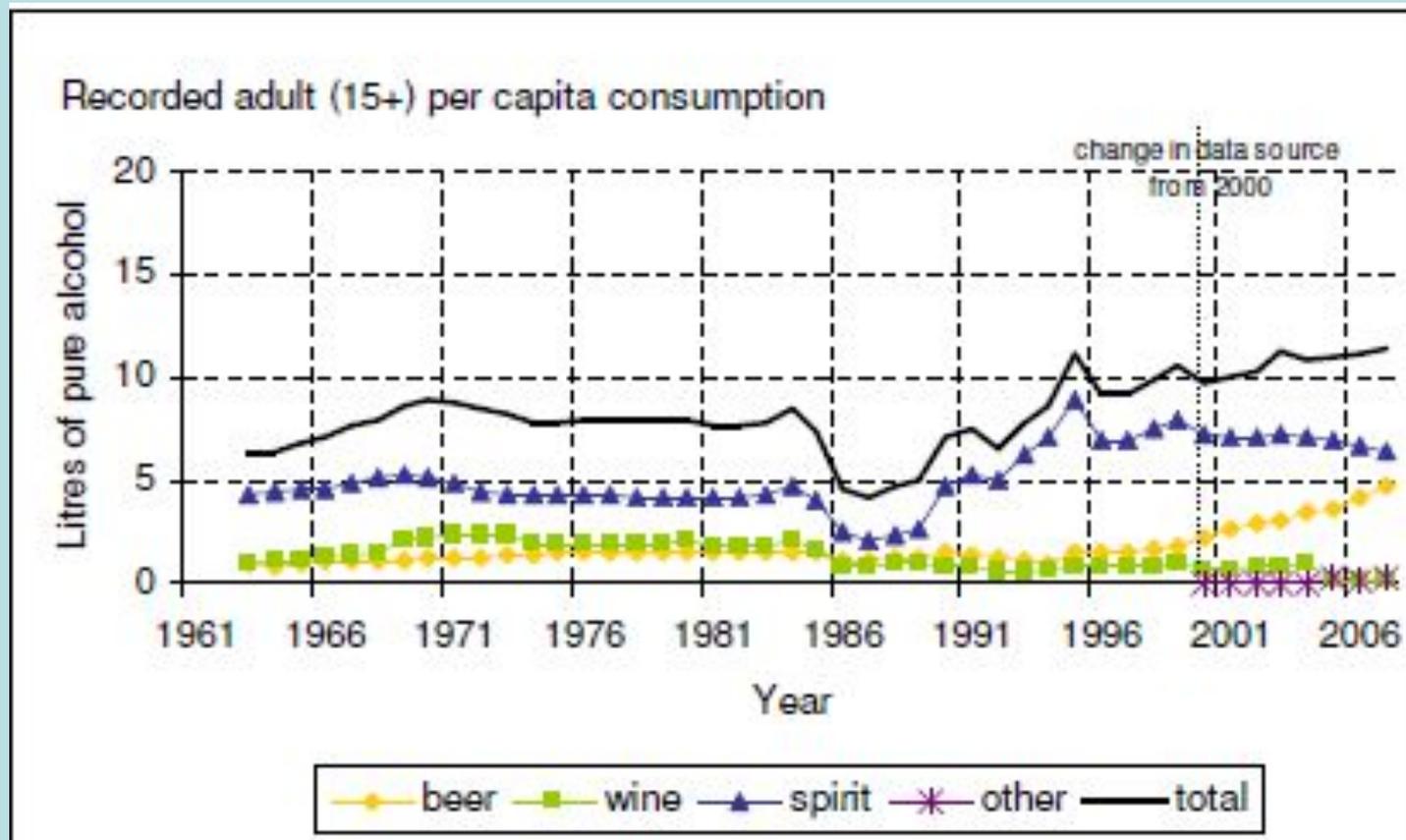
В 1985 году СССР, начал серьезную антиалкогольную кампанию; аналогичные меры были предприняты и в других странах социалистического блока.

Советская антиалкогольная кампания была успешной с точки зрения здравоохранения и влияния на уровень смертности (Room, 2001), но оказалась полным провалом в плане общественного мнения и поддержки.

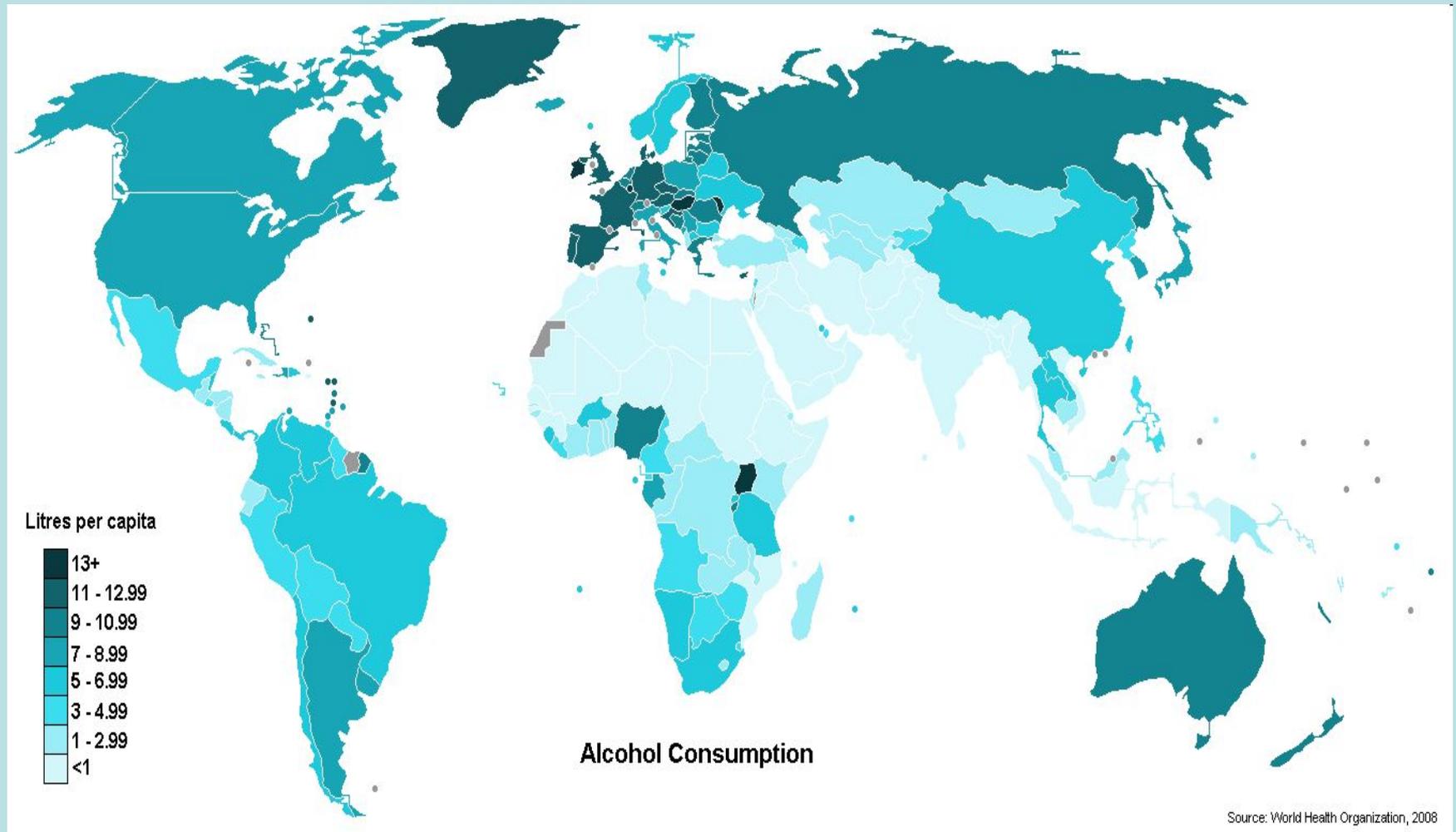
Это была последняя распорядительная кампания разваливающейся системы, она сразу стала крайне непопулярной, и в 1988 году была отмена (White, 1996).

Растущий уровень потребления алкоголя сыграл свою роль в кризисе смертности в 1990 г. в странах бывшего СССР (Bobadilla et al., 1997).

Потребление алкоголя на душу населения в СССР и Российской Федерации



Потребление алкоголя на душу населения в мире в 2008 г.



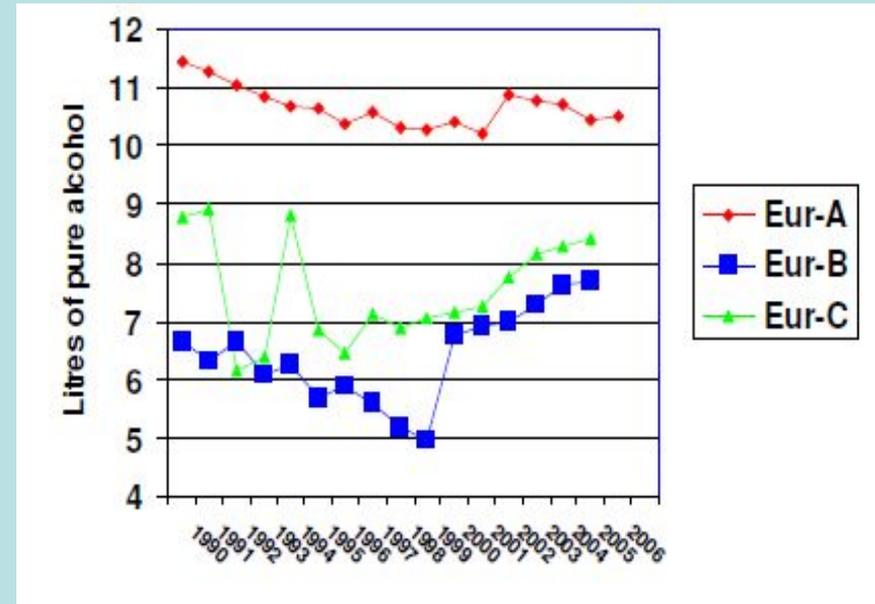
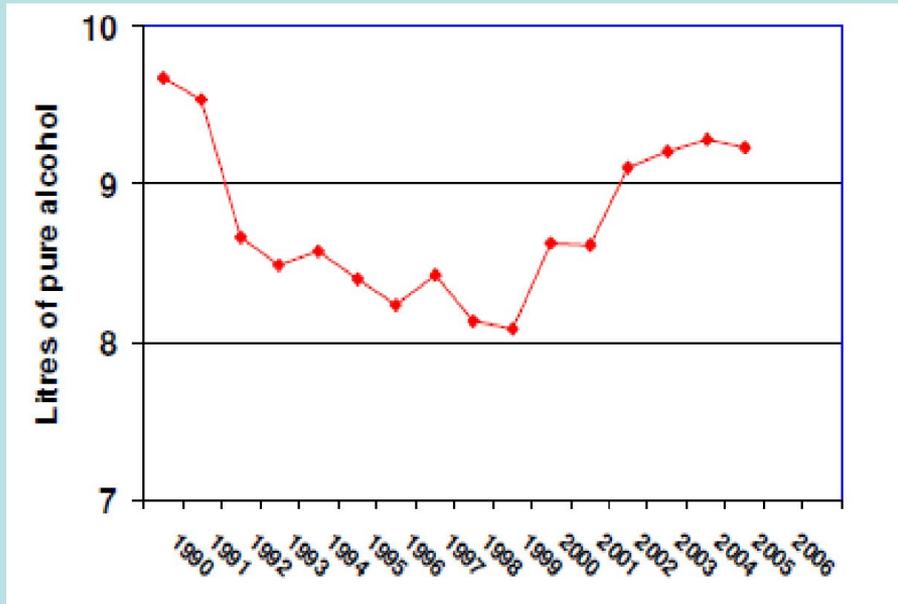
Ситуация в отношении алкоголя в Европейском регионе

Уровень потребления алкоголя в странах Северной Европы достиг своего исторического максимума и продолжает возрастать.

Снижение уровня потребления алкоголя в странах Юго-Западной Европы, наблюдавшееся за последние десятилетия, как представляется, прекращается.

В восточной части Региона общие показатели потребления алкоголя остаются на очень высоком уровне, достигнутом в середине 1990-х годов, хотя между странами имеются определенные различия.

Потребление алкоголя в Европе



Eur-A: 27 countries with very low child and adult mortality: Andorra, Austria, Belgium, Croatia, Cyprus, the Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Luxembourg, Malta, Monaco, the Netherlands, Norway, Portugal, San Marino, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland and the United Kingdom. **Eur-B:** 17 countries with low child and adult mortality: Albania, Armenia, Azerbaijan, Bosnia and Herzegovina, Bulgaria, Georgia, Kyrgyzstan, Montenegro, Poland, Romania, Serbia, Slovakia, Tajikistan, the former Yugoslav Republic of Macedonia, Turkey, Turkmenistan and Uzbekistan. **Eur-C:** 9 countries with low child but high adult mortality: Belarus, Estonia, Hungary, Kazakhstan, Latvia, Lithuania, Republic of Moldova, the Russian Federation and Ukraine

Ситуация в отношении алкоголя в регионе ВОЗ, 2006 г.

В ряде районов очень низкие уровни потребления алкоголя связаны с религиозными верованиями, однако уровень потребления среди пьющих людей является почти столь же высоким, как и в других схожих странах Региона.

Хотя **доля женщин** в общем потреблении алкоголя в Европейском регионе составляет лишь **20–35%**, **этот показатель является самым высоким в мире.**

Частота случаев алкогольной интоксикации среди молодежи продолжает оставаться на очень высоком уровне в западных странах и возросла до аналогичного уровня в странах Восточной Европы. Эта же тенденция вызывает озабоченность в странах Южной Европы.

