

З. И. Кекелидзе, А. А. Козлов, Т. В. Клименко, С. А. Игумнов,
С. М. Шахова, О. С. Петрухина

СЛУЧАЙ ФОРМИРОВАНИЯ СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ (АМФЕТАМИНОПОДОБНЫЕ СОЕДИНЕНИЯ «СОЛЬ»)

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России

Новые психоактивные вещества являются чрезвычайно важным вопросом в рамках современной наркологии. Зависимость от данной группы веществ развивается быстрее, чем от наркотиков растительного происхождения, механизм действия синтетических производных непредсказуем в клинических проявлениях. Целью настоящей статьи является обсуждение особенностей становления синдрома зависимости от синтетических катинонов и особенности протекания заболевания.

Ключевые слова: синдром зависимости, «дизайнерские» наркотики, синтетические катиноны, клинический случай.

Z. I. Kekelidze, A. A. Kozlov, T. V. Klimenko, S. A. Igumnov,
S. M. Shakhova, O. S. Petrukhina

THE CASE OF FORMATION OF A SYNDROME OF DEPENDENCE ON SYNTHETIC CATHINONS (AMPHETAMINE-LIKE SALT COMPOUNDS)

New psychoactive substances are an extremely important issue in modern narcology. Dependence on this group of substances develops faster than on drugs of plant origin, the mechanism of action of synthetic derivatives is unpredictable in clinical manifestations. The purpose of this article is to discuss the features of the formation of the syndrome of dependence on synthetic cathinones and the features of the course of the disease.

Key words: addiction syndrome, «designer» drugs, synthetic cathinones, clinical case.

Популярное в наши дни понятие «дизайнерские наркотики» не является синонимом какой-либо определённой фармакологической группы, хотя зачастую упоминается именно в связи с новыми психостимуляторами. Дизайнерские наркотики – это большая и неопределённая группа психоактивных веществ (ПАВ), «не включённых на данный момент в ограничительные списки, что позволяет осуществлять их не-

контролируемый оборот» [1]. Феномен «дизайнерские наркотики» – это динамический процесс, включающий синтез нового ПАВ и внедрение его в неконтролируемый оборот. В узком смысле дизайнерские наркотики – новые синтетические соединения, напоминающие по структуре и биологической активности уже известные ПАВ.

За период с 2008 по 2013 гг. идентифицировано более 450 новых ПАВ, так назы-

ваемых «легальных наркотиков или «legal highs». В одном только 2014 году их количество увеличилось на 101 соединение [1]. Значительная часть этих ПАВ принадлежит к рассматриваемой группе.

Помимо соединений, обладающих преимущественно психостимулирующей активностью, к другим «психостимуляторам» относятся энтактогены (или эмпатогены, соединений, вызывающих осознанное сопереживание эмоциональному состоянию другого человека) и соединения с выраженной галлюциногенной активностью, входящие в отдельную группу «Галлюциногены» [1, 2].

Последствия распространения и злоупотребления психостимуляторов признаются одним из приоритетных вопросов здравоохранения. В частности, начиная с середины 2000-х, наблюдается лавинообразный рост количества «дизайнерских наркотиков», относящихся к группе синтетических или замещённых катинонов. По данным Европейского центра мониторинга наркотиков и наркомании (EMCDDA), с 2005 по 2013 год было выявлено около 50 новых синтетических катинонов, а за один только 2014 год их количество увеличилось на 31 соединение. Увеличилось также количество новых производных фенилэтиламина и триптамина – на 9 и 5 соединений соответственно. В том же году официально зарегистрировано 99 летальных исходов, вызванных употреблением лишь одного синтетического катинона (MDPV).

Химически многие новые ПАВ этой группы могут быть охарактеризованы как фенилэтиламины, замещённые амфетамины, синтетические катиноны (производные норэфедрона, алкалоида, содержащегося в кате *Catha edulis*), пиперазины пипрадролы/пиперидины, аминоканданы, бензофураны и триптамины.

