

# КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

УДК 616.89-008.1:616.89-02-07:616.89-02-036:159.961.22:632.8:615.214

Для цитирования: Ракитин С.А., Усов Г.М., Курушкин М.В., Бохан Н.А. Клинический пример отсроченного хронического психоза в виде галлюциноза у пациента с зависимостью от 1,4-бутандиола. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2025. № 4 (129). С. 117-125. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-4\(129\)-117-125](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-4(129)-117-125)

## Клинический пример отсроченного хронического психоза в виде галлюциноза у пациента с зависимостью от 1,4-бутандиола

**Ракитин С.А.<sup>1,2</sup>, Усов Г.М.<sup>1</sup>, Курушкин М.В.<sup>2</sup>, Бохан Н.А.<sup>3,4</sup>**

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России  
Россия, 644099, Омск, ул. Ленина, 12

<sup>2</sup> БУЗ ОО «Омский областной наркологический диспансер»  
Россия, 644046, Омск, ул. Учебная 189

<sup>3</sup> НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр  
Российской академии наук  
Россия, 634014, Томск, ул. Алеутская, 4

<sup>4</sup> ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России  
Россия, 634050, Томск, Московский тракт, 2

### РЕЗЮМЕ

В статье представлен клинический случай отсроченного хронического психотического расстройства в виде галлюциноза, возникшего у пациента с зависимостью от 1,4-бутандиола. Описана история болезни пациента, содержащая симптомы, жалобы, результаты обследований, диагноз, лечение и его исход.

**Ключевые слова:** 1,4-бутандиол, бутираты, психоз, галлюциноз, отсроченный психоз, хронический психоз, агонисты ГАМК.

### ВВЕДЕНИЕ

По имеющимся данным литературы, на территории РФ одними из популярных неинъекционных ПАВ с начала 2000-х гг. являются синтетические агонисты рецепторов гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК), так называемые бутираты, которые структурно представляют собой либо препараты гамма-оксимасляной кислоты (ГОМК), либо её прекурсоры (гамма-бутиролактон, 1,4-бутандиол).

Приводятся данные о незаконном употреблении наркотиков в РФ. В 2022 г. общее число пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, составило 391,7 тыс., из них с диагнозами: 229,7 тыс. – синдром зависимости, 161,9 тыс. – пагубное употребление, соответственно с впервые в жизни установленными диагнозами – 14,0 тыс. и 21,7 тыс. Отмечено повышение уровня отравлений запрещенными веществами – 22,0 тыс. случаев острых отравлений наркотическими веществами и психодислептиками (галлюциногенами) [1]. Опубликованы данные по мониторингу смертности, связан-

ной с употреблением ПАВ, оценке эффективности профилактических программ и организационным аспектам в наркологии [2].

Наибольшее число отравлений и психотических расстройств на фоне употребления бутиратов регистрируется в Ленинградской области, Санкт-Петербурге, Омской области [1]. В силу отсутствия налаженного взаимодействия, эффективной связи и координации токсикологических и наркологических служб регионов данные пациенты чаще получают лечение в учреждениях общесоматической сети с диагнозом по МКБ-10: T43.9 Отравление психотропными средствами неуточненными [2, 3, 4]. Описано редкое тяжелое отравление, обусловленное приемом 1,4-бутандиола (прекурсора ГНВ/GBL), с развитием делирия, метаболического ацидоза, нарушением дыхания и гемодинамики; показана эффективность субстратных антигипоксантов (цитофлавин) в интенсивной терапии [3]. Достаточно часто такие пациенты доставляются в реанимационные отделения с развившимся на фоне острой интоксикации психотическим состоя-

нием (галлюцинации, бред, возбуждение, агрессия, дезориентация); установлена зависимость развития галлюцинозов, полиморфных психотических расстройств, галлюцинаторно-бредовых психозов, делирия от вида ПАВ и стадии заболевания (острая интоксикация и синдром отмены) [5].

В практике наркологов чаще встречаются расстройства, возникающие на фоне синдрома отмены, а потому имеющие иную клиническую картину и течение [5, 6, 7, 8]. Ранее нами выявлены различия в клинических проявлениях психозов у потребителей ПАВ (синтетические каннабиноиды или спайсы, синтетические психостимуляторы, такие как синтетические катиноны, меткатиноны и соли), синтетические агонисты  $\gamma$ -аминомасляной кислоты, включая бутиролактон, или бутират) [6].

Результаты исследований о распространенности, динамике и летальности острых отравлений ГОМК за 2017-2020 гг. свидетельствуют о их высокой эпидемиологической значимости для жителей Санкт-Петербурга, что определяет необходимость совершенствования мер профилактики распространенности прекурсоров ГОМК (1,4-БД) среди молодежи, изменений тактики ведения пациентов с острыми отравлениями ГОМК, осложненными делириозным помрачением сознания, в виде экстренной госпитализации в ОРИТ [7]. Обнаружены метаболические нарушения при постинтоксикационном делириозном синдроме, обусловленном отравлением ГАМК и её прекурсором гамма-бутиролактоном: гипераммониемия (71,4%), метаболический лактатацидоз (76,2%); установлена прямая корреляционная связь между выраженностью метаболических нарушений и делириозным синдромом, причем наибольшая выраженность метаболических нарушений встречалась у больных, систематически употребляющих изучаемые вещества в течение 7 месяцев и более и сочетающих их прием с другими ПАВ [6]. Молодой возраст пациентов рассматривается как фактор, указывающий на возможную манифестацию шизофрении, многообразие психопатологических проявлений психотических расстройств, возникновение атипичной для экзогенных психозов симптоматики при употреблении такой категории ПАВ, что затрудняет их дифференциальную диагностику с эндогенными психическими расстройствами [8, 9, 10, 11, 12, 13, 14].

