

ОСОБЕННОСТИ ОТДАЛЕННОГО ПЕРИОДА НАРКОГЕННОЙ МАРГАНЦОВОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

И.А. Носатовский

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии –
филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России*

К психостимуляторам, обладающим наркотическим эффектом, в основном, относятся кокаин, амфетамин, кофеин, а также группа кустарных препаратов эфедрина, включая псевдоэфедрин и производные фенилпропаноламина. Последние популярны у молодых лиц, склонных к искусственной стимуляции психической активности. Злоупотребление этими веществами, наряду с возбуждающим действием, постепенно формирует органические нервно-психические расстройства, которые отражают эффект дополнительных компонентов ПАВ.

В 80–90 годы XX века в СССР получила распространение эфедроновая наркомания, отличающаяся широким набором неврологических осложнений [4]. Два десятилетия позже на территории РФ возникла, так называемая, фенилпропаноламиновая (ФПА) наркомания [6]. При обеих наркотических «эпидемиях» близкие по химической структуре стимуляторы – эфедрон (меткатинон) или псевдоэфедрин получали кустарным путем при окислении эфедрина или ФПА в присутствии марганцовокислого калия и щелочи [1]. Дешевизна и доступность прекурсоров, простота изготовления кустарного ПАВ определили широкую распространенность зависимости и многочисленность соответствующих публикаций [6]. ФПА зависимость протекает злокачественнее, чем эфедроновая, при которой быстрее возникают тяжелые нервно-психические осложнения. Их причина связана с марганцевой интоксикацией, уровень которой прямо не коррелирует с тяжестью клинических расстройств [9]. Немалое значение принадлежит индивидуальной чувствительности организма к Mn. Начальные формы интоксикации оказались обратимы. При «продвинутых» – энцефалопатических формах, интоксикационная симптоматика относительно стабильна и мало курабельна. Марганцевая энцефалопатия (МЭ) после своего возникновения утрачивает связь с потреблением ПАВ и нервно-психическая симптоматика способна к саморазвитию [1]. В стране пока не решена оценка распространенности ФПА зависимости. Государ-

ственная регистрация отдельно не выделяет такой вид зависимости, он включен в единый раздел наркоманий, вызванных стимуляторами. Масштабность проблемы подтверждается косвенными, но ясными данными, отраженными в специальной литературе, профессиональных руководствах, на обновляемых сайтах и форумах интернета, сообщениях в периодической печати, регистрационных базах больных наркологических и неврологических центров.

В РФ приняты законодательные меры, ограничивающие рынок препаратов, содержащих ФПА. Из продажи изъяты противостудные и анорексические средства, содержащие ФПА: «колдакт», «колдрекс», «колдар», «эффект», «флюкодор» и др. Это привело к заметному сокращению первичной заболеваемости такого рода. Однако у абстинентов, которые ранее злоупотребляли ПАВ, сохраняется тяжесть МЭ [6]. Последнее время за рубежом, особенно в Польше, вновь заметно оживился интерес к эфедроновой наркомании с чертами кризисной проблемы [13].

Марганцевые отравления, обычно, встречаются у работающих в электротехнической, горно-рудной промышленности, пренебрегающих санитарными мерами безопасности. Сегодня, проблема марганцевых поражений переместилась из области промышленно-профессиональной в сферу практической наркологии [7].

Клиника ближайшего периода наркотических марганцевых отравлений неплохо изучена [1, 6, 7], однако картина отдаленных последствий интоксикации остается не достаточно ясной. Дефицит этой информации наблюдается в современных руководствах по психиатрии, наркологии [8, 9]. Отсутствуют данные о функциональных возможностях пациентов, фармакотерапии, социальных проблемах больных на отдаленных этапах заболевания.

Цель работы: Ретроспективный анализ медико-социальных последствий лиц, злоупотреблявших ПАВ на основе ФПА. **Задачи:** 1) выяснение клинической структуры отдаленных этапов больных нарко-

генной МЭ, 2) определение их функциональных возможностей, 3) установление сроков наступления стойкой нетрудоспособности, 4) перспективы лечебных и профилактических мероприятий.

