

Курсовое медикаментозное и немедикаментозное биологическое лечение больных с зависимостью от психоактивных веществ

ДМИТРИЕВА Т.Б.	д.м.н., профессор, академик РАМН, директор Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва;
ИГОНИН А.Л.	д.м.н., профессор, руководитель Отдела судебно-психиатрических проблем наркоманий и алкоголизма ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского;
КЛИМЕНКО Т.В.	д.м.н., профессор, руководитель Отделения судебно-психиатрических экспертиз при наркоманиях и алкоголизме ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского;
ПИЩИКОВА Л.Е.	к.м.н., с.н.с. Отделения амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского;
КУЛАГИНА Н.Е.	к.м.н., с.н.с. Отделения терапии больных наркоманиями и алкоголизме ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского.

Настоящее сообщение продолжает серию публикаций Т.Б.Дмитриевой с соавторами, посвященных методам лечения больных с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ). В данной статье дается характеристика курсовым медикаментозным и немедикаментозным биологическим методам терапии, применяемым вне острых (подострых) состояний.

Целью применения биологических методов лечения вне острых и подострых состояний у пациентов с зависимостью от ПАВ является, во-первых, стабилизация состояния больных и, во-вторых, что самое главное, профилактика возобновления ими употребления ПАВ. Программы курсового медикаментозного лечения больных алкоголизмом подробно описаны Г.В.Морозовым, Н.Н.Иванцом [1], В.Б.Альтшулером [2, 3], Г.М.Энтиным, Е.Н.Крыловым [4], А.Г.Гофманом, А.П.Музыченко, Г.М.Энтиным [5] и другими авторами.

Так называемые аверсивные, т.е. вызывающие отвращение средства (см. табл. 1) в нашей стране традиционно применяются при лечении алкоголизма, однако масштабы их использования в последние годы резко сократились. Это касается, в частности, введения аверсивных средств в рамках условно-рефлекторной терапии (УРТ). Для вызывания у пациентов тошноты и рвоты применяются такие лекарственные препараты, как апоморфин или эметин, а также отвары из лечебных трав баранца и чабреца.

Сенсибилизирующие к алкоголю средства по-прежнему используются в отечественной наркологии, хотя из-за опасений вызвать известные осложнения они назначаются в меньших дозах и более короткими курсами, чем прежде. Основным препаратом этого типа по-прежнему остается тетурам (дисульфирам, антабус, эспераль). Блокируя ацетальдегиддегидрогеназу, тетурам останавливает процесс распада этанола на уровне токсичного ацетальдегида и вызывает комплекс расстройств, называемый тетурам-алкогольной реакцией. Метронидазол действует аналогичным образом, но его эффект проявляется гораздо слабее. Еще один препарат этого типа — фуразолидон применяется значительно реже, чем два предыдущих, так как при не очень отчетливом сенсибилизирующем эффекте он может вызвать побочные действия и осложнения.

Как и раньше, используются стерилизованные таблетки препарата эспераль (дисульфирам) для их имплантации в мышечные ткани организма, хотя распространение этого метода в последнее время заметно уменьшилось.

Специалистам известно, что устанавливающийся после имплантации уровень концентрации дисульфирама в крови недостаточен для возникновения так называемой эспераль-алкогольной реакции. На Западе имплантация препарата эспераль никогда широко не применялась и считалась деонтологически некорректной методикой. То же самое относится к процедуре “торпедо” с использованием никотиновой кислоты или других средств, вызывающих вегетативные или иные реакции (практика так называемого чреспредметного — опосредованного — внушения). При проведении суггестивных процедур больным внушается, что употребление в течение определенного времени алкоголя вызовет реакцию с возникновением тяжелых соматических расстройств, опасных для их жизни.

Применение медикаментозных средств при лечении больных наркоманиями вне острых состояний наиболее подробно описано А.Г.Гофманом с соавт. [5], К.Э.Ворониным [7], М.Л.Рохлиной [8, 9] и некоторыми другими специалистами. В этих случаях суггестивные процедуры с использованием тех или иных медикаментов применяются редко, так как больные наркоманиями поддаются внушению в гораздо меньшей степени, чем больные алкоголизмом. Зато для лечения наркоманий существуют свои специфические группы препаратов, которые не назначают больным алкоголизмом. В первую очередь это средства воздействия на опиатные рецепторы.