Среди людей в возрасте 20-39 лет примерно 25% всех случаев смерти связаны с алкоголем (*WHO, 2015*).

Ситуация в отношении алкоголя в регионе ВОЗ, 2006

Последние имеющиеся данные показывают, что, в целом, число смертных случаев, связанных с алкоголем, возросло примерно на 15% в период с 2000 по 2002 г., и в настоящее время на их долю приходится **6,3% всех случаев смерти в Регионе.**

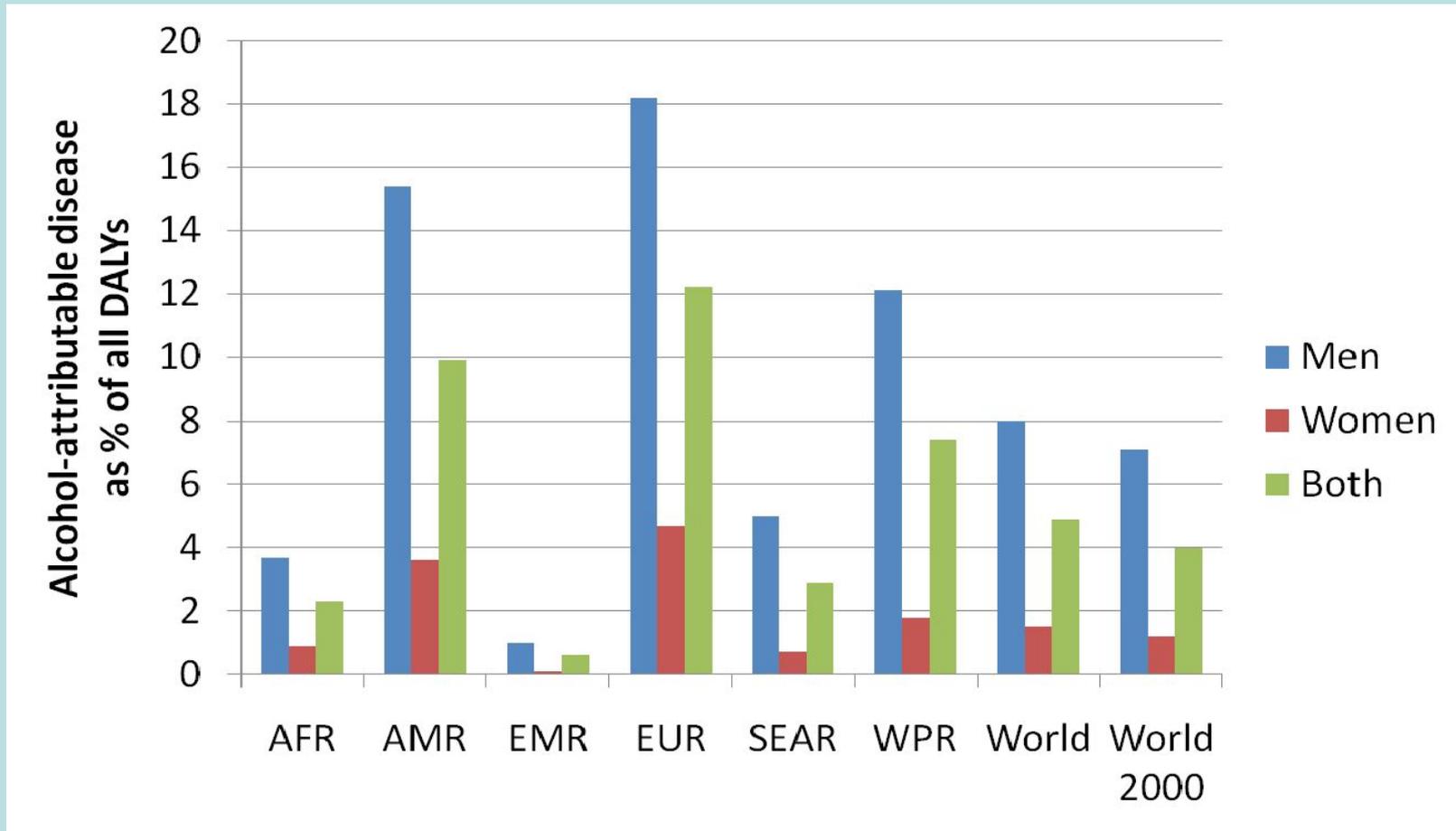
По данным бюллетеня 2015 г. WHO во всем мире в результате вредного употребления алкоголя ежегодно происходит **3,3 миллиона смертей**, что составляет **5,9% всех случаев смерти.**

Принимая во внимание годы жизни, потерянные в связи с преждевременной смертностью, а также годы жизни, прожитые с инвалидностью, **бремя проблем, связанных с алкоголем**, еще выше, и **составляет 10,8% бремени болезней в Регионе.**

Ситуация в отношении алкоголя в регионе ВОЗ, 2015

- Общее употребление алкоголя на душу населения в 2010 году среди мужчин и женщин во всем мире составило, в среднем, **21,2 л** и **8,9 л** чистого спирта соответственно.
- Процентная доля обусловленных алкоголем случаев смерти среди мужчин составляет 7,6% всех глобальных случаев смерти по сравнению с 4% случаев смерти среди женщин.
- В последнее время установлены причинно-следственные связи между вредным употреблением алкоголя и **заболеваемостью такими инфекционными болезнями, как туберкулез**, а также течением ВИЧ/СПИДа.

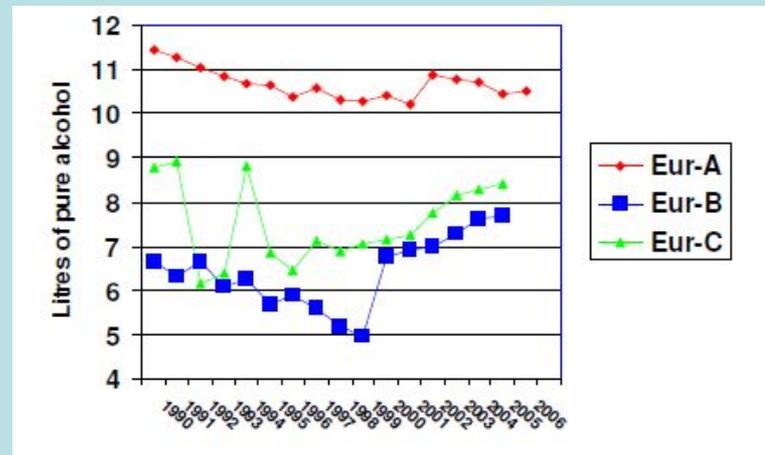
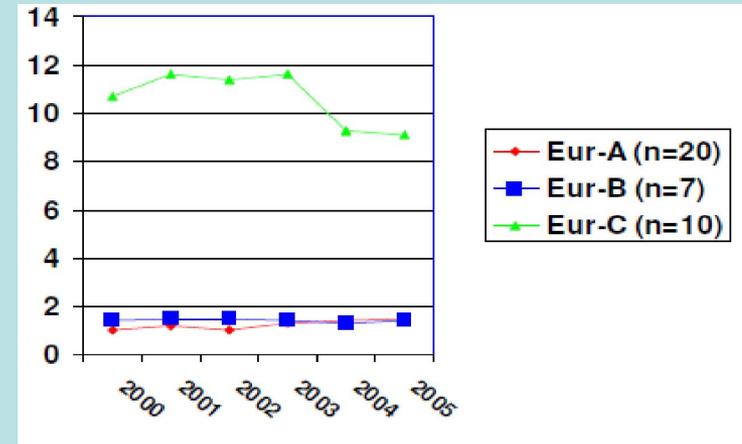
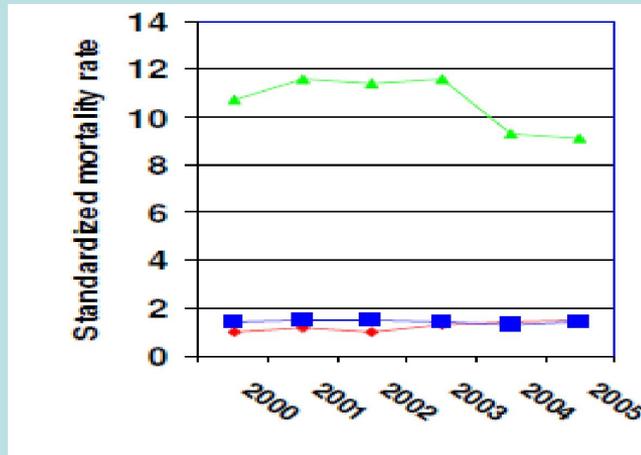
Бремя болезней, связанное с потреблением алкоголя, WHO, 2004



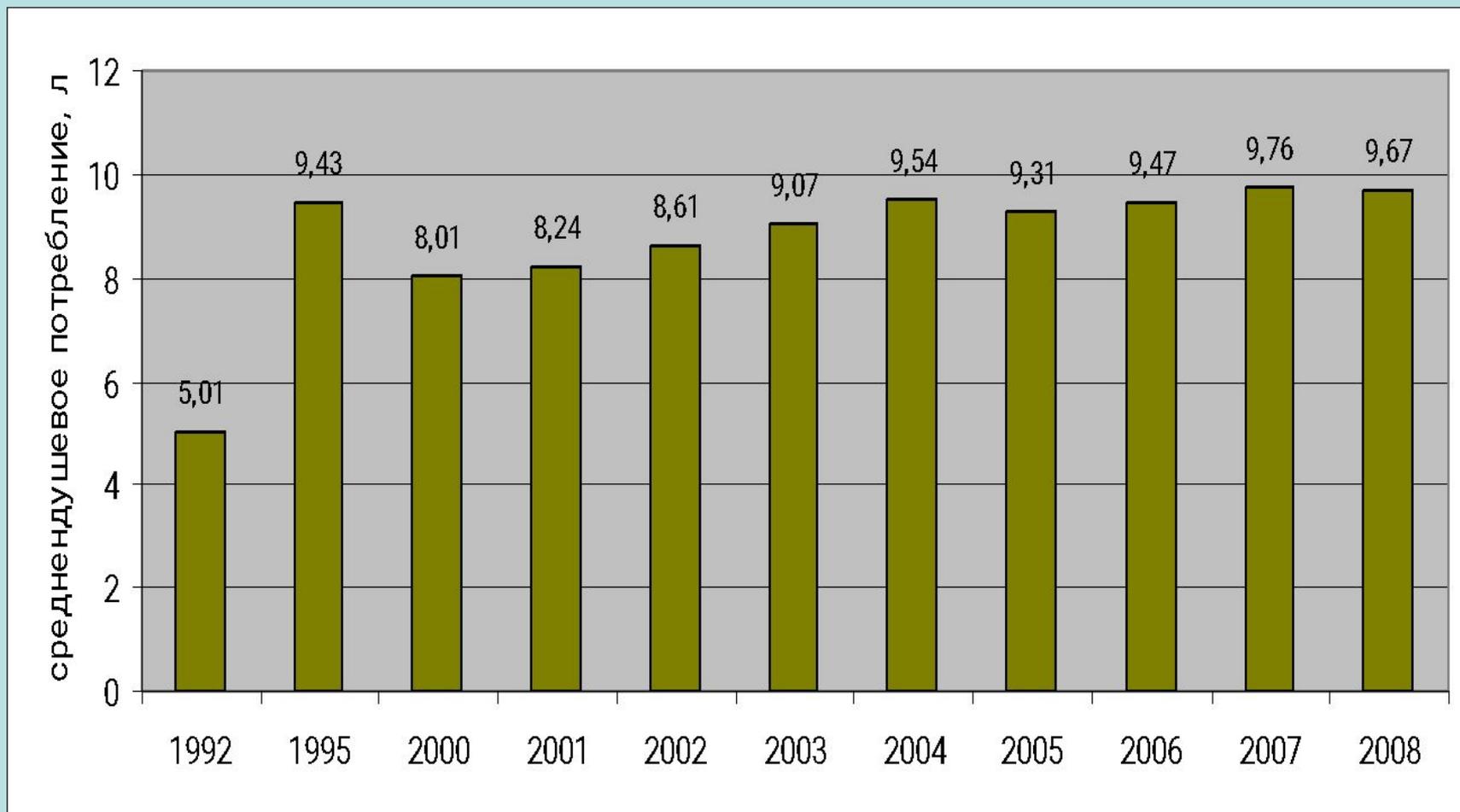
AFR: African region; AMR: American region; EMR: Eastern-Mediterranean region; EUR: European Region; SEAR: South-east Asian region; WPR: Western Pacific region.

