

<https://doi.org/10.29296/25877305-2019-12-15>

«Маски» синдрома отмены психостимуляторов в практике терапевта

З. Михайлова¹, доктор медицинских наук,
А. Занозин², кандидат медицинских наук,
Е. Бычкова¹,
Н. Новицкая¹

¹Городская клиническая больница №38, Нижний Новгород

²Нижегородская областная наркологическая больница

E-mail: zinaida.mihailowa@yandex.ru

Практикующий терапевт постоянно ведет поиск причин различных состояний, таких как артериальная гипертензия, нарушения ритма сердца, потеря сознания, гипергликемия, синдром тиреотоксикоза и др. Патоморфоз болезней и наличие атипичной клинической картины требуют от врача непрерывного повышения квалификации, в том числе – в смежных областях.

Ключевые слова: наркология, артериальная гипертензия, синкопе, серотониновый синдром, психостимуляторы, абстинентный синдром.

Для цитирования: Михайлова З. Занозин А., Бычкова Е. и др. «Маски» синдрома отмены психостимуляторов в практике терапевта // Врач. – 2019; 30 (12): 56–59. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-12-15>

Конец XX – начало XXI века ознаменованы ростом частоты наркологических заболеваний и стремительным омоложением контингента лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами (ПАВ) [1].

По распространенности употребления амфетамины находятся на 2-м месте после каннабиноидов – UNODS World Drug Report (2011). Специалисты отмечают, что употребление наркотических средств амфетаминового ряда наиболее распространено именно в молодежной среде [2].

В настоящее время хорошо изучены особенности клиники наркологических заболеваний у лиц, употребляющих опиаты и каннабиноиды. Однако особенности формирования наркотической зависимости у злоупотребляющих амфетаминами молодых людей, в том числе клинические особенности абстинентного синдрома, недостаточно освещены в литературе. Между тем результаты подобных исследований могут стать основой разработки дифференцированной тактики лечения и профилактики амфетаминовой зависимости в соответствии с возрастом пациентов [3].

Употребление ПАВ клинически чаще проявляется развитием нейротоксичности (ухудшение когнитивных функций; серотониновый синдром – помрачение сознания, профузное потоотделение, тремор, усиление глубоких сухожильных рефлексов, миоклонус; тревога, бессонница; агрессивность; паранойяльный бред; галлюцинации; усталость, беспокойство; раздражительность; депрессия; неспособность к концентрации внимания; нейропатия; кома) [4] и кардиотоксичности

(повышение АД – кокаин, учащение пульса, нарушения ритма сердца, головокружение, обмороки) [5–7].

Амфетамины являются стимуляторами психики и двигательной активности, вызывают обострение всех чувств, ощущений и повышенное эмоциональное раскрепощение. Некоторые амфетамины в определенных дозах могут оказывать галлюциногенное и психотропное действие. В настоящее время в России амфетамины в медицинской практике не применяются.

Нейротоксические эффекты амфетаминов связаны с истощением запасов серотонина и дофамина, снижением уровня дофаминового транспортера; они активируют ряд нейротрансмиттерных систем головного мозга и соответственно при их длительном употреблении или введении в высоких дозах истощение этих систем приводит к развитию токсических эффектов.

После 1-й пробы наркотического вещества до систематического приема наркотиков у большинства обследованных проходит довольно много времени (от 8 до 27 мес). Девушки чаще употребляют вещества, содержащие психостимуляторы; при этом они используют препараты для быстрого снижения массы тела. В большинстве случаев молодые девушки принимают несколько ПАВ в разных сочетаниях: каннабиноиды, психостимуляторы, лекарственные препараты и алкоголь [3].

Беспорядочное чередование веществ разных групп, изначальная полинаркотизация, чередующаяся с приемом алкоголя, очевидно, замедляет формирование наркомании. В силу полинаркотизации влечение к опьянению сначала носит недифференцированный характер, направлено не на определенные ощущения, а на некоторое общее состояние оглушения, изменения сознания.

Следует отметить, что систематическое употребление ПАВ амфетаминового ряда характеризуется своеобразным паттерном – не ежедневный прием наркотиков, а некоторая периодичность.