Синтетические катиноны (замещённые катиноны, «соли для ванн») согласно классификации, предлагаемой EMCDDA и UNODC,

представлены несколькими десятками соединений, включая: амфепрамон (diethylpropion), пировалерон (pyrovalerone, O-2371), бупропион (bupropion, amfebutamone), мефедрон (4-MMC), метилон (MDMC, βk-MDMA), меткатинон (эфедрон), метилendiоксипировалерон (MDPV), метедрон (βk-PMMA, 4-methoxymethcathinone), бутилон (β-кето-N-метилбензодиоксилилпропиламин, βk-MBDB), флэфедрон (4-FMC), нафирон (O-2482, naphthylpyrovalerone), альфа-пирролидиновалерофенон (α-PVP, O-2387) и другие [3]. Амфепрамон, пировалерон и бупропион находят своё медицинское применение в качестве средств для похудения, средств для отказа от курения и атипичных антидепрессантов. Бупропион зарегистрирован в РФ как лекарственное средство [2, 4, 5].

Практически все остальные новые синтетические катиноны входят в перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, хотя некоторые из них до сих пор не находятся под международным контролем [4].

Больной – мужчина 1986 г.р. (34 года), за текущий год на лечении в наркологической клинике находился несколько раз. Первая госпитализация была связана с зависимостью от алкоголя и героина, все последующие – от нескольких ПАВ (алкоголь, героин, «соль», каннабиноиды). Поступает на лечение повторно. Ранее находился на лечении месяц назад в связи с зависимостью от амфетаминподобных соединений (солей). Был выписан в удовлетворительном состоянии, однако принял решение о продолжении лечения в реабилитационном отделении в связи с неуверенностью в сохранении трезвости в будущем, раздражительностью, нарушениями ночного сна, затруднениями словоизъяснения после принятия «солей».

Последняя наркотизация катинонами 03.02.2020, героином 10.02.2020. Употребление алкоголя, других ПАВ отрицает.

Наследственность отягощена. Дед по материнской линии «погиб от алкоголя». Дед по отцовской линии утонул в реке в алкогольном опьянении. Бабушка по отцовской линии покончила жизнь самоубийством, когда пациент учился в 3 классе (11 лет). Сообщает, что «эту бабушку любил меньше, потому что было так положено», «было не жалко». Семья полная, есть младшая сестра благополучна. Отец бывший военнослужащий, в настоящее время работает водителем автобуса. Мать в прошлом повар, в настоящее время на руководящей должности, работает в аэропорту, занимается снабжением самолетов. Отношения в семье любящие, поддерживающие.

Беременность матери и роды протекали без патологии. Рос и развивался соответственно возрасту. Себя помнит с 3–4 лет, «помню, как шел и вижу, что мама что-то вяжет, и так хорошо стало, я себя не осознавал, просто впитывал все вокруг, что происходит». В детстве сильно переживал из-за ссор между родителями. Рос спокойным общительным дружелюбным ребенком.

ДДУ посещал с удовольствием, «помню, что-то рисовали, ходили на кружки, даже один рисунок корабль могу повторить». В школу пошел с 7 лет. В школе был стеснительный, чувствовал отстраненность, но «было весело, учился хорошо». Характеризует себя по характеру с того времени как «ведомый». Учился в гуманитарном классе. До 9 класса успеваемость была отличной, однако учителя говорили, что он «ленивый». В старших классах школы занимался тяжелой атлетикой. Чемпион Московской области по жиму штанги лежа (17 лет). Романтические отношения с девушками с 16 лет, была «первая любовь», затем девушка переехала, и отношения распались. Долго переживал, «не мог смотреть ни на кого».

Первая проба наркотиков с 15-летнего возраста, в компании друзей стал употреблять грибы и алкоголь (водку). Сначала

употребление носило эпизодический характер, в течение 3 лет сформировалось стойкое влечение. Также присоединилось курение марихуаны, употреблял ежедневно. В 10–11 классах употреблял «пачками» феназепам и циклодол.

