

УДК 615. 099

А.В.Погосов, В.А.Роцин, А.В.Козырева

ИНГАЛЯЦИОННЫЕ ТОКСИКОМАНИИ (ИСТОРИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ФАКТОРЫ РИСКА, МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ)

Курский государственный медицинский университет, Курская психиатрическая больница, Россия

Ингалянты – летучие вещества, вдыхаемые с целью опьянения. Первые факты их употребления отмечены в конце прошлого столетия, когда в среде медицинских работников появилась эфиромания. Позже были опубликованы данные об использовании для получения эйфории закиси азота [20]. В 1881 году L. Levin в монографии «Наркотики и стимулирующие средства, их употребление и злоупотребление» привел подробное наблюдение бензиномании, приведшее к нарушению нервной системы [44]. В 50-е – 70-е годы нашего столетия увеличилось число сообщений о злоупотреблении подростками в США, а затем в Англии, Франции, ФРГ, Италии, Австрии и других странах различными летучими веществами [25]. В Великобритании впервые эта проблема привлекла внимание в ноябре 1970 года в Ланкашире (Шотландия). Полицией были арестованы молодые люди в состоянии опьянения, вызванного вдыханием паров вещества, украденного с промышленного предприятия [44]. В отечественной литературе единичные работы, посвященные ингаляционным токсикоманиям (ИТМ), появились с середины 70-х годов [10, 11, 19, 36].

Круг ингалянтов, используемых в настоящее время с целью опьянения, достаточно широк. Для их обозначения в специальных литературных источниках применяют различные термины: «летучие вещества» [13], «летучие растворители» [22, 48, 49, 60], «летучие ароматические вещества» [42], «летучие наркотически действующие вещества» [35], «средства бытовой и промышленной химии» [25], «летучие углеводороды» [12, 37], «летучие органические соединения» [2].

Д. Т. Брукс с соавт. [2] предлагают классифицировать ингалянты следующим образом: I. Летучие органические соединения (ЛОС) – клеи, аэрозоли, растворители. II. Летучие нитриды. III. Газы для анестезии (закись азота).

В 1987 году в DSM-III-R ингалянты были включены в перечень веществ, вызывающих зависимость. В него не вошли анестезирующие газы (закись азота, эфир) и вазодилататоры кратковременного действия (амил- и бутилнитриты). Это связано с тем, что, во-первых, клиника и интоксикация при их употреблении отличаются от таковых при вдыхании других ингалянтов, во-вторых, они часто используются с другой целью, например, как средство, усиливающее сексуальную активность [2, 13].

В последние годы внимание исследователей привлекает злоупотребление летучими органическими соединениями. Они представляют собой жидкие углеводороды, получаемые дистилляцией и фракционированием из неочищенной нефти [2]. Для ингаляции

используются различные марки бензинов, растворители лаков и красок как сами по себе (ксилол, толуол, бензол, ацетон), так и их смесевые составы (типа 646 и 647 растворителей), пятновыводители (перхлор-этилен, «Сопал», «DOMAL», «ВИЦИ»), синтетические клеи («Момент», «Суперцемент», «Резиновый»), освежители воздуха, дезодоранты, жидкости для снятия лака с ногтей, антистатика, корректировочные жидкости для пишущих машинок, горючие и выхлопные газы и др. [24]. Самым простым способом применения ЛОС является вдыхание паров ингалянта от смоченной им ваты из бумажного или целлофанового кулчка. Для лиц с большими сроками злоупотребления характерен прием ингалянта путем его впитывания через выбритую кожу волосистой части головы. Наиболее опасным способом (чреват летальным исходом от удушья) считается вдыхание паров ЛОС с надетым на голову пластиковым пакетом – «метод мешка» [35, 42].

Популярность ингалянтов обусловлена низкой стоимостью, многообразием форм выпуска, отсутствием строгого учета, легкостью применения, наступлением быстрого эффекта опьянения, короткой продолжительностью действия, скорым исчезновением признаков употребления, небольшим количеством выраженных побочных эффектов [2].

Наибольшую актуальность данная проблема приобрела в последние 20 лет. Это заболевание распространилось в Великобритании, ФРГ, США, Канаде [20, 56], Мексике [62], Бразилии [53]. По сообщению ВОЗ случаи ингаляционных токсикоманий выявлены в Бангладеш, Кот-д-Ивуаре, Гватемале, Марокко, Новой Зеландии, на Филлиппинах и в Румынии [7].