WHO, 2006

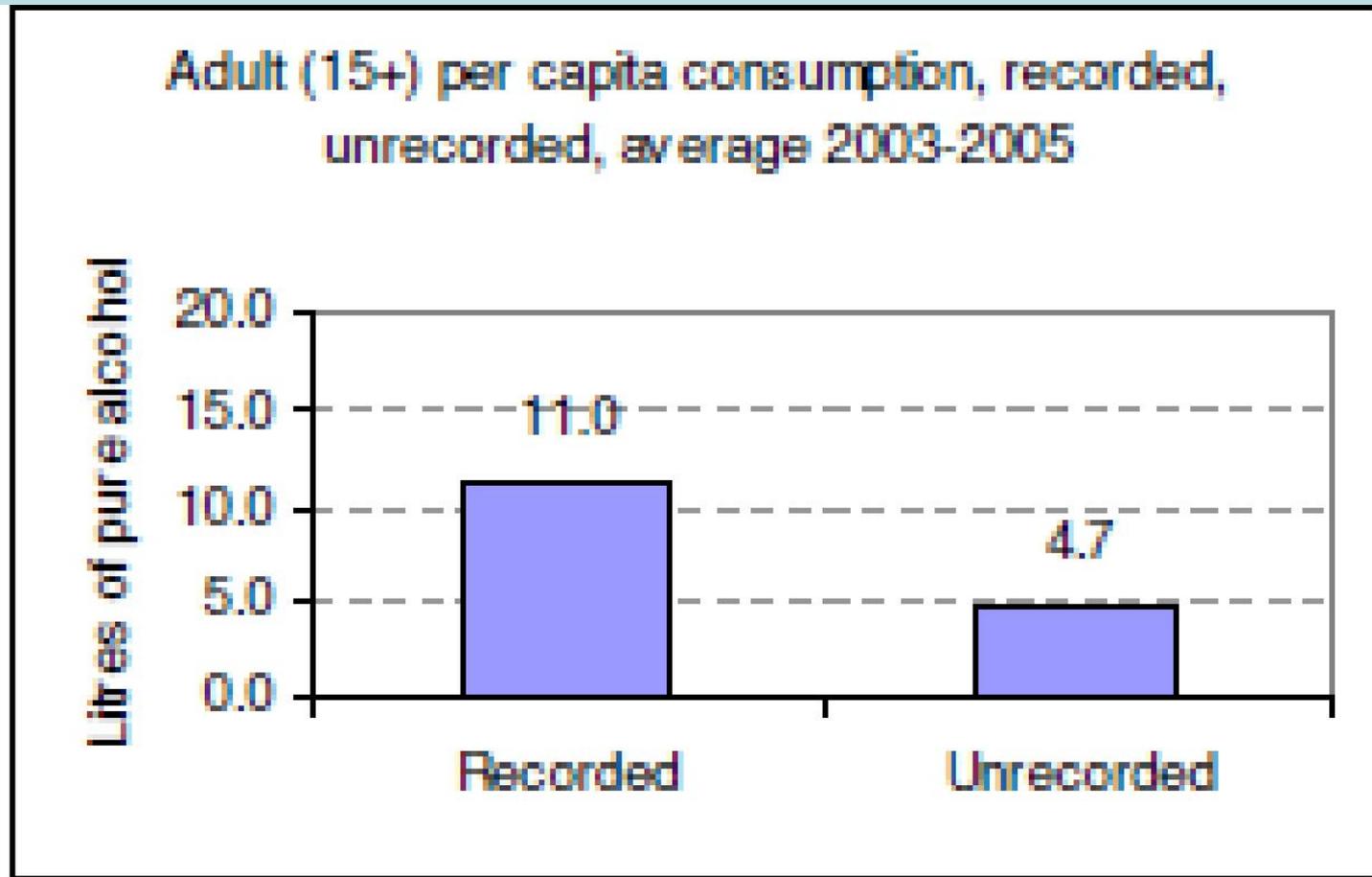
Смертность в результате острого отравления алкоголем среди мужчин и женщин и среднедушевое потребление в Европе



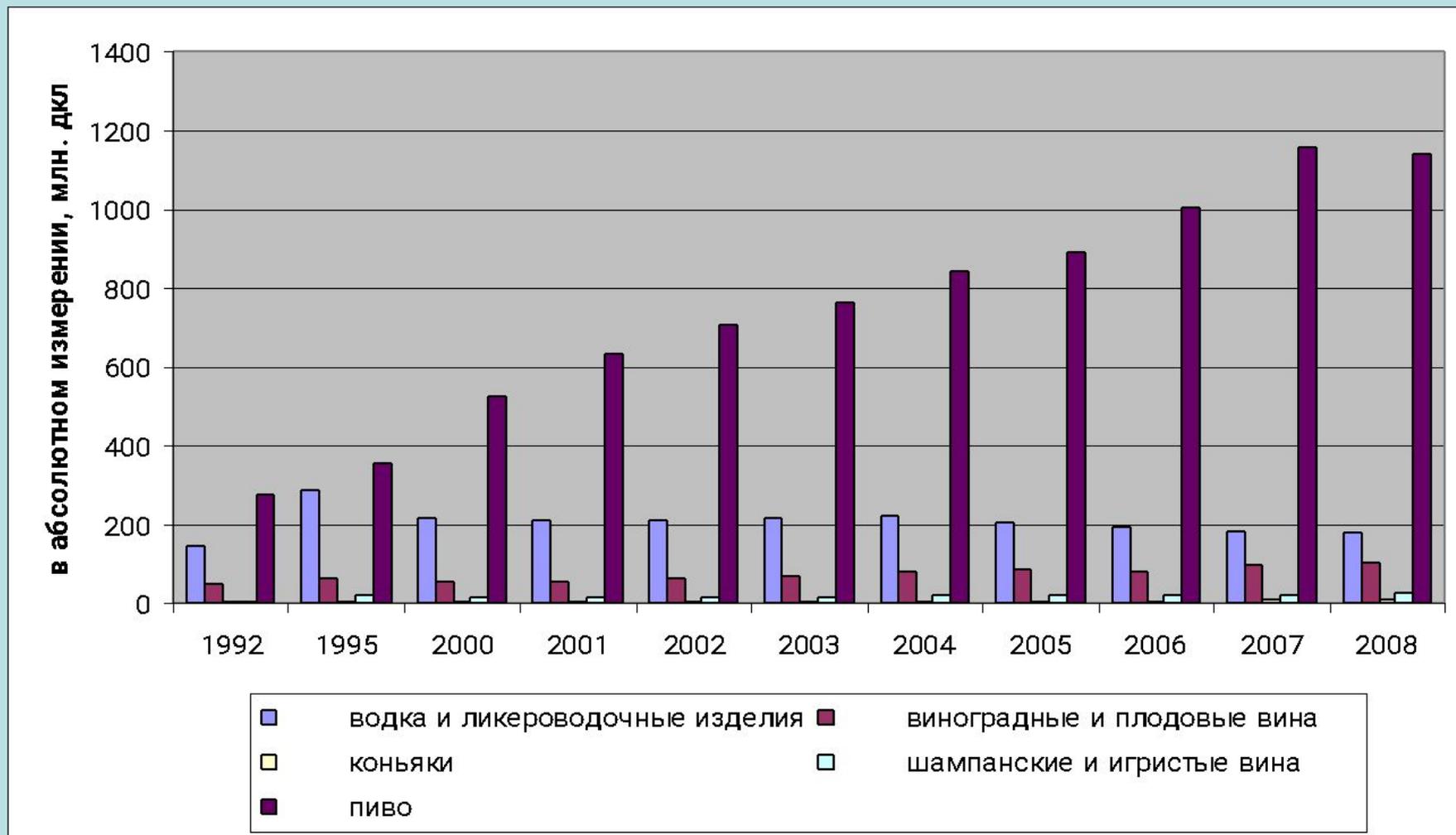
Потребление алкоголя на душу населения, л в России



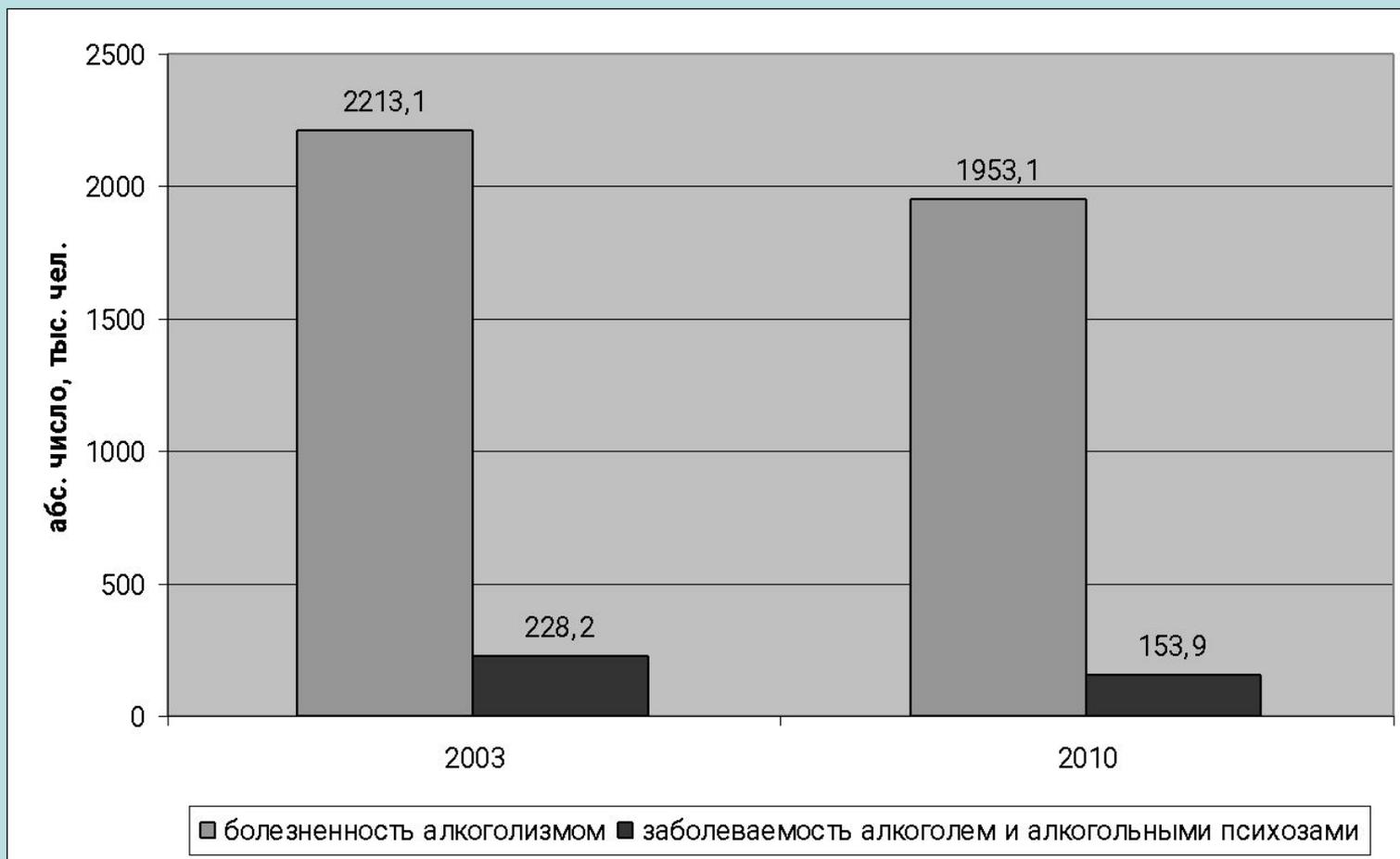
Учитываемое и неучитываемое потребление алкоголя в России



