

Клинические особенности бензиновой токсикомании у женщин

АЛИЕВ Н.А.

д.м.н., профессор, Бакинский городской психоневрологический диспансер; e-mail: alievnadir@yahoo.com

АЛИЕВ З.Н.

д.м.н., доцент, кафедра психиатрии Азербайджанского медицинского университета

Цель данной работы — исследование клинических особенностей женской бензиновой токсикомании. Установлено, что основными клиническими особенностями бензиновой токсикомании у женщин являются: зрелый возраст, прием в одиночестве, среднее специальное или высшее образование, преобладание в клинической картине депрессивных и депрессивно-фобических, аллопсихических (дереализация) и ауто-соматических деперсонализационных расстройств.

Ключевые слова: бензиновая токсикомания, клиника, женщины

Введение

Токсикомания в переводе с греческого — влечение к ядовитому веществу (toxikon — яд, которым смазывали стрелы; mania — страсть, влечение). Токсикоманические средства часто вызывают не опьянение, а одурманивание, а незначительное превышение их дозы может спровоцировать нарушение психики или тяжелое отравление.

Токсикомания, вызванная летучими веществами (ЛВ), распространена преимущественно в молодежной среде. Злоупотребляют нюханием дети с 6—8 лет, основную группу составляют дети и подростки 12—15 лет. Для лиц старшего возраста и взрослых такая токсикомания нехарактерна.

Впервые токсикомания была зафиксирована в 1960 г. в США, где было установлено, что подростки доводят себя до состояния наркотического опьянения путём вдыхания различных газообразных веществ (бензин, растворители, лаки, краски и др.). В СССР в конце 60-х годов были отмечены случаи токсикомании с вдыханием пятновыводителей, бензина, а затем, в конце 80-х годов, — с применением клея «Момент».

В последние десятилетия внимание исследователей привлекает злоупотребление ингалянтами — ЛВ, вдыхаемыми с целью опьянения. Для их обозначения в специальных литературных источниках применяют различные термины: «летучие растворители» (МКБ-10), «летучие ароматические вещества», «летучие наркотически действующие вещества», «средства бытовой и промышленной химии», «летучие углеводороды», «летучие органические соединения», «ингалянты» и др.

По данным ООН [24], в Соединённых Штатах Америки 19% детей и подростков в возрасте 13—17 лет злоупотребляли различными ЛВ, в Англии — 20,0% в возрасте 15—16 лет, в Австралии — 25,5% в возрасте 12—17 лет. В настоящее время это

явление достигло широкого размаха и распространилось повсеместно.

В США по числу обращений за медицинской помощью по поводу злоупотребления ПАВ лица с зависимостью от ЛВ занимают четвёртое место. Широкая распространенность ЛВ обусловлена низкой стоимостью, многообразием форм выпуска, отсутствием строгого учёта, лёгкостью применения, наступлением быстрого эффекта опьянения, короткой продолжительностью действия [17].

Проблеме бензиновой токсикомании в англо-русской литературе посвящены многочисленные работы [3—16, 18—19, 20, 22, 25], однако анализ данных мировой литературы о токсикомании свидетельствует о том, что специальные работы, посвященные клинике бензиновой токсикомании у женщин, отсутствуют. В то же время, проблема женского алкоголизма отражена во многих исследованиях, среди которых следует особо выделить труды В.Б. Альпшулера и др. [1, 2, 21].

Цель данной работы — исследование клинических особенностей женской бензиновой токсикомании.

Пациенты и методы исследования

20 пациентов, все женщины, были под наблюдением в Психоневрологическом диспансере Главного управления здравоохранения г.Баку Минздрава Азербайджанской Республики. Работа была проведена с января 2010 по август 2011 года. Диагноз *бензиновая токсикомания* (F18) был установлен, согласно контрольному перечню диагностических критериев МКБ-10 (Psychoactive Substance Use Syndromes Module) [23]. Контрольный перечень диагностических критериев состоит из девяти вопросов, относящихся к периоду времени, непосредственно предшествовавшему началу текущего периода лечения.

О синдроме зависимости свидетельствовало наличие трех и более симптомов из 1, 2, 3, 5, 7 и 9 (The ICD-10 Symptom Checklist for Mental Disorders

World Health Organization 2004) [24]. От всех обследованных больных были получены 5 и более положительных ответов в отношении симптомов. Это исследование коммерчески не спонсировалось. Пациенты до настоящего исследования не получали психотропных препаратов или антиконвульсантов. Все пациенты работали и имели среднее специальное или высшее образование, были замужем, некоторые из них даже имели внуков. Возраст больных колебался от 30 до 55 лет (стандартное отклонение $38,5 \pm 6,6$). Длительность бензиновой токсикомании составила 5—10 лет.