Результаты эффективности терапевтических методик отличались среди потребителей синтетических каннабиноидов, психостимуляторов, агонистов ГАМК-рецепторов. При проведении дезинтоксикации с бензодиазепином, бензодиазепином и галоперидолом, бензодиазепином и фенибутом наибольший эффект отмечался при назначении галоперидола и фенибута [9]. Описан случай делирия, вызванного синдромом отмены GHB, у паци-

ента, эффективно пролеченного с помощью фиксированного и симптоматически обусловленного режима дозирования бензодиазепинов [16].

Предложены методы медикаментозной (купирование симптомов интоксикации, лечение осложнений) и психотерапии (мотивационная, когнитивно-поведенческая, семейная, психодинамическая и другие методы с доказанной эффективностью), а также реабилитационные подходы, включая школы для пациентов и принципы диспансерного наблюдения [17].

Клиническая практика и результаты собственных исследований указывают на то, что развитие психотических расстройств, ассоциированных с приемом синтетических ПАВ, возможно не только в период интоксикации или во время синдрома отмены, но и отсрочено [5, 6].

Накопленные данные свидетельствуют, что существует острая необходимость в более тщательном дифференцировании галлюциногенных психозов у пациентов с зависимостью от 1,4-бутандиола и эндогенными психозами, а также в подборе специфических перспективных методов лечения [9, 15, 16, 17].

#### **Краткая характеристика 1,4 бутандиола**

1,4-Бутандиол (1,4-БД) — двухатомный спирт, бесцветная вязкая жидкость, один из четырех стабильных изомеров бутандиола. 1,4-БД принимают внутрь, его начальные дозировки не превышают 1-3 мл (с концентрацией 13% действующего вещества), в дальнейшем рост толерантности происходит за счет увеличения кратности приема, но не разового объема. После приема внутрь 1,4-БД метаболизируется до гамма-оксимасляной кислоты (ГОМК) и вызывает клинические проявления, воздействуя на рецепторы ГОМК и ГАМК. Скорость полураспада 1,4-бутандиола до ГОМК *in vivo* составляет около 1 мин. ГОМК и её аналоги быстро всасываются, их максимальная концентрация в крови отмечается через 20-45 мин. ГОМК быстро метаболизируется через янтарный полуальдегид до сукцината с периодом полувыведения 30-50 мин. Эйфорическое действие ПАВ кратковременное, что и обуславливает его крайне высокий аддиктивный потенциал. Минимальная токсическая доза ГОМК и 1,4-бутандиола для человека составляет 5-20 г (88-300 мг/кг). 1,4-бутандиол (в концентрации 15% и более) включен в список IV таблицу II Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров (утвержденных постановлением Правительства РФ от 30 июня 1998 г. № 681), оборот которых в Российской Федерации ограничен и в отношении которых устанавливаются общие меры контроля. Однако зачастую вещество свободно реализуется пользователями через интернет-маркетинг и магазины бытовой химии в концентрации 13% [1, 2, 3].

### Клинический случай

Приведенный ниже клинический случай хронического психоза, развившегося у пациента с зависимостью от синтетических агонистов рецепторов ГАМК (прекурсора ГОМК – 1,4-бутандиола) уже после купирования абстинентного синдрома, демонстрирует интенсивность и тяжесть клинико-динамических проявлений, динамику, течение, длительность обострений психотических расстройств, ассоциированных с приемом данного синтетического ПАВ.

Пациент, молодой взрослый мужчина, 27 лет. Поступил повторно, добровольно в наркологическое отделение БУЗ Омской области «Наркологический диспансер» с жалобами на выраженное влечение к бутиратам, периодически возникающие обманы восприятия, симптомами абстиненции при отказе от приема.

**Диагноз при поступлении:** Психические и поведенческие расстройства в результате употребления седативных и снотворных средств (1,4-бутандиола, бутиратов). Средняя стадия зависимости. Другие психотические расстройства (хронический галлюциноз). Коды по МКБ-10: F13.2, F13.81.

