



АССОЦИАЦИЯ  
НАРКОЛОГОВ



## СБОРНИК ТЕЗИСОВ



ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ  
КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ  
«КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПСИХИАТРИИ  
И НАРКОЛОГИИ», ПОСВЯЩЕННАЯ 40-ЛЕТИЮ  
НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЧЕЧЕНСКОЙ  
РЕСПУБЛИКИ (СОВМЕСТНО С ЗАСЕДАНИЕМ  
ПРОФИЛЬНОЙ КОМИССИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ  
«ПСИХИАТРИЯ-НАРКОЛОГИЯ»)

г. Грозный 8-9 апреля 2021 г.



Я жизнь свою при жизни оценил  
И не нашёл в ней ни одной причины  
Для сожаленья, то не так прошёл  
В момент своей безвременной кончины.

Муса Дарвасев



**Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Министерство здравоохранения Чеченской Республики  
Национальный медицинский исследовательский центр  
психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева  
ГБУ «Республиканский наркологический диспансер»**

# **КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ**

*Материалы  
Всероссийской научно-практической  
конференции с международным участием,  
посвященной 40-летию наркологической  
службы Чеченской Республики,  
8–9 апреля 2021 года, г. Грозный*

Грозный – 2021

**УДК (616.89:616.89-008441.13/.33)-06**  
**ББК 56.14**  
**К 636**

Коморбидные состояния в психиатрии и наркологии: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 40-летию наркологической службы Чеченской Республики, 8–9 апреля 2021 года, г. Грозный / Под ред. Н.В. Семеновой, К.В. Рыбаковой. – Грозный: ГУП «Книжное издательство», 2021. – 216 с.

Научные редакторы: Семенова Н.В., Рыбакова К.В.

Конференция посвящена 40-летнему юбилею наркологической службы Чеченкой Республики. История наркологической службы Чеченской Республики – это история подвига, совершенного врачами, работающими на этой земле с 1979 года, профессионалами, которые, несмотря на чрезвычайно сложные события, раз за разом воссоздавали систему и продолжали делать всё возможное для того, чтобы оказывать квалифицированную медицинскую помощь нуждающимся в ней.

Программа конференции включает обсуждение наиболее актуальных проблем диагностики и терапии психических и наркологических расстройств, коморбидных состояний, вопросов междисциплинарного взаимодействия специалистов при оказании психиатрической и наркологической помощи.

В сборник материалов конференции вошли работы лидеров российской и зарубежной психиатрической и наркологической науки и практики по наиболее актуальным проблемам и направлениям – от концептуальных теоретических и методологических исследований в сфере психического здоровья, до практических методов и технологий, применяемых в психиатрии и наркологии.

Сборник предназначен для врачей-психиатров, наркологов, психотерапевтов, клинических психологов, студентов медицинских вузов, ординаторов и аспирантов, а также широкому кругу специалистов, интересующихся вопросами психического здоровья.

**ISBN 978-5-98896-184-0**

© ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, 2021.

© ГБУ «Республиканский наркологический диспансер», 2021.

## Содержание

Предисловия	11
СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ Дальсаев М.М.	15
ПРОЯВЛЕНИЯ АГРЕССИИ И АУТОАГРЕССИИ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ: КОМПЛЕКС МЕДИЦИНСКИХ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ ВОПРОСОВ Акжигитов Р.Г.	25
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НОВЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В 2019 ГОДУ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ. Асадуллин А.Р., В.Р. Башаров	27
СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ: КЛИНИЧЕСКИЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ Ахметова Э.А., Шарафиев Р.Р.	30
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОЕКТИВНОГО ТЕСТА «РИСУНОК НЕСУЩЕСТВУЮЩЕГО ЖИВОТНОГО» В ДИАГНОСТИКЕ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ Белинский А.В., Демо К.К.	34
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ СЕКСУАЛЬНЫХ ООД, СОВЕРШЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМИ, ПРОХОДИВШИМИ СТАЦИОНАРНОЕ ПРИНУДИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ Берёзкин А.С., Ахмедова О.С.	39
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ И ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ Бойко Е.О.	44
КОМОРБИДНОСТЬ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ Бойко Е.О., Мартусенко А.В., Мыльникова Ю.А.	47
ВАЖНЫЕ АСПЕКТЫ ДАЛЬНЕЙШЕГО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЙ БАЗЫ ПРИ ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ Васянина Ю.Ш., Горбунова З.Х.	49

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ И НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ Ветрила Т.Г., Решидова Р.Ф., Процко А.А., Высочин Е.В. \_\_\_\_\_ 54

БАРЬЕРЫ ПРИ ОБРАЩЕНИИ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В ГОСУДАРСТВЕННЫЕ И ЧАСТНЫЕ НАРКОЛОГИЧЕСКИЕ БОЛЬНИЦЫ: РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТЕРВЬЮ С ПЕРСОНАЛОМ УЧРЕЖДЕНИЙ И ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ ЛИЦАМИ, УПОТРЕБЛЯЮЩИМИ НАРКОТИКИ Ветрова М.В., Тюсова О.В., Блохина Е.А., Бушара Н.М., Крупицкий Е.М., Лиознов Д.А., Луниц К. \_\_\_\_\_ 58

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ И ТЕКУЩЕЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ПОМОЩИ ЗАВИСИМЫМ В ПОЛЬШЕ Воронович Б.Т. \_\_\_\_\_ 62

ОСНОВНЫЕ ВЕКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ. Галако Т.И., Мусабаева С.С., Борисова Т.В., Бакирова Ж.К. \_\_\_\_\_ 69

ЗНАЧИМОСТЬ КОМОРБИДНЫХ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ ДЛЯ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ Гиленко М.В. \_\_\_\_\_ 76

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ У ЛИЦ, СКЛОННЫХ К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ Давидовский С.В., Игумнов С.А. \_\_\_\_\_ 80

РЕЗУЛЬТАТЫ ОН-ЛАЙН ОПРОСА СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ПРОБЛЕМАМ ИНФЕКЦИОННОЙ КОМОРБИДНОСТИ В ПРОЦЕССЕ ОКАЗАНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ Должанская Н.А., Ли Е.А., Корень С.В., Бузина Т.С. \_\_\_\_\_ 82

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ НЕМЕДИЦИНСКОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ Дубинин О.П. \_\_\_\_\_ 85

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (ПО ДАННЫМ СОМАТОПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА) Зиновьев С.В., Синенченко А.Г. \_\_\_\_\_ 89

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЦ, СКЛОННЫХ К ЭПИЗОДИЧЕСКОМУ УПОТРЕБЛЕНИЮ «НОВЫХ» ПАВ, И ЛИЦ С «НЕХИМИЧЕСКИМИ» ФОРМАМИ АДДИКЦИЙ Игумнов С.А., Лобачева А.С., Кутарев Ф.Л., Шахова С.М., Петрухина О.С. \_\_\_\_\_ 91

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ СЛУЖБА ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ Идрисов К.А. \_\_\_\_\_ 94

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОГИ НА АДАПТИВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПОДРОСТКОВ Ильясов Э.Э. \_\_\_\_\_ 96

ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ У НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С РАЗНОЙ ИНТЕНСИВНОСТЬЮ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ДЕТСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ. Катан Е.А., Карпец В.В., Чехонадский И.Д. \_\_\_\_\_ 100

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ С ВРЕДНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПОДРОСТКАМИ ЖЕНСКОГО ПОЛА Кирпиченко А.А., Мужиченко В.А. \_\_ 105

ПРЕГАБАЛИНОВАЯ ЗАВИСИМОСТЬ, В ТОМ ЧИСЛЕ У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ: КЛИНИЧЕСКИЙ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ Козлов А.А., Дальсаев М.М., Игумнов С.А. \_\_\_\_\_ 110

ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ НАРКОЗАВИСИМОСТИ И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ В БЕЛАРУСИ Козлов А.А., Станько Э.П., Игумнов С.А., Цыркунов В.М. \_\_\_\_\_ 115