Более половины (58%) пациентов принимают препараты еженедельно (в выходные дни), а у 12% выявлены так называемые «шведские циклы» (марафон). Этим термином в специальной литературе обозначают тип употребления наркотиков, при котором пациенты в течение 2–3 сут многократно (каждые 2–4 ч) вводят амфетаминовое ПАВ внутривенно или принимают его перорально в больших дозах, доводя суточный прием до нескольких сот миллиграммов, что в несколько десятков раз превышает наивысшую терапевтическую дозу. В такие дни пациенты не спят, не едят, все время находятся в состоянии, напоминающем гневную манию при аффективных психозах у подростков. Через 2–3 сут они доходят до полного изнеможения, сопровождающегося обмороками, сердцебиением с перебоями, бессонницей. В этом случае пациенты принимают большую дозу снотворного, в течение 2–3 сут увеличивают продолжительность сна и усиленно питаются, а затем снова начинается очередной «бинджинг». Эта форма употребления амфетаминов считается более тяжелой в сравнении с остальными, поскольку при подобном злоупотреблении довольно быстро развиваются психозы, тяжелая депрессия и, особенно, – выраженные состояния отмены препарата с обилием вегетативной симптоматики.

Синдром отмены (СО) амфетаминов возникает через 12–24 ч после их последнего употребления, максимальной выраженности расстройства достигают на 2–4-е сутки. Характерный признак СО психостимуляторов – глубокие депрессивные расстройства. Могут отмечаться отдельные идеи

отношения, преследования, эксплозивные реакции, приступы паники, страха, дисфория, подозрительность, сильное влечение к наркотику. На высоте абстинентных расстройств может развиваться психоз по типу делирия или острого параноида с речевым и двигательным возбуждением; встречаются хронические амфетаминовые психозы, продолжающиеся от 2–3 нед до нескольких месяцев. Неврологически СО психостимуляторов проявляется нарушением координации движений, фибриллярными подергиваниями отдельных мышечных групп лица и языка, миозом, слабой реакцией зрачков на свет, нистагмом. Мышечный тонус снижен. Сухожильные рефлексы повышены. Длительность СО психостимуляторов – 7–14 дней, но в тяжелых случаях его проявления сохраняются до 1 мес. Наиболее тяжело протекает отмена производных эфедрина (эфедрон, первитин) в связи с его высокой наркотенностью [8].

Общие признаки СО психостимулятора: психопатологические расстройства (понижение настроения до тоскливо-злобного; утомляемость; расстройство сна); неврологические расстройства (порывистость, некоординированность движений); вегетативные расстройства (перепады АД; изменение дермографизма; озноб; аритмии; гипергидроз) [3, 5–7].

Изучение особенностей абстинентного синдрома у лиц разного возраста с амфетаминовой зависимостью позволило установить, что у подростков достоверно чаще отмечаются аффективные расстройства, тогда как у совершеннолетних – соматовегетативные. Кроме того, у совершеннолетних пациентов достоверно чаще отмечался алгический синдром (в 22% случаев) [3].

СО психостимуляторов, особенно принимаемых в сочетании с другими ПАВ, может протекать атипично, в виде различных «масок»:

- артериальная гипертензия в сочетании с эзофагитом, эрозивным гастритом, язвенной болезнью желудка и (или) двенадцатиперстной кишки;
- нарушения функции печени по типу острого холестатического гепатита: субфебрильная температура, снижение аппетита, тошнота, рвота, похудание, боль в правом подреберье, желтуха, повышенная активность сывороточной глутаматдегидрогеназы, соотношение уровней аспартатаминотрансферазы (АСТ)/аспартаталанинотрансферазы (АЛТ) (коэффициент де Ритиса) >1;
- грубое нарушение чувства голода и насыщения, возможно проецирующее высокий пиковый уровень гликированного гемоглобина при нормальных показателях сахара крови;
- серотониновый синдром, имитирующий гипертиреоз: профузное потоотделение, тремор, усиление глубоких сухожильных рефлексов, миоклонус, помрачение сознания;
- гипонатриемия в результате усиленного потребления жидкости на фоне увеличенного содержания в крови антидиуретического гормона, уменьшающего реакцию почек на водную нагрузку;
- общемозговые расстройства: акатизия; движения по типу оральных дискинезий; хореоподобные движения; расстройства координации: про- и ретропульсивная походка; паркинсоноподобные синдромы; поражения черепно-мозговых нервов: диплопия, офтальмоплегия, паралич подъязычного нерва [9–11].

Приводим клиническое наблюдение пациентки с данной патологией в стационаре соматического профиля.

