

Ретюнский К.Ю.¹, Детков Д.В.², Забродин О.В.²

Влияние патогенетической психофармакотерапии на длительность ремиссий при алкоголизме в подростковом возрасте

1 - ГБОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития, г. Екатеринбург;

2 - ГУЗ СО «Психиатрическая больница № 3», г. Екатеринбург

Retyunskiy K. Yu., Detkov D. V., Zabrodin O. V.

Influence of pathogenetic psychopharmacotherapy on duration of remissions at alcoholism at teenage age

Резюме

В результате комплексного клинического, психологического, нейропсихологического, нейрофизиологического исследования 110 подростков, страдающих ранним алкоголизмом, установлено, что во всех случаях определялись признаки резидуально-органического психосиндрома. Формирование органического поражения головного мозга обусловлено патогенными факторами, действующими на ранних этапах онтогенеза (в пре- и перинатальном периоде). Компенсация органически измененного мозга происходит за счет процесса эпилептизации (формирования гипергенераторных характеристик нейрона), играющей решающее значение в возникновении психопатологических синдромов резидуально-органического генеза. В связи с чем, эффективное лечение данной когорты больных подразумевает использование антиконвульсантов и средств нейрометаболической терапии. Понимание механизмов становления и развития раннего алкоголизма служит оптимизации лечебно-реабилитационной помощи и повышению длительности ремиссий.

Ключевые слова: подростковый алкоголизм, патогенетическая психофармакотерапия, длительность ремиссий

Summary

As a result of complex clinical, psychological, neuropsychological, neurophysiological research of 110 teenagers, suffering from early alcoholism, it is established that in all cases signs of a residual organic psychosyndrome were defined. This was made for the optimization of drug abuse assistance, development of new cure methods and preventive health care. In the result of integrated clinical, psychological, neuropsychological, neurophysiological research of adolescent suffering from precocious alcoholism there was discovered that rod-shaped psychoorganic syndrome is a universal one for all of these observations. The genesis of epilepsy and the disturbance of functional interhemispheric interaction are the biological pathogenetic bases of this syndrome. The disturbance appears in the result of the residual organic lesion of temporal, parietal and occipital cerebral hemispheres. The anticonvulsants and the antiorganic therapy courses should be used for the patient treatment. The understanding of the above-stated mechanisms of formation and development of early alcoholism serves optimization of the medical-rehabilitation help and increase of duration of remissions.

Keywords: pathogenetic substantiation of psychopharmacotherapy, adolescents alcoholism, duration of remissions

Введение

Современная ситуация в Российской Федерации характеризуется сохранением негативных тенденций в сфере заболеваемости алкоголизмом среди детей и подростков, что представляет серьезную угрозу здоровью подрастающего поколения, экономике страны, правопорядку, а также безопасности государства [1-4, 15-16, 20-24]. Тем не менее, данные о распространенности алкоголизма в подростковом и юношеском возрасте в Российской Федерации весьма противоречивы [1-2, 5, 8-13, 18-20]. Причины столь широкого диапазона показателей раннего ал-

коголизма могут быть обусловлены, в том числе, целью и особенностями проведения исследования.

Мониторинг наркологической ситуации в стране на основании данных анонимных анкетированных опросов может сулить немалую выгоду. Так, подтверждением, что слабоалкогольные напитки входят в молодежную субкультуру являются следующие факты. Среди учащих-ся с 1999 по 2007 гг. хотя бы один раз в жизни пробовали алкоголь более 90% респондентов, а примерно каждый третий из них указал на регулярное употребление алкоголя [12].

Уральский Федеральный округ занимает лидирующие позиции в РФ по показателю первичной заболеваемости алкоголизмом среди подростков – 35,1 на 100 тыс. подросткового населения, что в 2,6 раза выше среднероссийского показателя [13].