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ОФИЦЕРОВ С ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬЮ. Комисарова О.В. \_\_\_\_\_ 117

ПОТРЕБНОСТЬ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ФОНЕ РОСТА ПОТРЕБИТЕЛЕЙ СИНТЕТИЧЕСКИХ НАРКОТИКОВ Константинов Д.П., Куркова Е.С., Петров А.Д. \_\_\_\_\_ 118

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ИХ КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ ОПИОИДНОЙ НАРКОМАНИИ Коньков В.И., Шмилович А.А. \_\_\_\_\_ 123



ГАЗЛАЙТИНГ В МЕДИЦИНСКОЙ СРЕДЕ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОГЕННЫХ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ Краля О.В., Кашева К.А., Похиленко А.Ю. \_\_\_ 125

ПРОЛОНГИРОВАННАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА НАЛТРЕКСОНА УЛУЧШАЕТ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ АРВТ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ОПИОИДОВ Крупицкий Е.М. \_\_\_\_\_ 127

ДИНАМИКА МЕДИЦИНСКИХ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЙ НА СОСТОЯНИЯ ОПЬЯНЕНИЯ, ПРОВЕДЕННЫХ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ НАРКОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ Г. ДОНЕЦКА В ПЕРИОД НОВОГОДНИХ ПРАЗДНИКОВ С 20 ДЕКАБРЯ ПО 20 ЯНВАРЯ 2017-2020 ГГ. Кучерявая В.И., Долинная А.В., Цыба И.В., Кононенко И.Н. \_\_\_\_\_ 129

ОРГАНИЗАЦИЯ ОНЛАЙН ОПРОСА ПО ПРОБЛЕМАМ ИНФЕКЦИОННОЙ КОМОРБИДНОСТИ В НАРКОЛОГИИ Ли Е.А., Должанская Н.А. \_\_\_\_\_ 132

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ В ПЕРИОДЕ МЕНОПАУЗЫ Лян Е.М., Ядгарова Н.Ф., Узоков Н.А., Юсупов С.К., Бутаев А.Л. \_\_\_\_\_ 136

КОНФЕССИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Магай А.И., Бабурин А.Н., Борисова О.А., Копейко Г.И. \_\_\_\_\_ 138

КОМОРБИДНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ Максимчук ВП, Лисковский ОВ. \_\_\_\_\_ 142

ДИАГНОСТИКА ФЕБРИЛЬНОЙ КАТАТОНИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИИ Малин Д.И. \_\_\_\_\_ 146

СОЧЕТАНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ В СПИНЕ С ПРИЗНАКАМИ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ЖЕНЩИН У ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА Манышева К. Б., Джамалова З. А., Гамидова Н. А. \_\_\_\_\_ 150

- СПЕЦИФИКА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ОНКО-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНСОМНИИ Мелёхин А.И. \_\_\_\_\_ 153
- ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ИЗМЕНЕННЫХ СОСТОЯНИЙ СОЗНАНИЯ Михайлов М.А. \_\_\_\_\_ 158
- ОПЫТ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ХИМИЧЕСКИ ЗАВИСИМЫХ В МЕЖРЕГИОНАЛЬНОМ ФОНДЕ «РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР «ДОМ НАДЕЖДЫ НА ГОРЕ» Мосеева С.А., Осипчук В.Н., Тетеревкова И.В. \_\_\_\_\_ 161
- ВЫРАЖЕННОСТЬ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Муслуев А. М-Б., Идрисов К.А. \_\_\_\_\_ 163
- АУТОАНТИТЕЛА И ЦИТОКИНЫ ПРИ КОМОРБИДНОЙ АДДИКТИВНОЙ И АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ Невидимова Т.И., Давыдова Т.В., Ветриле Л.А., Савочкина Д.Н., Захарова И.А., Галкин С.А., Бохан Н.А. \_\_\_ 168
- ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ В СОМАТИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАХ Приятель В.А. \_\_\_ 170
- ПРОТИВ ДЕВАЛЬВАЦИИ ПОНЯТИЯ «КОМОРБИДНОСТЬ» Савенко Ю.С. \_\_\_\_\_ 174
- ПРОБЛЕМЫ СОБЛЮДЕНИЯ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ В ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ Семенова Н.В. \_\_\_\_\_ 177
- АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ Сивакова Н.А., Коцюбинский А.П., Михайлов В.А., Шова Н.И. \_\_\_\_\_ 181
- РАССТРОЙСТВА ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ КАННАБИСА: РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ГЛОБАЛЬНОГО БРЕМЕНИ БОЛЕЗНЕЙ Сошников С.С. \_\_\_\_\_ 183
- ЛЕЧЕНИЕ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ РЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ К АНТИНИКОТИНОВОЙ ТЕРАПИИ И КОМОРБИДНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ Сперанская О.И., Клименко Т.В. \_\_\_\_\_ 184

ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПОДРОСТКАМИ НЕКУРИТЕЛЬНЫХ ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ Стрижев В.А., Тедорадзе Д.Д., Стрижев В.В. \_\_\_\_\_ 187

АФФЕКТИВНЫЕ СДВИГИ И АДАПТАЦИОННЫЙ ОБРАЗ БОЛЕЗНИ (АОБ) ПРИ КОМОРБИДНОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ И СОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ Сулайманова М.Р. \_\_\_\_\_ 189

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЧЕСКОГО ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА И КОМОРБИДНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ПО ДАННЫМ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ) Тарасова Г. В., Вандыш-Бубко В. В. \_\_\_\_\_ 194

ПРОБЛЕМА НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У РОДСТВЕННИКОВ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ: МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД Трушкина С.В. \_\_\_\_\_ 199

ВЕГЕТАТИВНЫЕ И АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ Ханмурзаева С.Б., Ханмурзаева Н.Б. \_\_\_\_\_ 202

ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИКИ СОЦИАЛЬНЫХ И КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПРОЦЕССЕ ПСИХОКОРРЕКЦИИ Шин З.В. \_\_\_\_\_ 206

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ И СУИЦИДАЛЬНЫМИ НАМЕРЕНИЯМИ Шова Н.И., Михайлов В.А., Попов Ю.В. \_\_\_\_\_ 209

СВИДЕТЕЛЬСТВА ВЗАИМОСВЯЗИ РЕЧЕВЫХ ДИСФУНКЦИЙ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗРИТЕЛЬНОГО ВОСПРИЯТИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ Шошина И.И., Андреева А.Л. \_\_\_\_\_ 212

## Предисловия

Коморбидность в психиатрии и наркологии – куда больше чем просто «двойной диагноз». За подобными расстройствами стоит ряд непростых взаимосвязанных процессов – формирующих единое заболевание, которое невозможно рассматривать только в рамках «психиатрии» или «наркологии». Именно поэтому так важно, что в рамках Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Коморбидные состояния в психиатрии и наркологии», посвященной 40-летию наркологической службы Чеченской республики собрались ведущие специалисты этих областей. Вместе мы сможем не только обсудить ряд важных и насущных проблем, связанных с коморбидностью, но и подготовиться к тем трудностям, с которыми нам только предстоит столкнуться. В психиатрии и наркологии существуют общие проблемы, а значит, – необходимо искать общие пути их решения. Только так – общими силами – мы сможем прийти к общему благу.

Очень символично, что данная конференция проходит именно здесь, в городе Грозный Чеченской Республики. Именно в этом городе в 1982 году проводилась Всероссийская конференция по наркологии, инициатором которой стала местная наркологическая служба. Тогда в Республике собрались главные наркологи краев и областей Российской Федерации, ведущие ученые страны в области психиатрии и наркологии. Передовой опыт Чечено-Ингушской АССР стал внедряться и в других регионах. Участие местных специалистов в научных форумах, совещаниях стало обыденным явлением. Развитие наркологической службы Республики продолжалось, и в 1987 году была проведена очередная научно-практическая конференция всероссийского масштаба, на которой, как и сегодня, присутствовали светила психиатрии и наркологии, где им была представлена прекрасная возможность обменяться своими наблюдениями и опытом.