Д. Т. Брукс с соавт. [2] подчеркивают, что если в течение 80-х годов в США 3,5 - 15 % студентов вузов вдыхали летучие вещества, то в 1993 – 1994 годы уровень их применения возрос до 17 %. В 1993 году 1 из 5 учеников 8 класса хотя бы однократно вдыхал клей, аэрозоль или растворитель. Этот показатель на 2 % превосходит таковой в 1992 году.

В докладе, посвященном зависимости от летучих веществ, опубликованном в 1996 году в США, указывается, что их употребляют 20% людей, страдающих наркоманической зависимостью. За период с 1988 по 1992 годы потребление кокаина и героина у подростков снизилось, в то время как число лиц, использующих ЛОС, существенно не изменилось [46].

Эпидемиологические аспекты ингаляционных токсикоманий не являлись предметом серьезных исследований в России. Е.А. Кошкина с соавт. [14] выявили, что среди учащихся СПТУ 23,13% юношей и 12,9% девушек употребляли психоактивные средства, при-

чем, на втором месте было вдыхание паров бензина, клея, ацетона, аэрозолей.

Изучению социально-демографических характеристик лиц, злоупотребляющих ингалянтами, посвящен ряд работ. На начало употребления ингалянтов в детском и подростковом возрасте указывают все авторы [13, 42, 45]. Основную группу составляют подростки 12-15 лет, в более старшем возрасте уровень потребления ингалянтов снижается и в раннем зрелом возрасте сходит на нет [2, 42].

Пристрастие к ингалянтам более характерно для лиц мужского пола. Как считают Д.Т. Брукс с соавт. [2], мужчины используют их примерно в 2 раза чаще, чем женщины. По данным В.Г. Москвичева [25], удельный вес девочек среди злоупотребляющих составляет около 3%. S.C. Bates с соавт. [48], изучая этнокультуральные аспекты использования летучих растворителей, обследовали американских индейцев, американцев мексиканского происхождения и евроамериканцев. Установлено, что среди индейцев более склонны к заболеванию лица женского пола, в то время как в других этнических группах – юноши.

Ингаляционная токсикомания чаще встречается среди лиц с низким социальным статусом [42], малообеспеченных [13] и представителей национальных (расовых) меньшинств [2].

Недостаточно освещены мотивация употребления ингалянтов, факторы риска ингаляционных токсикоманий. Чаще всего мотивами злоупотребления ингалянтами называют любопытство, желание испытать неизведанные ощущения, конформность со «своей» группой сверстников [20], необходимость самоутвердиться в референтной группе, возможность получить более яркие впечатления, облегчение контактов, подражание авторитетным подросткам [33]. О.Н. Елисеев, Т.И. Исмаилов [9] указывают, что для одних детей ингаляция служит целям адаптации к специфической социальной среде, для других становится престижным средством удовлетворения дефицита внимания к себе путем создания ореола исключительности. J.M. Bastus с соавт. [47] рассматривают в качестве мотива потребления ингалянтов стремление подростка получить удовольствие. По их данным гедонистическое потребление ингалянтов известно давно. Г.А. Милушева, Н.Г. Найденкова [23] считают, что мотивация приема ингалянтов подростками направлена на устранение отрицательных переживаний и облегчение реализации потребности в общении со сверстниками. Л.К. Шайдукова с соавт. [43] выявили следующие психологические механизмы ингаляции: усиление эмоционально-перцепторного компонента психики, компенсация эмоционального отвержения, ослабление гиперпротекционного давления.

R.A. Saruto [50] подчеркивает, что ни одна из существующих теорий причин употребления детьми и подростками летучих химических веществ не дает исчерпывающего объяснения данного феномена. Представления взрослых людей о жизни и алкоголе оказывают существенное влияние на поведение детей, в частности, на употребление ими летучих веществ. Автор подчеркивает необходимость изучения культуральных факторов, мотивирующих детей и подростков к их приему.

С.Ю. Чебураков [38] выделил три основных фактора риска приобщения к ингалянтам: 1. Хронический алко-

голизм родителей и распад семьи; 2. Скука, безделье, неумение занять себя; 3. Несостоятельность подростка в учебе.

По убеждению В.Г. Москвичева [26], факторами риска ИТМ являются наследственная отягощенность алкоголизмом и психическими заболеваниями, органическая церебральная недостаточность, недоразвитие личности, неполная семья, конфликтные отношения в ней, неправильные формы воспитания, асоциальное поведение родителей.