**Анамнез жизни.** Психопатологически наследственность неотягощена. Воспитывался в неполной семье с 7 лет, матерью-инвалидом и бабушкой, отец ушел из семьи к другой женщине. Сведений о протекании беременности и родах у матери нет. Раннее развитие без особенностей, рос активным, любознательным, но плаксивым и неуверенным в себе. В детский сад не ходил, воспитывался бабушкой, к которой очень привязан. Перенес ветряную оспу. В дошкольном возрасте посещал логопеда, так как не выговаривал букву «р», дефект полностью не компенсирован, неправильное произношение сохраняется. В школу пошел с 7 лет, учился прилежно, старательно, в начальной школе на отличные оценки. С 5-го класса успеваемость стала снижаться. С 7-го класса учеба стала казаться бессмысленной, потерял интерес к школе, в основном получал удовлетворительные оценки, пропускал занятия без уважительной причины. После 9 классов поступил в колледж на электрика, закончил без особого интереса к специальности. В армию не призывался, являясь опекуном бабушки и матери, имеющей инвалидность. Трудовой маршрут складывался в основном из неквалифицированных специальностей: работал на стройке, курьером по доставке. Из-за неумения адаптироваться к коллективу часто менял места работы. Не был мотивирован трудиться, имея пассивный источник дохода («бабушка с пенсии часто подкидывала денег на жизнь»). Свободное время проводил праздно и бесцельно, много играл в компьютерные игры, пренебрегая проблемами реальной жизни. Не женат, детей не имеет, живет с матерью и ба-

бушкой. Травм (в том числе ЧМТ), операций не было. Хронические заболевания отрицает. Аллергологический анамнез неотягощен.

**Анамнез болезни.** Со слов пациента, с 14-15 лет в компании сверстников начал курить сигареты, из-за этого несколько раз ссорился с матерью. Первые пробы спиртного в 16 лет (самогон). В подростковой компании друзей в гараже впервые выпил алкоголь («каждому досталось по полстакана, потом тошнило»), первый эпизод обошелся без последствий, домой вечером вернулся трезвый. Спиртное понравилось сразу, испытывал хорошее настроение, прилив энергии и сил, смелость, но чаще чем 1 раз в полгода купить алкоголь не имел денежных средств. Пробы табака и спиртного объяснял стремлением чувствовать принадлежность к группе и соответствовать её нормам («не быть трусом, показать всем, что могу»).

С 20 лет стал алкоголизироваться с более высокой частотой, выпивал для облегчения общения с девушками. Трудности коммуникации и поддержания контактов объяснял наличием избыточного веса и дефекта речи («толстые никому не нравятся, да еще и картавлю»). Как первый симптом зависимости стала нарастать толерантность к спиртному, утрачивался ситуационный контроль, нарастала психологическая тяга («друзья домой еле живого принесли, мама и бабушка хотели скорую вызывать, но обошлось без проблем, даже странно, что рвоты не было»). Сам масштабов нарастающих проблем в употреблении спиртного не только не замечал, но и отрицал, зависимым себя не считал.

Первые пробы бутирата произошли в 24 года, самостоятельно нашел в интернете информацию о 1,4-БД, который позднее приобрел через знакомых. Свой интерес к синтетическому ПАВ объяснял тем, что наступают эйфория и расслабленность, при этом отсутствует запах спиртного («эффект похожий и даже поинтереснее»). С первых же проб бутирата испытывал ощущение легкости. Желание вновь почувствовать эйфорию и эмоциональный подъем приводило к повторным приемам («без похмелья, выспался и голова свежая, не как при алкоголе, появлялось много энергии»). На фоне употребления 1,4-БД отказался от приема спиртного. Через полгода эпизодического приема бутирата перешел на регулярный, суточная толерантность возросла с 1-3 мл до 15-20 мл. Примерно через год с момента первых проб стал испытывать непреодолимое влечение к ПАВ, при возникновении перерывов в употреблении появлялись симптомы абстиненции в виде потливости, перебоев в работе сердца, тремора, плохого сна, тревоги, которые самостоятельно купировались через 2-4 суток. Несколько раз попытался прекратить употребление ПАВ, но максимальный период воздержания от приема составлял не более 7 дней. В непрерыв-

ном режиме отказа и последующего возобновления приёма принимал бутират около 1-1,5 лет.

В 26 лет стал сам замечать усугубление зависимости, толерантность продолжала расти, прием ПАВ участился, доза достигла 50 мл в сутки. Дважды госпитализировался в отделение острых отравлений в связи с передозировкой («один раз увозили с остановки, а второй из дома на скорой»). Тогда же стал отмечать утяжеление абстинентного синдрома в виде судорог, «дичайшей тряски», беспокойства, неусидчивости, упорной бессонницы, выраженной тревоги («максимум сутки-двое мог выдержать и снова приходилось бутират пить, иначе умереть боялся»). Под давлением со стороны родных обратился к наркологу, тогда и был впервые госпитализирован по поводу зависимости от бутиратов.