История наркологической службы Чеченской Республики – это история подвига, совершенного врачами, работающими на этой земле с 1979 года, профессионалами, которые, несмотря на чрезвычайно сложные события, раз за разом воссоздавали систему и продолжали делать всё возможное для того, чтобы оказывать квалифицированную медицинскую помощь нуждающимся в ней. Хочется отметить, что в итоге, благодаря активной поддержке Главы Республики Рамзана Ахматовича Кадырова удалось не только воссоздать наркологическую службу Чеченской Республики, но и сделать её по настоящему современной – отвечающей всем мировым стандартам качества оказания медицинской помощи.

*Директор ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева»  
Минздрава России,  
Президент Российского общества психиатров,  
Президент Всемирной ассоциации  
динамической психиатрии (WADP),  
Заведующий кафедрой психиатрии и наркологии с курсами  
медицинской психологии и психосоматической медицины  
ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова,  
заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук,  
профессор  
**Николай Григорьевич Незнанов***

Наркологическая служба Российской Федерации ежедневно стоит перед сложнейшими вызовами современности. Нашей стратегической целью является сокращение потребления психоактивных веществ, снижение заболеваемости алкоголизмом и наркоманией, другими формами зависимого поведения.

Опыт работы наркологической службы Российской Федерации лег в основу Международного стандарта Всемирной организации здравоохранения по оказанию помощи наркозависимым и профилактики наркомании. Наши пациенты имеют доступ к новейшим достижениям медицины, пере-

довым методам диагностики, современному медицинскому оборудованию и апробированным эффективным способам терапии. Методы могут быть различными и меняться в зависимости от возраста, индивидуальных особенностей, целей профилактического вмешательства, региона, но на каждом этапе жизненного пути наркологическая служба предоставляет возможность получения своевременной помощи.

Развивается персонализированная медицина: индивидуальный подбор наиболее эффективных медицинских технологий и лекарственных средств, что позволит в будущем значительно повысить качество оказания медицинской помощи нашим пациентам.

Если говорить о болезнях зависимости, то к их формированию приводит сочетание самых различных факторов: биологических, психологических, социальных. В связи с этим в задачи наркологической службы Российской Федерации входит не только решение медицинских задач, но и организация системного подхода, учитывающего как медицинские, так и психологические, социокультурные и информационные аспекты коррекции и лечения индивидуального психического дизонтогенеза у больных наркологического профиля.

Выздоровление наших больных начинается с милосердия. наших больных обычно боятся, наших больных не любят, а иногда ненавидят. От них отказываются семьи, отказывается общество. И в такой ситуации они не могут не продолжать наркотизацию или алкоголизацию. И ситуация только ухудшается. И, когда, попадая в наши руки и в наши учреждения, они видят к себе благожелательное милосердное отношение, – вот тут и начинается собственно выздоровление. Таким врачом был первый главный нарколог Чеченской Республики Мусса Алиевич Дальсаев. Он сделал многое, чтобы помочь людям, потерявшим надежду, находил индивидуальный подход к каждому пациенту, помогал им, показывая и напоминая о светлой стороне жизни и душе, которая есть в каждом человеке, внес огромный вклад в развитие наркологической службы Чеченской Республики и Российской Федерации.

Глава Чеченской Республики Кадыров Р.А. высоко оценил деятельность и вклад в развитие здравоохранения Муссы Алиевича, назвав в его честь улицу, на которой он жил. Это единственная улица в России, названная в честь врача-нарколога! Преемником и продолжателем важного и сложнейшего дела – руководства наркологической службы – стал Муслим Муссаевич Дальсаев.

Особо необходимо отметить усилия Главы Республики Рамзана Ахматовича Кадырова в постоянном внимании к вопросам оказания наркологической помощи, проблемам воспитания подрастающего поколения. Чеченская Республика – один из немногих регионов, который открыт к новым форматам – например, введению возрастного ценза на продажу алкоголя с 21 года, и где реализуется целый комплекс программ, направленных на духовно-нравственное и патриотическое воспитание молодёжи. Другие регионы страны перенимают этот опыт, вводят различные меры, с учетом своих региональных особенностей и остроты задач стоящих перед ними.

Перед всеми нами стоит важнейшая задача формирования единой и системной информационной политики, основными задачами которой является формирование негативного отношения в обществе к злоупотреблению алкоголем и немедицинскому потреблению наркотиков. Решение проблем болезней зависимости – одна из самых животрепещущих современных проблем страны, ежедневно требующая консолидированных действий от всех нас.

*Главный внештатный специалист-нарколог  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
и Департамента здравоохранения города Москвы,  
Президент ГБУЗ «Московский научно-практический центр нарко-  
логии Департамента здравоохранения города Москвы»,  
заведующий кафедрой наркологии РМАПО,  
Президент Российской наркологической лиги  
Ассоциации наркологов,  
заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор  
Евгений Алексеевич Брюн*

# СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

**Дальсаев М.М.**

*Главный внештатный специалист психиатр-нарколог  
Министерства здравоохранения Чеченской Республики  
г. Грозный*

Чечено-Ингушская АССР была едва ли не единственной территорией в СССР, где началась активная работа по организации республиканского наркологического диспансера в г. Грозном в 1979 году. Именно тогда на должность главного внештатного нарколога Минздрава ЧИАССР был назначен Дальсаев Мусса Алиевич.

Дальсаев Мусса Алиевич родился 9 января 1947 года в г. Алма-Ата, в депортированной в 1944 г. чеченской семье. По возвращению на историческую родину в 1964 г. окончил Грозненскую среднюю школу № 57 с серебряной медалью. В 1964 г. поступил, а в 1970 г. с отличием окончил СОГМИ (Северо-Осетинский Государственный медицинский институт). В период обучения Мусса Дальсаев проявил интерес к научным исследованиям, был избран председателем студенческого научного общества института. Как лучший студент был оставлен в аспирантуре, где на кафедре нормальной физиологии исследовал обменные процессы при хроническом алкоголизме. В результате проведенных экспериментальных исследований и клинических наблюдений в 1974 году успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему «Влияние алкогольной интоксикации на водно-солевой обмен и его регуляцию (экспериментально-клиническое исследование)». Работа эта представляла не только научный интерес, раскрывая некоторые аспекты патогенеза алкогольной зависимости, но и имела практическое значение.

В 2005 году стал председателем Ассоциации психиатров, наркологов и психологов Чеченской Республики. Он автор более 50 научных публикаций по проблемам психиа-



трии и наркологии, был членом редакционного совета Всесоюзного журнала «Трезвость и культура».

Почти 40-летняя трудовая деятельность врача-психиатра-нарколога высшей категории отмечена нагрудным знаком «Отличник здравоохранения СССР», медалью Совета Интеллектуального центра Чеченской Республики «За профессиональную честь».

Случилось это после того, как приехавшая комиссия из Министерства здравоохранения Российской Федерации во главе с начальником отдела психоневрологической службы этого министерства Найденовым О.Ф., упрекнула местные органы здравоохранения в том, что они не очень заинтересованы в активизации работы по борьбе с пьянством и алкоголизмом и держат на задворках квалифицированного специалиста. Проработав в Дарбанхинской психиатрической больнице (после окончания аспирантуры в 1973 году в Северо-Осетинском госмединституте), будучи кандидатом медицинских наук в возрасте 26 лет, он вернулся в Чечено-Ингушскую республику. Мусса Алиевич по своей инициативе, вопреки прогнозам авторитетных в то время коллег, в частности, главного психиатра Глиноса А.И. и других взялся за, казалось бы, безнадежное дело – организовать наркологическую службу, да еще и наркологический диспансер, когда с 1954 года не могли ничего сделать для организации психоневрологического диспансера. Хотя и директивы, и соответствующие нормативные документы обязывали республику иметь, как и по всей стране, психоневрологический диспансер, но его организация переносилась из года в год. Везде наркологические диспансеры «отпочковывались» от психоневрологического, либо создавались под лоном психиатрических больниц. Но повторюсь, что нигде не было такого, чтобы раньше психоневрологического диспансера организовывался наркологический. Это был своего рода и вызов «зубрам», которые давно работали в республике и до ее восстановления. Замахнуться на открытие наркологического диспансера при отсутствии психоневрологического тем более малоизвестным врачом из