В.Г. Москвичев, Т.В. Чернобровкина [27] к биологическим факторам риска развития ингаляционных токсикоманий у подростков относят низкую исходную величину толерантности к алкоголю.

По мнению В.В. Чирко [40], О.А. Ашихмина [1], начало злоупотребления ингалянтами в значительной мере определяется особенностями преморбидных личностных девиаций. Исследования А.А. Вдовиченко [4] показали, что среди злоупотребляющих ингалянтами акцентуации характера выявляются достоверно чаще, чем в общей популяции сверстников. В возрасте 14 лет и старше акцентуации характера среди ингалирующих обнаружены у 93 % обследованных. Преобладают эпилептоидный [4, 21, 31] и неустойчивый [21, 31] типы. Реже встречаются конформная, гипертимная и циклоидная акцентуации. По данным Ю.В. Попова [30] наибольшую склонность к ингалированию определяют не только эпилептоидная, неустойчивая, но и истероидная и шизоидная акцентуации характера. Подростки с сенситивной и психастенической акцентуациями избегают употребления ингалянтов. В наблюдениях В.Н. Петрова с соавт. [29] удельный вес конформных подростков среди ингалирующих составил 41%. Т.З. Волкова, М.Г. Лиленко [6], изучив с помощью ПДО психологические особенности детей, страдающих бензиновой токсикоманией, чаще других констатировали неустойчивый и эпилептоидный типы личности. И.Ю. Лавкай, А.А. Александров [16], используя аналогичные методические подходы, в 47,4 % случаев обнаружили неустойчивую акцентуацию характера в сочетании с эпилептоидностью, шизоидностью, истероидностью, эмоциональной лабильностью и гипертимностью.

В проанализированных литературных источниках содержатся сведения о медико-социальных последствиях злоупотребления ингаляционными средствами. Хроническая интоксикация последними является причиной выраженных и стойких изменений со стороны различных органов и систем человека.

Н. Altenkirch [45], изучив вредное воздействие на организм человека ингалянтов, пришел к заключению, что их потребление является причиной нарушений функции органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, деятельности почек. Д.Т. Брукс с соавт. [2] рассматривают в качестве соматических последствий хронического применения ингалянтов жировое перерождение печени, цирроз, гломерулонефropатию, нефролитиаз, лейкемию, апластическую анемию, миопатию. Кроме того, ингалянты, относящиеся к алифатическим и галогенизированным углеводородам, вызывают сердечную аритмию (желудочковая тахикардия, фибрилляция). А.Г. Величко, Н.А. Ланцова [5] обнаружили у больных ИТМ фарингиты, бронхиты, изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, поражения печени. М. Lope-Huerta с соавт. [58] сделали

вывод, что хроническая ингаляция органических растворителей вызывает нарушения со стороны органа слуха. D. Kuspis с соавт. [55] приводят наблюдение обморожения языка и губ у 16-летнего юноши, вдыхавшего препарат, содержащий 1,1 – дифторэтан.

Y. Lolin [57] при хронической интоксикации летучими веществами выявил неврологические расстройства в виде периферических нейропатий и мозжечковых нарушений. Установлены их особенности в зависимости от разновидности употребляемого ингалянта. Последствием злоупотребления трихлорэтиленом является невралгия тройничного нерва. Мозжечковые нарушения более характерны для ингаляции толуолом. Об изменении нервной трофики при ИТМ свидетельствует своеобразный симптом – белые полоски на ногтях, нечто вроде «паспорта токсикомана» [45].

К числу серьезных осложнений ИТМ относят острую и хроническую энцефалопатию. В.Г. Москвичев [25] приводит 2 случая острой токсической энцефалопатии в результате передозировки ингалянта. После завершения реанимационных мероприятий при прояснении сознания выявлялись заторможенность, малоподвижность, фиксационная амнезия, конкретность мышления. А.С. Чудин [41] наблюдал токсическую энцефалопатию в результате остро го отравления ингалянтами. У больных развивался стойкий психоорганический синдром с расстройствами памяти, внимания, интеллектуальным снижением.

На быстрое возникновение психических последствий злоупотребления ингалянтами обращает внимание П.Д. Шабанов [42]. Уже в течение первых недель их приема теряется самоконтроль, подростки становятся дерзкими, агрессивными, убегают из дома, дерутся, совершают различные преступления. Через 2-3 месяца систематического употребления ингалянтов появляются интеллектуальное снижение, обеднение психической деятельности. По мнению автора причиной формирования психоорганического синдрома является токсическая энцефалопатия. О ее наличии свидетельствуют признаки очагового поражения ЦНС, диэнцефальная и пирамидная симптоматика.