Актуальность обозначенной проблемы, помимо высокой распространенности в социуме, обусловлена и недостаточной изученностью патогенетических основ раннего алкоголизма [2, 8-10, 17-18]. В оценке патогенетических механизмов, определении клинических вариантов течения, терапии и реабилитации подростково-юношеского алкоголизма исследователи нередко занимают взаимоисключающие позиции [5-7]. Так, среди них нет единого мнения в отношении роли органического церебрального поражения при раннем алкоголизме, частоты встречаемости данного феномена, степени выраженности, локализации. Недостаточно разработаны и внедрены целевые программы комплексной профилактики и реабилитации для наиболее уязвимой категории детей с резидуально-органической церебральной недостаточностью, что, в немалой степени, объясняет сложившуюся эпидемиологическую наркологическую ситуацию.

Несомненно, остро востребованы научно-обоснованные подходы к диагностике и лечению подростково-юношеского алкоголизма. Их создание обусловлено необходимостью снижения заболеваемости и установления контроля над данной патологией [11-13]. Высокая актуальность данной проблемы определила цель и задачи предпринятого исследования.

Материалы и методы

Работа выполнена на кафедре психиатрии ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Минздрава России и в Государственных учреждениях здравоохранения Свердловской области «Психиатрическая больница № 3» и «Психиатрическая больница № 5».

В настоящее исследование вошли 110 юных пациентов с алкогольной зависимостью в возрасте от 12 до 18 лет, проживающих преимущественно в промышленных районах Екатеринбурга (основная группа). Все участники исследования были отобраны методом случайной выборки за период с 2004 по 2010 гг. Гендерное распределение было следующим: лиц мужского пола – 79 подростков (71,8%, $n=110$), девушек – 31 человек (28,2%, $n=110$).

Средний возраст обследованных составлял 16,0 лет. Средний возраст юношей – 16,3 года, средний возраст девушек – 15,2 года.

Анализ предварительных наблюдений позволил сформулировать критерии отбора пациентов для включения в основную группу исследования:

1) возраст до 18 лет; 2) наличие признаков алкогольной зависимости; 3) отсутствие эндогенных и других психотических психических нарушений; 4) отсутствие зависимости от других психоактивных веществ; 5) общий интеллектуальный показатель IQ по шкале Векслера не ниже среднего уровня (90-109 баллов).

Согласно международной классификации МКБ-10, у всех пациентов обследованной выборки были диагно-

стированы психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя; синдром зависимости от алкоголя, начальная или средняя стадия; постоянное употребление (периодический и смешанный типы) – F 10.25.1, F 10.25.2.

В 36 случаях (32,7%, $n=110$) пациенты в связи с психотическими психическими нарушениями и хронической алкоголизацией ранее получали лечение в условиях психоневрологического диспансера, обращались за помощью к врачам бригады скорой медицинской помощи, прибегали к частной помощи психологов, экстрасенсов, народных целителей, так и не достигнув значительного улучшения.

Контрольное сравнение проводилось с группой подростков, учащихся общеобразовательных средних школ г. Екатеринбурга, схожей с основной группой по гендерным, возрастным, интеллектуальным критериям, не страдающих алкогольной зависимостью в количестве 90 человек, из них юноши – 64 человека (71,1%, $n=90$), девушки – 26 человек (28,9%, $n=90$). Однотипные показатели подлежали сравнению и подвергались статистической обработке.

Результаты и обсуждение

В ходе исследования были изучены вопросы наследственной отягощенности алкоголизмом у пациентов основной группы. Так, согласно данным табл. 1, в 36,4% ($n=40$) случае один или оба из родителей страдали алкогольной зависимостью, состояли на учете у нарколога и проходили специфическое лечение в амбулаторных или стационарных условиях. Благодаря факторному анализу удалось установить, что отягощенная наследственность встречается достоверно чаще в группе алкоголиков, следовательно ее можно рассматривать как облегчающий фенотипирование признака фактор.

Согласно мнению исследователей, алкоголизм является генетически наследуемым психическим заболеванием, наследуется по вертикали, при этом вероятность заболевания резко возрастает, если оба родителя страдают алкоголизмом. Однако, в 63,6% случаев ($n=70$) алкогольной зависимости у ближайших родственников установлено не было. Таким образом, была предпринята попытка поиска других предрасполагающих факторов формирования алкогольной зависимости.