От всех пациентов было получено письменное согласие на основе полной информации после полного объяснения проекта протокола.

Результаты исследования и их обсуждение

Обследованные больные обращались в Психоневрологический диспансер не по поводу бензиновой токсикомании, а с разными психопатологическими расстройствами. Среди психопатологических расстройств преобладали аффективные расстройства депрессивного типа и фобические.

Аффективные расстройства депрессивного типа характеризовались следующими симптомами: сниженного настроения, утраты интересов и удовольствия, повышенной утомляемости и сниженной активности. Отмечалась выраженная утомляемость даже при незначительном усилии. Также были отмечены сниженная способность к концентрации и вниманию; сниженные самооценка и чувство уверенности в себе; идеи виновности и унижения; мрачное и пессимистическое видение будущего; идеи или действия, направленные на самоповреждение или суицид; нарушенный сон; сниженный аппетит. Сниженное настроение мало колеблется в течение дней, и часто не было реакции на окружающие обстоятельства, характерных суточных колебаний.

Среди вышеуказанных симптомов наиболее типичным были: утрата интересов и удовольствия от деятельности, которая в норме доставляет удовольствие; утрата эмоциональной реактивности на окружение и события, которые в норме приятны; пробуждение по утрам на 2 ч или более раньше, чем в обычное время; снижение аппетита; потеря в весе; выраженное снижение либидо.

Фобическая тревога выражалась в таких симптомах, как сердцебиение или ощущение дурноты, часто сочеталась с вторичными страхами смерти, потери самоконтроля или сумасшествия. Фобическая тревога часто сосуществовала с депрессией. Депрессивные состояния всегда сопровождались фобической тревогой, а пониженное настроение часто сопутствовало некоторым фобиям. Эти состояния можно было оце-

нить как сочетанная фобическая тревога и депрессивный синдром. Сначала появлялся депрессивный синдром, а затем присоединялись фобические симптомы. При этом преобладали все фобические расстройства, кроме социальных фобий.

Для бензиновой токсикомании как во время абстинентного состояния, так и вне абстиненции было характерно паническое расстройство с эпизодами пароксизмальной тревожности: общими являлись неожиданно возникающие сердцебиение, боли в груди, ощущение удушья, головокружение и чувство нереальности (деперсонализация или дереализация). Почти неизбежны также вторичный страх смерти, потери самоконтроля или сумасшествия. Обычно панические атаки продолжались лишь минуты, хотя временами длились и дольше. В панической атаке больные часто испытывали резко нарастающие страх и вегетативные симптомы.

Генерализованное тревожное расстройство выражалось жалобами на чувство постоянной нервозности, дрожь, мышечное напряжение, потливость, сердцебиение, головокружение и дискомфорт в эпигастральной области.

Часто выражаются страхи того, что больной или его родственник скоро заболеют, или с ними произойдет несчастный случай, а также другие разнообразные волнения и дурные предчувствия. Таким образом, генерализованное тревожное и смешанное тревожное и депрессивное расстройство были характерны для женщин, страдающих бензиновой токсикоманией.

При сборе подробных анамнестических данных, было установлено, что все вышеуказанные психопатологические расстройства появлялись через 2—3 мес. с начала регулярного злоупотребления бензином. Злоупотребления бензином женщины совершали в одиночестве, в отличие от подростков и юношей, для которых характерна групповая форма злоупотребления ЛВ.

У всех обследованных до регулярного злоупотребления бензином отмечались: железодефицитная анемия, фиброма матки, по поводу которой 5 женщин подвергались ампутации матки. Клинико-психопатологическое обследование изученных больных показало, что в клинической картине больных, как в абстинентном, так и постабстинентном состояниях преобладали депрессивные и депрессивно-фобические расстройства. У обследованных больных продолжительность абстинентного состояния в среднем составило 10—15 дней. Следует отметить, что все больные облегчали тяжесть абстинентного состояния путем курения табака. В клинической картине больных как в абстинентном, так и в постабстинентном состояниях преобладали проявления аллопсихической и аутосо-

матических деперсонализационных расстройств. У наших больных не наблюдались психозы и явное снижение интеллектуально-мнестических функций, но отмечались рассеянность внимания и легкое снижение памяти.

Для установления клинических особенностей бензиновой токсикомании у женщин мы провели сопоставительный анализ полученных нами данных с литературными сообщениями. Как было отмечено выше, специальных работ, посвященных клинике бензиновой токсикомании у женщин, не проводилось.