После окончания 11 класса поступил в Каширский филиал Московской государственной академии приборостроения и информатики на специальность «бухгалтерский учет и аудит», однако учиться не смог, постоянно прогуливал занятия, не успевал по предметам, употреблял алкоголь. Перевелся в другой вуз, Российский Новый Университет на отделение прикладной информатики в экономике, однако также был отчислен.

С 2009 г. по 2010 г. срочная служба в войсках РЭБ, был ротным старшиной. В армии также употреблял ПАВ, «ходил как попрошайка, со мной делились, Вадик нормальный парень».

С 2007 г. по 2012 г. системное внутривенное употребление амфетаминоподобных соединений, в том числе катинонов в дозе до 1 г в сутки. С 2012 г. (22 года) системное в/в употребление героина с толерантностью до 5–7 г в сутки за нескольких приемов. В 2017 г. находился в реабилитационном центре в течение 4 месяцев, затем 8 месяцев посещал амбулаторную группу анонимных наркоманов. На фоне внезапно возникшей актуализации влечения к наркотику прервал посещение группы и возобновил наркотизацию (с 2017 года). С 2017 года прием героина ежедневный, суточная толерантность до 5–7 г в сутки в/в. Со слов пациента дважды (2018 г., 2019 г. были передозировки).

После демобилизации сначала работал барменом. Впервые попробовал амфетамин в 20 лет в компании знакомых сразу в/в, «протянул руку, меня укололи». Ощутил эйфорию, бессонницу, отсутствие аппетита, эффект длился сутки. В течение полугода доза значительно выросла, с 22 лет

начал употреблять «соль» совместно с героином. В этот период неоднократно возникали психотические состояния, «чувствовал себя как в шаре, поля зрения суживались». Амнезии по выходу из психоза не возникало.

Самостоятельно уволился с работы, хотел найти «что-то получше». Работал сборщиком мебели и водителем. Безостановочно употреблял ПАВ, в основном синтетические катиноны.

С 2011 г. по 2012 г. сотрудник службы безопасности «Трансаэро», был уволен за прогулы в работе.

С 2012 г. по настоящее время не работает. Была гражданская жена. С супругой познакомился «в употреблении», совместно употребляли амфетаминоподобные соединения. Есть сын, 4 года.

Судим по ст. 228, был остановлен сотрудниками правоохранительных органов, когда шел домой «с закладкой», также есть условная судимость по ст. 158 (кража), «воровал в магазинах, на это и жили».

С января 2020 г. по 10 февраля без остановки употреблял ПАВ. В феврале месяце в связи с абстинентным синдромом самостоятельно обратился в ПНД по месту жительства, был направлен на лечение в наркологическую клинику, где находился на стационарном лечении в течение месяца. По выходу нашел дома «соль» и употребил.

Пытался наладить отношения с женой, однако брак распался, потому что супруга отказывается от лечения, разошелся с ней по собственной инициативе.

Судорожных припадков не было. С 2009 г. по 2012 г. получил 5 ЧМТ в «пьяных драках». Аллергологический анамнез не отягощен. С 2017 г. вирусный гепатит С.

Поступил в клинику самостоятельно.

При поступлении состояние следующее.

Соматическое состояние. Нормостеническое телосложения. В области верхних

конечностей отмечаются следы постинъекционных повреждений кожных покровов различной давности без признаков воспаления. Отеков, гиперемии нет; дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД = 110/90 мм.рт.ст. Пульс удовлетворительного наполнения, ЧСС 68 в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень ниже реберной дуги на 1 см, безболезненная при пальпации. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез регулярные.