Потребление различных алкогольных напитков в Российской Федерации



Динамика распространенности алкоголизма в Российской Федерации

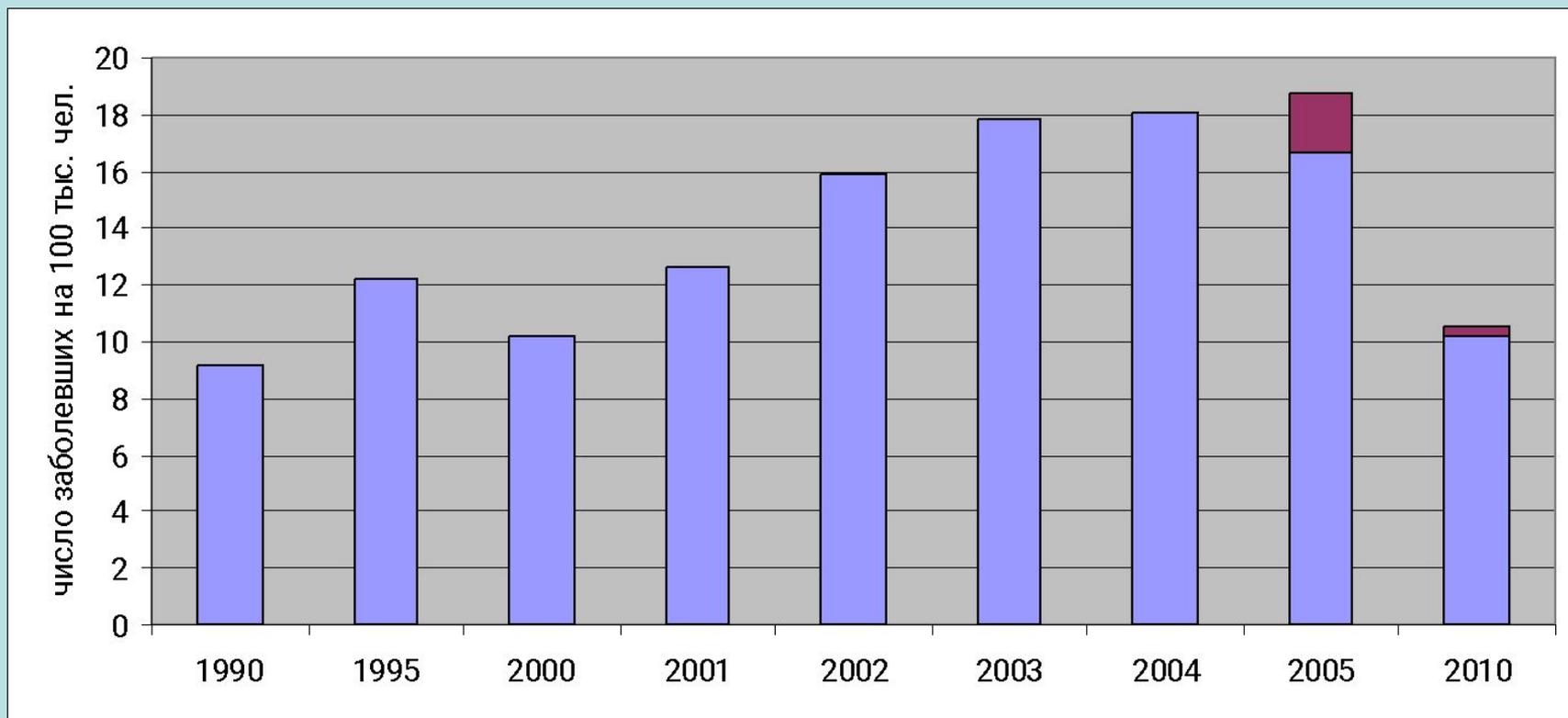


Данные о представленности алкогольной патологии в различных регионах РФ

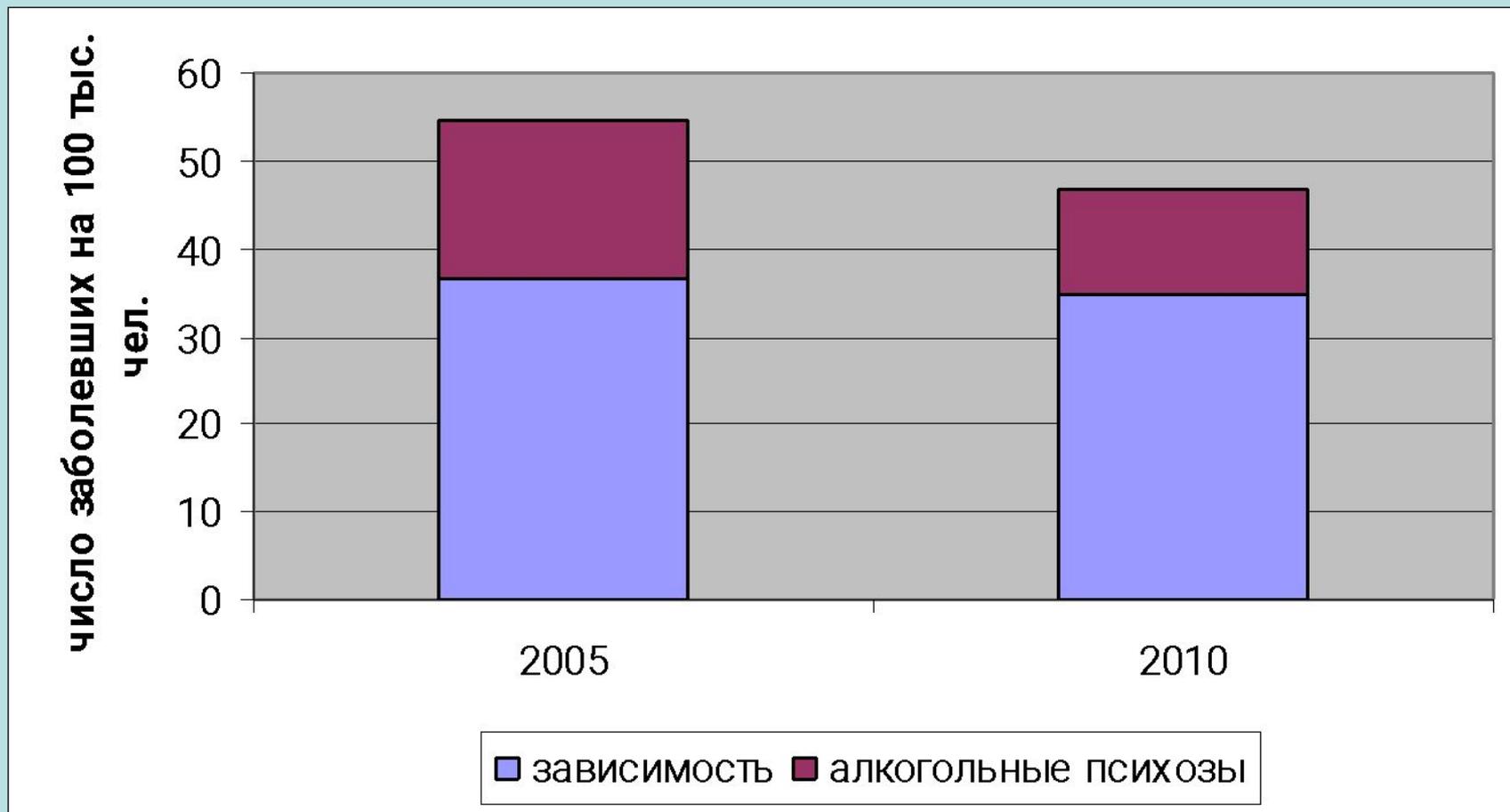
Наиболее высокие показатели заболеваемости и болезненности алкоголизмом и алкогольными психозами имеют место в тех регионах, в которых в структуре потребления алкоголя преобладают крепкие алкогольные напитки (центральные и северные регионы РФ) и меньше в Южном ФО.

Показатели заболеваемости и болезненности алкоголизмом, алкогольными психозами, а также злоупотребления алкоголем (употребления с вредными последствиями) меньше в мегаполисе, таком, как Санкт-Петербург, по сравнению с федеральными округами и регионом Ленинградской области.

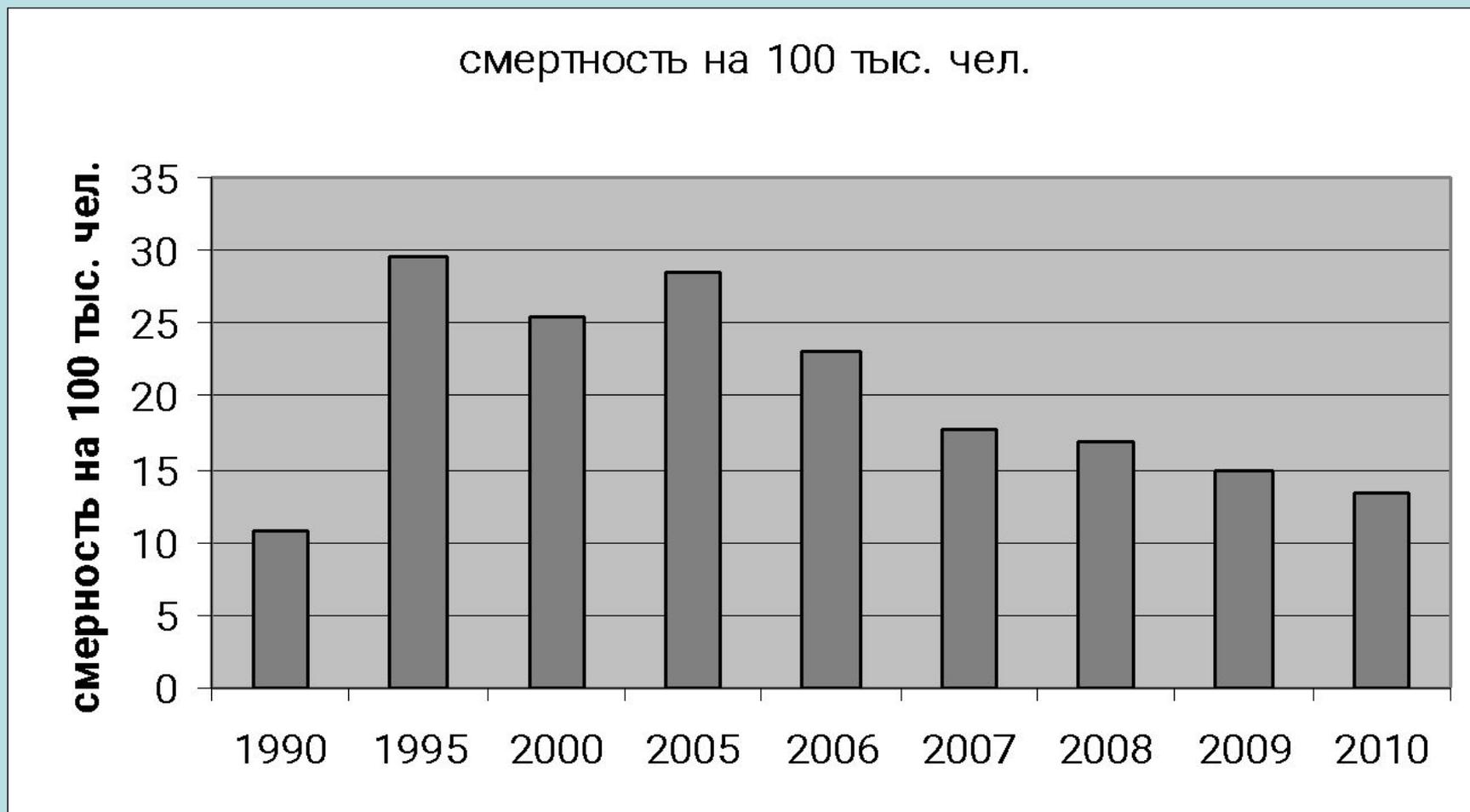
Заболеваемость алкоголизмом и алкогольными психозами среди подростков (15-17) Российской Федерации



Заболеваемость алкоголизмом и алкогольными психозами среди женщин в Российской Федерации



Смертность от острого отравления алкоголем



Нозологическое обособление алкоголизма

Нозологическое обособление алкоголизма принадлежит М. Huss, который это сделал в 1852 г. Тогда представления о сути алкоголизма сводились в основном к алкогольной деградации психики. Последняя рассматривалась как результат пьянства.

Более строгий медицинский подход к алкоголизму был выдержан в трудах отечественных психиатров. Так, С. С. Корсаков (1901) в отличие от М. Huss считал, что «само по себе пьянство является в большинстве случаев болезнью, притом весьма тяжелой». Аналогичного мнения придерживался Ф. Е. Рыбаков (1905), который изучал стадии пьянства как болезни в их соотношении с личностью больного.

Классификация алкогольных психических расстройств

- ***Острая алкогольная интоксикация:***
- *простое алкогольное опьянение;*
- *измененные формы простого алкогольного опьянения;*
- *патологическое опьянение.*
- ***Хронический алкоголизм;***
- ***Алкогольные (металкогольные) психозы.***

Острая алкогольная интоксикация

Согласно МКБ-10, **острая интоксикация алкоголем** — это преходящее состояние, возникающее вслед за приемом алкоголя, который вызывает **нарушения или изменения в физиологических, психологических или поведенческих функциях и реакциях.**

Условно можно считать, что

легкая степень алкогольного опьянения проявляется в основном **психическими** нарушениями,

средняя степень — возникновением, помимо них, явных **неврологических** расстройств,

тяжелая степень — нарушениями жизненно важных **вегетативных** функций при фактическом прекращении психической деятельности и глубоком угнетении двигательной и рефлексорной активности.

- **Постинтоксикационный синдром**

Головная боль,
Разбитость, жажда, плохой
аппетит, слабость,
тошнота, рвота,
головокружение, тремор.

Состояние облегчается после
приема небольшого
количества спиртного.

Прием спиртного и даже его
вид и запах вызывает
отвращение.

- **Абстинентный синдром**

Тремор, тахикардия,
артериальная
гипертензия, слабость,
разбитость, потеря
аппетита,
поверхностный сон с
кошмарными
сновидениями,
сниженное настроение.

Состояние облегчаются
после приема
спиртного.

Влечение к алкоголю
очень сильно

Измененные формы простого алкогольного опьянения

Симптоматика острой алкогольной интоксикации во многом зависит от «почвы», на которую воздействует алкоголь. Наличие такой почвы (последствия ранее перенесенных заболеваний, травм, а также формирующаяся патология) приводит к возникновению измененных форм алкогольного опьянения. Среди них можно выделить следующие:

Дисфорический вариант опьянения — это состояние, когда вместо характерной для простого алкогольного опьянения эйфории с самого начала возникает мрачное настроение с раздражительностью, гневливостью, конфликтностью, склонностью к агрессии. Иными словами, легкая степень опьянения своим эмоциональным фоном напоминает среднюю степень, т. е. как бы несет в себе начало более тяжелого состояния. Такие особенности алкогольного опьянения нередко наблюдаются у больных хроническим алкоголизмом, а также при разного рода органической недостаточности головного мозга.

Параноидный вариант опьянения характеризуется появлением подозрительности, обидчивости, придирчивости, склонности толковать слова и поступки окружающих как стремление унижить, обмануть, насмеяться, одержать верх в соперничестве; возможны ревнивые переживания и связанная с ними агрессия. Подобные черты поведения в опьянении встречаются у некоторых психопатических личностей — эпилептоидных, паранойяльных, примитивных (особенно если они больны хроническим алкоголизмом).

Измененные формы простого алкогольного опьянения

Алкогольное опьянение с гебефреничными чертами проявляется дурашливостью, стереотипиями, кривляньем, хаотическим дебоширством, однообразным звукоподражанием, бессмысленным буйством. Такие картины можно наблюдать при наличии латентного шизофренического процесса, а также у подростков и юношей.

Алкогольное опьянение с истерическими чертами — при наличии соответствующих личностных предпосылок (эгоцентризм, желание быть в центре внимания, склонность «эксплуатировать» сочувствие окружающих, стремление произвести яркое впечатление, превышение амбиций над способностями) алкогольное опьянение вызывает к жизни истерические механизмы, которые чаще всего проявляются демонстративными суицидальными попытками, театрализованным горестным аффектом, бурными сценами отчаяния, «сумасшествия» и др.