В течение первых дней пребывания в стационаре жаловался на выраженное влечение к ПАВ, дрожь в теле, был раздражителен, с трудом соблюдал режим отделения. Отмечались множественные жалобы ипохондрического характера (постоянно требовал измерить артериальное давление, испытывал страх смерти от сердечного приступа, жаловался на дискомфорт в кишечнике и постоянно просил «препараты для желудка»). На 6-7-е сутки на фоне медикаментозной терапии абстинентный синдром был купирован. Стал более спокойным, менее навязчивым, отмечал улучшение цикла сна. На 10-е сутки лечения под вымышленным предлогом, сославшись на необходимость консультаций у врачей других специальностей, выписался из отделения, игнорируя рекомендации врача. После выписки, со слов родственников, находился дома, бездельничал, но бутираты не употреблял, спал до обеда, в ночное время играл в компьютер, физического или психического дискомфорта не испытывал. Состояние изменилось через 10 дней после выписки из отделения (с момента последнего приема 1,4-БД прошел 21 день). Стал испытывать обманы восприятия в виде зрительных галлюцинаций, в основном в утреннее время, а впоследствии вне зависимости от времени суток, при этом ориентировка во времени и собственной личности была сохранена. Искал под кроватью вещи, видел несуществующие предметы (чужая обувь посередине комнаты, в окне силуэт друга, хотя живет на 7-м этаже). При попытках родственников вступить в контакт общался с ними спокойно, агрессии не проявлял, возмущался недоверием близких. Критика к состоянию была частичная, понимал, что испытываемые видения иллюзорны, но признавал это после того, как они исчезали («не понимаю, как мог видеть человека в окно, но ведь реально его видел»). В момент наплыва галлюцинаторных видений был полностью поглощен нереальными образами. Эпизоды галлюциноза повторялись до 3-

4 раз в день, продолжительностью от 1-2 минут до получаса, возникали спонтанно, прекращались самостоятельно. В таком состоянии пробыл в домашних условиях более 2 недель. Родственники в силу неадекватности и неконтролируемости его поведения хотели вызвать скорую психиатрическую помощь, но категорично отказывался от госпитализации в психиатрическую больницу, просил «немного подождать». Интенсивность обманов восприятия не снижалась, под уговорами родственников согласился на повторную госпитализацию в наркологический в стационар.

**Соматическое состояние при повторном поступлении.** Общее состояние удовлетворительное. Положение активное, повышенного питания, рост 175 см, вес 127 кг. Кожные покровы влажные. Склеры глаз инъектированы. Язык сухой, обложен белым налетом. Температура тела 36,7°. Артериальное давление 135/90 мм рт. ст. Пульс 94 уд/мин, ритмичный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий и безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Отеков нет.

**Неврологическое состояние.** Менингеальных симптомов нет. Зрачки одинаковые, округлой формы. Реакция зрачков на свет сохранена, вялая, содружественная. Язык по средней линии. Сухожильные рефлексы без существенной разницы сторон, оживлены. Парезов и параличей нет. Со стороны черепно-мозговых нервов без патологии. Нистагма нет.

При поступлении в стационар был произведен забор мочи с целью определения факта употребления ПАВ. При проведении анализа методом ИХА (иммунохроматометрии) и ГХ/МС (газовой хроматомасс-спектрометрии) наркотических и психотропных веществ в моче не обнаружено.

**Психическое состояние.** На приеме сидит в свободной позе, спокоен. Внешне неопрятен. Сознание не помрачено, ориентирован в собственной личности и месте пребывания верно, в календарном времени с трудом, правильно назвал время суток («сейчас утро, вы же принимаете пациентов с утра обычно, а дату вспомнить не могу»), год назвал верный, месяц с помощью подсказки. В беседе вступает охотно, рассказывает о галлюцинациях, виденных накануне, заявляет воздержание от приема бутиратов около 4-5 недель, отказ от прошлой госпитализации объяснить не смог. Фон настроения сниженный, пассивный, выражение лица спокойное. Сообщил, что согласился лечь в больницу по просьбе бабушки («испугалась, что увидел вчера в окно друга, живущего уже несколько лет в другом городе, который меня звал гулять»). С доводами врача о том, что друг не мог заглядывать в окно на 7-м этаже, согласился не сразу, осмысливая ситуацию, растерялся и задумался. Речь в замедленном темпе, маломодулиро-

ванная, грамматически правильная. Внимание привлекается с трудом, долго не может сосредоточиться на теме беседы, несколько раз всматривался в окно, поглядывал под кушетку, утомляется.

В отделении был под наблюдением медицинского персонала, в первые сутки взгляд подолгу устремлен в окно, пристально смотрел под кровать. При расспросе о видениях нереальных образов отворачивался и молчал. Регистрировались периоды галлюциноза до 15-30 минут, 2-3 раза в день, в остальное время обманов восприятия не обнаруживал. Назначен раствор 0,1% бромдигидрохлорфенилбензодиазепина 1 мл внутримышечно на ночь в течение 3 дней. Также на основании результатов наших исследований [9, 18, 19] в схему лечения был включен препарат аминифенилмасляной кислоты внутрь по 500 мг 3 раза в день.

В 1-е сутки отмечался медикаментозный сон с перерывами, на 2-е сутки стал спокойнее, перестал всматриваться в одну точку, много спал. Галлюцинаторная симптоматика полностью купирована на 2-е сутки. После редукции психотических симптомов в клинической картине ведущим был астенодепрессивный симптомокомплекс в виде апатии, чувства безысходности, разбитости, сниженного настроения с тоскливым оттенком и множественным ипохондрическим жалоб, ранними утренними пробуждениями. Беседу вел с трудом, быстро уставал. Далее лечение проводилось согласно клиническим рекомендациям по диагностике, лечению психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением ПАВ (МКБ-10 F10-F19) и реабилитации больных наркологического профиля [17]. Через 3 недели отмечено улучшение состояния за счет редукции непсихотических психопатологических симптомов: полностью купировалась астеническая симптоматика, снизилась раздражительность, выровнялся фон настроения, нормализовался ночной сон. В результате лечения полностью восстановилась критика к неадекватному поведению, согласился с тем, что состояние развилось как последствие наркологического заболевания. Был выписан из отделения в удовлетворительном состоянии через 21 день. Рекомендовано амбулаторное наблюдение у нарколога по месту жительства.