Прежде всего, обращала на себя внимание высокая распространенность патогенных факторов, действующих на ранних этапах онтогенеза (в пре- и перинатальном периоде) и обуславливающих резидуально-органическую церебральную недостаточность, снижающих защитно-приспособительные механизмы деятельности мозга.

Влияние указанных патогенных факторов обуславливало особенности раннего психофизического развития детей основной группы. Следует отметить, что психопатологические особенности на ранних этапах онтогенеза отражали клиническую картину возрастных проявлений характерных для резидуально-органического психосиндрома. Так, соматовегетативный период (до 3-х лет) у лиц основной группы характеризовался своевремен-

Таблица 1. Наследственная отягощенность алкоголизмом близких родственников

Отягощенная наследственность алкоголизмом родителей	Контрольная группа (n=90)		Основная группа					
			Всего (n=110)		Мальчики (n=79)		Девочки (n=31)	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Алкоголизм обоих родителей	1	1,1	16	15,2*	12	12,9	4	14,6
Алкоголизм отца	7	7,7	21	19,0*	15	19,4	6	19,1
Алкоголизм матери	1	1,1	3	1,3*	1	6,5	2	2,7
Наследственность не отягощена	81	89,9	70	64,5*	51	61,3	19	63,6

* - различия достоверные ($P < 0,05$) при сравнении основной группы с контрольной группой

** - различия достоверные ($P < 0,05$) при сравнении юношей и девушек

ным психофизическим развитием на фоне невропатического симптомокомплекса с повышенной возбудимостью, диссомнией и соматовегетативными нарушениями в 107 случаях (97,3%, $n=110$) ($P < 0,05$). Формирующиеся характерологические особенности были 2-х типов. Доминирующим являлся возбудимый тип (80 случаев – 72,7%, $n=110$). Дети возбудимого типа отличались повышенной раздражительностью, капризностью, сверхподвижностью, непреодолимым интересом к окружающему миру, в связи с чем, родители испытывали немалые трудности в наблюдении и уходе за ними. Неудовлетворение желаний у них вызывало стереотипный эмоциональный всплеск, что являлось предпосылкой к формированию патохарактерологических черт возбудимого типа в подростковом возрасте.

В психомоторный период нервно-психического реагирования, начиная с трехлетнего возраста, у детей основной группе наблюдалось постепенное угасание невропатической симптоматики. Напротив, доминирующими нарушениями стали проявления астено-гипердинамического синдрома различной степени выраженности, установленные у 83 детей (75,5%, $n=110$). Наличие астено-гиподинамического синдрома определялось у 16 детей (14,5%, $n=110$). Окончательное структурирование выраженной и умеренной степени церебрастенического синдрома, выявляемого у 100 детей основной группы (90,9%, $n=110$), завершилось к 7 годам ($P < 0,05$). Церебрастению дополняли аффективные нарушения, представленные синдромом раздражительной слабости с повышенной раздражительностью, высокой чувствительностью и сензитивностью к внешним психострессорным факторам, плаксивостью, капризами, а порой и спонтанными эпизодами эксплозивных вспышек на фоне утомления. Гиперактивное поведение сопровождалось импульсивностью с краткосрочными (не более нескольких минут) эпизодами гетероагрессии, что приводило к конфликтам в детских дошкольных учреждениях и обуславливало механизмы дошкольной дезадаптации. В возрасте 4-6 лет неврозоподобный синдром, включающий нарушения сна, страхи, энурез, энкопрез, тики, заикание, и был установлен у 37 детей основной группы (33,6%, $n=110$).

Нарушения сна в возрасте 4-6 лет, выявлялись у

трети детей основной группы – 37 наблюдений (33,6%, $n=110$). Прежде всего, дети перед засыпанием пребывали в возбужденном эмоциональном состоянии, в связи с чем, отмечалось продолжительное затрудненное засыпание. В структуре диссомнии наблюдались пароксизмальные нарушения сна (парасомнии): сноворвение, снохождение, ночные психомоторные пароксизмы, бруксизм, стереотипные кошмарные сновидения.