Дарбанхов (Гудермесский район) означало для них, что молодой врач слишком наивен. Но развернувшаяся деятельность по организации наркологической службы при помощи и поддержке корреспондента Гостелерадио СССР Андрея Скрябина, который привлек к этой проблеме внимание и первого секретаря обкома КПСС Власова А.В., и председателя Совета Министров ЧИАСССР Керимова М.А., оказалась весьма успешной. И республиканский наркологический диспансер в Чечено-Ингушской АССР был организован, притом с помпой и триумфом, с трансляцией по первому центральному каналу всесоюзного телевидения с участием главного нарколога Дальсаева М.А. и первых лиц республики. Именно в тот период проявился организаторский талант молодого ученого и клинициста Дальсаева М.А. Завершилось это выходом Постановления Правительства и трансляцией заседания его по центральному телевидению «Об организации наркологической службы в Чечено-Ингушской АССР». На должность главного врача был назначен Дальсаев М.А., который за считанные месяцы после своего назначения в апреле 1979 года стал главным внештатным наркологом Минздрава и сумел уже к 15 ноября того же года открыть двери наркологического диспансера в числе первых на Северном Кавказе. Нужно отметить, что диспансер открылся со стационаром на 60 коек. Но уже к 1982 году республика имела наркологический диспансер с сетью стационаров на 260 коек. Из них 200 коек – при промышленных предприятиях. Столь бурного развития не имела ни одна служба, и это не осталось незамеченным Министерством здравоохранения СССР, которое отмечало в своем циркуляре о наркологической службе республики как одной из передовых в стране. Главный нарколог Дальсаев М.А. был приглашен на встречу к министру здравоохранения страны в числе 9 его коллег. Благодаря тому, что республике удалось организовать наркологический диспансер, стало возможным организовать в 1982 году и психоневрологический. И ведущую роль в этом сыграл уже наркологический диспансер. Имея опыт, уже проект постановления готовился нарко-

логической службой, именно тогда стали внедряться в наркологическую практику передвижные пункты медицинского освидетельствования, ныне действующий порядок судебно-медицинских экспертиз и кабинеты медицинского освидетельствования с круглосуточным режимом работы. Теперь они есть везде, но тогда это были начинания нашей наркологической службы. Это были первые шаги наркологической службы страны – службы «необкатанной», которая по стране только-только зарождалась. И в ее становлении немалую роль сыграл и наркологический диспансер Чечено-Ингушской АССР.

В том же 1982 году проводится Всероссийская конференция по наркологии в городе Грозном по инициативе местной наркологической службы. В республике собрались главные наркологи краев и областей Российской Федерации, ведущие ученые страны в области психиатрии и наркологии. Передовой опыт Чечено-Ингушской АССР стал внедряться в других регионах. Участие местных специалистов в научных форумах, совещаниях стало обыденным явлением. Но развитие наркологической службы продолжается, и в 1987 году в республике проходит уже очередная научно-практическая конференция всероссийского масштаба.

Начавшиеся в 90-годы деструктивные процессы коснулись всей жизни в стране. Не обошли они и систему здравоохранения, и образования, и культуры. Созданное трудом многих людей на протяжении многих лет, стало рушиться. К началу военной кампании 1994 года наркологическая служба продолжала еще функционировать. Хотя именно в районе наркологического диспансера начали разворачиваться первые столкновения внутри противоборствующих сил, а затем и полномасштабные боевые действия. Напротив диспансера располагалась воинская часть. 3 января 1995 года здание покинули последние больные вместе с врачом. Спустя несколько дней здание диспансера сгорело дотла. 19 января 1995 года главный врач Дальсаев М.А уже видел пепел и развалины от диспансера. Но уже в феврале того же года вновь собирает-

ся оставшийся коллектив восстанавливать службу, но уже по другому адресу: в полуразрушенном детском садике по Олимпийскому проезду. Тогда мэрия и правительство выделяло более или менее сохранившиеся здания для размещения служб, как правило, по инициативе руководителей. Так произошло и с наркологическим диспансером. К 1996 году число наркологических коек, которые смогли разместить, было 30. За период боевых действий и распада Советского Союза наряду с пьянством, которое было характерно для советского времени, быстро стала расти наркомания. Появился героин, который был запрещен на территории СССР. Чеченская республика стала открытой для наркотрафика. Через газету «Грозненский рабочий» главный нарколог Дальсаев М.А обращается с предупреждением о невидимом росте наркомании. Просит тогдашние власти изменить существующие порядки относительно запретов на торговлю спиртными напитками, которое провоцирует рост наркозависимости. К 1999 году, к началу боевых действий принудительный запрет на торговлю спиртными напитками, сложившаяся ситуация в республике и тяжелое положение населения не снизили актуальности проблем, связанных с потреблением наркотиков и алкоголя. В 2000 году, когда третий раз пришлось воссоздавать службу, число больных, которые нуждались в наркологической помощи, уже было гораздо больше. Но коечная мощность стационара была всего 10 коек, и в еще более разрушенном здании. Но самой главной и тяжело разрешимой оказалась проблема кадров, специалисты покинули Чечню за период с 1991 по 2000 годы. В поисках более безопасной жизни они разъехались по всему миру. Оставалось всего два человека – главный врач и его заместитель по лечебной части. Вновь начался период организации в послевоенных условиях. Выручила возможность привлечения студентов-выпускников местного медицинского факультета, где Дальсаев М.А. читал курс лекций по психиатрии и наркологии. Диспансер вновь стал клинической базой. И в этих условиях начали готовить своих специалистов. И до 2007 года наркологический

диспансер размещался там, в полуразрушенном здании.

Новое возрождение службы началось с активной поддержки Главы Чеченской Республики Рамзана Ахматовича Кадырова, который реально оценил ситуацию и дал поручение о начале строительства наркологического диспансера по старому адресу:

г. Грозный, ул. Бутырина.

Строительство было поручено ОАО «Чеченстрой». Параллельно Р.А. Кадыров дает задание правительству изыскать возможность повышения заработной платы сотрудникам диспансера с целью привлечь в службу специалистов. Затем лично контролирует и ход строительства, и качество работ. Неоднократно обращается к населению относиться к наркологическому диспансеру как к обычному лечебно-профилактическому учреждению, куда не должно быть стыдно обращаться за помощью. «Это болезнь и ее нужно лечить», – говорит он. Результат такой политики не заставил себя долго ждать: сегодня республиканский наркологический диспансер – одно из красивейших лечебно-профилактических учреждений. 26 декабря 2007 года состоялось его открытие, где Глава Чеченской Республики Р.А. Кадыров подчеркивает важность наркологической службы в деле борьбы с проблемами зависимостей в нашей республике. Вопрос о нравственном возрождении республики, создании условий для нормальной жизни становится главным для Главы и правительства. В этом контексте роль наркологической службы и всего общества в целом становится архиважной. Республика принимает комплексную программу о борьбе с незаконным оборотом наркотиков и борьбе с наркоманией. Глава Чеченской Республики Р.А. Кадыров лично проводит ежегодные встречи с активом республики и неотступно претворяет в жизнь свои планы по улучшению жизни населения.