**Заключение психолога.** На момент исследования диагностированы нормативные показатели аттентивно-мнестических процессов. Мыслительные процессы в норме. Эмоциональное состояние характеризуется высоким уровнем тревожности, беспокойства. В структуре личности диагностированы черты возбудимого круга, эмоционально неустойчивого типа в рамках акцентуации со снижением адаптивных возможностей. Нестабильность эмоций со склонностью к раздражительности, аф-

фективным поведенческим реакциям, снижение самоконтроля, выраженная импульсивность.

После выписки из отделения участкового нарколога посещал регулярно, придерживался поддерживающей терапии: сертралин 50 мг утром, вальпроевая кислота 500 мг на ночь, аминифенилмасляная кислота 250 мг 3 раза в день. Через 3 месяца наблюдения рецидива галлюцинаторной симптоматики не наблюдалось, воздерживается от приема ПАВ.

**Анализ клинического случая.** У пациента безотягощенной психопатологической наследственности, с воспитанием по типу гиперопеки в неполной семье и при отсутствии значимых характерологических изменений в преморбиде в возрасте 14-15 лет отмечаются первые пробы никотина, в 16 лет – алкоголя. Первые пробы алкоголя связаны с психологическим фактором – субмиссивной мотивацией, стремлением соответствовать среде сверстников, получить их признание и одобрение. Прием спиртного сопровождался положительной эмоциональной окраской, ощущал прилив сил, смелость, чувство раскрепощения, облегчение общения с противоположным полом. Первые признаки зависимости от алкоголя появились к 20 годам и проявлялись в виде роста толерантности, утраты контроля дозы, исчезновения защитных реакций (механизмов отторжения).

В 24 года отмечаются первые пробы 1,4-БД с гедонистической мотивацией, осознанно совершал поиск данного ПАВ с целью получения удовольствия и альтернативной попыткой найти замену алкоголю из-за негативного отношения членов семьи к приему спиртного. Первые впечатления от приема бутирата были крайне привлекательными, представляли собой источник удовольствия, так как сопровождалась приятными ощущениями в теле, легкостью, приливом энергии, возможностью скрывать факт приема ПАВ из-за короткого действия и отсутствия внешних признаков опьянения, особенно характерного для приема алкоголя запаха. В течение полугода эпизодического приема 1,4-БД суточная толерантность возросла с 1-3 мл до 15-20 мл, преимущественно за счет увеличения кратности приема. Появились признаки психической зависимости – навязчивые мысли для достижения психологического комфорта, желание повторного приема, активные поиски ПАВ, снижение интенсивности приятных ощущений в опьянении, психический дискомфорт в состоянии воздержания. Через 1 год от начала приема 1,4-БД влечение стало компульсивным, сформировался развернутый абстинентный синдром в виде тремора, потливости, выраженной тревоги, бессонницы, купирующиеся самостоятельно через 2-4 суток. Примерно через 2 года от начала приема ПАВ толерантность выросла до 50 мл в сутки, наблюдалась утрата си-

туационного и количественного контроля, отмечались передозировки и госпитализации в токсикологическое отделение. Происходило быстрое развитие и усиление симптомов абстиненции с невозможностью их самостоятельного купирования. На фоне регулярного употребления и сформированной зависимости от 1,4 БД развилось отсроченное хроническое психотическое расстройство – галлюциноз, вне абстинентного синдрома, более чем через 2 недели от последнего употребления ПАВ. Согласно МКБ-10 [4], выставлен диагноз: F13.81 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением седативных или снотворных средств, другие расстройства, связанные с пагубным употреблением, поскольку данный случай не попадает под диагностические критерии F13.5 (психотического расстройства) в виду возникновения позднее 2 недель от приема ПАВ, а также под критерии F13.75 (психотическое расстройство с поздним дебютом), так как продолжительность его менее 6 месяцев.

В данном случае психотическое расстройство следует относить к хроническим в силу клинических проявлений (отсутствие психомоторного возбуждения, невыраженная психопатологическая симптоматика, сохранение упорядоченного поведения) и динамических характеристик (возникновение позднее 2 недель после употребления ПАВ, продолжительность более 2 недель, длительный выход из психоза – от психотического состояния к астенодепрессивному синдрому). Экзогенная природа психоза подтверждается возникновением на фоне сформированной зависимости от синтетического ПАВ, наличием истинных зрительных галлюцинаций с быстрым купированием на фоне психофармакотерапии, отсутствием специфических для расстройств шизофренического спектра изменений в мышлении и эмоционально-волевой сфере, быстрым купированием симптомов психоза.

Своеобразием случая следует считать развитие психоза на фоне отсутствия прямой связи с интоксикацией или абстинентным синдромом, возникновение галлюцинаторной симптоматики более чем через 2 недели от последнего приема ПАВ, продолжительность более 2 недель, но менее 6 месяцев, быстрое устранение обманов восприятия, длительное сохранение проявлений остаточной непсихотической психопатологической симптоматики.