Материал и методы

Обследовано группа из 59 амбулаторных больных МЭ обоего пола в возрасте от 26 до 40 лет (в среднем – $32,1 \pm 3,7$ года). Группа сформирована из когорты 142 пациентов, которые ранее (11–13 лет назад) злоупотребляли марганецсодержащим наркотиком на основе ФПА, амбулаторно или стационарно получали лечебно-диагностическую помощь в МНИИ психиатрии и в последующем состояли там под наблюдением. Многие из пациентов по разным причинам оказались не доступны для настоящего изучения. Размер группы определялся приверженностью пациентов к лечебным мероприятиям в состоянии наркотической ремиссии, их психофизическим состоянием, мобильностью и т.д. В исследование включены лица только с «наркогенной» нервно-психической патологией. Продолжительность злоупотребления наркотиком в прошлом варьировала от 2 до 28 месяцев (в среднем – $10,2 \pm 3,4$ мес.).

В соответствии с целью исследования регистрировалась 12-летняя динамика показателей нервно-психического статуса больных, стойкой нетрудоспособностью, параметры социального функционирования и др. Использованы инструменты количественной оценки аффективных, тревожных, когнитивных нарушений [11]. Двигательные нарушения оценивались по унифицированной шкале болезни Паркинсона – UPDRS, часть 3 [12].

Критериями исключения являлись больные: 1) с пороками развития, 2) с нервно-психической патологией, существовавшей прежде воздействия ПАВ на основе ФПА, 3) подвергшиеся тяжелым внешним воздействиям и заболеваниям в период наркотической ремиссии; 4) возобновившие употребление иных наркотических веществ. Обсуждена эффективность фармакотерапии в период относительной стабилизации клинической картины у больных, в начальном периоде – (первые 1,5–2,5 года) существования МЭ.

Сравнивались параметры актуального статуса больных и его параметры, зарегистрированные нами 10–13 лет назад. Достоверность различия параметров определялась при использовании парного критерия t Стьюдента.

Результаты исследования

Ретроспективный поиск истоков новой клинической реальности и условий их достижения. В дебюте наркотического «поветрия» врачи были застигнуты врасплох заболеванием лиц молодого возраста с необычными двигательными расстройствами. Врачи, вне наркологических учреждений, недостаточно ориентированы в преходящей, мало

специфической абстинентной симптоматике. Точная трактовка медицинских данных выходила за пределы их повседневного медицинского опыта. Диагностические трудности возрастают из-за скрытности больных, которые не сообщают о злоупотреблении ПАВ кустарного изготовления. Анамнестические сведения, полученные от родственников, обычно, оказываются неточными и редко проясняют существо дела. При недостоверном анамнезе, корректная интерпретация клиники прогрессирующего поражения подкорковых ганглиев и их связей была непродуктивной. Поэтому заболевание превратно расценивалось как демиелинизирующий процесс, болезнь двигательного нейрона (боковой амиотрофической склероз), наследственные формы подкорковой дегенерации, эндогенное процессуальное расстройство и др. Диагностические ошибки возникали не только в территориальных медицинских учреждениях, но и в специализированных исследовательских центрах. Поэтому больные длительно не получали адекватного лечения.

Оказалось, что помимо теоретической «вооруженности» специалистов, важна актуальная практика здравоохранения. Необходим профессионализм при сборе анамнеза, учет всех рискованных форм поведения молодых лиц. В среде специалистов укрепилось понимание, того что решая диагностические вопросы в наркологии следует учитывать не только глобальное действие ПАВ, но и детали технологии его изготовления. Совокупность анамнеза, клиники, данных инструментальных исследований убедил, что последствия злоупотребления кустарным ПАВ на основе ФПА вызваны хронической марганцевой интоксикацией. По-видимому, в симптомообразовании МЭ определенный вклад принадлежит амфетаминоподобному действию ФПА. Начальная (астено-депрессивная) стадия марганцевой интоксикации быстро превращается в энцефалопатическую с симптоматикой поражения подкорковых структур мозга [6].