С трудом, но все же удается привлечь в наркологию молодых выпускников ЧГУ. Все они имеют соответствующие сертификаты и прошли базовую подготовку в республике под руководством профессора М.А. Дальсаева. В 2002 году

на встрече представителей Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) из Копенгагена, руководителей ведущих институтов психической сферы страны и специалистов в области психического здоровья Чеченской республики, директор НИИ психиатрии Минздрава России профессор В.Н. Краснов сказал: «Специалисты из Чечни имеют хорошую базовую подготовку». Это была оценка и самому процессу подготовки кадров в Чеченской республике, поскольку около 80% имеющихся специалистов – как психиатров, так и психиатров-наркологов – прошли интернатуру на базе республиканского наркологического диспансера Чеченской республики. Свидетельством тому является и прошедшая конференция в республике летом 2007 года по проблемам психического здоровья в условиях длительной чрезвычайной ситуации, в которой приняли участие как местные специалисты, так и коллеги из Москвы, Ростова и других регионов ЮФО. Основная масса научно-исследовательских работ была представлена врачами республиканского наркологического диспансера: Дальсаевым М.А., Идрисовым К.А., Дальсаевой Р.Ч. и другими. А на состоявшемся съезде молодых ученых России, который состоялся в г. Рязани в 2007 году в области психиатрии (наркологии) было представлено пять работ: Айтугановой А.И., Татаева Х.Л., Умарова А.С., Яхьяевой А.К., Дачаевой С.А. – все они выпускники медицинского факультета ЧГУ. И интернатуру по наркологии они прошли на местной базе. Две из указанных работ (Айтугановой А. и Татаева Х.) вошли в число 32 лучших работ России.

К великому сожалению, 29 ноября 2011 г. ушел из жизни выдающийся человек, создавший наркологическую службу в Чеченской Республике и возглавлявший ее с момента ее основания, – врач психиатр-нарколог, профессор Дальсаев Мусса Алиевич. Дальсаев Мусса Алиевич – член совета ИЦ ЧР, известный врач-психиатр, чьи методы работы широко использовались по всей России, награжденный медалью «За профессиональную честь» и открывший наркологический диспансер в далеком 1979 году.

Достойный сын своего народа, он сделал многое, чтобы помочь людям, потерявшим надежду, чью жизнь сковала цепь зависимости. Он не разрывал эту цепь насильственными методами, будучи терпеливым спокойным человеком и профессионалом в своем деле, он находил индивидуальный подход к каждому пациенту, и помогал им выпутаться из нее, показывая и напоминая о светлой стороне жизни и души, которая есть в каждом человеке.

Этот человек внес огромный вклад в развитие медицины ЧР, и не покинул ее даже в самое тяжелое для нее время, в период боевых действий в 1995 году он оставался в Грозном. На посту главного врача диспансера он оставался до последних дней, пока болезнь не сковала его окончательно. Пусть его жизненный путь, его целеустремленность будет примером для студентов и врачей, которые на миг могли подумать «что профессия врача не лучший их выбор». Нет, не профессия делает человека достойным, а человек профессию!

Глава Чеченской Республики Р.А. Кадыров оценил деятельность Дальсаева М.А. и за вклад в развитии здравоохранения Чеченской Республики: именем Дальсаева М.А. переименована улица в Грозном, на которой жил Мусса Алиевич, а также планируется назвать именем М.А. Дальсаева строящийся диагностический центр в г. Грозный. К сожалению, беда не приходит одна, и в тот же период наркологический диспансер лишается своего здания и по приказу Министерства здравоохранения Чеченской Республики с 1 января 2012 г. располагается в здании психоневрологического диспансера. С того же времени наркологическую службу Чеченской Республики возглавил врач психиатр-нарколог Дальсаев Муслим Муссаевич.

Муслим Муссаевич Дальсаев родился 21 июня 1972 г. в г. Орджоникидзе, Северная Осетинская АССР. В 1989 г. окончил среднюю школу № 1 г. Грозный с серебряной медалью. В период с 1987 по 1989 гг. был принят санитаром в приемное отделение республиканской больницы г. Грозный.

В 1989 г. поступил в Ставропольский государственный медицинский институт. В 1994 г. переведен в Чеченский государственный университет на медицинский факультет. В 1996 г. был принят на должность врача «психиатра-нарколога» в Республиканский наркологический диспансер Чеченской Республики. В 2007 г. был переведен на должность заместителя главного врача по детской и подростковой наркологии в Республиканском наркологическом диспансере. С 2011 г. по настоящее время занимает должность главного врача ГБУ «Республиканский наркологический диспансер». С 2011 г. является главным внештатным специалистом психиатром-наркологом Чеченской Республики. С 2013 г. по сегодняшний день является членом Общественного Совета при МВД по ЧР. С 2018 г. является членом Общественной палаты Чеченской Республики, заместителем комиссии по вопросам здравоохранения, экологии и охраны окружающей среды.

Призвание и награды: врач высшей категории, отличник здравоохранения ЧР, почетная грамота Министра здравоохранения и социального развития РФ за заслуги в области здравоохранения.

С 1 января 2020 г. наркологический диспансер вновь обретает свое здание (приказом Минздрава ЧР нам передают здание психоневрологического диспансера). Наркологическая служба вновь обретает перспективы развития. В том же году наркологии передается вновь построенное реабилитационное отделение на 12 коек.

Сегодня в ГБУ «РНД» расположен стационар на 25 коек неотложной наркологической помощи, 10 коек дневного стационара, отделение реабилитации 12 коек и амбулаторно-поликлиническое звено, филиал №1, подсобное хозяйство, развернут блок интенсивной терапии, развернута мощная химико-токсикологическая лаборатория, оснащенная новейшими хроматографами и другим оборудованием, биохимическая лаборатория, рентген-кабинет, УЗИ, физиотерапевтический кабинет, отделение эфферентной терапии.

Диспансер оборудован по последнему слову техни-



ки. Одним словом, созданы все условия и для работы, и для лечения не только больных, страдающих зависимостью, но и других смежных видов патологии, которые могут лечить специалисты, работающие в наркологическом диспансере. Сегодня диспансер активно сотрудничает со многими ведущими отраслевыми институтами страны.

7-8 ноября 2012 г. в г. Грозный проведена Региональная (СКФО) научно-практическая конференция «Актуальные вопросы диагностики и лечения наркологических и психических расстройств в Чеченской Республике» с всероссийским участием. При поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации 5-6 сентября 2014 года состоялся съезд специалистов-наркологов в г. Грозный Чеченской Республики, в рамках которого прошла научно-практическая конференция и заседание профильной комиссии при главном специалисте психиатре-наркологе РФ.

**ПРОЯВЛЕНИЯ АГРЕССИИ И АУТОАГРЕССИИ  
В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ:  
КОМПЛЕКС МЕДИЦИНСКИХ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ  
И СОЦИАЛЬНЫХ ВОПРОСОВ**

**Акжигитов Р.Г.**

*Москва*

*ГБУЗ НПЦ им. З.П. Соловьева ДЗМ*

Феномен агрессии сопровождает человечество на протяжении всей истории его существования. Будучи одним из базовых инстинктов, присущих всему животному миру (еще в 1973 г. Нобелевская премия по физиологии и медицине была присуждена австрийскому зоологу К. Лоренцу за работу в области изучения моделей поведения животных), в поведении человека агрессия занимает особое место. Ее проявлениями в макромасштабе являются войны, революции, в микромасштабе – преступления против личности – физические и моральные. Не менее значимой является проблема аутоагрессии – различных форм самоповреждающего поведения и, как его крайнего проявления – суицида. При этом следует отметить, что агрессивные воздействия, направленные на других, обозначаются термином гетероагрессия, т.е. понятие агрессии является общим и для нанесения вреда окружающим, и себе. К непрямым формам аутоагрессии могут быть также отнесены нарушения пищевого поведения и различные формы зависимостей, являющихся по сути аутодеструктивными паттернами поведения.

Изучение данного феномена всегда оказывалось на стыке многих дисциплин, так как его проявления затрагивают исторические, философские, психологические и даже педагогические аспекты (процесс воспитания ребенка, имеет в своей структуре принуждения и запреты, а в исторически недалеком прошлом имел и физические наказания, например, розгами). В медицинском отношении проблема агрессии (и гетеро-, и аутопроявлений) всегда рассматривалась преимущественно в свете психопатологических характеристик, а ее

диагностика традиционно была одним из оснований применения мер недобровольного характера, включая меры физического стеснения, что наряду с медицинским аспектом имело и юридический.