Неврологическое состояние. Походка обычная. Лицо симметричное. Зрачки средних размеров, равновеликие. Реакция зрачков на свет, конвергенция вялые. Нистагм отсутствует. Язык по срединной линии. Сухожильные рефлексы живые, симметричные. В позе Ромберга устойчив. Координационные пробы выполняет уверенно. Легкий тремор пальцев вытянутых рук. Менингеальных знаков не выявлено. Очаговой неврологической симптоматики нет.

Психическое состояние.

Состояние удовлетворительное. Адаптировался хорошо, без труда налаживает общение с другими пациентами. Посещает психотерапевтические групповые занятия, говорит, «на фильмотерапии смотрели интересный фильм про ВИЧ». На беседе с врачом охотно общается, делится переживаниями, подробностями из анамнеза. Внешне выглядит опрятным, доброжелательным. Эмоциональный фон приподнят. Охотно беседует с врачом. Отмечается мнестическое снижение, связанное с органическими изменениями личности в результате многолетнего злоупотребления ПАВ. Не скрывает проблемы с запоминанием текущих событий, «сразу же записывает Ф. И. О. врача». Влечение актуализируется, когда рассказывается про употребление или же когда вспоминает «свои хорошие дни». За время пребывания в отделении принимал участие в проносе наркотика

в отделение. Сам пришел к врачу, чтобы «облегчить душу». В связи с неудавшейся операцией двое пациентов покинули клинику с отказом от лечения, а он остался. Говорит, «Бог отвел», поскольку другой пациент выгнал из палаты тех, кто все затевал. Якобы испытывает чувство вины, но раскаянье выглядит формальным, демонстративным. Старается себя оправдать: «Да я скорее всего и не употребил бы, они героин хотели, а я же теперь солевой».

После лекций и занятий стремится к обсуждению некоторых вопросов, высказывает свое мнение. Обсуждает причинно-следственные связи формирования зависимости, при этом остается инфантильным, поверхностным в своих суждениях. Демонстрирует при любом удобном случае как старательно он выполняет задания психолога, делает это на виду, при этом явно тяготеет к общению с наркоманами.

Отмечается эпизодический всплеск патологического влечения к вечеру. Со слов пациента, «проваливается в мысли о наркотиках, никак не может отвлечься, всячески пытается абстрагироваться». Начал злоупотреблять неуплептом на ночь. После беседы стабилизировался, осознал, что заменяет ПАВ лекарственным препаратом.

Рассказывает, что старается справиться с мыслями о наркотиках, отвлекаясь на различную деятельность, играет в настольный теннис, помогает медперсоналу, читает книги. Заявляет, что «рад находиться в клинике, иначе бы сорвался». Психокоррекция поддается.

Критика к своему заболеванию формальная. Свое будущее связывает с прохождением медико-социальной реабилитации, настроен на получение специальности и дальнейшую социальную адаптацию. Ночной сон достаточный. Аппетит хороший. Соматически благополучен. Физиологические отправления в норме. Подчинен режиму отделения. Лечение переносит хорошо.

Результаты лабораторных и инструментальных исследований

Общий анализ крови. Гемогл. 141,0 г/л, эр. $4,66 \cdot 10^{12}/л$, цв.пок 0,9, Ht 40,4, тромб. $131 \cdot 10^9/л$, лейкоц. $5,2 \cdot 10^9/л$, СЯ 50%, эоз. 5%, лимф. 39%, моноц. 6%, СОЭ 4 мм/ч.

Общий анализ мочи. UBG 3,2 umol/l, KET neg, GLU negative, PRO neg, ERY neg, pH 7,0, NIT neg, LEU neg, SG 1.020.

Биохимический анализ крови. АЛТ 37,6 U/l (N-0-40), АСТ 30,7 U/l (N-0-37), мочевины 2,25 mmol/l (N-1,70-8,30), билирубин общий 14,7 мкмоль/л, (N-0-17), билирубин прямой 3,8 мкмоль/л (N-0-4,3), глюкоза 5,65 ммоль/л (N-4,20-6,40), белок общ. 76,9 г/л (N 66,0-87,0), холестерин 6,94 ммоль/л (N-0-6,20), триглицериды 1,51 ммоль/л (N 0-2,30), гамма-ГТ 339,7 Ед/л (N 11,0-50,0);

Анализ крови на RW, ВИЧ. анти-HCV положительно.