На Западе широко используется заместительная терапия. Ее суть состоит в том, чтобы перевести больного с “тяжелого” наркотика (например, героина) на более “легкий” (например, метадон). Этот метод применяется при лечении больных опийной наркоманией, в течение длительного времени употребляющих большие дозы героина. Специалисты полагают, что такие больные не могут сразу вдруг отказаться от наркотика и нуждаются в многомесячном переходном периоде, позволяющем постепенно переключиться на режим полного воздержания от приема ПАВ.

Заместительная терапия как терапевтический метод вызывает ожесточенные споры между специалистами. В нашей стране преобладает мнение о нецелесообразно-

**Лекарственные средства и немедикаментозные методы, применяемые
вне острых (подострых) состояний: А — при алкоголизме; Н — при наркоманиях**

Аверсивные (УРТ) — А	Сенсибилизирующие (А)	Используемые при суггестии (А)
Апоморфин эметин отвары баранца и чабреца	тетурам (дисульфiram, антабус, эспераль) метронидазол (трихопол)	эспераль (имплантация) никотиновая кислота и др. вещества (пропе́дура “торпедо”)
Средства воздействия на опиатные рецепторы (Н)		Стимуляторы пресинаптических дофаминовых рецепторов (А, Н)
В рамках заместительной терапии метадон	В рамках блокирующей терапии налуксон налтрексон (антаксон)	Бромкриптин (парлодел)
Витамины		Гепатопротекторы
Группы В	Окислительно-восстановительного действия	
тиамин (В ₁) рибофлавин (В ₂) пиридоксин (В ₆) цианкобаламин (В ₁₂) фолиевая кислота	аскорбиновая кислота (С) никотиновая кислота (РР)	Карсил Гепабене Лив-52 Эссенциале Метадоксил
Смеси, содержащие витамины, минеральные вещества, соли металлов, вещества растительного происхождения (Центрум, Гериавит и пр.) — А, Н		
Немедикаментозные методы (А, Н): рефлексотерапия, электростимуляция (“Лэнар”), УФО крови, психохирургия (стереотаксис)		

сти и даже опасности заместительной терапии. Поэтому ведомственные инструкции не позволяют, как уже было сказано, применять наркотики при лечении больных наркоманиями.

Одним из патогенетически обоснованных видов лечения больных опишной наркоманией является метод блокирующей терапии. Обычно используется налтрексон (антаксон) — препарат, являющийся чистым антагонистом опиатных рецепторов, блокирующий экзогенно введенные опиаты путем конкурентного связывания опиатных рецепторов. Поэтому в период применения налтрексона больной наркоманией не испытывает при приеме опиоидного вещества привычной эйфории.

Налтрексон применяется как средство поддерживающей терапии, направленной на профилактику рецидивов. Препарат в дозе 50 мг в сутки блокирует действие 25 мг внутривенно введенного героина в течение 24 часов. Назначают налтрексон после исчезновения острой симптоматики опиоидного абстинентного синдрома не ранее, чем на 7-10-й день лечения. Существуют две схемы назначения препарата: первая — ежедневный прием 50 мг налтрексона, вторая — прием налтрексона 3 раза в неделю в дозах 100 мг, 100 мг и 150 мг (дважды через день и через 2 дня соответственно). Побочные действия при применении налтрексона встречаются достаточно редко и проявляются в виде гипергидроза, чувства жара, тяжести в голове, озноба. Длительность курса лечения составляет обычно 6—12 месяцев.

Метод блокирующей терапии при всей его перспективности не решает проблемы в том случае, когда у больного нет установки на отказ от наркотика. Такой пациент либо не станет принимать блокирующий препарат, либо преодолеет его эффект, увеличивая дозу наркотика и под-

вергая себя таким образом опасности возникновения тяжелых осложнений.