Монотонность и стойкость клинических проявлений вне зависимости от психотравмирующих факторов позволило отнести их в ряд пограничных нарушений резидуально-органического генеза (неврозоподобных и формирующихся психопатоподобных расстройств).

Трудности усвоения нового учебного материала и нарушения школьной дисциплины детьми основной группы были обусловлены нарушением активного внимания, неусидчивостью, расторможенностью, гиперактивностью и низким уровнем работоспособности. Аффективные расстройства у данной когорты детей в возрасте 7-10 лет были представлены преимущественно раздражительной слабостью, дисфориеподобными эпизодами продолжительностью не более 10-15 минут, с выражением недовольства, брюзжанием, раздражением, гневливостью, со слезами, протестными реакциями и проявлением вербальной агрессии. Реакции возбудимого круга у детей основной группы быстро закреплялись, оказывая влияние на формирование характерологических особенностей.

Подростковый период характеризовался субкомпенсацией церебрастении при доминировании и окончательным структурированием психопатоподобного синдрома. Дебют алкоголизации в основной группе совпал с началом подросткового возраста – в среднем в $12,7 \pm 0,27$ лет. Течение раннего алкоголизма на фоне резидуально-органического поражения головного мозга носило злокачественный характер. Его формирование происходило в сжатые сроки, при этом выявлялись гендерные различия. Так, I стадия алкоголизма с психической зависимостью у юношей в среднем формировалась за 26,2 месяцев, у девушек – за 23,6 месяцев.

Знакомство с опьяняющими дозами алкоголя у 105 подростков (95,5%, $n=110$) начиналось со слабоалкогольных напитков (пиво, джин). Разовая толерантность у под-

Таблица 2. Время возникновения алкогольной зависимости у подростков основной группы

Симптомы	Всего (n=110)		Юноши (n=79)		Девушки (n=31)	
	%	Время возникновения (мес)	%	Время возникновения (мес)	%	Время возникновения (мес)
I стадия алкоголизма	100	26,2	100	28,5	100	20,2**
II стадия алкоголизма	32,7	36,8	35,4	38,1	25,8	27,5**

** - различия достоверные ($P < 0,05$) при сравнении юношей и девушек

ростов увеличилась в среднем в 6,6 раза – с 25,3 мл чистого алкоголя (менее 0,5 л пива) до 164,9 мл чистого алкоголя (около 3 л пива). Максимальная суточная толерантность возросла до 287,9 мл чистого алкоголя (около 6 л пива или 0,75 л водки).

После однократных алкогольных эксцессов через 5,3 мес подростки переходили к эпизодическому употреблению алкоголя частотой до 1-2 раз в месяц. Через период в 16,2 мес алкоголизация учащалась до 2-3 раз в месяц, через 27,3 мес становилась регулярной до 2-3 раз в неделю, через 28,7 мес 71 подросток (64,6%, $n=110$) начинали употреблять алкогольные суррогаты, такие как денатурированный спирт, средства для мытья ванн и т.д.

Противоправные действия подростков проявлялись уже через 16,1 мес после начала алкоголизации, что совпадало с необходимостью повышения затрат на алкоголь в связи с регулярностью потребления и ростом толерантности к алкоголю. Ближайшие родственники подростков начинали активно противодействовать алкоголизации лишь через 12,5 мес в 101 случаях (91,8%, $n=110$), до этого практически игнорируя поведение подростков, либо не догадываясь о начале алкоголизации. В остальных 9 случаях (8,2%, $n=110$) противодействия алкоголизации подростков со стороны родственников не оказывалось. Синдром психической зависимости (I стадия алкоголизма) диагностирован в 100% ($n=110$) случаев (см. табл. 2).