Анализ мочи на ПАВ. Тетрагидроканнабиноиды 51,54 ng/ml, амфетамины 400 ng/ml, опиоды отрицательно, барбитураты отрицательно, 3,4-метилendioксиметамфетамин 125,23 ng/ml, метадон отрицательно, кокаин отрицательно, метамфетамин 80,08 ng/ml, бензодиазепины отрицательно, JHW отрицательно.

Флюорография. Без патологии.

ЭКГ. Синусовый ритм, 75 уд/мин. Вертикальное положение ЭОС.

Результаты экспериментально-психологического исследования

При экспериментально-психологическом исследовании использовались методики: «Отыскивание чисел», «Запоминание 10 слов», «Исключение предметов», «Классификация предметов», тест «исследование тревожности» Ч. Д. Спилбергера, теста «шкалы оценки депрессивных проявлений», характерологический опросник Леонгарда, а также применялись методы наблюдения и клинической беседы.

Испытуемый в контакт вступает легко. Полностью ориентирован во времени, месте пребывания. Испытуемый выглядит на свой возраст. О себе рассказывает охотно. На вопросы отвечает развернуто. Темп речи нормальный, говорит в пол голоса. Настроенное во время обследования снижено, с тенденцией к повышению. Манера поведения адекватна ситуации. Позы закрытые. Цель исследования понимает, инструкции усваивает после первого предъявления, дослушивает до конца, все предложенные задания выполняет. Направляющую помощь принимает, использует, на неверных решениях не настаивает, легко предлагает другие варианты. На похвалу и замечания реагирует адекватно. Интересуется полученными результатами.

По результатам исследования можно сделать вывод, что объем кратковременной и долговременной памяти не снижен (кривая запоминания: 8-8-9-7-10, отсроченное воспроизведение – 9).

При проведении эксперимента с отысканием чисел были выявлены следующие результаты: 1) 38 сек, 2) 38 сек, 3) 33 сек, 4) 34 сек, 5) 33; при норме 40 секунд на каждую таблицу. Данные результаты говорят достаточном объеме внимания, имеются колебания внимания, наблюдается медленное «вработывание».

При проведении методики «исключение предметов» были получены следующие результаты: нарушений синтеза и анализа в мышлении не выявлено. Испытуемый дает правильные ответы и логично их обосновывает.

При проведении методики «классификация предметов» были получены следующие результаты: у испытуемого имеются тенденции к конкретно-ситуативному типу мышления. На третьем этапе у испытуемый объединял группы опираясь на конкретные признаки предметов (объединил такие группы как: «фрукты», «овощи», «растения», «животные» в группу «природа» объяснил это следующим

образом: «это все связано между собой, одни питаются другими»; объединил такие группы как: «одежда», «посуда», «мебель» в группу «домашний уют», объяснил это следующим образом: «все это используется человеком в целях достижения определенной цели»; объединил такие группы как: «человек», «инструменты» в группу «профессии», объяснил это следующим образом: «все люди пользуются инструментами в своей работе»).

При проведении теста «исследование тревожности» Ч. Д. Спилбергера получены следующие результаты: испытуемый набрал 40 баллов в тесте на ситуативную тревожность и 41 баллов в тесте на личностную тревожность, можно сделать вывод, что для испытуемого характерен умеренный уровень ситуативной и личностной тревожности.

При проведении теста «шкалы оценки депрессивных проявлений» получены следующие результаты: испытуемый набрал 8 баллов, можно сделать вывод, что у испытуемого отсутствует депрессивная симптоматика.