Патологическое опьянение

Термин «патологическое опьянение» не совсем точно отражает суть данного явления: оно представляет собой не столько результат алкогольной интоксикации, сколько выражение своеобразной идиосинкразии к алкоголю. Картина патологического опьянения и внешне мало напоминает алкогольное опьянение, поскольку отсутствуют нарушения статики и координации движений, а также пантомимические особенности, характерные для облика опьяневшего человека.

*По существу патологическое опьянение — это транзиторный психоз, а в синдромологическом отношении - сумеречное состояние сознания. Выделяются две его формы - **эпилептоидная** и **параноидная**, которые различаются преобладанием тех или иных расстройств [Введенский И. П., 1947].*

Патологическое опьянение

При эпилептоидной форме болезненная симптоматика выражается в виде тотальной дезориентировки, отсутствия какого-либо контакта с окружающей действительностью, резкого моторного возбуждения с аффектом страха, гнева, злобы, с молчаливой, бессмысленной и жестокой агрессией, которая порой имеет характер автоматических и стереотипных действий.

При параноидной форме поведение больного отражает бредовые и галлюцинаторные переживания устрашающего содержания. О том же свидетельствуют отдельные слова, выкрики, команды, угрозы, хотя в целом речевая продукция больного скудна и малопонятна. Двигательная активность имеет относительно упорядоченный характер, приобретает форму сложных и целенаправленных действий (бегство с использованием транспорта, защита, нападение, совершаемые с большой силой).

Патологическое опьянение возникает внезапно и так же внезапно обрывается, часто заканчиваясь глубоким сном. Длится оно от нескольких минут до нескольких часов, оставляя после себя астению, головную боль, тотальную или парциальную амнезию. Полная амнезия более характерна для эпилептоидной формы, парциальная — с фрагментарными, иногда очень красочными, воспоминаниями — для параноидной формы.

Клиническая картина и течение

- **Синдром зависимости**

представлен болезненным влечением к спиртному, утратой контроля и абстинентным синдромом

- **Синдром измененной реактивности**

Представлен изменением толерантности к алкоголю, изменением характера опьянения, изменением формы потребления, исчезновением защитных реакций

1-я стадия алкоголизма (неврастеническая) *(Портнов А.А., 1962)*

1. Обсессивное влечение к спиртному.
2. Психическая зависимость от алкоголя.
3. Возрастание толерантности.
4. Алкогольные палимпсесты.
5. Переход от эпизодического к систематическому пьянству.
6. Снижение количественного контроля за употреблением спиртного.
7. Появление алкогольных психопатоподобных состояний.
8. Алкогольная анозогнозия.

Алкогольная анозогнозия

(из книги В.А. Гиляровского)

Типичны такого рода замечания больного, выпивающего громадное количество водки: он пьет, как все, он выпивает не больше того, что требуется для возбуждения аппетита и поддержания сил, он никогда не напивается до бесчувствия, нельзя же не выпивать по рюмочке, перед обедом и ужином или с товарищами. При этом в положении больного всегда оказываются обстоятельства, не только оправдывающие употребление спиртных напитков, но даже делающие его необходимым.

Чем бы ни занимался алкоголик, в его профессии всегда найдутся особые причины для того, чтобы пить: литейщик и кочегар должны пить потому, что работают «в самом пекле», ломовой извозчик должен пить, чтобы не замерзнуть, торговец и делец должны пить, чтобы иметь успех у своих клиентов, артист пьет для храбрости перед выходом на сцену, служитель анатомического театра, постоянно находясь среди трупов, должен пить вино, чтобы «промочить свою аорту», наконец и домашняя работница должна выпить «с устатку» свою полбутылочку, так как «только в этом ее утешение». То же самое относится ко времени года и погоде. Каковы бы они ни были, в них всегда найдется что-нибудь, делающее питье вина совершенно необходимым. Если же больной должен признаться, что он выпивает все-таки лишнее, то для этого всегда находится объяснение. Виноватыми оказываются или тяжелые обстоятельства, непомерная работа, неприятности, непонимание со стороны близких и прежде всего жены.

2-я стадия алкоголизма (наркоманическая)

1. Переход от обсессивного к компульсивному влечению.
2. Переход от психической к физической зависимости от алкоголя.
3. Появление абстинентного синдрома.
4. Максимальное возрастание толератности.
5. Появление алкогольных амнезий.
6. Появление ложных запоев.
7. Алкогольное чувственное оскудение.
8. Утрата количественного и снижение ситуационного контроля.

3-я стадия алкоголизма (энефалопатическая)

1. Возрастание физической зависимости от алкоголя.
2. Снижение толерантности.
3. Появление истинных запоев.
4. Утрата ситуационного контроля.
5. Алкогольное слабоумие.

Синдром последствий хронического употребления алкоголя

- *Центральная нервная система* – Алкогольная болезнь мозга (АБМ): синдром отмены, алкогольные психозы, алкогольная энцефалопатия, судорожные припадки; арахноэнцефалиты
- *Периферическая нервная система*: полиневриты, радикулоневриты.
- *Сердечно-сосудистая система*: тяжелые аритмии, носящие подчас фатальный характер, гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда, алкогольная миокардиодистрофия.
- *Желудочно-кишечный тракт*: атрофический гастрит, синдром Мэллори-Вейса, алкогольный гепатит и цирроз печени, хронический панкреатит

Алкогольные (металкогольные) психозы

Типичные:

- Белая горячка
- Энцефалопатия Вернике
- Корсаковский психоз.

Атипичные

- Галлюцинозы
- Бредовые психозы

Белая горячка (*delirium tremens*)

буквально «трясущееся помрачение»

1. *Стадия предвестников.* Недомогание, тяжесть в голове, головная боль, бессонница или короткий прерывистый сон с тяжелыми кошмарными сновидениями, гипнагогические галлюцинации.
2. *Делириозный этап.* Разнообразные зрительные галлюцинации, а также слуховые и тактильные, отрывочный чувственный бред, помрачение сознания по делириозному типу, нарушение аллопсихической ориентировки на фоне выраженного аффекта страха и двигательного возбуждения с ухудшением состояния в вечерние и ночные часы. Тремор мышц лица, языка, пальцев вытянутых рук, субфебрильная лихорадка, тахикардия, артериальная гипертензия, незначительный лейкоцитоз, олигоурия.
3. *Стадия выздоровления.* Глубокий сон, после которого исчезают бред и галлюцинации, восстанавливается ориентировка.

Алкогольные зрительные галлюцинации. По книге Prinzhorn, Bildnerie der Geisteskranken (цит. По В.А.Гиляровскому)



Почерк больного белой горячкой

(из книги В.А.Гиляровского)

Антонины
Мажоней, Васил. вехи
10 ноября девят
сотъ двадцатъ года
ибыи подъ.
Нарко Фенанскъ
Семейство Фенанскаго

Возможные исходы белой горячки

1. Выздоровление
2. Выздоровление с дефектом
3. Энцефалопатия Вернике
4. Корсаковский психоз
5. 3-5% летальный исход

Неблагоприятными прогностическими признаками являются:

- *Появление неврологических симптомов*
- *Переход делирия в аменцию*
- *Смена возбуждения вялостью*

Энцефалопатия Вернике *(pseodoencephalitus haemorrhagica superior)*

- Преобладают неврологические симптомы, чаще встречается в исходе неблагоприятно протекающего делирия, но может и самостоятельно.
- *Психопатологические симптомы*: помрачение сознания (от сопора до комы), речевая бессвязанность, возбуждение в пределах постели.
- *Неврологические симптомы*: глазодвигательные нарушения и зрачковые расстройства, мозжечковая атаксия, менингеальные симптомы, полинейропатия, изменения мышечного тонуса, гиперкинезы.
- Летальность 40-50%.
- Возможный исход- корсаковский психоз.

Корсаковский психоз

Формируется при многолетнем злоупотреблении алкоголем, сопровождается выраженными алиментарными расстройствами, физическим истощением и множественным поражением печени.

Клиническая картина представлена в основном *когнитивными нарушениями*, среди которых ведущее место занимают расстройства памяти: *фиксационная амнезия*, а также ретро- и антероградная. Также характерны конфабуляции обыденного содержания чаще отражающие события прошлого.

Психоз проявляется астеническими и аффективными расстройствами психоорганического типа с преобладанием апатии, повышенной утомляемости и быстрой истощаемости.

У многих пациентов отмечается алкогольная полиневропатия, тяжесть которой соответствует тяжести психоорганических нарушений. Поражение периферических нервов приводит иногда к развитию парезов.

Фиксационная амнезия почти всегда носит необратимый характер и ведет к стойкой утрате трудоспособности. Другие функции могут восстанавливаться.

Фиксационная амнезия

С.С. Корсаков, 1887

- « От одного больного почти постоянно приходилось слышать следующее: « я залежался сегодня, сейчас встану – только вот сию минуту ноги как-то свело – как только они разойдутся, я и встану». У него была длительная контрактура в коленях, но он, не помня о ее существовании, считал, что это дело только одной минуты. Этот же больной категорически отрицал наличие каких-либо болей, а между тем у него были очень сильные боли: когда стрельнет, он закричит, а потом сейчас же на вопрос ответит, что у него решительно никаких болей нет... Этот же больной читая газету, мог десять раз подряд прочесть одну и ту же строчку как нечто совершенно новое; бывало так, что глаза его случайно остановятся на чем-нибудь интересном, и он прочтет эту строчку вслух своей матери и рассмеется; но в какое-то время, конечно, на несколько секунд оторвет глаза от того места, которое он читал, а потом, когда глаза его нападут опять на это место, хотя бы сейчас же , он опять с теми же словами: «Послушай, мама...» – , читает это место, и так может повторяться много раз...»

Лечение алкоголизма

1. Коррекция острых (в том числе и угрожающих жизни) состояний, вызванных употреблением алкоголя.
2. Воздействие на алкогольную зависимость с целью достижения ремиссии.
3. Коррекция соматический и неврологических нарушений, вызванных длительным приемом алкоголя.

Лечение острых алкогольных расстройств

- 1. Восполнение дефицита витаминов. Назначение тиамина, пиридоксина и цианкобаламина*
- 2. Активное применение препаратов ГАМКергического действия. Предпочтение отдается группе бензодиазепинов, они назначаются коротким курсом и выводятся из схемы лечения по мере купирования острого состояния. Карбамазепин потенцирует действие бензодиазепинов, обладает нормотимическим эффектом*
- 3. Коррекция водно-электролитного баланса.*
- 4. Ограничение поступления углеводов с пищей для предупреждения увеличения дефицита тиамина.*

Лечение алкогольной энцефалопатии

- 1. Восполнение дефицита тиамина, в том числе и внутривенно с дополнительным введением пиридоксина и никотиновой кислоты.*
- 2. Применение ингибиторов NMDA-рецепторов. Мемантин (акатинол)*

Противорецидивная терапия

1. Средства аверсивной терапии.

Дисульфирам (антабус, лидевин, эспераль)

Лекарственные формы

- Таблетки
- Таблетки для имплантаций

Цианамид (колме)

Алкогольдегидрогеназа

Альдегиддегидрогеназа



Этанол → Уксусный альдегид → Уксусная кислота

Симптомы дисульфирам-алкогольной реакции («ацетальдегидный синдром»)

- Артериальная гипертензия
- Тахикардия
- Затруднение дыхания
- Тошнота и рвота
- Покраснение кожных покровов
- Боли в области сердца
- Пульсирующая головная боль
- Нарушение четкости зрения
- Эмоциональное напряжение
- Страх смерти

Осложнения аверсивной терапии

- Слабость сердечно-сосудистой деятельности
- Стенокардия
- Аритмия
- Инфаркт миокарда
- Отек легких
- Внутричерепное кровоотечение
- Судорожные синдромы
- Острое психотическое расстройство

Противорецидивная терапия

2. Антагонисты опиоидных рецепторов

Налтрексон блокирует позитивные эффекты вызываемые алкоголем.

Существуют группы больных алкоголизмом, в отношении которых налтрексон высокоэффективен. В частности, налтрексон проявляет большую эффективность у лиц **старше 40 лет и у лиц с отягощенным в отношении злоупотребления алкоголя семейным анамнезом** (Volpicelli и соавт., 1995). Также немаловажным фактором, влияющим на результаты терапии алкогольной зависимости налтрексоном, являются **генетические особенности пациента, связанные с подтипом опиоидных рецепторов.**

Противорецидивная терапия

3. Антагонист NMDA-рецепторов

Акампросат

Одно из первых клинических испытаний акампросата выполнено во Франции (J.-P.Lhuintre et al., 1985). После завершения цикла выяснилось, что 61% пациентов, получавших акампросат, оставались в ремиссии. В последующем в Европе акампросатом лечились многие пациенты, доля вышедших в ремиссию оказалась больше, чем в группе, получавшей плацебо.

Противорецидивная терапия

4. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина.

Эффективны в отношении пациентов, у которых алкогольная зависимость сочетается с аффективными расстройствами. В отношении других пациентов данные о клинической эффективности СИОЗС при лечении алкоголизма противоречивы.

Противорецидивная терапия

5. Лечение с использованием кетамина (Крупницкий Е. М., Гриненко А.Я., 1996).

Кетамин является антагонистом NMDA-рецепторов и подавляет возбуждающие эффекты глутамата.

Особенностью фармакологического воздействия кетамина является *диссоциативная анестезия*, особое состояние сознания, дающее возможность для суггестивного воздействия. Метод основан на формировании у больных трезвеннических установок. Один из основных компонентов терапии – близкое к катартическому переживание больным проблемы собственного злоупотребления и опасных последствий этого злоупотребления.