Известно, что при употреблении бензина взрослыми первые вдохи вызывают шум в ушах, элементарные слуховые галлюцинации (звонок, шум поезда). Окружающее воспринимается необычным, нереальным, но одновременно приятным и привлекательным. Постепенно нарастает пелена перед глазами, нарушается координация движений. На высоте бензиновой интоксикации у детей и подростков возникают зрительные галлюцинации, у взрослых, кроме того, — слуховые галлюцинации (пение, музыка, стихи). Передозировка бензина вызывает делирий. К числу особенностей опьянения при вдыхании бензина относят бедность симптоматики. Психопатологические феномены ограничены гипнагогическими зрительными галлюцинациями и умеренно выраженными нарушениями восприятия объемов, расстояний, расстройствами проприорецепции, сенсорного синтеза. Характерны неглубокое помрачение сознания, редкость онирических эпизодов, психических автоматизмов, нечеткость воспоминаний о пережитом. Отмечают возможность визуализации представлений.

Первым бензиновым опьянением у детей и подростков сопутствуют неприятные соматовегетативные проявления, вестибулярные расстройства, чувство внезапно наступающей глубокой оглушенности. При повторных ингаляциях выраженность соматовегетативных симптомов уменьшается, возникают кратковременные дереализационные, метаморфоптические, дисморфоптические нарушения, приступы витального страха. Характерны нарушения цветового зрения: зелёный цвет воспринимают как красный или оранжевый. Возможен своеобразный зрительный иллюзорно-галлюцинаторный феномен, возникающий по механизму внушённых обманов восприятия: во время вдыхания бензина при фиксации взгляда и сосредоточенном представлении определённого образа последний визуализируется; он не обладает яркой чувственной окраской, плоский, неподвижный, «как на фотоснимке».

Описание клиники бензинового опьянения по сравнению с таковым при употреблении других разновидностей ЛВ широко представлено в литературных источниках [4, 7, 10—12]. Общее для состояния

опьянения — восприятие окружающего мира, который становится необычным, нереальным и поэтому привлекающим внимание. Ощущения носят характер приятного, ранее не испытанного чувства удовлетворения. При вдыхании бензина возникает приятное головокружение, эйфория, чувство лёгкости во всём теле, стройность мышления, явления парестезии. Спустя 3—5 мин состояние опьянения сменяют сильная головная боль, вялость, безразличие, сонливость. При вдыхании ацетона или растворителей красок отмечают более сильное по выраженности опьянение, с глубокой степенью психического комфорта в виде блаженства, отрешённости, беззаботности; также характерна большая продолжительность опьянения (25—30 мин).

Обычно абстинентное состояние при употреблении бензина возникает спустя сутки после его последнего приёма. На первый план у больных выступают психические расстройства (подавленность, раздражительность), нарушения сна. Отмечают отсутствие аппетита, отвращение к курению, тупую диффузную головную боль. На 2-е—3-и сутки возникают тошнота, боли в надчревной и правой подвздошной области, иногда — рвота. Характерны жидкий частый стул, болезненность при пальпации в правом подреберье, надчревной, илеоцекальной области, а также гипергидроз, тахикардия. В ночное время возникают боли и судорожные подёргивания в мышцах нижних конечностей. Больные беспокойны, тревожны.

В связи с тем, что диагностические критерии острой интоксикации, обусловленной употреблением ЛВ (F18.0), в том числе бензином, достаточно широко описаны в литературе, мы считаем, на них подробно не останавливаться.

На наш взгляд, следует коротко остановиться на проявлениях основных фаз интоксикации, описанной И.Н. Пятницкой [10].

Первая фаза представлена чувством опьянения, сходным с алкогольным: приятный шум в голове, подъем настроения с предвкушением будущих впечатлений, приятные телесные ощущения теплоты, расслабленности конечностей. В этой фазе нетрудно пробудить опьяневшего. Сознание сужено, сконцентрировано на переживаниях.

Вторая фаза возникает при повторных вдыханиях. Четко ощущаемое благодушное веселье, беспечность. Многие начинают смеяться, петь. Сознание утрачивает ясность, реальное окружающее воспринимается иллюзорно. Предметы меняют свою форму, пространственное соотношение, краски кажутся яркими, глубокими. Звуки искажаются, становятся необычными. Расстраивается проприорецепция. Тело кажется легким, части его увеличенными или укороченными. Потребность в движении сохраняется, но коорди-

нация нарушена, опьяневшие падают, теряют равновесие, потешаются друг над другом, все кажется им чрезвычайно забавным. Появляется дурашливость. Случаи агрессии редки. Движения атаксичны, речь невнятная, смазанная. На начальных этапах злоупотребления этой фазой опьянение ограничивается.