При проведении теста «уровень агрессивности» Басса-Дарки получены следующие результаты: уровень враждебности и агрессивности в норме, однако имеются тенденции к проявлению вербальной агрессии.

Данные, полученные с помощью психологического опросника К. Леонгарда:

Для испытуемого характерно следующее: состоянием с повышенным настроением, чрезмерной активностью, большим количеством и легкостью возникновения планов и идей, которые часто не осуществлялись в силу повышенной отвлекаемости и переоценки своих возможностей, разнообразием интересов, широкими и поверхностными контактами. У испытуемого присутствует беспокойство за свое физическое состояние. Присутствует неудовлетворенность жизнью, принадлежностью к определенной группе

или своим положением к этой группе, ощущением собственной неприспособленности и переживанием несправедливости и непонимания со стороны окружающих. Также, присутствуют гипоманиакальные тенденции, выраженные в преувеличение своих возможностей и размаха деятельности, а также некоторые аспекты взаимоотношений (в частности, высокий уровень контактов) и физического состояния (отрицание связанных с ним затруднений).

По данным проведенного психологического исследования, у испытуемого не выявляется снижение объема кратковременной и долговременной памяти. Объем внимания в норме, имеются колебания внимания, истощаемость. У испытуемого выявляются тенденции к конкретному типу мышления. У испытуемого отсутствует депрессивная симптоматика; уровень личностной и ситуативной тревожности – умеренный.

Для испытуемого характерно следующее: повышенная способность к вытеснению; повышенная импульсивность, ослабление контроля над влечениями и побуждениями.

Обсуждение

Обращало на себя внимание утяжеление клинической картины заболевания по сравнению с предыдущими госпитализациями. Употребление ПАВ приобрело постоянный характер. В структуре смешанного абстинентного синдрома преобладали соматовегетативные, неврологические, диссомнические расстройства, а также патологическое влечение к ПАВ. Соматовегетативные и неврологические расстройства синдрома отмены были купированы к 5-м суткам лечения, аффективные, диссомнические, поведенческие и идеаторные – сохранились в течение последующих 3,5 нед. Положительная динамика наметилась лишь к 28–30-м суткам стационарного лечения. Паци-

ент мотивирован и положительно настроен на прохождение медико-социальной реабилитации.

Переходя к анализу данного клинического случая, следует отметить, что в структуре личности пациента с детства преобладали истеро-возбудимые черты характера. Об этом свидетельствуют данные анамнеза об отмечающихся на протяжении жизни таких личностных особенностях, как некоторая переоценка собственной личности, эгоцентризм, желание быть в центре внимания, а также настойчивость в удовлетворении собственных желаний, умение настоять на своем. Формирование алкогольной зависимости относится к молодому возрасту: первые пробы в 15 лет, систематический прием с 16 лет, формирование ААС – с 17 лет, что свидетельствует о высокопрогредиентном темпе. Можно отметить ранний период поискового поведения (16–17 года). В то же время картина формирования заболевания является достаточно типичной. Интересно, что из всех видов ПАВ предпочтение отдается тем, которые оказывали на пациента стимулирующий эффект. Вызывает интерес молниеносное становление влечения к синтетическим катинонам, которое в дальнейшем «перекрыло» тягу к алкоголю к любым другим ПАВ, включая героин. В данном случае стоит обратить особое внимание и на выраженность патологического влечения к амфетаминоподобным соединениям: пациент определяет катиноны как наркотик первого выбора, а также подробно рассказывает о постоянно присутствующем болезненном, сильном желании употреблять именно «соль», несмотря на страх пережитых психозов и других осознаваемых им негативных последствий. В данном клиническом случае проявления синдрома влечения по психопатологической структуре ближе к сверхценно-паранойальным расстройствам. По клинической форме наблюдающееся у пациента влечение может быть расценено как генерализованное (полное овладение мыслями, интересами,