Анализ анамнестических сведений и клинической картины позволяет сделать вывод о развитии психотического расстройства на фоне длительного приема и сформированной средней стадии зависимости от 1,4-БД по типу экзогенно-органического реагирования. Отсроченное возникновение психоза (вне острой интоксикации и абстинентного синдрома) свидетельствует о более сложном механиз-

ме воздействия данных ПАВ на ЦНС и необходимости его дальнейшего изучения. В купировании психозов предлагается использование умеренной седации бензодиазепинами и назначение агонистов ГАМК-рецепторов. Применение аминоксалиновой кислоты как средства патогенетической терапии позволяет избежать применение антипсихотических препаратов [18, 19], назначение которых возможно в зависимости от клинической картины. На стабилизирующем и поддерживающем этапах в выборе терапевтической тактики необходимо применение психофармакотерапии согласно клиническим рекомендациям для лечения основного наркологического расстройства.

### КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

### ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование осуществлено за счет бюджетного финансирования в рамках основного плана НИР ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России.

### СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Исследование выполнено в соответствии с «Этическими принципами проведения научных медицинских исследований с участием человека» и «Правилами клинической практики в Российской Федерации».

### ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Доклад о наркоситуации в Российской Федерации в 2022 году. М.: Государственный антинаркотический комитет, 2023. 60 с. Report on the drug use situation in the Russian Federation in 2022. Moscow: State Anti-Drug Committee, 2023:60 (in Russian)
2. Евдокимов А.Ю., Шевцова Ю.Б., Скрыбин В.Ю., Константинов Д.П., Куркова Е.С., Лодягин А.Н., Титов Д.С., Сабаяев А.В. О проблемах, связанных с употреблением 1,4-бутандиола в качестве психоактивного вещества. Наркология. 2023. Т. 22, № 8. С. 3-14. Evdokimov AYU, Shevtsova YUB, Skryabin VYu, Konstantinov DP, Kurkova ES, Lodyagin AN, Titov DS, Sabaev AV. About the problems associated with the use of 1,4-butanediol as a psychoactive substance. Narcology. 2023;22(8):3-14. <https://doi.org/10.25557/1682-8313.2023.08.3-14> (in Russian).
3. Ливанов Г.А., Лодягин А.Н., Казиахмедов В.А., Починяева Л.М., Глушков С.И., Батоцыренов Б.В., Коваленко А.Л. Клинический случай острого тяжелого отравления 1,4-бутандиолом девочки-подростка. Анестезиология и реаниматология. 2017. Т. 62, № 4. С. 297-300. Livanov GA, Lodyagin AN, Kaziakhmedov VA, Pochinyayeva LM, Glushkov SI, Batotsyrenov BV, Kovalenko AL. Case report of severe poisoning by the 1,4-butanediol in a teen girl. Russian Journal of Anaesthesiology and Reanimatology. 2017;62(4): 297-300.