В.Г. Москвичев [25], описывая психические последствия злоупотребления ингалянтами, отмечает грубые изменения личности больных. В их поведении на фоне аффективной лабильности выступают злобность, жестокость и агрессивность. Быстро нарастают интеллектуально-мнестические расстройства: трудности сосредоточения, осмысления, запоминания, использования прежних знаний и навыков. Развивающиеся расстройства психической сферы автор рассматривает как явления токсической энцефалопатии.

Подробное описание психоорганического синдрома, вызванного летучими токсическими веществами, у 30 подростков содержится в работе Т.З. Волковой, М.Г. Лиленко [6]. В одних случаях они были злобными, драчливыми, жестокими, в других – избирательно контактными с окружающими, пассивно подчиняемыми. Интеллектуальная деятельность обследованных находилась на уровне пограничной умственной отсталости. Характерными являлись недостаточное осмысление социальных норм, низкие способности к анализу и обобщению. Качество интуитивно-практического мышления, способность формирования специальных школьных навыков были низкими. Обнаружены узкий объем непосредственного запоминания и крат-

ковременной оперативной памяти, слабая функциональная активность произвольного внимания и низкая работоспособность.

А.Н. Ибатов, А.А. Бажин [12] также располагают данными о развитии органического психосиндрома при ИТМ. Для этих больных были характерны снижение интереса к творческой деятельности, утрата целей в жизни, пренебрежение морально-этическими нормами и своими обязанностями, сочетающиеся с ослаблением памяти, снижением критики и интеллекта, колебаниями аффекта в сторону тоскливо-злобного.

В некоторых источниках отсутствуют указания на развитие токсической энцефалопатии и психоорганического синдрома в результате хронического употребления ингалянтов, однако, судя по приведенному описанию, речь в них идет именно об этом. По данным М.Г. Гулямова с соавт. [8] для больных ИТМ характерны снижение интеллекта, раздражительность, конфликтность, жестокость. Периодически беспричинно у них отмечаются насильственный громкий хохот, быстро сменяющийся мрачной злобностью. Особенностью психического состояния детей и подростков, злоупотребляющих ингалянтами, согласно наблюдениям В.Т. Лекомцева и С.М. Плотникова [18], являются быстрая утомляемость, нетерпеливость, возбужденность, раздражительность, неспособность к значительным психическим нагрузкам, снижение памяти, аутизм. На сходные нарушения психической деятельности указывает В.В. Захаров [10]. Через 1,5-2 мес. систематического употребления ингалянтов у больных развивались психические изменения в виде несдержанности, вспыльчивости, раздражительности, снижения памяти, сообразительности. Ш.А. Мурталибов с соавт. [28] отмечают у подростков, вдыхающих летучие вещества, трудности в сосредоточении, утомляемость, затруднение осмысления, ослабление памяти.

В работе А.Е. Личко, В.С. Битенского [20] представлена оценка психических последствий злоупотребления в зависимости от разновидности ингалянта. Авторы подчеркивают, что психоорганический синдром и токсическая энцефалопатия особенно выражены при ингалировании бензина и толуола. При злоупотреблении пятновыводителями отмечена меньшая степень поражения ЦНС.

В ряде исследований приводятся параклинические данные, подтверждающие наличие органического поражения мозга при хроническом употреблении ингалянтов. М.Г. Гулямов с соавт. [8] сделали это, используя ЭЭГ-исследование. И.И. Бушев с соавт. [3] провели компьютерную томографию лицам, употреблявшим ингалянты. При эпизодическом их приеме обнаружено расширение IV желудочка, сильвиевых и межполушарных щелей. При хроническом ингалировании, кроме того, выявлено расширение оптико-хиазмальной цистерны, атрофия червя мозжечка. Сходные результаты при проведении пневмоэнцефалографии и компьютерной томографии больным ИТМ получены Y. Lolin [57].

Эпилептогенное действие ингалянтов в эксперименте на крысах (воспроизведена хроническая интоксикация бензином, толуолом, ацетоном и хлороформом) проявлялось появлением миоклонических судорог и эпилептической активностью на ЭЭГ [17].

P.J. Katzelnick с соавт. [54] при помощи магнитной томографии у мужчины 20 лет, в течение 7 лет вдыхав-

шего пары толуола, выявили диффузные изменения сигнала в подкорковом белом веществе, свидетельствующие о демиелинизации. Авторы предполагают, что с этими нарушениями связаны аффективные расстройства у злоупотребляющих органическими растворителями.