На стимулятор пресинаптических дофаминовых рецепторов бромкриптин (парлодел) возлагались большие надежды, связанные с возможностью его воздействия на катехоламиновый обмен — биологическую основу формирования патологического влечения к ПАВ. С этой целью данный препарат принимают в небольших дозах в течение длительного времени — например, на протяжении нескольких месяцев. Бромкриптин не нашел, однако, широкого применения в лечебной практике, хотя имелись отдельные сообщения о достигаемых с его помощью длительных ремиссиях как при алкоголизме, так и при наркоманиях. Возможно, распространению препаратов этого типа препятствует неспособность наркологического больного в течение длительного времени терпеливо принимать одно и то же лекарство, если он не видит непосредственного эффекта от него.

Курсовое лечение больных как алкоголизмом, так и наркоманиями невозможно без применения витаминов и гепатопротекторов. Известно, что больные алкоголизмом компенсируют энергетические затраты организма в основном за счет этанола. Поэтому в их организм с пищей не поступают некоторые биологически активные вещества. Особенно рано возникает дефицит витаминов группы В, отрицательно влияющий на проводимость нервных импульсов как в головном мозге, так и в периферической нервной системе. Последствия нарушений такого рода хорошо известны. С дефицитом витаминов группы В связано также развитие миокардиопатии.

Поэтому желательным является включение в курс терапии в течение 3—4 недель инъекций тиамина (В₁), пиридоксина (В₆), цианкобаламина (В₁₂); фолиевой кисло-

ты, пангамата кальция (В15). Из-за нарушений функционирования желудочно-кишечного тракта у наркологических больных прием витаминов группы В не всегда дает нужный эффект. Поэтому растворимые препараты из указанного перечня предпочтительней вводить внутримышечно. Ежедневно назначаются 2,0 витамина В1, 2,0 — витамина В6 и 1,0 (200 мкг) — витамина В12. Возможности использования препаратов этого типа ограничиваются часто возникающими при их применении аллергическими реакциями. Поэтому при длительных курсах лечения введение витаминов группы В чередуют: один день — В1, другой день — В6 и В12, третий — снова В1 и т.д.

В рамках курсового лечения, особенно в первые 1—2 недели цикла, как правило, применяются аскорбиновая кислота (витамин С) и никотиновая кислота (витамин РР). Первая вводится в дозе 2,0–5,0 внутривенно или внутримышечно, вторая — в дозе 2,0–3,0 внутримышечно. Эти вещества ускоряют окислительно-восстановительные процессы и позволяют в более короткие сроки устранить метаболические нарушения, имеющие место у больных как алкоголизмом, так и наркоманией.

Прочное место в курсовом лечении наркологических больных заняли гепатопротекторы, назначаемые не только врачами соматического профиля, но и психиатрами-наркологами. Они повышают устойчивость организма к любым токсическим воздействиям, включая алкоголь и наркотики, путем повышения активности ферментных систем печени. В их числе карсил, гепабене, лив-52 — вещества растительного происхождения, обладающие умеренно выраженным гепатопротекторным действием.

Очень популярен при лечении больных алкоголизмом эссенциале, содержащий фосфолипиды, а также комплекс витаминов (в основном группы В). Используется также препарат метадоксил, который не только улучшает функцию печени, но и купирует абстинентные расстройства. Наконец, в последнее время начал применяться препарат гептрал, обладающий как гепатопротекторным действием, так и антидепрессивным, а также активирующим эффектами.

Популярны также комбинированные препараты, содержащие кроме витаминов и гепатопротекторов минеральные вещества, соли металлов, различные вещества растительного происхождения. К ним относятся централ, гериавит и десятки других аналогичных лекарственных средств. Хотя терапевтические возможности, создающиеся при их использовании, реклама нередко преувеличивает, применение лекарственных смесей этого типа несомненно улучшает процессы метаболизма в организме наркологических больных.

В последние годы расширилась сфера применения при наркологических заболеваниях вне острых (подострых) состояний немедикаментозных методов лечения. Некоторые специалисты, ориентированные на восточную медицину, успешно используют рефлексотерапию, в первую очередь иглорефлексотерапию [10 и др.]. С ее помощью удается купировать нарушения, возникающие в структуре легких и средних абстинентных состояний. Кроме того, смягчаются невротические и психопатоподобные, а также аффективные расстройства, наблюдающиеся у наркологических пациентов в состоянии ремиссии.