- http://dx.doi.org/10.18821/0201-7563-2017-62-4-297-300 (in Russian).
4. Класс V (F). Психические расстройства и расстройства поведения. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Т. 1, ч. 1. Женева: ВОЗ, 1995. С. 313-392. Class V (F). Mental and behavioral disorders. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision;1(part 1). Geneva: WHO, 1995:313-392 (in Russian).
5. Ракитин С.А., Усов Г.М. Типология психотических расстройств, развившихся на фоне употребления современных синтетических психоактивных веществ. Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2020. № 6. С. 31-36. Rakitin SA, Usov GM. Typology of psychotic disorders that developed against the background of the use of modern synthetic psychoactive substances. Psychiatry and Psychopharmacotherapy named after P.B. Gannushkin. 2020;6:31-36 (in Russian).
6. Усов Г.М., Ракитин С.А. Психопатологическая структура психозов, развившихся на фоне употребления современных синтетических психоактивных веществ. Неврологический вестник. 2020. Т. LII, № 2. С. 40-45. Usov GM, Rakitin SA. Psychopathological structure of psychoses that developed against the background of the use of modern synthetic psychoactive substances. Neurological Bulletin. 2020;LII(2):40-45. <https://doi.org/10.17816/nb34041> (in Russian).
7. Синенченко А.Г., Лодягин А.Н., Батоцыренов Б.В., Балабанова О.Л. Эпидемиология острых отравлений гамма-гидроксимасляной кислотой в Санкт-Петербурге (по данным многопрофильного стационара). Токсикологический вестник. 2021. № 2. С. 33-40. Sinenchenko AG, Lodyagin AN, Batotsyrenov BV, Balabanova OL. Epidemiology of acute poisonings with gammahydroxybutyric acid in Saint Petersburg (according to data of a multidisciplinary hospital). Toxicological Review. 2021;2:33-40. <https://doi.org/10.36946/0869-7922-2021-2-33-40>(in Russian).
8. Синенченко А.Г., Лодягин А.Н., Батоцыренов Б.В. Метаболические нарушения при делириозном синдроме у больных с острым отравлением гамма-гидроксиоксимасляной кислотой. Неотложная медицинская помощь. Журн. им. Н.В. Склифосовского. 2020. Т. 9, № 2. С. 210-214. Sinenchenko AG, Lodyagin AN, Batotsyrenov BV. metabolic disorders in delirious syndrome in patients with acute poisoning with gamma-hydroxybutyric acid and its precursor. Russian Sklifosovsky Journal "Emergency Medical Care". 2020;9(2):210-214. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2020-9-2-210-214> (in Russian).
9. Бохан Н.А., Усов Г.М., Ракитин С.А., Курушкин М.В. Лечение острых психозов, развившихся на фоне употребления современных синтетических психоактивных веществ. Психиатрия. 2022. Т. 20, № 4. С. 54-63. Bokhan NA, Usov GM, Rakitin SA, Kurushkin MV. Treatment of acute drug-induced psychoses, associated with modern synthetic psychoactive substances. Psychiatry (Moscow). 2022;20(4):54-63. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-4-54-63> (in Russian).
10. Kamal RM, van Noorden MS, Wannet W, Beurmanjer H, Dijkstra BA, Schellekens A. Pharmacological treatment in  $\gamma$ -hydroxybutyrate (GHB) and  $\gamma$ -butyrolactone (GBL) dependence: Detoxification and relapse prevention. CNS Drugs. 2017 Jan;31(1):51-64. <https://doi.org/10.1007/s40263-016-0402-z>. PMID: 28004314.
11. Wood DM, Brailsford AD, Dargan PI. Acute toxicity and withdrawal syndromes related to  $\gamma$ -hydroxybutyrate (GHB) and its analogues  $\gamma$ -butyrolactone (GBL) and 1,4-butanediol (1,4-BD). Drug Test Anal. 2011 Jul-Aug;3(7-8):417-25. <https://doi.org/10.1002/dta.292>. Epub 2011 May 6. PMID: 21548140.
12. Bulut H. A new psychoactive substance, gamma hydroxybutyrate (GHB): A case report. Noro Psikiyatr Ars. 2019 Jul 16;56(3):229-231. <https://doi.org/10.29399/npa.23198>. PMID: 31523153; PMCID: PMC6732809.
13. Harris K, Harburg GR, Isoardi KZ. When fantasy fades: A case of severe delirium due to GHB withdrawal. Emerg Med Australas. 2020 Feb;32(1):169-170. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13449>. Epub 2020 Jan 11. PMID: 31927784.
14. Beck R, Matanović SM, Zibar L. Gamma-hydroxybutyric acid, gamma-butyrolactone, and 1,4-butanediol addiction: a serious health threat. Arh Hig Rada Toksikol. 2019 Jun 1;70(2):149-150. <https://doi.org/10.2478/aiht-2019-70-3295>. PMID: 31246568.
15. Буданова А.А., Бойко Е.О., Северцев В.В. ПАВ-индуцированные психозы у больных. Вопросы наркологии. 2023. Т. 35, № 2. С. 60-73. Budanova AA, Boyko EO, Severtsev VV. PAS-induced psychoses in patients. Journal of Addiction Problems. 2023;35(2):60-73 (in Russian).
16. Liao PC, Chang HM, Chen LY. Clinical management of gamma-hydroxybutyrate (GHB) withdrawal delirium with CIWA-Ar protocol. J Formos Med Assoc. 2018 Dec;117(12):1124-1127. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2018.06.005>. Epub 2018 Jun 19. PMID: 29933901.
17. Клинические рекомендации по диагностике и лечению психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ (МКБ-10 F10-F19), и реабилитации больных наркологического профиля. М.: Ассоциация наркологов России, 2014. 338 с. Clinical guidelines for the diagnosis and treatment of mental and behavioral disorders associated with the use of psychoactive substances (ICD-10 F10-F19) and the rehabilitation of patients with drug addiction. Moscow: Association of Narcologists of Russia, 2014:338 (in Russian).

18. Ракитин С.А., Усов Г.М. Способ лечения абстинентного синдрома, с целью превенции развития психоза, у лиц с зависимостью от синтетических агонистов рецепторов гамма-аминомасляной кислоты: бутиролактона, 1,4-бутандиола. Патент 2739192, Российская Федерация, МПК А61К31/197, А61Р25/30. Заявитель и патентообладатель ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России. № 2020120123/04; заявл.18.06.2020; опубл. 21.12.2020. Бюл. № 36. 7 с. Rakitin SA, Usov GM. A method for treating withdrawal syndrome in order to prevent the development of psychosis in individuals dependent on synthetic gamma-aminobutyric acid receptor agonists: butyrolactone, 1,4-butanediol. Patent 2739192, Russian Federation, IPC A61K31/197, A61P25/30. Applicant and patent holder Omsk State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation. No. 2020120123/04; declared 18.06.2020; published 21.12.2020. Bulletin No. 36:7 (in Russian).
19. Ракитин С.А., Усов Г.М., Титов Д.С., Курушкин М.В., Мищенко С.В. Способ лечения абстинентных психозов у лиц с зависимостью от седатив-

ных и снотворных средств, относящихся к группе синтетических агонистов рецепторов гамма-аминомасляной кислоты, бутиролактона и 1,4-бутандиола. Патент 2788894, РФ. Заявитель и патентообладатель ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России. № 2022107929; заявл. 25.03.2022; опубл. 25.01.2023. Бюл. № 3. Rakitin SA, Usov GM, Titov DS, Kurushkin MV, Mishchenko SV. A method for treating withdrawal psychoses in individuals dependent on sedatives and hypnotics belonging to the group of synthetic gamma-aminobutyric acid, butyrolactone, and 1,4-butanediol receptor agonists. Patent 2788894, Russian Federation. Applicant and patent holder: Omsk State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation. No. 2022107929; declared 25.03.2022; published 25.01.2023. Bulletin No. 3 (in Russian).