К медицинским последствиям злоупотребления ингалянтами относят и острые психозы. В литературных источниках содержатся отрывочные упоминания о них [2, 10]. В.И. Савченко [32] описывает случай острого психоза у 10-летнего мальчика, ингалировавшего клей. Он развился через 2 недели после последнего его приема. В клинической картине психоза, продолжавшегося 10 дней, имели место иллюзии, зрительные галлюцинации, страх.

М. Tenenbein с соавт. [64] на основании обследования 27 детей (возраст от 3 до 6 лет), матери которых употребляли растворители во время беременности, пришли к выводу об отсутствии их токсического действия на плод. Иные результаты получены М. Tenenbein ранее [63]. Он наблюдал 48 случаев абстиненции у новорожденных, чьи матери страдали ИТМ. От младенцев исходил запах ингалянта, они были плаксивыми, сонливыми, отмечались повышение мышечного тонуса, усиление рефлекса Моро, тремор, плохой аппетит.

По данным Д. Т. Брукса с соавт. [2] основной опасностью применения ингалянтов являются летальные исходы, возникающие в результате их передозировки. Причинами смерти могут быть, в одних случаях, аритмия, в других – угнетение дыхания. Злоупотребление ингалянтами повышает риск возникновения летального исхода вследствие травмы. Количество смертей от потребления ингалянтов постоянно растет во всем мире с 70-х годов. В Великобритании еженедельно от «нюхания» умирает как минимум 2 человека молодого возраста [56]. В 1988 году в этой стране смертность от злоупотребления растворителями достигла наивысшей отметки и составила 134 случая, половина из которых – лица 16 лет и моложе [61].

Небольшое число работ посвящено поиску метаболических нарушений при хронической интоксикации ингалянтами. Т.В. Чернобровкина, М.В. Ибрагимова [39] путем биохимического скрининг-тестирования подростков, употребляющих ингалянты, выявили следующие синдромы: гепатотоксический, кардиотоксический, энцефалотоксический, нефротоксический и смешанный токсикоорганический. Обнаружены выраженные дисметаболические расстройства и энзимопатии, свидетельствующие об обширной органопатологии.

А.М. Селедцов [34], используя клинико-биохимический метод, установил, что в основе формирования психоорганических расстройств лежат изменения в антиоксидантных системах организма вследствие усиления интенсификации процессов перекисного окисления липидов.

Тяжелые и разносторонние поражения нервной ткани, возникающие при употреблении ингалянтов, П.Г. Сметанников [35] связывает с их способностью растворять жиры и разрушать оболочки нейронных структур (нейрональные мембраны содержат 45% липидов, миелиновые оболочки – 75%). Следствием этого являются дегенерация аксонов, вторичная центральная демиелинизация, глиоз, расширение желудоч-

ков, борозд и атрофия мозга. Сходной точки зрения придерживаются Е.В. Evans, R.L. Balster [52]. Они считают, что ингалянты обладают высокой жирорастворимостью, могут изменять физико-химические свойства мембран нейронов и нарушать ГАМК-ергическую передачу.

Многие исследователи подчеркивают, что ИТМ служит «трамплином», «входными воротами» для формирования других разновидностей наркоманий и токсикоманий [12, 25, 28, 35]. Это связано с утратой эйфоризирующего и галлюциногенного эффектов ингалянтов на поздних этапах употребления. Их вдыхание уже не улучшает физическое и психическое состояние, что приводит к переходу на другое психоактивное средство, чаще всего эфедрон [12], алкоголь [24], реже используются лекарственные средства. По данным J. Eden [51] примерно 25% больных героиновой наркоманией ранее имели опыт злоупотребления летучими органическими веществами. Balster [46] отмечает, что лица, злоупотребляющие ингалянтами, в 46 раз чаще переходят на прием инъекционных наркотиков.

Злоупотребление ингалянтами идет рука об руку с социальной дезадаптацией [20]. Специально разработанная шкала риска социальной дезадаптации позволила обнаружить его у 77% злоупотреблявших ингалянтами. Среди учащихся профессионально-технических училищ, не замеченных в их употреблении, эта цифра составила 12% [38]. Причиной социальной дезадаптации у больных ИТМ является токсическая энцефалопатия [30]. Ее формирование делает невозможной трудовую деятельность, приводит к грубой социальной декомпенсации. По сути дела прекращается социальное развитие [25]. Больные перестают учиться или работать, постоянно вращаются в кругу асоциальных лиц, совершают правонарушения [12].