Трудно предугадать новые формы наркотизма, которые могут стать популярны в молодежной среде. У наркологов постоянно должна существовать настороженность к новым, особенно кустарным, формам наркотизма, как к причине МЭ. Так, перманганат калия традиционно используется в ходе кустарного изготовления наркотиков. В фармакологии его широкое использование связано с высокой окислительной способностью иона перманганата (MnO_4^-), который обеспечивает быстроту протекания окислительно-восстановительных реакций. В РФ законодательно установлены строгие правила отпуска перманганата калия в аптечной сети. Однако противоправное целеполагание потребителей наркотиков преодолевает любой контроль продажи лекарственных средств.

В отдаленном периоде МЭ больные редко осознают утраты, связанные со здоровьем, системой

отношений с окружающими. Больные свыкаются с двигательными расстройствами, которые возникли в начальном периоде МЭ, обладают отрицательным опытом фармакотерапии и поэтому не торопятся получить новую медицинскую помощь. Пациенты сообщают, что начальные явления поражения нервной системы, временно купируются новой дозой ПАВ, по-видимому, за счет его симпатомиметического эффекта, а прекращение наркотизации приводит к усилению двигательных нарушений. Такое привычное действие больных фактически поддерживает наркотизацию, которая протекает в условиях нарастающего поражения нервной системы. Абстинентный синдром ограничивается астено-депрессивными расстройствами, который сносно переносятся больными, не требует специальных средств медицинской помощи. В этот период пациенты обращаются за медицинской помощью не из-за пристрастия к наркотику, а в связи с локомоторными расстройствами, нарушающими повседневную активность. Малая эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий заметно ухудшает комплаенс, который усугублен грубо нарушенной речью, дезорганизацией двигательной активности и коммуникативных навыков, способности к самообслуживанию. Больные редко покидают пределы квартиры, замыкаются, ограничивают привычные контакты. Для них характерна эмоциональная лабильность, импульсивность, черты психического инфантилизма, нередко, с бурными, психопатоподобными формами реагирования. Негативные психогенные воздействия наслаиваются на органическую психическую патологию пограничного уровня.

Пациенты основную часть времени проводят в праздности: бездумно просматривают ТВ-программы, иногда включаются в виртуальные компьютерные затеи. Они заявляют, тем самым зарабатывают на жизнь. Порою, родители, желая представить их в лучшем свете, подтверждают полезный характер деятельности. На деле речь идет об развлекательных компьютерных играх, карточных программах, непродуктивном «блуждании» по интернету.

Часто больные находились в состоянии, когда требовалась постоянная посторонняя помощь, тягостная родительской семье. У родителей пациентов черты характера близки к типичному профилю лиц «созависимых» от наркотиков: тенденциозное изложение фактов жизни пациента, экстернальный локус контроля, эмоциональная заторможенность, безразличие к личной жизни, замкнутость, скрытность, неискренность, готовность к эмоциональным «вспышкам», затруднения принятия решений.

Три пациентки вступили в брак, вынуждено поддержанный родителями. Их мужья, из круга потребителей наркотиков, имели аналогичные проблемы со здоровьем. Из акушерских учреждений, курирующих пациенток, в МНИИ психиатрии поступали запросы о противопоказаниях к родоразрешению.

Отвечая, мы всегда указывали, что в процессе родов повышается риск декомпенсации энцефалопатии с возможностью экстаза мозгового процесса. Вместе с тем, в этих случаях роды, которые были проведены с помощью кесарева сечения, прошли без существенных осложнений.

Психические расстройства. Клиника хронической МЭ представлена психоорганическим синдромом с когнитивными, аффективными расстройствами и неврологической симптоматикой подкоркового генеза. Обычно наблюдается церебральный или эксплозивный варианты психоорганического синдрома, реже – эйфорический или апатический. Как видно в таблице, в течение многих лет сохраняется стойкая симптоматика МЭ – (психоорганического синдрома), включающая психопатологические расстройства пограничного уровня и очаговые неврологические нарушения. Депрессивные расстройства имеют органическую основу с апатическими или тревожно-апатическими состояниями и дисфорий с малой напряженностью аффекта. Негативное воздействие оказывают психогенные факторы: длительное стационарное течение заболевания, низкий уровень жизненного функционирования, утрата семейных, социальных и экономических перспектив. Выраженность депрессивных расстройств, обычно, связана с преморбидными особенностями личности. Страдает самооценка больных, ухудшено адекватное эмоциональное реагирование. Пациенты ложно характеризуют свое настроение как «нормальное» или «хорошее», достаточно откровенно, бесстрастно рассказывают о наркотизации, паразитическом образе жизни, утрате социальных связей. При этом больше звучит не откровенность или раскаяние, а безразличие к производимому впечатлению. При целенаправленном расспросе, они сообщают о спонтанном, немотивированном негативном аффекте (грустные мысли, подавленность, скука).