Больная П., 20 лет, медсестра поликлиники, госпитализирована планово в стационар с жалобами на эпизоды потери сознания, лабильность АД и головокружение; вариабельность частоты сердечных сокращений (ЧСС), сердцебиение, перебои в сердце; дрожь в теле; тошноту; рвоту; потливость; слабость; сухость во рту, нехватку воздуха, нарушение чувствительности в конечностях; снижение массы тела (похудела на 10 кг в течение 1 нед); эмоциональную лабильность (чувство тревоги, страх, плаксивость). Ухудшение состояния произошло в течение последних 2 нед.

В анамнезе: острые респираторные и вирусные (грипп) заболевания, стрессы в быту. Вредные привычки отрицает. Аллергологический и трансфузионный анамнез, наследственность не отягощены.

Объективно: нормостеник, индекс массы тела – 18,3 кг/м². Кожа бледная, чистая. При минимальном волнении – на коже обильный «холодный» пот. Периферических отеков нет. Тоны сердца ясные, ритм неправильный, ЧСС – 100 в минуту, редкая экстрасистолия. АД – 140/90 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Физиологические отправления контролирует, не нарушены.

Госпитализирована в терапевтическое отделение с диагнозом: нейроциркуляторная астения по смешанному типу.

План лабораторного и инструментального обследования был составлен с целью установления причин потери сознания, повышения АД, верификации характера нарушений ритма сердца и проводимости, определения причины быстрой отрицательной динамики массы тела и диспепсических жалоб.

При лабораторном обследовании в общем анализе крови и мочи патологии не выявлено. В биохимическом анализе крови: глюкоза, билирубин, АСТ, АЛТ, креатинин, электролиты, общий белок, липидограмма, щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтранспептидаза, фибриноген, С-реактивный белок – в пределах референсных значений; анализ на сифилис, гепатит В и С, ВИЧ – отрицательные.

Во время госпитализации выявлены колебания в крови уровня калия (6,0–2,5 ммоль/л), глюкозы (максимально – до 10,0 ммоль/л, минимально – до 3,0 ммоль/л), повышение содержания гликированного гемоглобина (8,0 и 7,0%); констатирован нормальный результат орального нагрузочного теста с глюкозой (11,09 натощак – 3,4 ммоль/л, через 2 ч – 4,0 ммоль/л; см. рисунок).

Анализ мочи на сахар и ацетон – без патологии. Диагностировано повышение уровня свободной фракции 4 (21,03 пмоль/л при норме 9,01–19,05 пмоль/л) и нормальные значения тиреопропного гормона – ТТГ (0,73 мкМЕ/мл), Т3 (3,79 п/моль/л), антител к тиреопероксидазе: <0,1, кортизола (315,6 нмоль/л при норме 101,2–536,7 нмоль/л).

ЭКГ: синусовая аритмия, 58–65–77 в минуту. Эхокардиография: норма (фракция выброса – 68%). Флюорография: без патологии. Эзофагогастроудоденоскопия: эастрит без признаков атрофии. УЗИ щитовидной железы: объем – 8,5 см³, без патологии. УЗИ органов брюшной полости (ОБП) и органов малого таза – без патологии. Компьютерная томография ОБП: без патологии.

В стационаре неоднократно повторялись вагоинсулярные и дисцифальные кризы, страх смерти, приступы паники, необъяснимой тревоги, несистемный субфебрилитет.

Проводили дифференциальную диагностику с синдромом слабости синусового узла, синдромом Кона, нарушением углеводного обмена, патологией щитовидной железы (синдром тиреотоксикоза), с эпилепсией, паническими атаками (кардиологический или смешанный тип), с генерализованным тревожным расстройством.

Консультирована эндокринологом. Диагностирована эутиреоидная гипертироксинемия; нарушение углеводного обмена (?). Рекомендованы: исключение йодсодержащих продуктов и лекарственных средств; контроль уровней свободного Т3 и Т4, ТТГ – через 1 мес; определение уровня С-пептида.

Консультирована неврологом. Рекомендовано дообследование: электроэнцефалография (ЭЭГ), термометрия, анализ на хронический гонадотропин человека, электролиты. Назначены: азафен – 25 мг 2 раза в сутки, депакин хроно – 300 мг, 1/2 таблетки 2 раза в сутки; глицин – 0,1 г, 2 таблетки 3 раза в сутки; витамин В₁ – 2,0 мл внутримышечно; супрастин – 2,0 мл внутримышечно; кардионат – внутривенно капельно; церукал – 2,0 мл внутримышечно – по требованию.