Приведенный анализ литературных источников свидетельствует об актуальности изучения распространенности, факторов риска и медико-социальных последствий ингаляционных токсикоманий. Злоупотребление летучими веществами в настоящее время достигло широкого размаха и распространилось повсеместно, на что указывают многие исследователи. Изучение социально-демографических характеристик больных ИТМ свидетельствует о том, что они более характерны для детей и подростков мужского пола, воспитывающихся в среде с низким социальным статусом и материальным достатком.

К факторам риска ингаляционных токсикоманий относят микросоциальное окружение – неполная семья, конфликтные отношения в ней, неправильные формы воспитания, асоциальное поведение родителей, преморбидные особенности личности, биологическую предрасположенность.

Недостаточно и противоречиво освещен вопрос, касающийся мотивов употребления ингалянтов. Среди них чаще упоминаются любопытство, желание испытать неизведанные ощущения, необходимость самоутверждения в среде сверстников. Однако ни одна из предлагаемых теорий исчерпывающе не объясняет мотивы употребления летучих веществ.

Ингаляционные токсикомании влекут за собой ряд серьезных медико-социальных последствий. К их числу относят выраженные и стойкие изменения различных органов и систем. Тяжелые осложнения развиваются со стороны нервной системы в виде острой и хронич-

ческой энцефалопатии с формированием органического психосиндрома. У больных ингаляционными токсикоманиями появляются, как следствие хронической интоксикации, изменения личности. Наиболее опасными при применении ингалянтов являются летальные исходы, число которых неуклонно растет. Однозначно мнение, что ингаляционные токсикомании служат пе-

реходным этапом к другим видам злоупотребления психоактивными средствами. Ингаляционные токсикомании останавливают психическое и физическое развитие детей и подростков, делая невозможным их нормальную трудовую и социальную адаптацию. В конечном итоге это становится причиной делинквентного поведения, правонарушений.

А.В.Погосов, В.А.Роцин, А.В.Козырева

ИНГАЛЯЦИОННЫЕ ТОКСИКОМАНИИ

Курский государственный медицинский университет

Анализ литературных источников, посвященных изучению распространенности, факторов риска и медико-социальных последствий интоксикационных токсикоманий (ИТМ), показал, что злоупотребление летучими веществами в настоящее время распространилось во многих странах мира. ИТМ более характерна для детей и подростков мужского пола, воспитывающихся в среде с низким социальным статусом и материальным достатком. К факторам риска ИТМ относят микросоциальное окружение – неполная семья, конфликтные отношения в ней, неправильные формы воспитания, асоциальное поведение родителей, преморбидные особенности личности, биологическую предрасположенность. Среди мотивов употребления ингалянтов чаще упоминаются любопытство, желание испытать неизведанные ощущения, необходимость самоутверждения в среде сверстников. К числу медико-социальных последствий ИТМ относят выраженные изменения различных органов и систем. Как следствие хронической интоксикации появляются изменения личности. Наиболее опасными являются летальные исходы, число которых неуклонно растёт. ИТМ становятся причиной делинквентного поведения, правонарушений. (Журнал психиатрии та медичної психології. — 1999. — № 2 (6). — С. 138-143).

A. V.Pogosov, V.A.Rostchin, A. V.Kozyreva

INHALANT TOXICOMANIAN

Kursk State Medical University

Literary sources analysis devoted to the investigation of widespread, risk factors and medico-social consequences of inhalant toxicomanian (ITM) has demonstrated that nowadays volatile substances abusing is widely practiced all over the world. ITM is more characteristic for children and teen-agers (male) bringing up in the environment with a low social and material status. Microsocial surrounding (incomplete conflict family, wrong ways of bringing up, asocial parents behavior), person's peculiarity, genetic predisposition are related to risk factors. Among reasons for inhalants abusing are more often mentioned such motives as curiosity, desire to undergo the unusual feelings, necessity to predominance among group mates. Distinct alterations of various organs and systems are related to medico-social consequences of ITM. Person's modification occurs as a result of chronic intoxication. The most dangerous are increasing fatal outcomes. ITM are becoming the cause of asocial behavior and infringement of the law. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 2 (6). — P. 138-143).