При субдепрессивном уровне расстройства аффект незрел, и только приближается к дифференцированной эмоции. Точная ее квалификация не всегда возможна. Отсутствуют признаки, характерные для эндогенных процессов, преобладает, так называемая, «негативная» аффективность (ангедония, аспонтанность, дисфории, депрессивная «девитализация», моральная анестезия). Больные обнаруживают как бы покорность судьбе в результате своего зависимого, удручающего состояния. В поведении преобладает пассивность, лень и безынициативность. Они тяготеют несложной процедурой заполнением диагностических анкет, заявляя, что «это могут лучше выполнить родители». Нередко доминирует благодушно-беспочвенное настроение с удовлетворенностью своим состоянием, игнорированием ущербности существования. У многих отмечалась эмоциональная лабильность, раздражительность, «брюзжащие» дисфории с вялым аффектом.

Тяжесть симптоматики на различных этапах марганцевой энцефалопатии

Синдром	Число наблюдений	Становление ремиссии (первый год)	Консолидация ремиссии (3–4 года)	Стойка многолетняя ремиссия (11–13 лет)
Депрессия (по Беку, балл)	59	16,1±1,5	14,5±1,0	15,2±0,6
Депрессия (Гамильтон балл)	59	15,2±1,5	15,0±1,6	15,1±2,0
Тревога (Спилберг- Ханин, балл)	59	40,1±3,2	43,4±4,3	39,5±6,1
Когнитивные функ. (шкала Jacobs, балл)	58	24,5±1,4	25,2±1,3	25,5±1,8
Когнитивные функции (шкала MMSE, балл)	58	25,1±1,4	25,9±2,2	26,1±2,4
Память (воспроизведение цифр, шкала Векслера)	56	10,0±2,3	10,6±1,7	10,5±1,6
Корректурная проба (балл)	59	35,4±4,8	33,2±4,1	30,6± 5,5
Гипокинезия, UPDRS (балл)	59	2,3±0,4	2,2±0,5	2,2±0,4
Постуральный контроль, UHDRS (балл)	58	2, ±70,8	2,7±0,4	2,6±0,5
Дизартрия, UPDRS (балл)	59	2,4±0,3	4,6±0,6	2,3±0,4
Дискинезии, UPDRS (балл)	59	4,4±0,7	4,6±0,6	5,9±0,4 *
Пластическая гипертония мышц (балл)	59	3,20±,4	3,0±0,5	2,9±0,6

Примечания: * – достоверность различия показателей $p \leq 0,05$.

Интеллектуально-мнестические расстройства, у большинства больных оцениваются как «умеренные» с широким разбросом индивидуальных значений. Неврологические и поведенческие расстройства, обычно, усиливают впечатление об интеллектуальной несостоятельности. Психологическое тестирование демонстрирует лучшие когнитивные показатели, чем общее клиническое наблюдение. В мышлении пациентов отмечаются черты вязкости, часты случайные ассоциации. Заметна облегченность, поверхностность суждений, формальность критики к своему состоянию. Планы на будущее формулируются в общем виде, без обозначения конкретных путей их осуществления, но с переоценкой своих возможностей.