Синдром физической зависимости (II стадия алкоголизма) диагностирован в 32,7% случаях ($n=36$) (см. табл. 2). Признаки II стадии заболевания появлялись через три года – абстинентный синдром (36,8 мес), компульсивное влечение к алкоголю (36,1 мес), появление физического комфорта в состоянии опьянения (36,8 мес). Первое опохмеление у подростков основной группы происходило несколько раньше, на стадии мерцания первых признаков абстинентного синдрома (32,9 мес.). Устранить неприятное состояние с помощью спиртного предлагали, как правило, более опытные подростки. В структуре абстинентного синдрома на первый план выступали астено-адинамические состояния со снижением активности, вялость, подавленным настроением, мерцающей соматовегетативной симптоматикой, проявляющейся дискомфортом, ощущением жажды, головными болями, гипергидрозом, тахикардией, легким тремором.

Для верификации резидуально-органического поражения головного мозга была проведена оценка неврологического статуса подростков основной группы. При

этом пять и более резидуально-неврологических знаков, подтверждающих наличие резидуально-органической церебральной недостаточности, были выявлены во всех случаях (100%).

Нейропсихологическая диагностика с помощью методики А.В. Семенович [8] позволила установить многочисленные нейропсихологические нарушения во всех случаях (100%). Топический диагноз свидетельствовал о функциональной несформированности лобных, теменно-височных отделов коры головного мозга, срединных межполушарных образований, функциональной дефицитарности подкорковых и стволовых образований.

При электроэнцефалографическом исследовании во всех случаях (100% случаев) были зафиксированы изменения биоэлектрической активности головного мозга преимущественно умеренной и тяжелой степени, дисфункция срединных структур со снижением порога судорожной готовности. Согласно классификации Л.Р. Зенкова (2001), изменения на ЭЭГ в 14,5% случаев были отнесены к патологическим, в 85,5% случаев – к пограничным. Патологические изменения ЭЭГ свидетельствовали об эпилептизации головного мозга. Наличие клинически установленных пароксизмальных нарушений (дисфорические состояния, мигреноподобные пароксизмы, парасомнии, тики, заикание, энурез и др.) вносили свой вклад в понимание процессов, имеющих пограничное отношение к эпилепсии.

Исследование с помощью ультразвуковой доплерографии головного мозга в основной группе позволило установить в подавляющем большинстве случаев (90,9%) увеличение линейной скорости кровотока, гиперконстрикторный характер ауторегуляторных сосудистых реакций с умеренным ангиоспазмом при спазмированных артериях и дилатированном венозном русле, обуславливающим механизмы повышения внутричерепного давления. Кроме того, установленные ультразвуковые признаки экстравазальной компрессии сосудов на уровне сегментов первого и второго шейного позвонков (C1-C2) с высокой степенью вероятности могут служить указанием на перинатальную травму с дислокацией позвонков шейного отдела.

В таблице 3 приведены данные, подтверждающие во всех случаях (100%) наличие резидуально-органического поражения ЦНС в группе подростков с алкоголизмом. Так, клинические признаки раннего поражения головного мозга были выявлены в 97,3%, неврологические микросимптомы в 90,9%, патологические ЭЭГ-признаки в

Таблица 3. Признаки раннего поражения головного мозга по результатам клинического, неврологического, электрофизиологического и ультразвукового исследования у подростков основной группы

Признаки раннего органического поражения головного мозга	Контрольная группа (n=90)		Основная группа (n=110)	
	Абс	%	Абс	%
1. Наличие клинических признаков резидуально-органического церебрального поражения в возрасте до 1 года	21	34,4	106	97,3*
2. Наличие 5 и более признаков резидуально-неврологических симптомов	17	18,0	100	90,9*
3. Наличие на ЭЭГ патологических знаков	18	20,0	110	100*
4. Наличие ультразвуковых признаков	18	20,0	100	90,9*
Всего	21	23,3	110	100*

*- различия достоверные ($P < 0,05$) при сравнении основной группы с контрольной группой

100%, основной доплеровский паттерн, установленным в 90,9%. Можно утверждать, что возрастная клиническая динамика психопатологических нарушений у подростков основной группы соответствует расстройствам психоорганического круга. В качестве причины данных нарушений следует рассматривать влияние патогенных факторов, оказывающих свое влияние на ранних этапах онтогенеза (в пре- и перинатальном периоде).