Охотнее всего агрессию исследовали психоаналитики, выдвигавшие гипотезы ее возникновения и объяснявшие ее, как проявление дуалистичного влечения человека к жизни и смерти. Требования доказательной медицины ставят исследователей-психиатров в жесткие рамки поиска объективных данных (нейровизуализационных, лабораторных, физиологических), подтверждающих или опровергающих выдвигаемые гипотезы, в связи с чем имеющиеся работы преимущественно оценивают наличие самого факта агрессии, а не его причин и характеристик. Тем не менее, работы в данном направлении имеют высокую актуальность и социальную значимость.

В Московском ГБУЗ НПЦ им. З.П. Соловьева ДЗМ накоплен значительный опыт работы с проявлениями гетеро- и аутоагрессии. Функционируют 2 кризисных (суицидологических) отделения, разработаны инструменты скрининга, раннего выявления и последующего лечения суицидальных и самоповреждающих тенденций, изданы методические рекомендации по данной тематике, в том числе под эгидой Министерства здравоохранения РФ. Ежегодно в центре проходят лечение свыше 10 тыс. стационарных пациентов, осуществляется около 250 тыс. амбулаторных посещений. В рамках научно-исследовательской работы ведется ряд исследований непосредственно самоповреждающего поведения, а также различных его форм в структуре расстройств личности, нарушений пищевого поведения, дисфорических проявлений при депрессии и эпилепсии. Разрабатываются дополнительные диагностические и просветительские программы в том числе для врачей первично звена здравоохранения, психологов и педагогов.

# **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НОВЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В 2019 ГОДУ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ.**

**Асадуллин А.Р., В.Р. Башаров**

*Уфа*

*ФГБОУ ВО БГМУ МЗ РФ. ГБУЗ РНД №1 МЗ РБ*

Согласно данным различных международных и отечественных исследований, а также, отчетной документации, в настоящее время превалирует синтез и распространение новых синтетических психоактивных веществ. Целью данного исследования является обзор распространенности новых психоактивных веществ (НПАВ) на территории Республики Башкортостан (РБ) в период с 01.01 по 31.12.2019 г. В указанный период на нелегальном рынке НПАВ в некоторых регионах РФ, в том числе Республики Башкортостан, наблюдалось появление ряда новых синтетических каннабиноидов и их аналогов. По химической структуре эти синтетические каннабиноиды, можно разделить на две группы:

Материал и методы исследования. В период с 01.01.2019 по 31.01.2019 г. было обследовано 7804 человек в возрасте от 15 до 55 лет, подписавших добровольное информированное согласие (самостоятельно, либо законным представителем). У каждого обследованного был собран биоматериал – моча, т.к. вследствие низкого содержания белковых компонентов, она является наиболее простым биообъектом для определения наркотических средств. Все индивиды, моча которых использовалась, состояли на диспансерном учете в Республиканском наркологическом диспансере №1 Министерства здравоохранения Республики Башкортостан, либо проходили медицинское освидетельствование на предмет наличия наркотических средств в их организме. У всех представленных в изученной выборке людей в моче были обнаружены либо лекарственные препараты, и/или наркотические средства и психотропные вещества. Детальному клиническому обследованию подвергались люди, обратившиеся за стационарной и амбулаторной помощью, в моче которых

были обнаружены метаболиты дизайнерских наркотических средств или потенциально опасных психоактивных веществ. Данная работа была проведена в химико-токсикологической лаборатории и первом стационаре ГБУЗ Республиканского наркологического диспансера № 1 РБ.

В результате исследования была выявлена стабилизация рынка новых наркотических соединений, но в то же время отмечено появление ряда ПАВ, ранее не встречавшихся на нелегальном рынке РБ.

Первая группа представлена синтетическими каннабиноидами – сложные эфиры 8-гидро-оксихинолина и производных алкилиндолола: каннабимиметики РВ-22, РВ-22F, ВВ-22, FUB-РВ-22. РВ-22F является фторированным аналогом РВ-22 и отличается от него наличием в 5-м положении N-алкильной цепи атома фтора. ВВ-22 и FUB-РВ-22 представляет собой модификации структуры РВ-22, полученные путем варьирования заместителя у атома азота 1 в индольном фрагменте.

Вторая группа – синтетические каннабиноиды, амиды валина и производных алкилиндазола, представлены четырьмя наименованиями: АВ-PINACA, 5F-AB-PINACA, АВ-FUBINACA, АВ-CHMINACA. 5F-AB-PINACA отличается от АВ-PINACA наличием в 5-м положении N-алкильной цепи атома фтора. Каннабиноиды АВ-FUBINACA и АВ-CHMINACA представляют собой модификации структуры АВ-PINACA, полученные путем варьирования N-алкильных заместителей.

В последнее время на территории республики Башкортостан получили большое распространение индол-3-карбоксилаты и индазол-3-карбоксамиды. Представителями этих классов соединений на нашем незаконном рынке наркотических средств и психотропных веществ являются хинолин-8-ил-1пентил-1Н-индол-3-карбоксилат (РВ-22F) и N-(1-карбомаил-2-метилпропил)-1-(циклогексилметил)-1Н-индазол-3-карбоксамида (АВ-Chminaca).

Среди НПАВ, по-прежнему сохраняет лидирующие позиции

Альфа-PVP, который по своей химической структуре является производным катинона с циклизацией аминогруппы в пирролидиновое кольцо, что вызывает более высокий наркотический потенциал и степень зависимости, по сравнению с природным аналогом.

Социо-демографический анализ показал, что средний возраст потребителей синтетических каннабиноидов составил 21,20 года, синтетических катинонов – 24,58 года; половое соотношение (женщин и мужчин) потребителей группы синтетических каннабиноидов – 1,85:6,63; синтетических катинонов – 2,21:7,14.

### **Выводы:**

1. Установлено, что потребление таких синтетических наркотических средств, как альфа-пирролидиновалерофенон (альфа-PVP) и АВ-СНМІNАСА на территории Республики Башкортостан преобладает над другими видами синтетических НПАВ

2. Показано, что преобладающими потребителями дизайнерских наркотических средств в Республике Башкортостан являются мужчины в возрасте 20-25 лет.

Таким образом, проведенное исследование и полученные результаты демонстрируют необходимость совершенствования мер профилактики, особенно в подростковой среде, разработки эффективных методов терапии и реабилитации зависимых, употребляющих синтетические НПАВ.

**СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ  
С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ  
СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ:  
КЛИНИЧЕСКИЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ**

**Ахметова Э.А., Шарафиев Р.Р.**

*Уфа*

*ФГБУ ВО БГМУ МЗ РФ*

Цель исследования: изучить клинические, молекулярно-генетические особенности генов нейромедиаторных систем головного мозга rs1800497 DRD2, rs4646984 DRD4, VNTR 40 п.о., rs270272 SLC6A3, rs6313 HTR2A, rs6296 HTR1B подростков – потребителей синтетических каннабиноидов (далее – СКБ) с симптомами Синдрома дефицита внимания и гиперактивности (далее – СДВГ) и без.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 148 неродственных индивидов подростков мужского пола, средний возраст составил  $15,3 \pm 0,8$  лет, с верифицированным диагнозом F12.1 («Пагубное употребление каннабиноидов (синтетических каннабиноидов), согласно критериям МКБ 10, потребителей СКБ (спайсов). Группу контроля составили 139 здоровых подростков, тождественных по основным характеристикам. Исследование проводилось на базе Республиканского наркологического диспансера Минздрава Республики Башкортостан. На использование клинического материала получено информированное согласие всех больных и одобрено Локальным Биоэтическим комитетом БГМУ.

Критерии включения: F12.1 «Пагубное употребление каннабиноидов (синтетических каннабиноидов)», отсутствие иных зависимостей, кроме как от кофеина и табака, возраст до 18 лет, родившиеся в Республике Башкортостан, отсутствие родственных связей между обследуемыми, мужской пол, не менее чем двукратное обнаружение в течение полугода, до момента обращения, в моче методом газовой хромато-масс-спектрометрии синтетических каннабиноидов и (или) продуктов их метаболизма.