Неврологические нарушения. Картина неврологических нарушений определяется сложным комплексом стойких экстрапирамидных, псевдобульбарных и вторичных лобных повреждений мозга. В течение многих лет сохраняются клинические доминанты синдрома, при определенном «патокинезе» частной симптоматики. «Патокинез» понимается как совокупность биологических процессов в организме, определяющих дальнейшее течение ранее сложившейся энцефалопатии. С ослаблением одних расстройств, на первый план выходят другие, обнаруживающие уязвимость той или иной функциональной сферы. С годами, у больных МЭ сглаживаются проявления вегетативной дисфункции, нормализуются сон и глотание, исчезает тремор, редуцируется пластическая напряженность мышц, болевой компонент дискинезий, исчезают приступы насильственного смеха или плача. К сожалению, такие изменения симптоматики мало влияют на функциональные возможности больных. Как видно из таблицы, сохраняется недостаточность двигательных систем мозга, нарушения речи, страдает контроль положения тела в пространстве, что связано с поражением подкорковых структур мозга. Основу неврологических расстройств в этот период МЭ составляют:

1. *Дизартрия центрального генеза* имеет спастико-гипокинетический или спастико-дистонический характер. При легкой ее форме наблюдается нечеткое произношение слов, трудное их озвучивание, нарушение плавности речи, ощущение напряжения в языке, губах в жевательных мышцах, трудности открывания рта. Ясное произношение отдельных слов и фраз требует постоянных усилий. В половине случаев тяжелой дизартрии речь прерывается частыми паузами, неразборчива, обычно, имеет тенденцию к «затуханию». Ускоренная речь отличается еще большей неразборчивостью. У части больных спонтанная речь отсутствует при частичной сохранности односложных ответов на вопросы. Иногда наблюдается обратная картина – больные при сильном аффекте (волнении, гневе или восторге) легко произносят отдельные слова или короткие фразы, содержащие обсценную лексику. При полном нарушении вербального контакта, порою больные прибегают к выразительным жестам, либо особым приемам письменного составления слова из отдельных, заранее изготовленных букв. Дизартрия усиливается при утомлении, волнении, при инициации речи, возможны и спонтанные ее колебания.

2. *Мышечные дистонии (дискинезии).* Неритмичные, медленные насильственные движения с меняющимся мышечным тонусом и патологическими позами в различных частях тела. Характерна асимметричность и мозаичность дистоний. Динамические контрактуры, со временем, принимают стабильный характер, болевой компонент ослабевает. Они выглядят как сегмент конечности в согнутом положении, приведенный к туловищу. На ногах характерно подошвенное сгибание стоп и пальцев, напоминающие «Фридрейхову стопу», которое усиливается при ходьбе. Дискинезии лежат в основе своеобразного махового движения ноги, подобного «петушиной походке», придававшей характерный «рисунки» передвижения. С годами нарастает число сегментарных дистоний, которые включены в непровольные движения мышцы плечевого пояса, рук и

шеи. Дистония мимической мускулатуры формируют насильственную, дистоническую улыбку, создающие впечатление «радостно-дурашливой» эмоциональной реакции. При хорейформных дистониях возникают хаотичные, стремительные движения в туловище, конечностях, что создает впечатление об общем оживлении, избыточности моторики. Походка становится нарочитой, «пританцовывающей», с дополнительными затейливыми движениями. Больные знают о неплохой способности алкоголя купировать дистонию. Тем не менее, даже умеренная алкоголизация критически ухудшает походку, устойчивость и речь, утрачивается способность к самостоятельному передвижению.

3. *Постуральная неустойчивость.* Нарушение стабильности положения тела в пространстве относится к постоянным явлениям. Постуральная неустойчивость возникает при резких изменениях положения тела, крутых поворотах, что приводит к утрате равновесия и падению. Отдельные пробы на координацию выполняются успешно, но нарушены статические и опорные реакции в виде «про»- и «ретропульсии». Спуск по лестнице вызывает затруднения из-за неспособности поддерживать равновесие в вертикальном положении. При попытке сесть, больные резко отбрасывают назад корпус тела. При попытке встать – туловище «переразгибается», что приводит к падению на спину. Временами, больные не могут стоять без дополнительной опоры. В тоже время в положении лежа больные успешно имитируют акт ходьбы. Трудны для выполнения сложные двигательные акты: повороты тела в постели, пробы на диадохокinez, громкий свист, сплевывание слюны, бросание камня вдаль. Нарушение способности выполнять сложные координированные движения можно связать с расстройством программы, ответственной за синхронизацию серии элементарных двигательных актов. Как следует из табл. 1, на отдаленном этапе МЭ регистрируется усиление выраженности дискинезий. Оно, по-видимому, отражает отсроченный и искаженный в пространстве подкорковых структур мозга, процесс регенерации нейрональной сети.