Данные ЭЭГ: эпилептиформная активность не зарегистрирована. Повторно консультирована неврологом с результатами ЭЭГ. Диагностирована вегетососудистая дистония по смешанному типу с эмоционально-волевыми нарушениями.

Результаты обследования не выявили причин синкопе, лабильности АД, ЧСС, вариабельности уровней глюкозы и калия, в связи с чем повторно более подробно проведен сбор анамнеза заболевания и жизни. Установлено, что пациентка 4 года регулярно употребляет спайс, марихуану, амфетамины. В течение последних 2–3 нед пытается самостоятельно прекратить прием данных веществ (амфетамины).

Таким образом, у пациентки был СО психостимуляторов (амфетамины).

Амбулаторно консультирована психиатром. По данным клинического обследования и с учетом результатов ЭЭГ (легкая межполушарная асимметрия, в основном – по альфа-, бета-активности, довольно значительная ирритация теменно-затылочных областей

коры головного мозга, в основном – в виде периодов гиперсинхронизации заостренных альфа-колебаний), установлен диагноз: генерализованное тревожное расстройство с паническими состояниями. Даны рекомендации.

По данным литературы, причины эутиреоидной гипертироксинемии различны: наследственный дефект; повышенное связывание с белками плазмы; антитела к Т4; сниженное превращение Т4 в Т3; генерализованная резистентность к тиреоидным гормонам; лечение гипотиреоза тироксином; заболевания печени (гепатит) и поджелудочной железы; действие эстрогенов (беременность, эстрогенная терапия); прием лекарственных препаратов (амиодарон, глюкокортикостероиды – ГКС, пропранолол; метадон, героин) и др. [12].

Известно, что в состав психостимуляторов входят сахар, кофеин, марганцевокислый калий. Это также может быть причиной колебания уровней АД, глюкозы и (или) калия, появления признаков периферической невропатии (нарушения чувствительности) [4].

Следует помнить, что нарушение углеводного обмена может быть индуцировано лекарствами и химическими веществами: тиазидсодержащие диуретики, ГКС, эстрогенсодержащие препараты, иммуносупрессанты, опиаты, психотропные средства (атипичные антипсихотические препараты), катехоламины, пентамидин, никотиновая кислота, тиреоидные гормоны, диазоксид, агонисты α-адренорецепторов, агонисты β-адренорецепторов, β-адреноблокаторы, дилантин, α-интерферон, ингибиторы протеаз (ВИЧ) и др. [12, 13].

Кроме того, выявленные эндокринные нарушения могут быть лишь «маской» психиатрической патологии либо следствием приема лекарственных препаратов [14].

Последствиями систематического злоупотребления психостимуляторами являются:

- общемозговые расстройства (акатизия, движения по типу оральных дискинезий, хореоподобные движения);
- расстройства координации (про- и ретропульсивная походка, паркинсоноподобные синдромы);
- поражения черепно-мозговых нервов (диплопия, офтальмоплегия, паралич подъязычного нерва);
- поражение мезодиацфальной области (грубое нарушение чувства голода и насыщения, возможно, связанное с особенностями соотношения уровня сахара в крови и гликированного гемоглобина) [8].

Врачам многопрофильного стационара, особенно дежурным врачам, важно знать не только клинику, но и принципы купирования психомоторного возбуждения и оказания неотложной помощи при СО психостимуляторов.

При развитии острой интоксикации амфетаминами первоочередная цель – купирование психомоторного возбуждения: типичные нейролептики инцизивного действия (галоперидол, аминазин); галоперидол до 10 мг внутримышечно однократно. Необходимо учитывать седацию, проведенную сотрудниками бригады скорой помощи. Эффекта галоперидола может не хватить для полной седации и сна из-за высокого уровня тревоги.



Уровни глюкозы и гликированного гемоглобина пациентки П.

В таком случае вводят дополнительно, без промедления, раствор фенозепама — 3–5 мг (3–5 мл 0,1% раствора), в тяжелых случаях — до 7–9 мг (7–9 мл 0,1% раствора).