Литература

1. Ашихмин О.А. // Соц. и клин. психиатрия. – 1998. - № 1. – С. 40 - 43.
2. Брукс Д.Т., Лунг Г., Шеннон М. // Наркология. Под ред. Л.С. Фридмана и др. Пер. с англ. – М.; СПб.: «Издательство БИНОМ» - «Невский диалект», 1998. - С. 240 - 253.
3. Бушев И.И., Карпова М.Н., Цховребов Т.М. // Журн. невропатол. и психиатрии. – 1990. - № 2. – С.107-109.
4. Вдовиченко А.А. // Сб. науч. тр. / Ленингр. н.-и. психоневрол. ин – т. – 1989. – С. 79-82.
5. Величко А.Г., Ланцова Н.А., Тихомиров С.М. // Пробл. соврем. наркологии: Респ. сб. науч. тр. / МЗ РСФСР. 2-й Моск. гос. медиц. инст. – М., 1991. – С. 99-101.
6. Волкова Т.З., Лиленко М.Г. // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. – М., 1987. – С. 18-21.
7. Врач – 1993. - №6. – С. 58
8. Гулямов М.Г., Захаров В.В., Погосов А.В. // Материалы 2 съезда невропатологов и психиатров Узбекистана. Психиатрия. – Ташкент: «Медицина», 1987 – С. 166 – 169.
9. Елисеев О. Н., Исмаилов Т. И. // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. – М., 1987. – С. 23 – 26.
10. Захаров В.В. // Актуальные вопросы психиатрии: Тез. докл. пятой научной конференции психиатров Таджикистана, Душанбе, 4-6 июля, 1983. – Душанбе, 1983. – С. 110 - 111.
11. Захаров В.В. // Актуальные вопросы наркологии. – Душанбе, 1984. – С. 145-147.
12. Ибатов А.Н., Бажин А.А. // Вопр. наркол. – 1990. - № 1. – С. 39-41.
13. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия в 2 т. Т1. Пер. с англ. – М.: Медицина, 1994. – 672 с.
14. Кошкина Е.А., Паронян И.Д., Константинова Н.Я. // Вопр. наркол. – 1994. - № 2. – С. 79-83.
15. Курек Н. С. // Вопр. наркол. – 1992. - № 1. – С. 39-43.
16. Лавкай И.Ю., Александров А.А. // Обзорение психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 1992. - № 1. – С. 66-68.
17. Лежава Г.Г., Ханаева З.С. // Вопр. наркологии. – 1989.- № 2. – С. 13 – 21.
18. Лекомцев В.Т., Плотников С.М. // Мед. аспекты пробл. наркоманий: Тез. докл. респ. совещ. врачей психиатров-наркологов, Москва, 22-23 мая, 1991. – М., 1991. – С. 60-62.
19. Личко А.Е. // Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л., 1977. – С. 61 – 70.
20. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: Руководство для врачей. – Л. Медицина, 1991. – 304 с.
21. Личко А.Е., Чебураков С.Ю. // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. – Таллинн, 1989. - Т. 2. – С. 118-119.
22. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (клинические описания и указания по диагностике). – ВОЗ, Россия, Санкт – Петербург: «Оверлайд», 1994. – 304 с.
23. Милушева Г.А., Найденова Н.Г. // Вопр. наркол. – 1992. - № 3 - 4. – С. 138 -143.
24. Москвичев В.Г. // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. – Москва, 1987. – С. 77 - 82.
25. Москвичев В.Г. // Вопр. наркол. – 1988. - № 2. – С. 29-33.
26. Москвичев В.Г. // Актуал. вопр. наркол. : Тез. докл. респ. совещ. врачей психиатров-наркологов, Калининград, 23-25 апр., 1990. - М., 1990. – С. 154 -156.
27. Москвичев В.Г., Чернобровкина Т.В. // Пробл. соврем. наркологии: Респ. сб. науч. тр. / МЗ РСФСР. 2-й Моск. гос. мед. ин-т. – М., 1991. – С. 75 - 86.
28. Мурталибов Ш.А., Абдуллаева Г.Ф., Фаин А.П. и др. // Проблемы наркологии. – Душанбе, 1989. – С. 218-220.
29. Петров В.Н., Ершов Б.Б., Борохов А.Д. и др. // Мед. аспекты пробл. наркомании: Тез. докл. респ. совещ. врачей психиатров-наркологов, Москва, 22-23 мая, 1991. - М., 1991. – С. 72 - 74.
30. Попов Ю.В. // 12 Съезд психиатров России, Москва, 1-

4 ноября, 1995: Матер. съезда. – М., 1995. – С. 811-812.

31. Резник В.А. // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. – М., 1987. – С. 113 – 115.

32. Савченко В.И. // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. М., 1987. – С. 118-120.