Третья фаза возникает при увеличении дозы ЛВ у лиц, употреблявших вещества неоднократно. Появляется наплыв галлюцинаторных зрительных образов («мультики»). Галлюцинации яркие, подвижные, часто мелких размеров, проецируются вовне, как на экране. Их можно усилить или остановить лишь в самом начале. В дальнейшем они приобретают спонтанное движение. Опьяневшие говорят, что им «показывают». Сюжетность, последовательность передать трудно, однако часто появляются одни и те же сцены, один и тот же персонаж, т. е. наблюдается стереотипизация расстройств. Слуховые, обонятельные, тактильные обманы более редки. Слуховые обманы чаще возникают в форме акаозмов: шум, звон, гудение колоколов и как изменение естественности звуков — необычность голосов, громкость тихих и отдаленность громких звучаний, их странный оттенок. Происходит отчуждение восприятия себя, своего тела. Опьяневшие видят себя со стороны, отделившиеся части своего тела (часто мозг), видят свое тело изнутри. Эти висцероскопические галлюцинации они видят «внутренним зрением». Психосенсорные расстройства разнообразны: кажется, двигаются стены, обваливается пол, иногда переживается не только чувство полета, но и падения. Все вокруг кажется иным, измененным. Иногда опьяневшие чувствуют себя в иных мирах, в космосе. Состояние сознания онейрическое. Отчуждение, неуправляемость психическими патологическими феноменами, их сделанность, дереализация сопровождаются и другими признаками психического автоматизма: зрительные галлюцинации во внутреннем поле зрения, видимые не зрением, а мысленно, за пределами обычного поля; деперсонализация проявляется переживаниями распада целостности, отделения души, растворения ее в дальних мирах.

При злоупотреблении бензином для абстинентного синдрома характерна боль в эпигастриальной и правой подвздошной области, послабление кишечника, иногда рвота. При возобновлении вдыханий паров бензина указанные проявления исчезают. Нарастание симптоматики продолжается в течение 4—6 дней, после чего болезненные признаки редуцируются в обратном порядке, причём соматические быстрее, чем психические. Наиболее длительны расстройства настроения с периодическим обострением раздражительности, недовольства, приступами тоски или злобы, нарушения сна. Общая продолжительность абстинен-

тного синдрома до 10—15 дней, состояния неустойчивого равновесия — до 1,5—2 мес. [10].

У обследованных нами больных проявления первой и второй фаз интоксикации в основном совпадают с таковыми, описанными И.Н. Пятницкой [10]. Но клиническая картина третьей фазы интоксикации резко отличается. Так, в клинической картине бензиновой токсикомании у женщин практически не наблюдаются такие симптомы третьей фазы интоксикации, как наплыв галлюцинаторных зрительных образов («мультики»), яркие галлюцинации, подвижные, часто мелких размеров, которые проецируются вовне, как на экране. Опьяневшие говорят, что им «показывают», фиксируют слуховые обманы и др.

В третьей фазе интоксикации в клинической картине бензиновой токсикомании у женщин наблюдаются лишь такие симптомы, как редкие обонятельные, тактильные галлюцинации, психосенсорные, аутосоматические и аллопсихические расстройства, дереализация.

У наших больных, в отличие от литературных данных, большой наркоманический синдром обычно формировался через 1—2,5 года. Заболевание протекало в умереннопрогредиентной форме. Злокачественные формы токсикомании характеризуются развитием выраженного психоорганического синдрома, приводящего больных к инвалидизации, мы не наблюдали. В подавляющем числе случаев течение токсикомании протекало с ремиссиями от 1 до 1,5 года.

Заключение

Подытоживая результаты исследования можно заключить, что основными клиническими особенностями бензиновой токсикомании у женщин являются: зрелый возраст, прием в одиночестве, среднее специальное или высшее образование, преобладание в клинической картине депрессивных и депрессивно-фобических, аллопсихической (дереализация) и аутосоматических деперсонализационных расстройств, частая встречаемость железодефицитной анемии и фибромы матки в анамнезе до появления бензиновой токсикомании. Отмечается отсутствие злокачественных форм течения бензиновой токсикомании, психоорганического синдрома и инвалидизации больных и др.

В настоящее время нам не известна причинная связь анемии и фибромы матки с бензиновой токсикоманией у женщин, как это имеет место при ВИЧ-инфекции, когда до появления ВИЧ-инфекции у больных наблюдается саркома Капоши. Поэтому основными направлениями дальнейших исследований в этой области являются выяснение механизмов связи между анемией, фибромой матки с бензиновой токсикоманией у женщин.