Метаболитная и энзимная терапия в лечении алкоголизма

Средства для лечения абстиненции	Вещества, стимулирующие ГАМК-передачу: ГАМК, глутамин, аспарагин,
Средства аверсивной терапии	Грибы-копринусы, Фиточаи на основе чабреца и зверобоя Препараты флавоноидов, каприм
Средства детоксикации	Унитиол Вега-плюс Антигистаминные средства натурального происхождения Медихронал Дельтаран

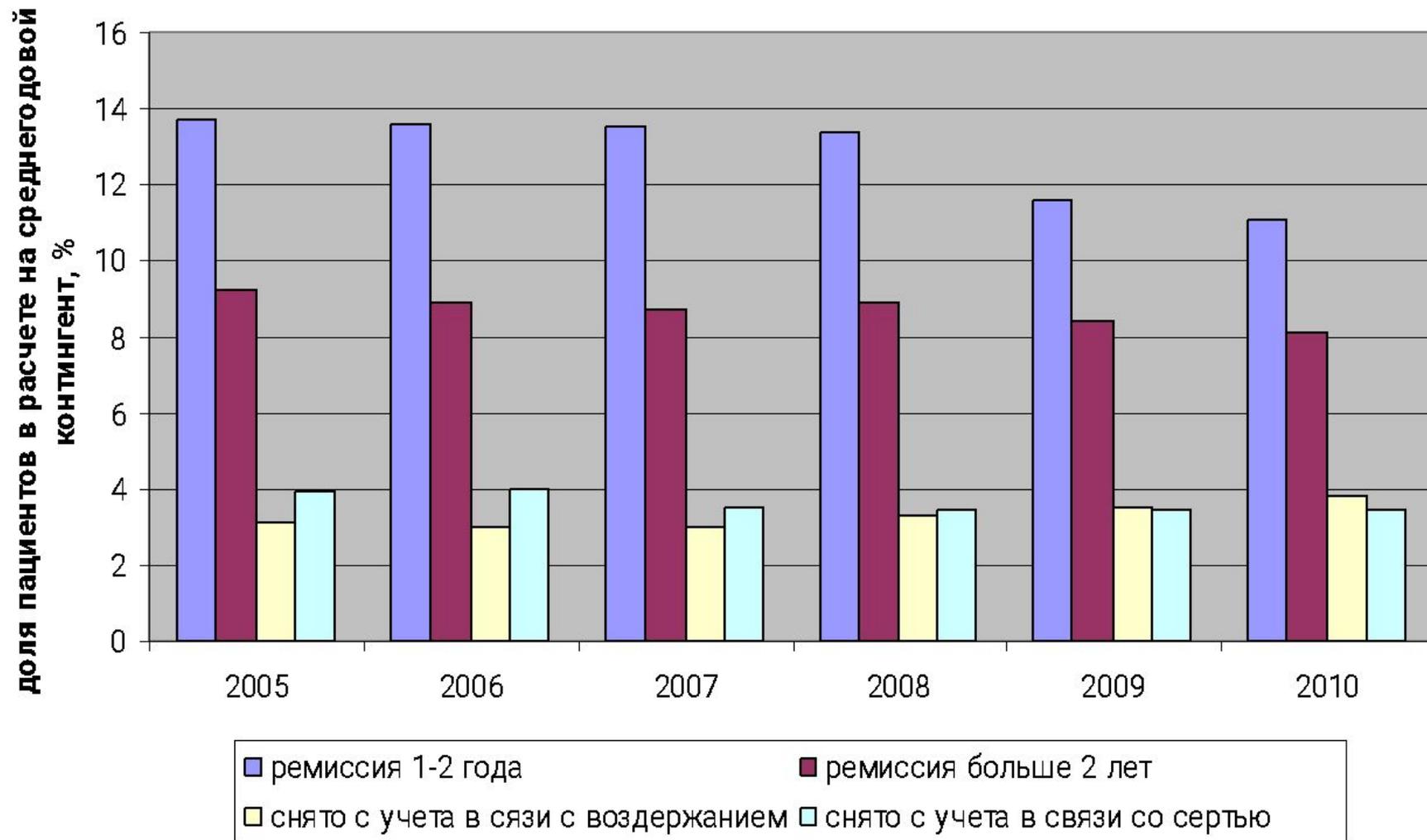
Метаболическая и ферментативная терапия в профилактике алкоголизма

Средства, повышающие резистентность организма	Эпсорин Дельтаран
Протекторы	Липоевая кислота Рибоксин Селен Церулоплазмин
Средства улучшающие длительность и качество ремиссии	Глицин, лимонтар Витамины С, Е, В ГАМК, аспарагиновая кислота, глицин, таурин

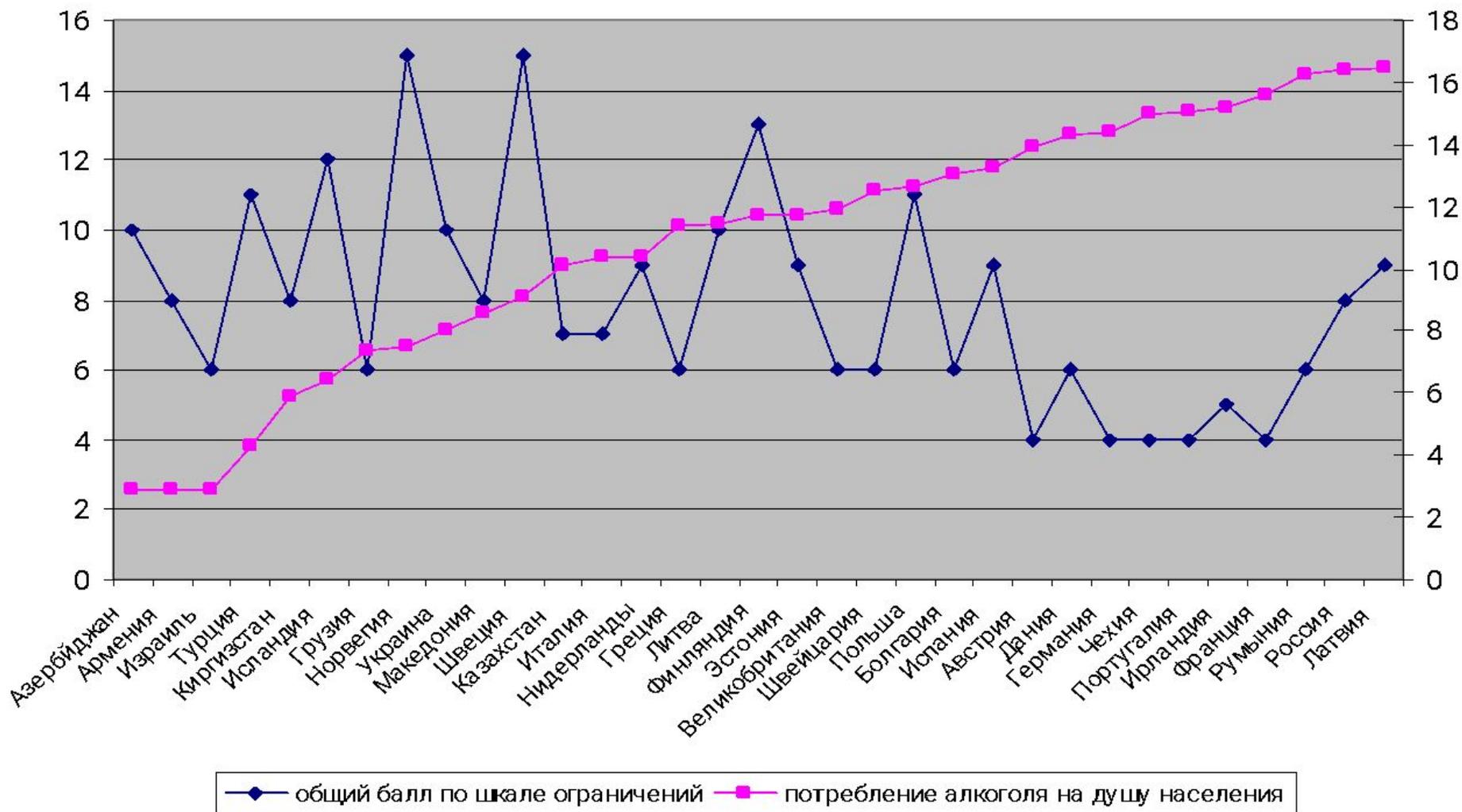
Психотерапия

1. Когнитивно-поведенческая терапия.
2. Групповая психотерапия
3. Семейная психотерапия.

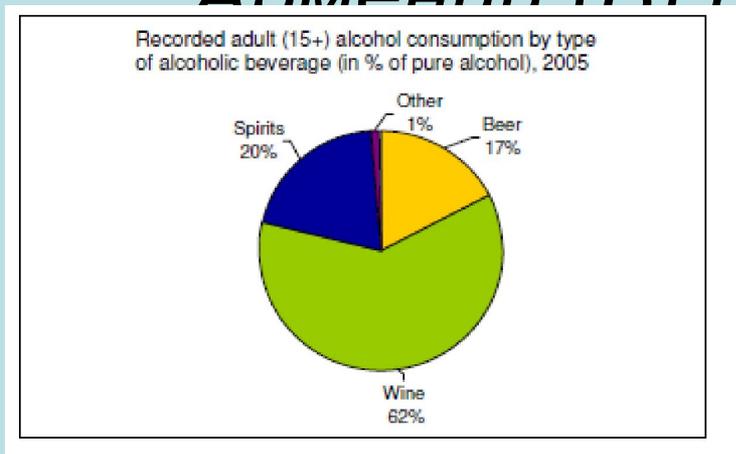
Показатели деятельности государственной наркологической службы (по данным ННЦ наркологии Росздрава)



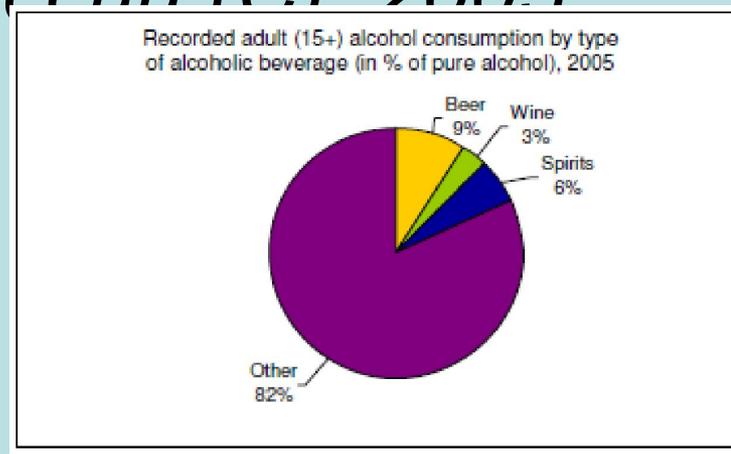
Потребление алкоголя на душу населения в странах Европы и общий балл по шкале ограничений



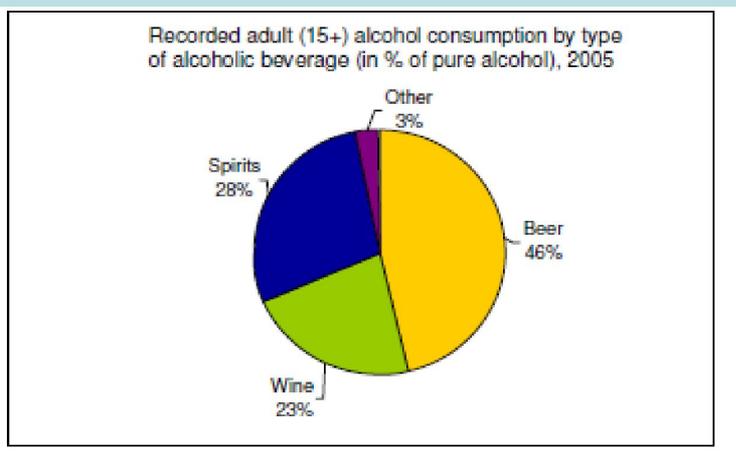
Структура потребляемых алкогольных напитков во Франции (А), Финляндии (А), Армении (В) и России (С) 2005



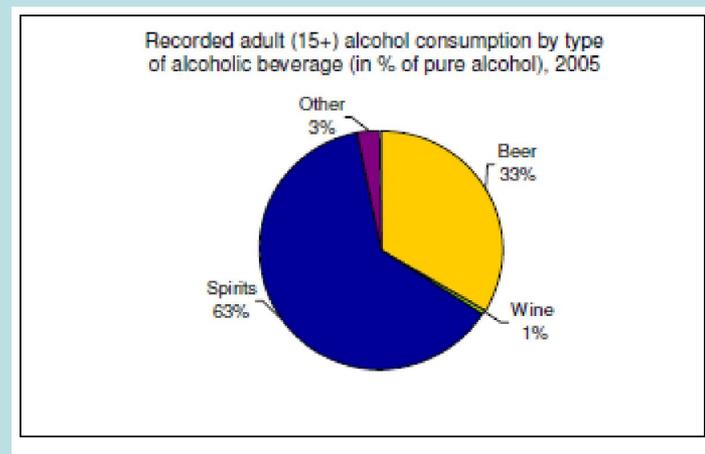
Франция



Армения



Финляндия



Россия

Традиционные и национальные напитки, употребление непищевого алкоголя

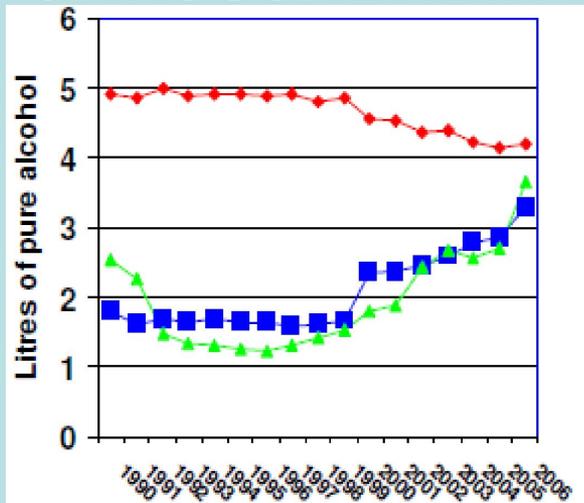
Во Франции часто употребляют различные бренди и pastis (анисовая водка). Во Франции нет проблем с употреблением непищевого алкоголя.