Сохранены функции корковых анализаторов при нарушении стволовых и подкорковых образований мозга. Течение заболевания носит непрерывный прогрессирующий характер с чередованием нарастания, стабилизации или частичного ослабления симптоматики.

Из всех исследованных больных 86% стойко утратили трудоспособность. С годами инвалидность нарастает. Если в первые три года заболевания медико-социальными экспертизами (МСЭ) она установлена у 48% больных, то в следующие два года инвалидами признаются уже 77% пациентов, а спустя 10–13 лет – 86% больных. В изучаемой группе больных Степень утраты трудоспособности распределялась так: 1-я группа инвалидности – 43%

больных, 2-я группа – 38%, 3-я группа – 19%. Доминировала группа лиц с высокой степенью инвалидности. Это связано с приоритетом поражения сферы передвижения, важнейшей в функциональном отношении. Позиция учреждений МСЭ, также ориентирована на социальную оценку заболевания и его перспективы (дезадаптация, способность к труду, обучению, существование в семье, коммуникативные возможности, способность к самообслуживанию и др.). Степень инвалидности не только мера тяжести МЭ, но и свидетельство тревожности, надежды на медицинскую помощь. Первые годы существования МЭ пациенты не склонны к признанию инвалидности. Примиренность молодых людей с инвалидностью, в том числе, является прорывом психологических защитных механизмов. За время наблюдения не отмечено случаев регресса степени инвалидности.

Обсуждение

Ранее в открытых исследованиях нами установлено, что в первые 2–3 года существования МЭ заместительная дофаминергическая терапия препаратами леводопы (мадопар, синемед) и применение агонистов дофаминовых рецепторов (бромокриптин, парлодер), как правило, не обладала достаточным терапевтическим эффектом. Действие препаратов носит непостоянный, преходящий характер, обеспечивая небольшое ослабление нервно-психических расстройств [7]. Холинолитические средства центрального действия (тригексилфенидил, бипериден) оказались наиболее эффективны при терапии двигательного-тонического нарушений. Однако их длительное применение связано с появлением нежелательных эффектов [3, 7]. Оправдано назначение метаболических – холина альфасцерат (глиатилин), и ноотропных средств (пирацетам), воздействующих на когнитивные и эмоционально-волевые расстройства, но продолжительность их терапевтического эффекта, обычно, соизмерима с длительностью их применения. Хотя ряд препаратов положительно влияет на патологическую симптоматику, эффект их нестойкий и мало сказывается на функциональных возможностях больных. Реальные шансы купирования отдельных нервно-психических расстройств недостаточны для глобального улучшения повседневной активности больных, их трудовой, семейной адаптации, снижения стойкой утраты трудоспособности [7]. Поэтому основные усилия должны быть направлены на профилактику причин и условий возникновения марганцевых отравлений, раннее их выявление, категорический запрет использования ПАВ с немедицинскими целями.

Заключение

Злоупотребление наркотическими стимуляторами остается популярным среди молодежи. Доступным и дешевым способом получения наркотика является кустарное изготовление его с использованием

перманганата калия, а у его потребителей – перспектива развития МЭ. Расстройства при МЭ представлены стойкими нарушениями нервно-психической сферы, которые плохо поддаются фармакотерапии, создавая приоритет мерам профилактики. Состояние больных определяется многолетней утратой привычных двигательных и координаторных навыков, возможностей коммуникации с потерей функциональных возможностей и работоспособ-