Критерии невключения: отсутствие добровольного информированного согласия, пациенты с верифицированной сопутствующей психопатологией (шизофрения, биполярное аффективное расстройство, эпилепсия), выраженной неврологической симптоматикой, с когнитивными и выраженными мнестическими нарушениями, с тяжелой соматической патологией, женский пол, сформированная зависимость от любых ПАВ.

В дальнейшем, для анализа наличия или отсутствия симптомов СДВГ среди потребителей СКБ (спайсов) было сформировано две группы: симптомы СДВГ (+) и симптомы СДВГ (-).

Для молекулярно-генетического анализа набор ДНК из венозной крови выделяли стандартным методом фенольной экстракции.

Анализ шести полиморфных локусов генов дофаминергической и серотонинергической систем rs1800497 DRD2, rs4646984 DRD4, VNTR 40 п.о., rs270272 SLC6A3, rs6313 HTR2A, rs6296 HTR1B проводили с помощью метода полимеразной цепной реакции синтеза ДНК и ПДРФ-анализом с последующим электрофорезом в 7-8% полиакриламидном геле.

Статистическая обработка. Для оценки роли исследуемых факторов в формировании предрасположенности к развитию зависимости от синтетических каннабиноидов использовался метод построения логистических моделей регрессии с пошаговым исключением наименее значимых факторов.

Для оценки адекватности полученных математических моделей использовались показатели площади под ROC-кривой (Area Under Curve – AUC) их 95% ДИ. Анализ проводился с помощью пакета программ SPSS 22.0.

Результаты. Было выявлено, что среди потребителей СКБ, подростки, имеющие симптомы СДВГ составили 36% (54 человек), и не имеющие – 64% (94 человека). Средний возраст потребителей составил  $14,3 \pm 0,6$ .

По результатам молекулярно-генетического исследо-



вания, было выявлено, что генотип rs1800497\*A1/A1 гена DRD2 повышает риск развития зависимости от СКБ у индивидов с СДВГ (OR=1,97), а генотип rs6313\*A/G гена HTR2A, напротив, понижает (OR=0,66). По остальным изученным полиморфным маркерам достоверно значимых различий не обнаружено.

Комплексная генетическая модель риска развития зависимости от синтетических каннабиноидов была построена методом логистической регрессии. В рассмотрение были приняты генетические маркеры: rs1800497 DRD2, rs4646984 DRD4, VNTR 40 п.о., rs27072 SLC6A3, rs6313 HTR2A, rs6296 HTR1B и наличие или отсутствие симптомов СДВГ.

Коэффициенты уравнения регрессии для переменных – трех генетических маркеров и статуса СДВГ, включенных в комплексную модель статистически значимы ( $p < 0,05$ ) как по полиморфным маркерам rs1800497 DRD2, VNTR 40 п.о. SLC6A3, rs6313 HTR2A, так и по наличию или отсутствию симптомов СДВГ.

Прогностическая значимость полученного комплексного генетического маркера и входящих в его состав генетических факторов риска, взятых отдельно, оценена с помощью ROC-анализа. Показано, что отдельные генетические факторы риска в изученной выборке поодиночке являются слабыми маркерами риска развития зависимости от синтетических каннабиноидов (AUC 0,661 и 0,676). В то же время комплексная модель (генетические факторы риска и наличие или отсутствие симптомов СДВГ) демонстрируют более высокую прогностическую значимость в исследованной нами выборке (AUC=0,781).

По результатам логистического регрессионного анализа, при помощи построенных ROC кривых, был проведён анализ качества полученных моделей – 1 вариант, в качестве предикторов использовался лишь наличие или отсутствие симптомов СДВГ, 2 вариант в качестве предикторов брались изученные нами полиморфные маркеры и 3 – использовался факт наличия или отсутствия симптомов

СДВГ и полиморфные маркеры. Было получено, что совместное использование в качестве предикторов статуса по СДВГ и полиморфных маркеров rs1800497 DRD2, VNTR 40 п.о. SLC6A3, rs6313 HTR2A, даёт более лучшую предиктивную модель для оценки предрасположенности к развитию зависимости от СКБ.

При анализе клинической картины при интоксикации СКБ, было обнаружено, что подростки-потребители, не обнаружившие симптомы СДВГ достоверно чаще отметили наличие галлюцинаторных проявлений – 54,3 % (63 человека), по сравнению с теми, у кого были выявлены симптомы СДВГ – 45,7 % (53 человека) ( $p=0,00007$ ).

При анализе ассоциаций таких клинических проявлений, как наличие психопродуктивной симптоматики, выявлено, что галлюцинаторные переживания у потребителей с отсутствием симптомов СДВГ ассоциированы с генотипами и аллелями следующих генов: rs1800497 DRD2 ( $p=0,001$ ), rs4646984 DRD4( $p=0,001$ ), rs27072 SLC6A3( $p=0,004$ ), rs6313 HTR2A( $p=0,007$ ).

Таким образом, результаты исследования демонстрирует, что гены DRD2, SLC6A3, HTR2A серотонинергической и дофаминергической систем могут являться предикторами развития зависимости от СКБ у индивидов с симптомами СДВГ. Кроме того, было показано, что СДВГ является прогностическим предиктором в вопросе начала употребления СКБ.

## **ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОЕКТИВНОГО ТЕСТА «РИСУНОК НЕСУЩЕСТВУЮЩЕГО ЖИВОТНОГО» В ДИАГНОСТИКЕ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ**

**Белинский А.В., Демо К.К.**

*Керчь*

*Керченский психоневрологический диспансер*

Одной из сложнейших диагностических задач, с которой сталкиваются практические врачи в повседневной практике, является дифференциальная диагностика субпсихотических расстройств у пациентов, которые госпитализируются в ургентном порядке. Как правило, это пациенты, которые попадают на приёмный покой психиатрической больницы в состоянии алкогольного опьянения после совершения противоправных действий или суицидальных попыток. Анамнестически выясняется, что им 20-30 лет назад был установлен диагноз «шизофрения» и на его основании даже получена группа инвалидности. В дальнейшем любые задержания этих людей правоохранительными органами оканчивались для них уходом от ответственности и госпитализацией в психбольницу. После отрезвления у этих пациентов не выявляются симптомы психотических расстройств, но почти всегда присутствуют симптомы психоорганической триады и расстройств личности, типичных для химической аддикции. Поднятые архивные истории болезней, как правило, свидетельствуют о том, что установленный много лет назад диагноз эндогенного психотического расстройства был следствием гипердиагностики. Такой пациент, как правило, вскоре начинает требовать скорейшую выписку, и перед лечащим врачом и заведующим отделением встаёт непростая задача: диагностировать у такого пациента текущий эндогенный процесс, осложнённый злоупотреблением алкоголем или другими психоактивными веществами, и оставить его в стационаре, оформив, при необходимости, принудительную госпитализацию или диагностировать химическую аддикцию с вытекающими из неё расстройствами личности и поведения, оформить отказ от

дальнейшего лечения и отправить пациента отвечать перед законом по всей строгости за совершённые в нетрезвом виде деяния.

Проведя клинико-психопатологическое обследование, а также вспомогательные методы обследования, включая нейропсихологическое, у таких пациентов, как правило, не обнаруживается острой психотической симптоматики, и в заключении психолога, как правило, указаны нарушения высших психических функций по органическому типу.

Одной из вспомогательных методик психодиагностики являются проективные методики. Задачей этих методик является глобальная оценка личности обследуемого. Однако выявленные с её помощью отдельные феномены позволяют принять точные клинико-диагностические решения или, как минимум, указывают правильное направление для их поиска. Тест «Рисунок несуществующего животного» был предложен известным советским психологом М.З. Дукаревич. Он широко используется у детей и взрослых. Тест выявляет личностные черты, бессознательные личностные конфликты, установки, влечения и потребности. Метод данного исследования основан на теории психомоторной связи. Для диагностики психического состояния используется изучение моторики доминантной руки. Данный метод основан на исследованиях И. М. Сеченова, согласно которым всякое представление, возникающее в психике, любая тенденция, связанная с этим представлением, заканчивается движением (буквально – «Всякая мысль заканчивается движением»). Проведение теста и его интерпретация просты и не занимают много времени и усилий лечащего врача или психолога. Испытуемому предлагается придумать и изобразить несуществующее в природе животное и дать ему несуществующее имя. Требуемый материал: лист бумаги и простой карандаш. После того, как испытуемый закончил рисунок, его просят описать животное и его образ жизни. Если рассказ о нарисованном персонаже оказался кратким или неполным, ему задают наводящие уточняющие вопросы. Описание данной методики широко известно и

приведено во многих руководствах по психодиагностике.