В Финляндии традиционные напитки включают Sahti, Kiliu and Pontikka. Ничего не известно о проблеме употребления непищевого алкоголя в Финляндии

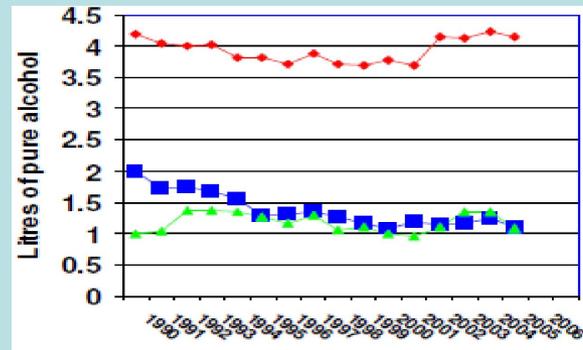
Традиционными местными напитками в Армении являются фруктовые бренди (напитки, полученные путем брожения и двойной дистилляции). В Армении практически не используются непищевой алкоголь.

Национальным напитком в России является самогон. Имеются проблемы с употреблением непищевого алкоголя в России.

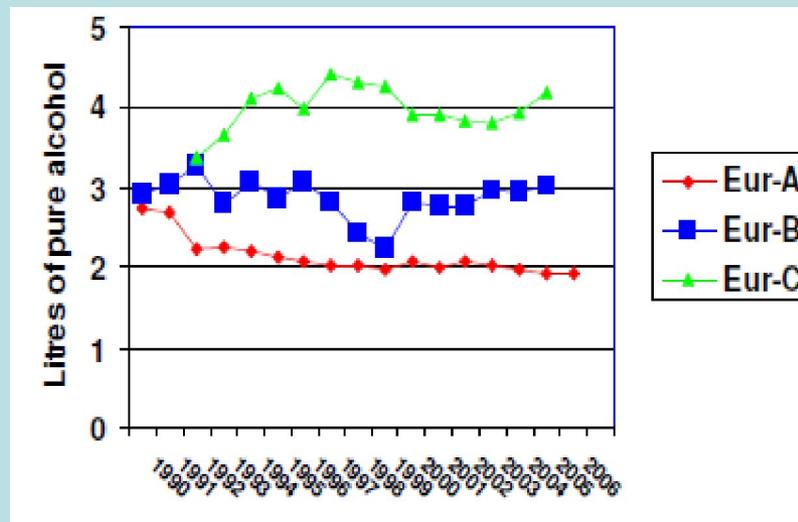
Употребление вина, пива и крепких алкогольных напитков в Европе, WHO, 1990-2005



ПИВО

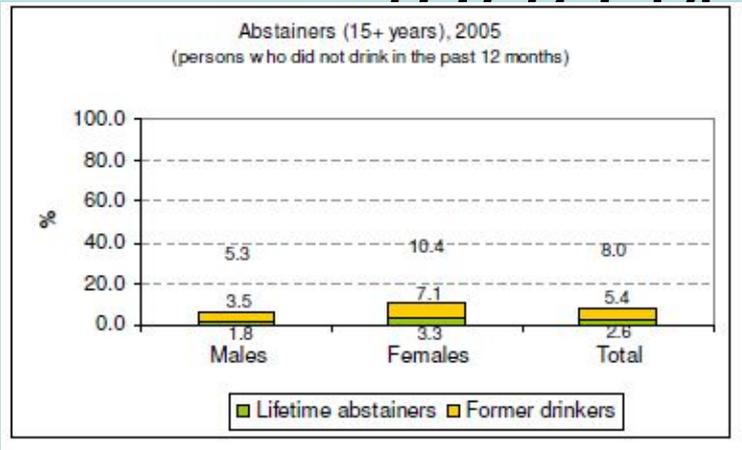


ВИНО

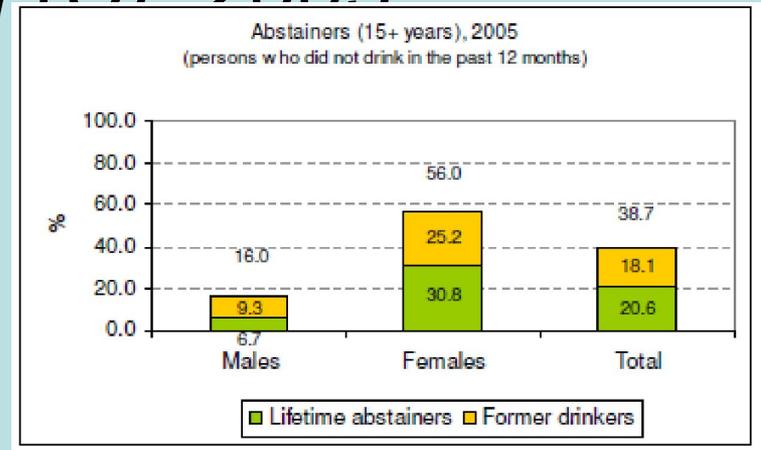


крепкие напитки

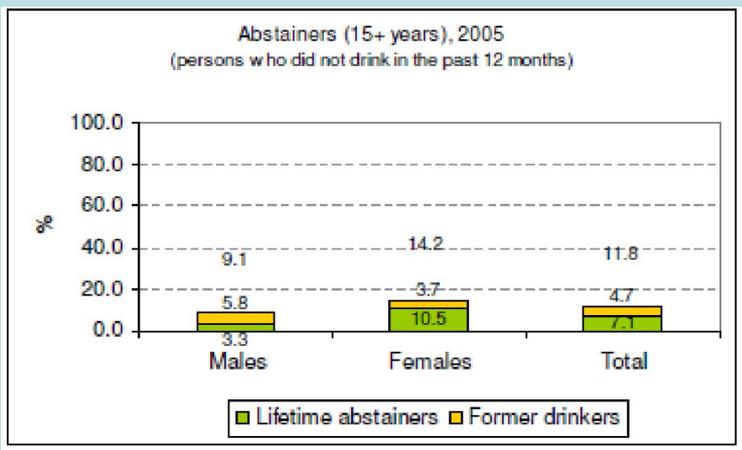
Доля абстинентов от всего населения во Франции (А), Финляндии (А), Армении (В) и России (С) 2005