Неотложная помощь. В случае сохранения психотической симптоматики после пробуждения парентерально вводят любые простые солевые растворы с форсированием диуреза (такая ситуация указывает на употребление микстов амфетамина и синтетических каннабиноидов). Для купирования абстинентных явлений при отсутствии психотической симптоматики (галлюцинации, бред) применяют дезинтоксикационные комбинации до №5–7 для поддержки деятельности сердечно-сосудистой системы — например, раствор глюкозы 5% — 200 мл, аспаркам/панангин — 10 мл, витамин В₆, кардионат — 5 мл (500 мг) или препараты янтарной кислоты. Для снижения аффективной напряженности с целью модуляции настроения применяют карбамазепин до 600 мг/сут или депакин хроно до 1000 мг/сут. В целях лечения нарушений сна, возникающих на 3–5-е сутки трезвости, назначают малые нейролептики (хлорпротексен или тиоридазин). Для снижения возбудимости, импульсивности, ипохондричности и других дезадаптивных форм стеничного поведения применяется малый нейролептик неуплетилкапс — по 10 мг до 100 мг/сут или атипичный нейролептик рисперидон до 5 мг/сут [4].

Разработаны принципы терапии СО психостимуляторов, которые реализуют совместно с наркологом в условиях отделения специализированного наркологического стационара: купирование психомоторного возбуждения; дезинтоксикация с поддержкой деятельности сердечно-сосудистой системы; лечение нарушений сна; применение анальгетиков (только при СО опиатов), психотропных средств для снижения интенсивности проявления дезадаптивных форм стеничного поведения [4].

Знание практикующими врачами клиники СО психостимуляторов провозит в условиях терапевтического стационара сократить сроки постановки диагноза и своевременно оказать при необходимости неотложную помощь с учетом специфики патологии.