всей личностью больного с абсолютно непоколебимым правом в отстаивании своих интересов в отношении употребления спайса). Это свидетельствует не только о выраженности влечения, но и утяжелении заболевания и, соответственно, снижении критических способностей. Молниеносное становление зависимости от синтетических катинонов привело к резкому ухудшению соматического и особенно психического состояния. Форма употребления «солей» практически сразу приобрела постоянный характер. Признаки интоксикации проявлялись через несколько минут при курении наркотика. Опьянение характеризовалось на первых этапах эйфорией (улучшение настроения, психомоторным возбуждением), в дальнейшем очень быстро произошла трансформация картины с нивелированием эйфории как таковой и преобладанием гипомании, характеризующейся повышенным настроением, ускорением ассоциативных процессов с веселостью, отвлекаемостью, изменчивостью суждений и оценок, оптимистическим отношением к своему настоящему и будущему. Особого внимания заслуживают перенесенные пациентом психотические состояния, развившиеся при интоксикации, что позволяет говорить о том, что синтетическим катинонам присуще психоделическое действие. Остается открытым вопрос, связано ли развитие психозов с дозой употребляемого наркотика или его видом. В целом психотические состояния протекали по типу онейроидного помрачения сознания с кататоническими расстройствами в виде ступора, сопровождались полной отрешенностью от окружающей действительности, фантастическим содержанием переживаний, видоизменением и перевоплощением «Я». Характерно, что амнезии после выхода из интоксикации не возникло, и пациент достаточно подробно описал пережитое.

К особенностям течения синдрома отмены синтетических катинонов у данно-

го пациента следует отнести выраженную нейровегетативную симптоматику с висцеральными проявлениями в виде тошноты, отсутствия аппетита, субиктеричности склер, одышки. Однако преобладали именно психические расстройства в виде тревоги, страха, беспокойства вплоть до выраженной ажитации, подавленности, дисфории, идей отношения.

Социальная дезадаптация у пациента сформировалась критически быстро. Пациент начал воровать в магазинах, не способен к осознанному труду, не хочет работать по специальности. На фоне проведенного лечения сформированы установки на социализацию, однако насколько они долговечны, покажет время. Насколько факт такой обрушительной социальной дезадаптации является характерным исключительно для данного клинического случая либо может быть характерным признаком синдрома зависимости от синтетических катинонов, покажут лишь длительные клинические наблюдения.

Данный клинический случай иллюстрирует одну из важных научных и практических проблем клинической наркологии. Эпидемический рост распространенности зависимости от синтетических катинонов в популяции подразумевает вовлечение в болезнь персон с различным преморбидным складом личности и различной степенью предрасположенности к формированию синдрома зависимости. Кроме того, можно говорить о том, что больными наркоманией в настоящее время становятся многие из тех, кто в соответствии с личностными особенностями в иных условиях относился бы к группе риска развития алкоголизма. Изменение вида предпочитаемого ПАВ в динамике синдрома зависимости по типу викарного замещения в клинической практике встречается нередко. В настоящее время достаточно часто таким ПАВ становятся синтетические катиноны ввиду их большей доступности по сравнению с другими ПАВ. Феномен викар-

ного употребления отражает тесную взаимосвязь между алкогольной и зависимостью от амфетаминоподобных соединений, в том числе и от синтетических каннабиноидов. Молниеносное формирование зависимости от синтетических катинонов у больных алкоголизмом может быть обусловлено единством патогенеза всех форм химической зависимости.

В свою очередь употребление синтетических катинонов пациентами, страдающими зависимостью от опиоидов, приводит к резкому утяжелению зависимости с изменением картин опьянения, появлением его атипичных форм, в частности эпилептоидных вариантов, резко развивающейся социальной дезадаптации. Данный клинический случай демонстрирует высокий наркотенный (аддиктивный) потенциал синтетических катинонов. Так, по скорости формирования зависимости, ее выраженности, прогнозу заболевания синтетические катиноны следует относить к «тяжелым» наркотикам, поскольку даже минимальное количество экспозиций к токсиканту (однократное употребление) в минимальных дозах способно привести к формированию зависимости с выраженным синдромом отмены. Все эти особенности диктуют необходимость длительного комплексного лечения этой группы пациентов.