С учетом полученных в ходе исследования данных, была предложена патогенетическая психофармакотерапия раннего алкоголизма, обоснованы немедикаментозные виды коррекции, а также психотерапевтическая, психологическая, социально-педагогическая коррекция.

Так, к средствам базисной психофармакотерапии были отнесены антиконвульсанты. Их влияние было направлено на дестабилизацию патологической системы, возникшей вследствие эпилептизации мозговых структур. С учетом преимущественного парциальной фронтально-височной локализации патологической активности, выявленной с помощью ЭЭГ, препаратом выбора являлся карбамазепин (финлепсин-ретард). С целью достижения ремиссии высокого качества непрерывное применение препарата составляло не менее 2,5-4-х лет. Хорошая переносимость, высокая безопасность и эффективность служили достижению комплайенса, в конечном счете, успешной реабилитации больных.

Дозировка карбамазепина применялась из расчета 15-20 мг/кг и распределялась равномерно на 2 приема в сутки.

При наличии первично генерализованной патологической активности на ЭЭГ применялись вальпроаты (конвульсофин, депакин-хроно и депакин-хроносфера). Их дозировка в диапазоне 20-30 мг/кг также распределялась равномерно на 2 приема в сутки. Длительная непрерывная поддерживающая терапия, как правило, формировала ремиссию высокого качества и предупреждала рецидивы. Вместе с тем, подростки отмечали значительное улучшение соматического здоровья, хороший аппетит, восстановление сна, приносящее чувство отдыха, улучшение и восстановление работоспособности.

Осложнения и побочные эффекты препаратов обычно удавалось избежать благодаря многоступенчатой

пошаговой схеме наращивания доз антиконвульсантов. Суть ее заключается в том, что минимальная инициальная дозировка антиконвульсантов, составляющая не более четверти от средней суточной дозы, разделена на 2 приема в сутки. В течение месяца каждую последующую неделю доза антиконвульсанта увеличивается на четвертую часть, в итоге достигая средней суточной дозы.

В стационаре возможно форсированное наращивание суточной дозы с увеличением дозировки на четвертую часть каждые 3-4 дня. Применение указанной схемы позволяет устранить непереносимость антиконвульсантов с побочными эффектами, из-за чего нарушается приверженность пациентов терапии.

На фоне антиконвульсантов проводилась курсовая противоорганическая терапия до 4 раз в год продолжительностью до 30 дней с ноотропными, сосудистыми, биостимулирующими, дегидратирующими средствами. Наибольший эффект наблюдался при длительном применении данного подхода к терапии (на протяжении не менее 4-х лет).

Назначения коротких курсов транквилизаторов (не более 10-12 дней) преследовало цель нормализовать функцию сна, вызвать легкую миорелаксацию, оказать вегетостабилизирующее, анксиолитическое и реже антиконвульсивное действие. Чаще других применялись клоназепам (антелепсин), феназепам, радедорм (нитразепам) и седуксен (реланнум, сибазон).

Важным звеном в комплексной медико-социопсихологической парадигме реабилитации подросткового алкоголизма являлась психотерапия (психокоррекция). Особое внимание уделялось семейной психотерапии. Применение различных структурированных техник семейной терапии было направлено на преодоление патологических типов воспитания, дисгармонии межличностного взаимодействия в семье, восстановление семейной иерархии и сплочения родителей ради заботы о своем ребенке.

Как показал клинический опыт, использование дифференцированного патогенетического подхода к лечению подросткового алкоголизма позволило оптимизировать терапию и добиться высоких результатов. Сочетание антиконвульсантов, средств нейрометаболической терапии,

Таблица 4. Длительность ремиссий после проведенного лечения

Длительность ремиссий	I стадия алкоголизма	II стадия алкоголизма	Всего
Менее 3 месяцев	22 (29,7%)	10 (27,8%)	32 (29,1%)
От 3 до 6 месяцев	19 (25,7%)	9 (25,0%)	28 (25,5%)
От 6 месяцев до 1 года	17 (23,0%)	9 (25,0%)	26 (23,6%)
От 1 до 2 лет	16 (21,6%)	8 (22,2%)	24 (21,8%)
Всего	74 (100%)	36 (100%)	110 (100%)