Поступила в редакцию 26.06.2025  
Утверждена к печати 08.12.2025

Усов Григорий Михайлович, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России. ResearcherID ABA-4139-2020. Author ID Scopus 57192959876. ORCID iD 0000-0002-7619-1179. AuthorID РИНЦ 458338. SPIN-код РИНЦ 4027-9379.

Ракитин Сергей Андреевич, к.м.н., ассистент кафедры психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России; врач психиатр-нарколог, заведующий 3-м наркологическим отделением БУЗ ОО «Омский областной наркологический диспансер». ORCID iD 0000-0002-1753-9008. SPIN-код РИНЦ 9189-5749.

Курушкин Михаил Владимирович, врач психиатр-нарколог 3-го наркологического отделения БУЗ ОО «Омский областной наркологический диспансер». ORCID iD 0000-0002-9641-1132.

Бохан Николай Александрович, академик РАН, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, заведующий отделением аддиктивных состояний, директор НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России. ResearcherID P-1720-2014. Author ID Scopus 6506895310. ORCID iD 0000-0002-1052-855X. AuthorID РИНЦ 152392. SPIN-код РИНЦ 2419-1263.



Ракитин Сергей Андреевич, sergeydoctor83@gmail.com



UDC 616.89-008.1:616.89-02-07:616.89-02-036:159.961.22:632.8:615.214

For citation: Rakitin S.A., Usov G.M., Kurushkin M.V., Bokhan N.A. Clinical example of delayed chronic psychosis in the form of hallucinosis in a patient with 1,4-butanediol dependence. Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2025; 4 (129): 117-125. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-4\(129\)-117-125](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-4(129)-117-125)

## Clinical example of delayed chronic psychosis in the form of hallucinosis in a patient with 1,4-butanediol dependence

**Rakitin S.A.<sup>1, 2</sup>, Usov G.M.<sup>1</sup>, Kurushkin M.V.<sup>2</sup>, Bokhan N.A.<sup>3, 4</sup>**

<sup>1</sup> Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Omsk State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation  
Lenin Street, 12, 644099, Omsk, Russian Federation

<sup>2</sup> State Healthcare Institution of the Omsk Region "Omsk Regional Narcological Dispensary"  
Uchebnaya Street 189, 644046, Omsk, Russian Federation

<sup>3</sup> Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences  
Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation

<sup>4</sup> Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Siberian State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation  
Moskovsky Trakt 2, 634050, Tomsk, Russian Federation

### ABSTRACT

This article presents a clinical case of delayed-onset chronic psychotic disorder manifesting as hallucinosis in a patient addicted to 1,4-butanediol. The patient's medical history is described, including symptoms, complaints, examination results, diagnosis, treatment, and outcome.

**Keywords:** 1,4-butanediol, butyrates, psychosis, hallucinosis, delayed psychosis, chronic psychosis, GABA agonists.

Received June 26, 2025

Accepted December 08, 2025

Usov Grigory M., D. Sc. (Medicine), Associate Professor, Head of the Department of Psychiatry and Medical Psychology, Omsk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Omsk, Russian Federation. ResearcherID ABA-4139-2020. Author ID Scopus 57192959876. ORCID iD 0000-0002-7619-1179. AuthorID RSCI 458338. SPIN-code RSCI 4027-9379.

Rakitin Sergey A., Cand. Sc. (Medicine), Assistant Professor, Department of Psychiatry and Medical Psychology, Omsk State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation; psychiatrist-addiction specialist, head of the 3rd narcological department of the Omsk Region Budgetary Institution "Omsk Regional Narcological Dispensary", Omsk, Russian Federation. ORCID iD 0000-0002-1753-9008. SPIN-code RSCI 9189-5749.

Kurushkin Mikhail V., psychiatrist-addiction specialist of the 3rd narcological department of the Omsk Region Budgetary Institution "Omsk Regional Narcological Dispensary", Omsk, Russian Federation. ORCID iD 0000-0002-9641-1132.

Bokhan Nikolay A., academician of RAS, D.Sc. (Medicine), Professor, Honored Scientist of the Russian Federation, Head of Addictive States Department, director of the Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Head of the Department of Psychiatry, Addictology and Psychotherapy, Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation. ResearcherID P-1720-2014. Author ID Scopus 6506895310. ORCID iD 0000-0002-1052-855X. AuthorID RSCI 152392. SPIN-code RSCI 2419-1263.

✉ Rakitin Sergey A., [sergeydoctor83@gmail.com](mailto:sergeydoctor83@gmail.com)