Примерно тот же круг показаний имеет электростимуляция. В России она чаще всего проводится с помощью аппарата “Лэнар” [11]. Следует отметить как положительный факт, что и при рефлексотерапии, и при электростимуляции используется иной, чем при лекарственной тера-

пии, механизм воздействия на организм. Это особенно важно в практике лечения больных наркоманией. Применяется также ультрафиолетовое облучение (УФО) крови, активизирующее, по мнению сторонников данного метода, защитные силы организма [12].

Наконец, в последние несколько лет при лечении больных наркоманией стали использоваться так называемые стереотаксические нейрохирургические операции [13], в ходе которых производится разрушающее воздействие на нервную ткань с помощью криозонда (температура наконечника — 70 °С). Криозонды вводятся с двух сторон в височной области — в точках Кохера. Разрушению подвергается нервная ткань поясных (цингулярных) извилин. Имеются отдельные сообщения о высоком эффекте таких операций даже в случаях, резистентных к медикаментозному лечению. При этом, однако, трудно исключить, что в основе позитивного эффекта лежит шок-овое психотерапевтическое воздействие на пациентов. Кроме того, неясным остается вопрос о возможности возникновения осложнений при применении данного метода, в особенности отдаленных и скрыто проявляющихся.

Психофармакологические препараты применяются в наркологии почти так же широко, как и в психиатрии [2—5, 8, 9, 14]. Некоторые средства этого типа, используемые в последние годы при лечении наркологических больных в клинике ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, представлены в табл. 2. Из нейролептиков при лечении алкоголизма и наркоманий предпочтение следует отдавать так называемым “малым”¹ препаратам этого типа. Это связано с легкостью возникновения и стойкостью осложнений соматического и неврологического характера у лиц с наркологическими заболеваниями (сердечно-сосудистых нарушений, поражений печени и экстрапиримидных расстройств). Кроме того, при поддерживающем лечении “больших” нейролептиков, даже в случае применения умеренных доз, дестабилизируют состояние больных в ремиссиях, мешают поддерживать с трудом выработанный активный образ жизни.

Однако при лечении наркологических больных с острыми (подострыми) состояниями, да еще в условиях лекарственного дефицита, без “больших” нейролептиков обойтись, как правило, не удастся. Применяются они не только с целью купирования возможных психотических расстройств, но и для подавления обострений влечения к ПАВ и смягчения сопутствующих психопатоподобных расстройств (коррекции поведения).

В этих случаях чаще всего применяют препараты с мощным седативным действием: аминазин, тизерцин и галоперидол. Однако при выборе доз этих препаратов, учитывая вышесказанное, надо быть предельно осторожными. Нежелательно употребление мегадоз “больших” нейролептиков с целью “выключить” пациента, не дать ему таким способом возможности продолжить употребление ПАВ. Для купирования психопатоподобных расстройств, проявляющихся в структуре абстинентного синдрома (АС) у больных наркоманией, успешно применяется препарат пипортил, обладающий пролонгированным действием.

Трифазин и этаперазин, не являющиеся столь мощными седатиками, как предыдущие средства, нередко ис-

¹ К “малым” нейролептикам относят такие психофармакологические препараты, которые хотя и обладают умеренно выраженными седативным и антипсихотическим эффектами, но зато не вызывают серьезных побочных действий и осложнений.

Психофармакологические средства, применяемые при лечении наркологических заболеваний

Нейролептики			
Большие		Малые	
Производные фенотиазина аминазин тизерцин трифтазин этаперазин пипортил	Прочие галоперидол азалептин	Производные фенотиазина сонапакс неулептил терален	Прочие эглониал тиаприд хлорпротиксен пимозид
Транквилизаторы			
Без седации тазепам рудотель транксен фризиум грандаксин	С седацией седуксен элениум ативан геминеврин	Снотворные феназепам рогипнол радедорм имован	
Антидепрессанты			
Традиционные (трициклические и пр.)		Новые	
Без седации мелипрамин пертофан пиразидол	С седацией амитриптилин инсидон доксепин лудиомил	Без седации прозак ципрамил ауририкс	С седацией феворин паксил леривон коаксил
Соли лития			
Ноотропы			
“Истинные” пирацетам аминалон энцефабол		С ноотропным компонентом действия оксибутират натрия фенибут пикамилон пантогам ацефен	
Антиконвульсанты			
финлепсин конвулекс			

пользуются вне острых (подострых) состояний для купирования влечения к ПАВ. Азалептин назначается в небольших дозах для улучшения ночного сна, поскольку потенцирует эффект снотворных препаратов.