Терапия больных с зависимостью от НПАВ должна характеризоваться комплексностью и последовательностью лечебно-реабилитационного процесса и осуществляться по стандартам оказания специализированной медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология», в том числе с максимально ранним включением больных в групповые и индивидуальные психотерапевтические и психокоррекционные мероприятия.

С учетом клинического полиморфизма и динамичности психического и соматоневрологического состояния больных в рамках терапевтической динамики синдрома за-

висимости от НПАВ организация терапии должна осуществляться с привлечением широкого круга специалистов (врач психиатр-нарколог, терапевт, невролог, медицинский психолог, специалист по социальной работе, консультант по вопросам зависимости) и проводится последовательно в отделении неотложной наркологии, наркологическом отделении и отделении медицинской реабилитации.

Типичный для больных с зависимостью от НПАВ феномен анозогнозии, низкая мотивация на участие в лечебно-реабилитационных программах и отсутствие установки на отказ от приема ПАВ обуславливают необходимость организации всего комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий в рамках одной медицинской организации с целью максимального обеспечения преемственности всех его последовательных этапов.

Необходимо более подробно изучить клинико-динамические особенности становления ремиссии, проанализировать дифференцирующие критерии и разработать систематику оценки качества ремиссии. На основании клинических данных нужно разработать дифференцированный подход к организации реабилитации пациентов, страдающих зависимостью НПАВ. Это позволит повысить эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий с ориентацией на достижение максимального терапевтического результата в пределах потенциальных возможностей каждого пациента и значительно улучшить эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий при зависимости от НПАВ.

Ключевым аспектом современной наркологии в вопросе НПАВ является профилактика, в особенности среди несовершеннолетних, а именно детей и подростков.

Согласно данным ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского», улучшение состояния здоровья лиц, страдающих зависимостью

от ПАВ, включая НПАВ, снижает нагрузку на систему общественного здравоохранения и увеличивает занятость таких пациентов. Снижение уровня конфликтности обеспечивает дополнительную позитивную поддержку близких, исключает рискованные инъек-

ционные и сексуальные практики, а также улучшает перспективы развития эпидемиологической ситуации в целом. Уменьшение криминальной активности напрямую отвечает интересам общественной безопасности.

Литература

1. Рожанец В. В., Проскурякова Т. В. Фармакология и токсикология психоактивных веществ в кн. «Наркология. Национальное руководство». Под ред. Иванца Н. Н., Анохиной И. П., Винниковой М. А. 2016. – 944 с.

2. Т. Б. Дмитриева, А. Л. Игонин, Т. В. Клименко, Л. Е. Пищикова, Н. Е. Кулагина Злоупотребление психоактивными веществами (клинические и правовые аспекты) – М.: МНЦ «Инфоркоррекция», 2003 г. – 316 с.

3. Саунова М. С. Синдром зависимости от психостимуляторов амфетаминового ряда с учетом

возраста больных // Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2016. – 238 с.

4. Кошкина Е. А., Киржанова В. В., Сидорюк О. В. в соавт. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2012–2013 годах (статический сборник) / ФГБУ «Национальный научный Центр наркологии Минздрава России». – М., 2014. –173 с.

5. Jebadurai J., Schifano F., Deluca P. Recreational use of 1-(2-naphthyl)-2-(1-pyrrolidinyl)-1-pentanone-hydrochloride (NRG-1), 6-(2-aminopropyl) benzofuran (Benzofury/6-APB) and NRG-2 with review of available evidence-based literature // Hum. Psychopharmacol-ClinExp. – 2013. – Vol. 28. – P. 356–364.

Поступила 14.01.2021 г.