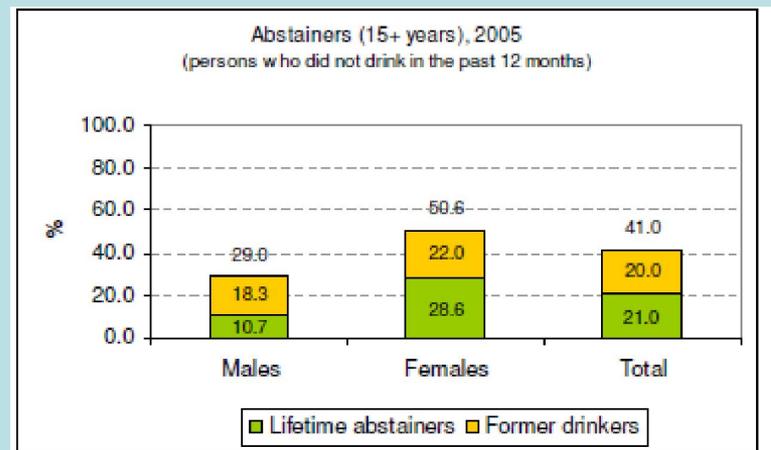
Франция



Армения

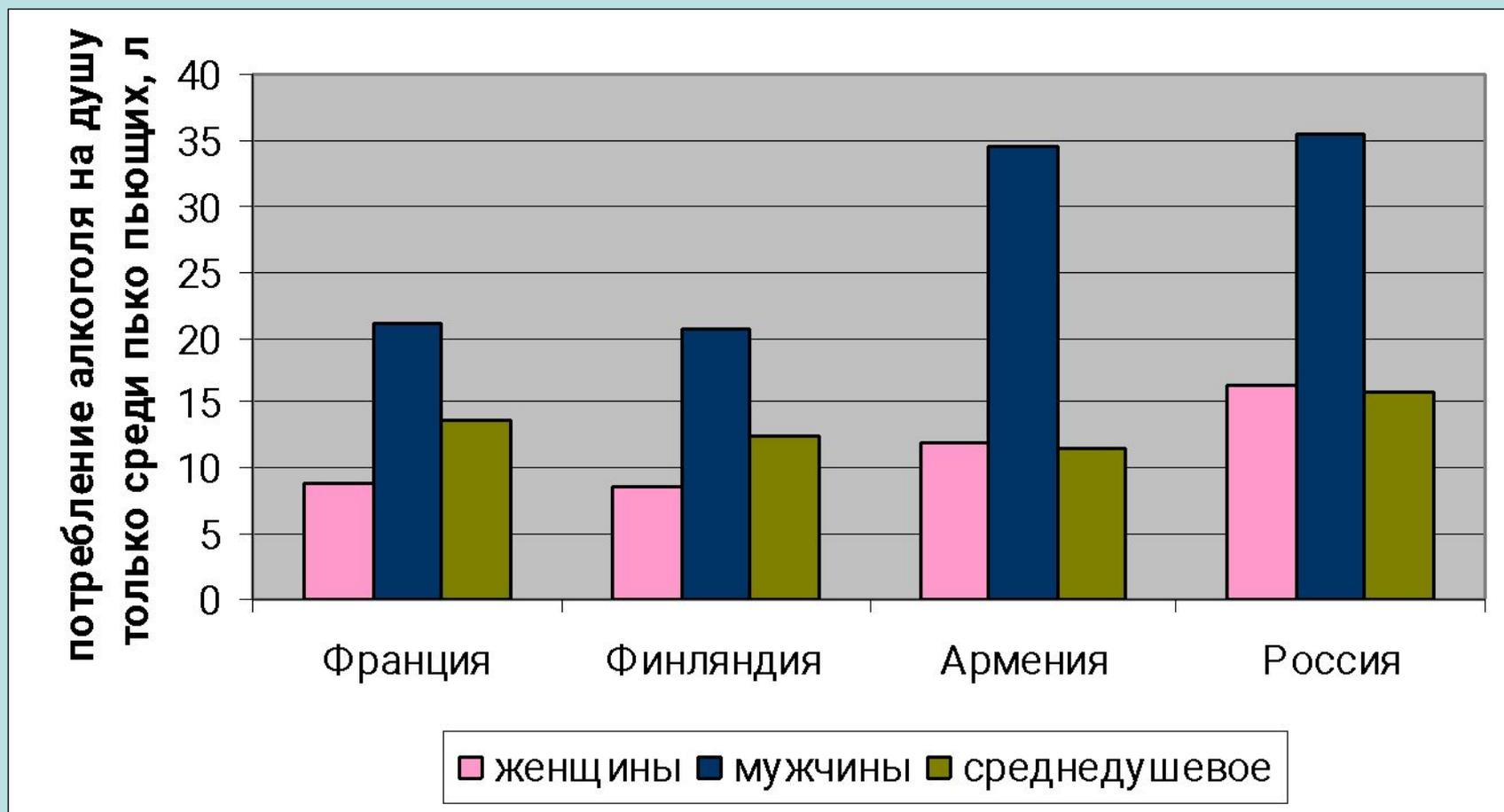


Финляндия

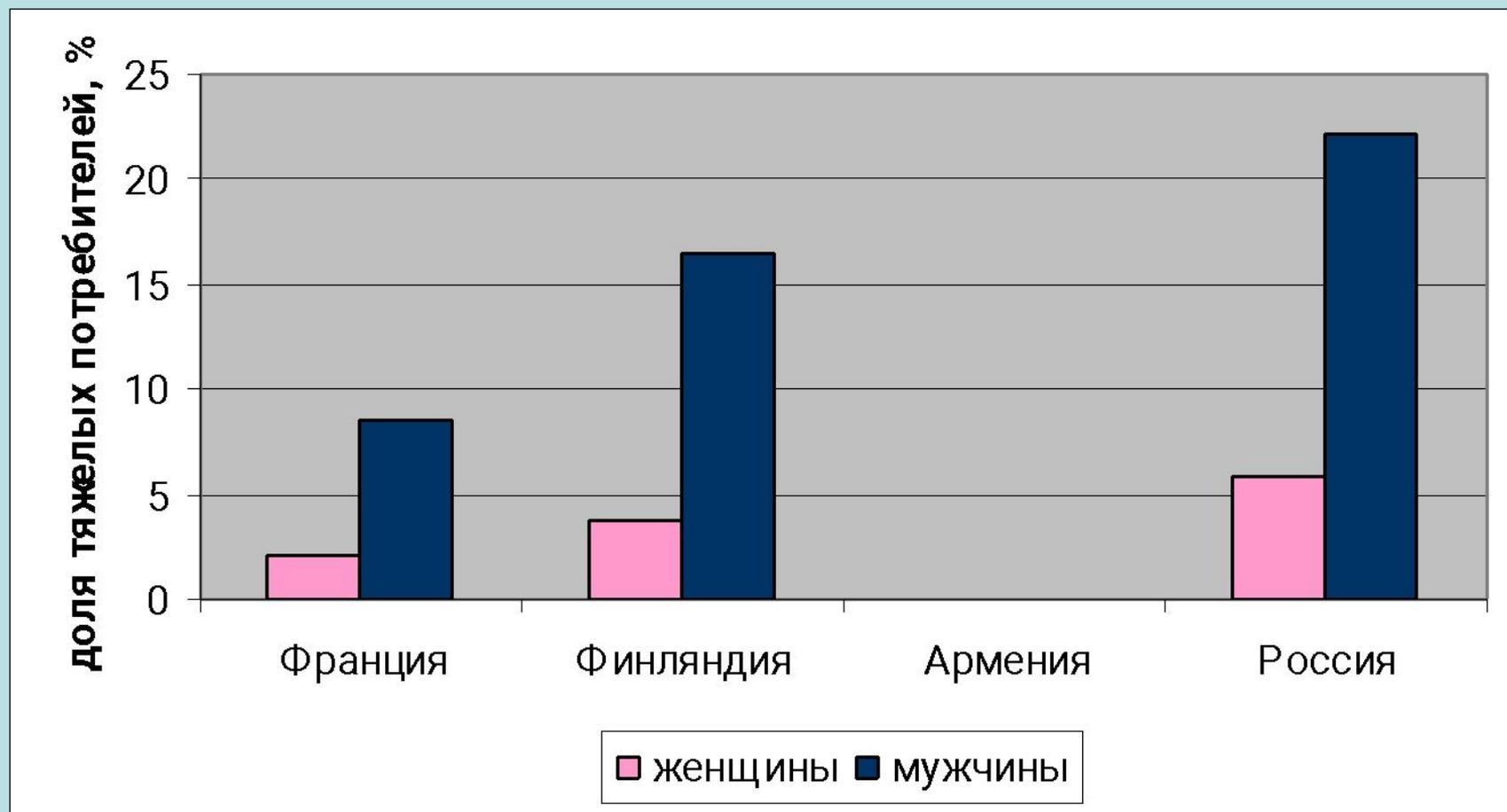


Россия

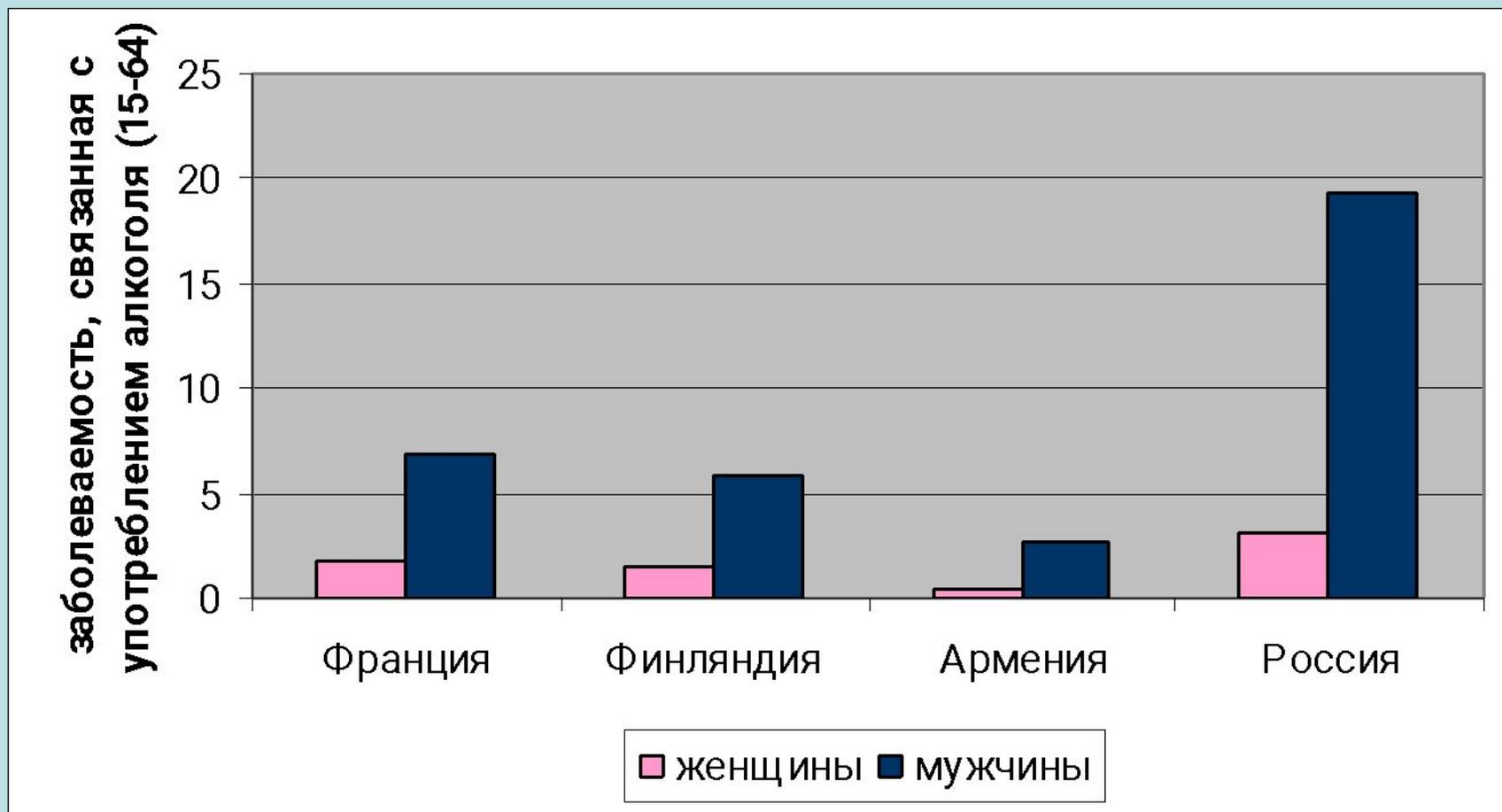
Потребление алкоголя на душу только среди пьющих и среднечеловеческое (в расчете на все население >15) во Франции (А), Финляндии (А), Армении (В) и России (С), 2000



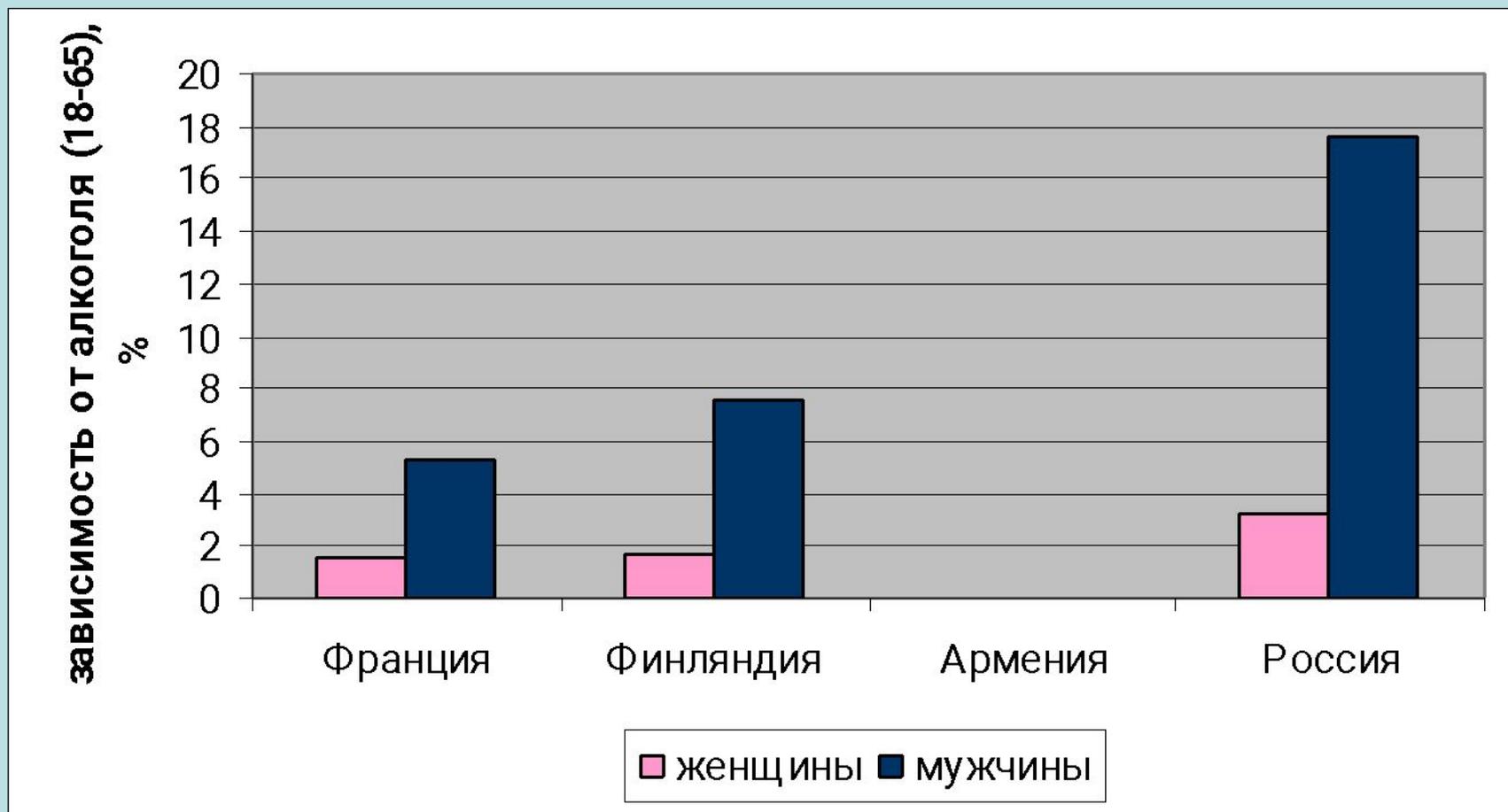
Доля тяжелых потребителей (60 г и более в перерасчете на чистый спирт за последние 7 дней) во Франции (А), Финляндии (А), Армении (В) и России (С), 2000



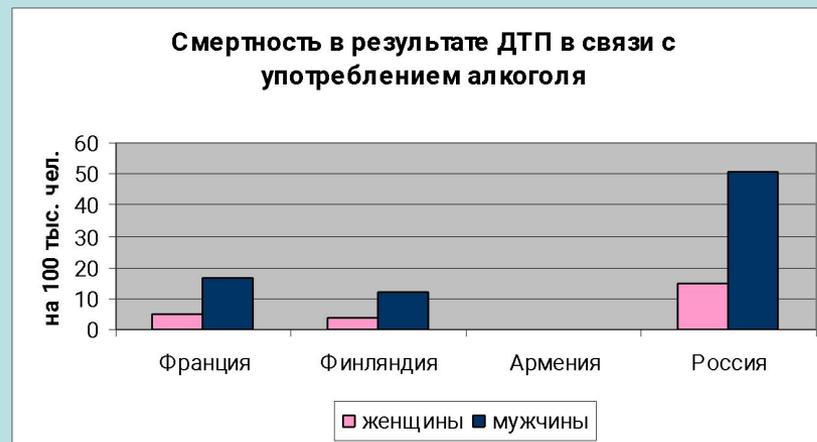
Заболееваемость, связанная с употреблением алкоголя во Франции (А), Финляндии (А), Армении (В) и России (С), 2004



Зависимость от алкоголя во Франции (А), Финляндии (А), Армении (В) и России (С), 2004



Смертность от разных причин в связи с употреблением алкоголя во Франции (А), Финляндии (А), Армении (В) и России (С), 2005



Европейская хартия по алкоголю: пять этических принципов и целей

1. Все люди имеют право на семейную, общественную и трудовую жизнь, защищенную от несчастных случаев, насилия и других отрицательных последствий потребления алкоголя.
2. Все люди имеют право на обоснованную, объективную информацию и просвещение, начиная с раннего периода жизни, относительно последствий потребления алкоголя для здоровья, семьи и общества.
3. Каждый ребенок и подросток имеет право расти и развиваться в безопасной среде, защищенной от отрицательных последствий потребления алкоголя, и, насколько это возможно, на защиту от пропаганды и рекламирования алкогольных напитков.
4. Все люди, употребляющие алкоголь опасным или причиняющим ущерб здоровью образом, и члены их семей имеют право на доступное лечение и уход.
5. Все люди, не желающие потреблять алкоголь или не могущие это делать по состоянию здоровья или другим причинам, имеют право на защиту от понуждений к употреблению алкоголя и на поддержку в своем поведении, характеризующемся неупотреблением спиртных напитков

ВОЗ, 2006.

Тест 1

1. Критерием развития алкоголизма является:

- А) ежедневное употребление алкоголя,
- Б) употребление крепких напитков,
- В) клинические симптомы алкоголизма,
- Г) все верно,
- Д) все неверно.

2.1 стадия алкоголизма включает:

- А) алкогольные палимпсесты,
- Б) появление алкогольного абстинентного синдрома,
- В) появление ложных запоев,
- Г) все верно,
- Д) все неверно.

3. Алкогольный делирий характеризуется:

- А) обильными галлюцинациями,
- Б) отрывочным чувственным бредом,
- В) аффективными расстройствами,
- Г) все верно,
- Д) все неверно.

4. Необходимым условием лечения от алкоголизма является:

- А) одномоментное прекращение употребление алкоголя;
- Б) постепенное снижение доз;
- В) употребление алкоголя в маленьких количествах

5. Алкоголь при хроническом приеме может вызвать:

- А) нарушения памяти,
- Б) аритмии,
- В) миокардиострофию,
- Г) все верно,
- Д) все неверно