Но наиболее широко в рамках курсового лечения наркологических больных применяются “малые” нейролептики. Они позволяют без особых осложнений купировать психопатоподобные, неврозоподобные, аффективные и другие расстройства пограничного уровня, проявляющиеся как в структуре АС, так и вне его. Наряду с этим смягчаются связанные с появлением указанных расстройств обострения патологического влечения к ПАВ. В отличие от транквилизаторов “малые” нейролептики не обладают эйфоризирующим действием и даже их длительный прием не сопровождается развитием зависимости от них.

Наиболее традиционными являются такие производные фенотиазина, как сонапакс, неулептил, терален. Неулептил чаще используется как средство купирования психопатоподобных расстройств. Его называют еще корректором поведения. Терален назначается при преобладании аффективных расстройств. Сонапакс является универсальным средством купирования различной патологии такого рода.

Лекарственные средства, отнесенные к группе прочих “малых” нейролептиков (эглониал, тиаприд, хлорпротиксен, пимозид) являются производными самых разных групп химических соединений. Эти препараты обладают относительно слабым седативным и транквилизирующим эффектом. Исключение, может быть, составляет лишь эглониал, сходный по характеру действия с сонапаксом. Тем не менее лекарственные средства данной группы, приме-

няемые в течение нескольких недель, позволяют добиваться довольно глубокой стабилизации психического состояния больных и смягчения возникающих у них психопатологических проявлений пограничного уровня, сопровождающихся обострением болезненного влечения к ПАВ. При этом отсутствуют, как уже говорилось ранее, какие-либо выраженные побочные эффекты и осложнения. Поэтому “малые” нейрорептики данного типа очень популярны у наркологов.

Каждый из препаратов обладает своими индивидуальными особенностями. Пимозид удобен для поддерживающей терапии, так как является ретардированным препаратом и его можно принимать лишь 1 раз в сутки. Тиоприд, кроме своего основного действия, обладает еще и анальгезирующим эффектом, что немаловажно в наркологии. Тиоприд снимает также алкогольный тремор.

Транквилизаторы в отличие от “малых” нейрорептиков не применяются при наркологических заболеваниях (особенно при наркоманиях) в виде длительных курсов из-за наличия у них эйфоризирующего эффекта и возможности формирования зависимости — вначале психической, затем физической. Зато в виде коротких курсов при острых (подострых) состояниях некоторые из них используются достаточно широко.

Это относится в первую очередь к седуксену (реланиуму), вводимому парентерально. При тяжелом алкогольном АС с риском развития делирия внутримышечно вводят 4,0 седуксена. Далее инъекцию повторяют через каждые 4 часа. Седуксен в этих случаях выгодно отличается от тизерцина и галоперидола отсутствием побочных явлений и осложнений сердечно-сосудистого и неврологического характера. Выраженная седация сопровождается, как правило, наступлением сна. Другие транквилизаторы, обладающие отчетливым седативным эффектом, в частности, элениум и ативан, также назначаются при наркологических заболеваниях, если имеют место, в частности, сопутствующие невротоподобные расстройства, но такая практика распространена не очень широко.

В некоторых западных странах при купировании алкогольного АС широко применяется геминебрин (дистрайнерин), обладающий мощным седативным и снотворным действием, а также эффективно купирующий вегетативные расстройства. Отрицательная особенность геминебрина — очень большая легкость развития у больных психической зависимости от препарата. Кроме того, при его парентеральном введении у медицинского персонала могут возникнуть аллергические явления, в частности, повышенная бронхиальная секреция.

Еще реже при наркологических заболеваниях назначаются препараты из этой группы, не обладающие седацией, так называемые дневные транквилизаторы: тазепам, рудотель, транксен, фризидум и прочие. Исключение составляет грандаксин, который часто используется при алкоголизме в достаточно больших дозах в качестве вегетативного регулятора.