* * *

Авторы статьи заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

- Матафонов Р. и др. Особенности дисфункциональных установок у лиц, употребляющих синтетические наркотические средства. Мат-лы региональной научно-практ. конф. «Профессиональная психологическая помощь при наркозависимости: междисциплинарный подход». Новосибирск, 2016; с. 50–3 [Matafonov R. et al. Osobennosti disfunktsional'nykh ustanovok u lits, upotrebl'yayushchikh sinteticheskie narkoticheskie sredstva. Mat-ly regional'noi nauchno-prakt. konf. «Professional'naya psikhologicheskaya pomoshch' pri narkozavisimosti: mezhdistsiplinarnyi podkhod». Novosibirsk, 2016; s. 50–3 (in Russ.)].
- Юсифова А.А., Князев В.С. Амфетамин в «токсикологическом меню» молодежи // Успехи современного естествознания. — 2014; 6: 96а. [Yusifova A.A., Knyazev V.S. Amfetamin v «toksikologicheskome menu» molodezhi // Uspekhi sovremennogo estestvoznaniya. — 2014; 6: 96a (in Russ.)].
- Саунова М.С. Синдром зависимости от психостимуляторов амфетаминового ряда с учетом возраста больных. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2016; 227 с. [Saunova M.S. Sindrom zavisimosti ot psikhostimulyatorov amfetaminovogo ryada s uchetom vozrasta bol'nykh. Dis. ... kand. med. nauk. M., 2016; 227 s. (in Russ.)].
- Наркология: нац. рук-во. Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008; 720 с. [Narkologiya: nats. ruk-vo. Pod red. N.N. Ivantsa, I.P. Anokhinoi, M.A. Vinnikovoi / M.: GEOTAR-Media, 2008; 720 s. (in Russ.)].
- Кардиология в схемах и таблицах. Под ред. М. Фрида, С. Грайнс. Пер. с англ. М.А. Осипова, Н.Н. Алипова / М.: Практика, 1996; 728 с. [Kardiologiya v skhemakh i tablitsakh. Pod red. M. Frida, S. Grains. Per. s angl. M.A. Osipova, N.N. Alipova / M.: Praktika, 1996; 728 s. (in Russ.)].
- Кардиология. Под ред. Б. Гриффина, Э. Тополя. Пер. с англ. А.Н. Охотина, под ред. канд. мед. наук М.А. Осипова / М.: Практика, 2011; 1248 с. [Kardiologiya. Pod red. B. Griffina, E. Topolya. Per. s angl. A.N. Okhotina, pod red. kand. med. nauk M.A. Osipova / M.: Praktika, 2011; 1248 s. (in Russ.)].
- Кардиология. Национальное руководство. Под ред. Е.В. Шляхто. 2-е изд., перераб. и доп. / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018; 816 с. [Kardiologiya. Natsional'noe rukovodstvo. Pod red. E.V. Shlyakhto. 2-e izd., pererab. i dop. / M.: GEOTAR-Media, 2018; 816 s. (in Russ.)].
- Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению абстинентного синдрома / М., 2014; 76 с. [Federal'nye klinicheskie rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu abstinentnogo sindroma / M., 2014; 76 s. (in Russ.)].
- Гиленко М.В., Вандыш-Бубко В.В. Принципы диагностики расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, и сопутствующих заболеваний в МКБ-11 // Наркология. — 2018; 17 (6): 3–7 [Gilenko M.V., Vandysh-bubko V.V. Principles for the diagnosis of disorders due to substance use and comorbidities in ICD-11 // Narkologiya. — 2018; 17 (6): 3–7 (in Russ.)]. DOI: 10.25557/1682-8313.2018.06.3-7.
- Михайлов М.А. Феноменология эфедрон — «первотиновой» наркомании, психопатологический взгляд на патологическое влечение и механизмы зависимости. Конф. Всеросс. общества неврологов с междунар. участием «Расстройства движений в молодом возрасте. Базальные ганглии и токсины» 28 сентября 2012 г. М., 2012; с. 15–6. [Mikhailov M.A. Fenomenologiya efedron — «pervitinovoi» narkomanii, psikhopatologicheskii vzglyad na patologicheskoe vlechenie i mekhanizmy zavisimosti. Konf. Vseross. o obschestva nevrologov s mezhdunar. uchastiem «Rasstroistva dvizhenii v molodom vozraste. Bazal'nye ganglii i toksiny» 28 sentyabrya 2012 g. M., 2012; s. 15–6 (in Russ.)].
- Михайлов М.А. Острое патологическое влечение к психоактивным веществам (клиника, терапия) / М.: Изд-во «Спорт и Культура-2000», 2015; 448 с. [Mikhailov M.A. Ostroe patologicheskoe vlechenie k psikhoaktivnym veshchestvam (klinika, terapiya) / M.: Izd-vo «Sport i Kul'tura-2000», 2015; 448 s. (in Russ.)].
- Гарднер Д., Шобек Д. Базисная и клиническая эндокринология. Пер. с англ. под ред. Г.А. Мельниченко. 8-е изд. / М.: БИНОМ, 2015; 696 с. [Gardner D., Shobek D. Bazisnaya i klinicheskaya endokrinologiya. Per. s angl. pod red. G.A. Mel'nichenko. 8-e izd. / M.: BINOM, 2015; 696 s. (in Russ.)].
- Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. Под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова. 9-й вып. / М.: УП ПРИНТ, 2019; 22 (S1): 212 с. [Algoritmy spetsializirovannoi meditsinskoi pomoshchi bol'nyim sakharnym diabetom. Pod red. I.I. Dedova, M.V. Shestakovoi, A.Yu. Maiorova. 9-i vyp. / M.: UP PRINT, 2019; 22 (S1): 212 s. (in Russ.)]. DOI: 10.14341/DM221S1.
- Современные проблемы психиатрической эндокринологии. Сб. науч. тр. / М., 2004; 216 с. [Sovremennye problemy psikhiatricheskoi endokrinologii. Sb. nauch. tr. / M., 2004; 216 s. (in Russ.)].

MASKS OF THE PSYCHOSTIMULANT WITHDRAWAL SYNDROME IN THE PRACTICE OF A THERAPIST

Z. Mikhailova¹, MD; A. Zanozin², Candidate of Medical Sciences; E. Bychkova¹; N. Novitskaya¹

¹City Clinical Hospital Thirty-Eight, Nizhny Novgorod

²Nizhny Novgorod Regional Narcology Hospital, Nizhny Novgorod

The practicing therapist continually searches for the causes of different conditions, such as hypertension, cardiac arrhythmias, loss of consciousness, hyperglycemia, thyrotoxicosis, and others. The pathomorphism of diseases and the presence of their atypical clinical picture require a physician to continuously improve his/her qualifications, including in related fields.

Key words: narcology, hypertension, syncope, serotonin syndrome, psychostimulants, withdrawal syndrome.

For citation: Mikhailova Z., Zanozin A., Bychkova E. et al. Masks of the psychostimulant withdrawal syndrome in the practice of a therapist // Vrach. — 2019; 30 (12): 56–59. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-12-15>