* - различия достоверные ($P < 0,05$) при сравнении групп больных с I и II стадией заболевания

традиционных психотерапевтических мероприятий, общеукрепляющих и седативных средств позволило быстро и эффективно формировать долгосрочные ремиссии высокого качества. Благодаря указанным методам лечения в 16 случаях (21,6%, $n=110$) при I стадии алкоголизма и в 8 случаях (22,2%, $n=110$) у пациентов достигнута ремиссия в течение от 1 до 2 лет наблюдения (см. табл. 4). Длительность ремиссий достоверно не отличается в группах больных с I и II стадией алкоголизма.

Выводы

1. Комплексный системный подход с использованием клинического и современных параclinical методов диагностических методов приближает нас к пониманию роли резидуально-органической церебральной недостаточности в формировании сложных интрацеребральных механизмов при подростковом алкоголизме.

2. Согласно данным факторного анализа установлено, что отягощенную по алкоголизму наследственность можно рассматривать как предрасполагающий фактор.

3. Формирование органического поражения головного мозга у подростков с ранним алкоголизмом обусловлено влиянием патогенных факторов, действующих на ранних этапах онтогенеза (в пре- и перинатальном периоде).

4. Клинические проявления резидуального психоорганического синдрома, отчетливые пароксизмальные характеристики на ЭЭГ, их сочетание с дефицитностью

нейропсихологических функций позволяют предположить, что эпилептогенезу принадлежит ведущая роль в формировании особой патологической системы. Система включает стволоретикулярные, таламические, корковые структуры, обуславливая патологическое влечение к алкоголю, формирование абстинентного синдрома, ремиссий и рецидивов.

5. К средствам патогенетической терапии раннего алкоголизма следует отнести антиконвульсанты и средства нейрометаболической терапии, оказывающие дестабилизирующее влияние на патологическую интрацеребральную церебральную систему.

6. Проведение дополнительных психосоциальных мероприятий обеспечивает более высокие результаты реабилитации подростков с ранним алкоголизмом. ■

Ретюнский К.Ю., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Минздрава России, г. Екатеринбург; Детков Д.В., заведующий диспансерным отделением, ГУЗ СО «Психиатрическая больница № 3», г. Екатеринбург; Забродин О.В., главный врач ГУЗ СО «Психиатрическая больница № 3», г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку - Детков Дмитрий Васильевич, тел.: +79089058335

Литература:

- Богданов С.И. Основные показатели деятельности наркологической службы в Свердловской области в 2007-2009 годах. / С.И. Богданов. - Екатеринбург, 2010. - С. 29-37. - ISBN 978-5-904159-01-9.
- Бохан Н.А. Диссоциативная парадигма в наркологии (монография). / Н.А. Бохан, А.А. Овчинников. - Томск: Изд-во Томского университета, 2009. - 264 с.
- Винникова М.А. Проблемы фармакотерапии в наркологической практике. / М.А. Винникова // Материалы совещания главных наркологов и главных детских наркологов органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации. - М., ФГУ «НПШ наркология», 2009. - С. 59-70.
- Гофман А.Г. Психиатрия. Справочник практического врача / А.Г. Гофман. - М.: «Издательство «МЕДпресс-информ» 2010. - 608 с. - Библиогр.: С. 588-608. - 3000 экз. - ISBN 5-98322-228-7.
- Егоров А.Ю. Раню начинающийся алкоголизм. Современное состояние проблемы // Вопросы наркологии. - 2002. - и 2. - С. 50-52.
- Егоров А.Ю. Особенности алкоголизма в пубертатном и постпубертатном возрасте. / А.Ю. Егоров. // Наркомании и ВИЧ-инфицирование у детей: проблемы профилактики, коррекции и реабилитации. - СПб., 2003. - С. 57-58. - Библиогр.: С. 205-208.
- Егоров А.Ю. Расстройства поведения у подростков: клинико-психологические аспекты. / А.Ю. Егоров. - СПб., Речь, 2005. - Библиогр.: С. 264-269. - 2000 экз. - ISBN 5926803934.
- Иванец Н.Н. Психиатрия и наркология / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин; ГЭОТАР-Медиа, 2006. - Библиогр.: С. 825-832. - 1000 экз. - ISBN 5-9704-0197-8.
- Иванец Н.Н. Наркология. Национальное руководство. / Н.Н. Иванец, И.П. Анохина, М.А. Винникова. - М., 2008. - 720 с. - Библиогр.: с. 703-720. - 3000 экз. - ISBN 978-5-9704-0887-2.
- Иванец Н.Н. Психиатрия и наркология. / Н.Н. Иванец - М., ОАО «Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2009. - 832 с. - Библиогр.: с. 804-832. - 3000 экз. -