Очень широко применяются в наркологии снотворные препараты — как производные бензодиазепина, так и представители других фармакологических групп. Одним из важных элементов зависимости от ПАВ, в особенности от седативных препаратов, является невозможность отказа от них из-за возникающих в этом случае грубых нарушений сна. Наиболее популярными у наркологов гипнотиками являются феназепам, рогинол, раделорм и имован. Последний не влияет на “быструю” фазу сна и поэто-

му принимающие препарат больные после пробуждения меньше, чем при приеме других препаратов, испытывают последствие в виде вялости и сонливости.

Переходя к характеристике антидепрессантов, следует отметить, что сейчас их популярность при лечении зависимостей от ПАВ возрастает. Это связано, во-первых, с тем, что у многих больных наркоманиями стали обнаруживаться скрытые депрессии. Во-вторых, в последние годы наблюдается определенный прорыв в синтезе антидепрессантов нового поколения, которые вытесняют представителей старых фармакологических групп.

Тем не менее традиционные, в первую очередь трициклические антидепрессанты, продолжают применяться в наркологии довольно широко. При этом чаще назначаются антидепрессанты с седативным компонентом действия. Это связано с тем, что аффективные расстройства при наркологических заболеваниях обычно не имеют эндоформного характера и сопровождаются психопатоподобными, невротоподобными и другими расстройствами. Кроме того, антидепрессанты с чисто тимолептическим действием (без седативного компонента) не оказывают действия на патологическое влечение к ПАВ.

Поэтому при лечении наркологических заболеваний предпочтение отдается из трициклических препаратов амитриптилину, инсидону, доксепину и прочим, из других групп — лудиамилу (гетероциклическое соединение) и иным средствам. Антидепрессанты без седации обычно применяются при формировании зависимости от ПАВ на фоне других психических расстройств с аффективной патологией. В таких случаях депрессивные состояния могут иметь эндоформный характер. Из трициклических препаратов используются мелипрамин, пертофран и прочие, из других групп — пиразидол (гетероциклическое соединение) и иные средства.

По многочисленным сообщениям последних лет, препараты новых фармакологических групп дают при наркологических заболеваниях лучший эффект, чем классические трициклические антидепрессанты. Это в особенности относится к селективным ингибиторам обратного захвата серотонина: прозаку, ципрамилю, феворину и паксилу. Столь же перспективными являются аурорикс, являющийся обратимым ингибитором МАО, а также леривон и коаксил, относимые к гетероциклическим соединениям.

При этом оказывается, что очень мягкий эффект, отсутствие побочных действий позволяют успешно использовать и препараты чисто тимолептического действия (без отчетливой седации), такие, как прозак, ципраamil и аурорикс. Они, по предварительным данным, не вызывают обострения патологического влечения к ПАВ. Но все же в случаях, при которых угнетенность настроения сочетается с выраженными тревогой, возбудимостью, истерическими расстройствами, более предпочтительными являются препараты, обладающие отчетливым седативным компонентом действия: феворин, паксил, леривон.

Особняком в группе антидепрессантов стоят соли лития. Они используются при развитии зависимости от ПАВ на фоне хронически проявляющихся аффективных расстройств (циклотимии). При этом соли лития не купируют депрессии, а лишь предупреждают их возникновение в будущем. Наряду с исчезновением или смягчением депрессий уменьшается злоупотребление в эти периоды алкоголем или другими ПАВ. То же самое происходит с состояниями гипомании. Для достижения необходимого

Список литературы

эффекта курс лечения солями лития должен быть достаточно длительным (не менее нескольких месяцев) и сопровождаться периодическим определением концентрации препарата в крови. Поскольку наркологические больные не склонны к длительному терпеливому приему вообще каких-либо лекарственных средств, практика применения солей лития не получила в наркологии широкого распространения.

Еще одной группой психофармакологических средств, применение которых в наркологии в последние годы резко расширилось, являются ноотропы. Все наркологические заболевания являются по существу интоксикационными процессами, приводящими рано или поздно к органическому снижению и слабоумию. Поэтому наличие зависимости от ПАВ является прямым показанием для назначения препаратов этой группы.