Из полученных данных вытекает логический вывод: лечение бензиновой токсикомании у женщин должно быть направлено на устранение тех психопатологических синдромов, которые характерны для этого заболевания (с использованием антидепрессантов, антитревожных, антифобических и других препаратов).

Список литературы

1. Альтшулер В.Б. Алкоголизм. — М.: ГЭОАР-Медиа, 2010. — 264 с.
2. Альтшулер В.Б., Иванец Н.Н., Кравченко С.А. Женский алкоголизм: клинические аспекты. — М.: Гениус, 2006. — 216 с.
3. Брукс Д.Т., Лунг Г., Шеннон М. Летучие вещества (ингалянты) // Наркология / Пер. с англ. — М.: СПб.: БИНОМ; Невский диалект, 1998. — С. 240—253.
4. Говорин Н. В., Арапова Е. А. Клиника бензиновой токсикомании у подростков и вопросы личностной predisposition. // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. — М.: МЗ РСФСР, 1985. — С. 26—28.
5. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: Руководство для врачей. — Л.: Медицина, 1991. — 304 с.
6. Михайлов М.А. Психопатология интоксикации летучими органическими растворителями // Социальная и клиническая психиатрия. — 1996. — №1. — С. 54—65.
7. Москвичев В.Г. Клинические аспекты ингаляционного употребления подростками средств бытовой и промышленной химии // Вопр. наркологии. — 1998. — №2. — С. 29—33.
8. Наркология: Национальное руководство / Под ред. Н.Н.Иванца, И.П.Анохиной и М.А.Винниковой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 720 с.
9. Психиатрия: Национальное руководство / Под ред. Т.Б.Дмитриевой, В.Н.Краснова, Н.Г.Незнамова, В.Я.Семке, А.С.Тиганова. — М.: ГЭОАР-Медиа, 2009. — 1000 с.
10. Пятницкая И.Н. Наркология: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1994. — 540 с.
11. Узлов Н.Д. Абстинентный синдром при бензиновой токсикомании у подростков. Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. — М.: МЗ РСФСР, 1987. — С. 145—147.
12. Цымбал Е.И. Психические расстройства при интоксикации летучими органическими веществами // Вопр. наркологии. — 1999. — №2. — С. 35—39.
13. Anderson C. E., oomis G.A. Recognition and prevention inhalant abuse // Am Fam Physician 68:869-874, 2003.
14. Davies B., Thorley A., O'Connor D. (1985). Progression of addiction careers in young adult solvent misusers. British Medical Journal, 290, 6482.
15. Flanagan B., Ives R. (1994). Volatile substance abuse. Bulletin on Narcotics, 46, 49-78.
16. Ives R. (1986). The rise and fall of the solvents panic. Druglink, 1 (4), 10-12.
17. Kozel N., Sloboda Z., De La Ros M. (ed.) (1995). Epidemiology of inhalant abuse: an international perspective (NIDA Research Monograph series No. 148). NIDA, Washington, DC.
18. Miller P., Plant M. (1996). Drinking, smoking and illicit drug use among 15 and 16-year-olds in the United Kingdom. British Medical Journal, 313, 294-7.
19. New Oxford Textbook of Psychiatry by Michael G. Gelder etc., Juan J. Lopez-Ibor and Nancy Andreasen (Hardcover — 1 Nov 2000).
20. Ridenour T.A. Inhalants: not to be taken lightly anymore. Curr Opin Psychiatry 18:243-247, 2005.
21. Roman P. Women and Alcohol Use: A Review of the Research Literature. Rockville, Md: National Institute on Alcohol and Alcoholism.
22. The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry, 5th Edition Edited by Robert E. Hales, MD, MBA; Stuart C. Yudofsky, MD; Glen O. Gabbard, MD 2008
23. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders Diagnostic criteria for research / World Health Organization Geneva, 1993.
24. The ICD-10 Symptom Checklist for Mental Disorders World Health Organization 2004.
25. WHO Programme on Substance Abuse (1999). Volatile substance abuse: a global overview. WHO, Geneva.

CLINICAL PECULIARITIES OF GASOLINE TOXICOMANIA IN WOMEN

ALIEV N.A., ALIEV Z.N.

The purpose of this study was to study the clinical features of women's gasoline (petrol) addiction. Summing up the results of the study we can conclude that the main clinical features of the gasoline (petrol) addiction in women are mature age, the reception alone, specialized secondary or higher education, the prevalence of the clinical picture of depression and depressive-phobic, and allopsychic (derealization) autosomatic depersonalization disorders.

Key words: gasoline addiction, clinical, women