ности. Сегодня последствия наркомании в виде МЭ вышли за пределы профессиональной патологии и распространились в сфере наркологической практики. Медицинские усилия должны сосредоточиться на профилактике причин и условий его поступления в организм, ранней диагностике и адекватной терапии интоксикации, категоричном запрете употребления ПАВ с немедицинскими целями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гофман А.Г., Носатовский И.А., Крылов Е.Н. Нервно-психические расстройства при фенилпропаноламиновой наркомании // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. Т. 13, № 3. С. 48–53.
2. Измеров Н.Ф. Руководство по профессиональным заболеваниям. М.: Медицина, 1983. Т. 1. 320 с.
3. Левин О.С., Датиева В.К. Применение бипридена (акинетона) у больных эфедроновой энцефалопатией // Журн. неврологии и психиатрии им С.С. Корсакова. 2013. Т. 113. № 8. С. 33–37.
4. Найденкова Н.Г., Найденкова И.И., Власова И.Б. Фенилпропаноламиновая токсикомания // Вопросы наркологии. 2000. № 4. С. 16–22.
5. Носатовский И.А. Токсическая энцефалопатия // Наркология. 2007. № 2. С. 41–48.
6. Носатовский И.А. Возможности коррекции нервно-психических осложнений, вызванных наркотизацией амфетаминоподобными стимуляторами // Вопросы наркологии. 2015. № 3. С. 25–38.
7. Пятницкая И.П. Наркомании (руководство для врачей). М.: «Медицина», 1994. 326 с.
8. Рохлина М.Л. Наркомании. Токсикомании. Злоупотребление психо-стимуляторами, приготовленными кустарно из эфедрина и эфедринсодержащих смесей // Психиатрия / Под ред. А.С.Тиганова, 2012. С. 467.
9. Сосин И.К., Линский И.В., Чуев Ю.Ф., Кузьминов В.Н., Жемчужова Н.И., Осипов А.А. Клиника, патогенез и лечение зависимости от психостимуляторов, получаемых путем модификации некоторых официальных препаратов, содержащих прекурсоры // Архив психіатрії. 2001. № 4. С. 117–122.
10. Шкалы, тесты, и опросники в медицинской реабилитации (рук. для врачей и научных работников) / Под ред. А.Н.Беловой, О.Н.Шепетовой. М.: «Антидор», 2002. 440 с.
11. Эфедроновая наркомания // Наркология: национальное руководство / Под ред. Н.Н.Иванца, И.А.Анохиной, М.А.Винниковой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. С. 256–272.
12. Fahn S., Elton R.S. Recent developments in Parkinson's disease / S.Fahn, C.D.Marsden, D.B.Calne, M.Goldstein (Eds.). NY: Florham Park, 1987. Vol. 2. P. 153–164.
13. Habrat B., Baran-Furga H., Sienkiewicz-Jarosz H., Sein Anand J., Honiatowska R. Encefalopatie spowodowane dozylnym uzywaniem preparatow zawierajacych nadmanganian potasu stosowany jako reagent w produkcji metkatynonu (efedronu) z lekow zawierajacych pseudofedryne // Przegląd Lekarki. 2013. N 70. P. 613–616.

ОСОБЕННОСТИ ОТДАЛЕННОГО ПЕРИОДА НАРКОГЕННОЙ МАРГАНЦОВОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

И.А. Носатовский

Прослежен поиск истоков ныне забытого нервно психического расстройства, а также перспектив его преодоления. Сохраняется тяжесть симптоматики на отдаленных этапах наркогенной МЭ. Установлены сроки признания больных стойко утратившими трудоспособность. Функциональные возможности больных грубо повреждены, но не имеют тесной связи с глубиной неврологической и психопатологи-

ческой симптоматики МЭ. Наркологический аспект возникновения МЭ придает проблеме не только медицинское, но и социальное значение, в устранении которой приоритетны меры медицинской профилактики.

Ключевые слова: энцефалопатия, марганец, наркомания, нервно-психические осложнения, лечение, профилактика, функциональные нарушения.

FEATURES OF THE REMOTE PERIOD OF NARCOGENIC MANGANESE ENCEPHALOPATHY

I.A. Nosatovsky

The search for the origins of the new clinical reality and the conditions for its achievement are presented. The persistence of clinical symptoms of the remote stages of narco-genic ME was shown. The terms of the permanent disability of patients with ME in abstinence conditions are established. Revealed the dissociation between the severity of clinical symptoms of

patients and their functionality. Consequences of anesthesia in the form of ME represent an actual medical and social problem, in the solution of which prevention measures are priority.

Key words: manganese, encephalopathy, drug addiction, neuropsychiatric complications, treatment, functional disorders.

Носатовский Игорь Антонович – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им.В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: igor964@mail.ru