Ноотропы, как известно, активизируют синтез фосфолипидов, улучшают метаболизм в мозговой ткани и стимулируют передачу нервных импульсов. Благодаря этому улучшаются память и способность к концентрации внимания, восстанавливается работоспособность, повышается жизненная активность больных.

Наиболее отчетливые эффекты такого рода дают так называемые истинные ноотропы, в особенности пирацетам. В больших дозах он способен даже повышать настроение, "будоражить" больных, обострять влечение к ПАВ, нарушать сон. Аминолон и энцефабол дают менее отчетливые ноотропные эффекты, но и не активизируют больных.

Существует также ряд препаратов, лишь частично обладающих ноотропным действием и дающих не столь глубокий и стойкий эффект в плане улучшения интеллектуально-мнестических функций. К ним относятся оксibuтират натрия, фенибут, пикамилон, пантогам, ацефен и другие препараты.

При лечении АС (и алкогольного, и опиийного) применяются антиконвульсанты (финлепсин).

1. Морозов Г.В., Иванец Н.Н. Медикаментозная терапия алкоголизма // Алкоголизм: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1983. — С.311-342.
2. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. — М., 1994. — 216 с.
3. Альтшулер В.Б. Фармакотерапия в клинике алкоголизма // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н.Иванца. — Т.2. — М.: Медпрактика-М, 2002. — С.25-38.
4. Энтин Г.М., Крылов Е.Н. Клиника и терапия алкогольных заболеваний. — М., 1994. — Т.1. — С.168.
5. Гофман А.Г., Музыченко А.П., Энтин Г.М. и др. Лекарственные средства в клинике алкоголизма и наркоманий. — М., 1999. — 106 с.
6. Гофман А.Г., Бориневич В.В., Черняховский Д.А. и др. Наркомании, токсикомании и их лечение: Метод. рекомендации. — М., 1979. — 48 с.
7. Воронин К.Э. Принципы фармакотерапии наркоманий // Лекции по клинической наркологии / Под ред. Н.Н.Иванца. — М., 1995. — С.158-174.
8. Рохлина М.Л. Фармакотерапия наркоманий. 2-е изд.: Пособие для врачей психиатров-наркологов. — М., 1999. — 30 с.
9. Рохлина М.Л. Фармакотерапия наркоманий // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н.Иванца. — Т.2. — М.: Медпрактика-М, 2002. — С.39-56.
10. Дуринян Р.А., Коханов В.Н. Рефлексотерапия хронического алкоголизма: Метод. рекомендации. — М.: Минздрав СССР, 1961. — 21 с.
11. Кривенков А.Н., Баринев А.М., Валентик Ю.В. Результаты использования метода транскраниальной электростимуляции в лечении больных алкоголизмом // Вопросы наркологии. — 1989. — № 4. — С.33-34.
12. Сосин И.К., Мысько Г.Н., Гуревич Я.Л. Немедикаментозные методы лечения алкоголизма. — Киев: Здоровье, 1986. — 152 с.
13. Лупик А.А. Расчетная стереотаксическая магнитно-резонансная томография для стереотаксических операций: Метод. рекомендации. — Новокузнецк, 1998. — 16 с.
14. Иванец Н.Н., Игонин А.Л. Применение психофармакологических средств для лечения хронического алкоголизма: Метод. указания. — М.: Минздрав СССР, 1975. — 26 с.

COURSES OF MEDICINAL AND NON-MEDICINAL BIOLOGICAL TREATMENT OF PERSONS ABUSED BY PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

DMITRIEVA T.B.	Academician, RAMS. Professor, Head of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow;
IGONIN A.L.	MD. PhD. Professor, of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow;
KLIMENKO T.V.	MD. PhD. Professor, of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow;
PISCHICOVA L.E.	MD. PhD. senior researcher of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow;
KULAGINA N.E.	MD. PhD. senior researcher, of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow.

The paper is continuing a range of communications prepared and published by T.B.Dmitrieva with co-authors on methods of treatment by persons abused by psychoactive substances. In this paper characteristics of courses of medicinal and non-medicinal biological treatment using without acute states are discussed.