- ISBN 978-5-9704-1167-4.
11. Кошкина Е.А. Лекции по наркологии. – М., Нолидж, 2000. – С. 41-56.
 12. Кошкина Е.А. Состояние наркологической помощи детям и подросткам в 2007 году / Е.А. Кошкина, Шамота А.З., В.В. Киржанова, У.В. Валькова, А.П. Федулов // Информационно-аналитические материалы. – М., ФГУ НИЦ наркологии, 2008. – С. 6-7.
 13. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2007-2008 годах. Статистический сборник. // М., ФГУ НИЦ наркологии, 2009. – С. 8-9.
 14. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. – М., Академия, 2002. – 247 с.
 15. Семке В.Я. Клинико-динамический подход к систематике аддикций. / В.Я. Семке, Н.А. Бохан, А.И. Мандель // Наркология. – 2005. – ц12. – С. 30-36.
 16. Семке В.Я. Транскультуральная аддиктология. / В.Я. Семке, Н.А. Бохан – Томск: зд-во Том. ун-та, 2008. – 588 с. – Библиогр.: С. 562-588. – 1000 экз. – ISBN 978-5-7511-1846-4.
 17. Сиволап Ю.П. Фармакотерапия в наркологии. / Ю.П. Сиволап, В.А. Савченков, Н.М. Жариков; – М., Медицина, 2000. – 352 с. – Библиогр.: С. 323-339. – 3000 экз. – ISBN 5-225-04607-X.
 18. Сиволап Ю.П. Алкогольная болезнь мозга: патогенез, клинические формы, современные подходы к лечению. / Ю.П. Сиволап // Актуальные проблемы возрастной наркологии: Материалы научно-практической конференции. / Под ред. Е.Н. Кривулина, Н.Е. Буториной, Н.А. Бохан – Челябинск; Изд-во АТОККО, 2009. – С. 62-71. – ISBN 5-8227-0141-8.
 19. Сидоров П.И., Митюхляев А.В. Ранний алкоголизм. – Архангельск, Изд-во АГМА, 1999. – С. 61-85.
 20. Шабанов П.Д. Иммунонаркология. / В.Н. Цыган, П.Д. Шабанов, А.В. Степанов и др. – СПб., 2008, – 224с. – Библиогр.: С. 218-224. – 3000 экз. – ISBN: 5-93875-017-2.
 21. Swift R.M. Medications in the Treatment of Alcohol Dependence. / R.M. Swift, R. Hester, W. Miller // Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives, 3rd Ed., Allyn and Bacon, 2002.
 22. Houchi H. Alcoholism management in inpatient and outpatient and centres in France. / H. Houchi // European neuropsychopharmacology. – 2008, V.18, Supplement 4 – P. 525-526. – ISSN 0924-977X 18 (S1) S153-S641.
 23. Kelly J.F. Do Adolescent Affiliate with 12-step Groups? A Multivariate Process Model of Effects / J.F. Kelly, M.G. Myers, S.A. Brown // Journal of Studies on Alcohol, 2002, 63, 3: P. 293-304.
 24. Kelly J.F. Evidence for adolescent participation in alcoholics anonymous and narcotics anonymous: further steps needed. / J.F. Kelly, P.D. Mass // Syllabus and scientific proceedings. – 2007. – P. 188. – ISBN 978-0-89042-482-7.