33. Садуакасова К.З., Идельчик Г.И. // Здравоохранение Казахстана. – 1988. - № 9. – С. 35-37.

34. Селедцов А.М. // Материалы международной конференции психиатров. – М., 1998. – С. 283-284.

35. Сметанников П.Г. Психиатрия: Руководство для врачей. – СПб.: СПбМАПО, 1996. – 496 с.

36. Узлов Н.Д. // Акт. вопр. псих. и нарк. – Пермь, 1984. – Т.1. – С. 120 - 122.

37. Узлов Н.Д. // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. – Москва, 1987. – С. 145 - 147.

38. Чебураков С.Ю. // Труды Ленингр. НИИ психоневр. им В. М. Бехтерева. – Л., 1988.

39. Чернобровкина Т.В., Ибрагимова М.В. // Соврем. психиатрия и наркол.: пробл., вопр., решения. – М., 1994. – С. 17 - 19.

40. Чирко В.В. // Некот. пробл. наркоманий и токсикоманий. – М., 1989. – С. 142 - 148.

41. Чудин А.С. // Неотлож. состояния в психиатрии. – М., 1989. – С. 141 - 147.

42. Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. – Санкт-Петербург: Изд-во «Лань», 1998. – 352 с.

43. Шайдукова Л.К., Менделевич Д.М., Попов В.Н. // Мед. аспекты пробл. наркоманий: Тез. докл. респ. совещ. врачей психиатров-наркологов, Москва, 22-23 мая, 1991. – М., 1991. – С. 107 - 109.

44. Akhter M.I., // Abuse Volav. Sol. and Inhal.: Pap. Pres. W.H.O. advis. Meet. – Penang, 1988. – P. 338 - 349.

45. Altenkirch H. Schnuffelsucht und Schnuffelerneuropathie – Berlin; Heidelberg; New York, 1982. – 93 S.

46. Balster R. L. // Probl. Drug Depend. 1996 : Proc 58-th

Annu. Sci. Meet. Coll. Probl. Drug Depend., 1996 . – Rockville (Md), 1997. – P. 74.

47. Bastus J. M., Casas F., Farre C. et al. // Drogdependencies: exper. d«interv. a Catalunya / Dinut. de Barselona. – Barcelona. – P.105 - 123.

48. Bates S. C., Plemons B. W., Jumper – Thurman P. et al. // Drugs and Soc. – 1997. - № 1 - 2. – P. 61 - 78.

49. Beauvais F. // Drugs and Soc. – 1997. - № 1-2. – P. 103 - 107.

50. Caputo R. A. // Int. J. Addict. – 1993. - № 10. – P. 1015 - 1032.

51. Eden J. // Hum. Toxicol. – 1989. - № 4. – P. 313 - 317.

52. Evans E. B., Balster R. L. // Neurosci. and Biobehab. Rev. – 1991. -№ 2. – P. 233 - 241.

53. Fatima M. P., Pereira B. // Rev. saude publ. – 1989. - № 4. – P. 336-340.

54. Katzelnick D. J., Davar G., Scanlon J. P. // J. Neuropsychiat. and Clin. Neurosci. – 1991. - № 3. – P. 319 - 321.

55. Kuspis D., Isla R., Benton N. et al. // J. Toxicol. Clin. Toxicol. – 1995. - № 5. – P. 501.

56. Liss B. I. // Hum. Toxicol. – 1989. - № 4. – P. 327 - 330.

57. Lolin Y. // Hum. Toxicol. – 1989. - № 4. – P. 293 - 300.

58. Lope-Huerta M., Poblano A., Martinez J. M. et al. // Rev. invest. clin. – 1996. - № 5. – P. 369 - 372.

59. Scivoletto S., Henriques S. G., Andrade A. G. // J. bras. psiquiat. – 1996. - № 4. – P. 201 - 207.

60. Sharp C. W. // Abuse Volat. solv. and Inhal. – Penang, 1988. – P. 227 - 282.

61. Sorrell J. D. // J. roy. Soc. Health. – 1991. - № 3. – P. 105 - 106.

62. Tapia-Conyer R., Cravioto P., Rosa B. et al. // Addiction. – 1995. - № 1. - P. 43-49.

63. Tenenbein M. // Vet. and Hum. Toxicol. – 1993. – № 4. – P. 366.

64. Tenenbein M., Chudley A. E., Gasiro O. G. // J. Toxicol. Clin. Toxicol. – 1996. - № 5. – P. 626.

Поступила в редакцию 11.01.99г.