Во всех описаниях теста патогномичными признаками шизофренического процесса или глубокой шизоидности личности пациента являются следующие признаки:

- наличие вмонтированных в тело животного неживых предметов;
- положение животного на предмете, который можно расценивать как постамент.

Имеющийся опыт использования этого теста, а также общеизвестные сведения о специфике мышления у больных шизофренией позволяют добавить ещё один патогномичный признак, встречающийся в данном тесте у обследуемых с шизофренией:

- рисунок, состоящий из нескольких объектов, как живых, так и неживых, очевидно не связанных друг с другом логически или сюжетно.

Патогномичных признаков рисунка, указывающих на наличие у обследуемого химической аддикции, на сегодняшний день не описано, однако согласно определениям автора методики, на рисунках всплывают наиболее актуальные влечения. Наиболее симптоматичным в рисунках алкоголизирующихся и наркотизирующихся обследуемых является гедонистический сюжет: животное в развязной позе, с эйфоричной мимикой, окружённое обстановкой, связанной с получением удовольствия.

Патогномичных элементов рисунка обследуемых с коморбидным состоянием на сегодняшний день также не описано. Однако полученный опыт в ходе обследования этой группы пациентов свидетельствует о том, что характерные для эндогенных больных рисуночные феномены обязательно проявляются. Впрочем, рисунки в виде округлых и аморфных существ, свидетельствующих о закрытости пациента, нежелании посвящать кого-либо в свои переживания, также встре-

чаются, и они по-своему симптоматичны.

Накопленный опыт в проведении рисуночных тестов прошёл также своеобразную валидизацию. Половина из протестированных нами пациентов находилась на принудительном лечении (т.е. сроки госпитализации составляли более 6 месяцев). Это позволяло провести клинические наблюдения за группой пациентов с коморбидными состояниями, находящихся в условиях, исключающих приём алкоголя и других психоактивных веществ. В этой ситуации, несмотря на регулярный приём поддерживающих доз антипсихотических препаратов, у всех пациентов со временем отмечалась различной степени выраженности эксцелерация преимущественной субпсихотической симптоматики: чаще гипоманиакальной и субдепрессивной, но почти во всех случаях с бредовыми включениями и нарушениями поведения. Это свидетельствует о том, что накануне госпитализации и совершения общественно опасных деяний у них имел место текущий эндогенный процесс, для которого алкоголизация или наркотизация являлись своеобразным самолечением, прекращение которого привело к обострению. Лечебная тактика в отношении таких больных была ориентирована, в первую очередь, на купирование психотических и субпсихотических расстройств, которые являлись главными в развитии коморбидных состояний.

У части обследуемых, рисуночный тест которых не указывал на наличие у них эндогенных психотических расстройств, на протяжении принудительного лечения практически не менялось психическое состояние. Также в группе этих пациентов нередко были случаи обострения обсессивного влечения к алкоголю и другим психоактивным веществам, попытки накапливания и выманивания у других больных тригексифенидила для последующего его использования в эйфоризирующих целях. Это давало основание усомниться в адекватности установленного им ранее диагноза эндогенного психотического расстройства. Они выписывались с принудительного лечения с рекомендациями в случае повторного совершения ими правонарушений учитывать СПЭ эти данные.

Кроме того, их лечение было направлено, в первую очередь, на борьбу с имеющимися аддикциями.

Отдельно хотелось бы отметить категорию больных, подозреваемых в симуляции и сюрсимуляци. Они практически сразу же отказываются рисовать что-либо, а согласившись после уговоров, как правило, рисуют животное, очень похожее на существующее и крайне неохотно описывают его. Отличительной особенностью от клинического негативизма поведение этих больных отличается тем, что они охотно отвечают на вопросы, ответы на которые выучили заранее, и уклоняются от тестов, о которых ранее ничего не знали.

Резюмируя, хочется ещё раз отметить, что методика «Рисунок несуществующего животного» носит всего лишь вспомогательный характер в психодиагностике. Полученные с его помощью данные должны подкрепляться анамнестическими, клинико-психопатологическими, клинико-динамическими и нейропсихологическими методами, а также *terapia ex juvantibus* для решения клинических задач, стоящих перед врачами-психиатрами на сегодняшний день.

# ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ СЕКСУАЛЬНЫХ ООД, СОВЕРШЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМИ, ПРОХОДИВШИМИ СТАЦИОНАРНОЕ ПРИНУДИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Берёзкин А.С., Ахмедова О.С.

*Москва*

*ГБУЗ «ПКБ 5 ДЗМ»*

Введение. Предупреждение общественно-опасных действий (ООД) и разработка эффективных методов принудительного лечения являются первоочередными задачами судебной психиатрии. За последние годы различные аспекты этой проблемы привлекают всё большее внимание психиатров, сексологов и представителей других специальностей: психотерапевтов, психологов, юристов, социологов. Лица, совершившие сексуальные правонарушения, составляют около 7% от общего числа подэкспертных, прошедших судебно-психиатрическую экспертизу, от направленных на стационарное принудительное лечение – около 9%.

Проведение полного курса по коррекции полоролевого поведения, по мнению некоторых исследователей, должно полностью исключать в последующем рецидивы правонарушений. Целью лечения психически больных, совершивших сексуальные деликты, является редукция патологического сексуального влечения и снижение их социальной опасности.

В настоящее время разработана и применяется система соотношения лечебно-реабилитационных мероприятий с этапами принудительного лечения, однако, недостаточно данных о психопатологических механизмах сексуальных ООД, что напрямую влияет на оценку степени риска и выбора мер профилактики их рецидивов.

## **Цели исследования:**

1. Создание клинической типологии расстройств у лиц, совершивших сексуальные деликты, направленных на стационарное принудительное лечение», на основе данных



динамического клинического наблюдения и анализа механизмов, совершенных ими общественно опасных деяний.

2. Выделение прогностических признаков общественной опасности пациентов с расстройствами сексуального влечения для последующего их применения при решении вопроса о прекращении принудительного лечения.

Материал и методы исследования. Работа основана на клинико-психопатологическом исследовании 71 пациентов мужского пола, совершивших сексуальные деликты и находившихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре ГБУЗ «ПКБ № 5 ДЗМ» в период с 1996 по 2019 гг.

С учётом специфики стержневых расстройств, напрямую связанных с противоправным деянием, были выделены три группы.

Первую составили 27 пациентов с различными расстройствами сексуального предпочтения – парафилиями, диагностика которых проводилась в соответствии с критериями МКБ-10.

Во вторую группу вошли 27 пациентов, не страдающие парафилиями.

В третью группу включены 17 пациентов, у которых расстройства сексуального предпочтения диагностированы не были, однако исключить их, по имеющимся объективным сведениям, было нельзя. Критериями отнесения пациентов к данной группе явились наличие у них повторной девиантной сексуальной активности в сочетании с трудностями вербализации своих переживаний в силу имеющихся выраженных дефицитарных расстройств различного генеза или диссимуляции с полным отрицанием актуальных девиантных сексуальных побуждений, препятствовавших выявлению наличия симптомокомплекса, необходимого для диагностики синдрома расстройств сексуального предпочтения.

### **Использовались следующие методы:**

1. Клинико-психопатологический.
2. Сексологический.

### 3. Статистический с использованием основ системного и структурного анализа.

Результаты исследования. В соответствии с концепцией о психопатологических механизмах ООД выделяются два основных их вида: продуктивно-психотический и негативно-личностный.

В период совершения ООД бредовые расстройства среди лиц с парафилиями встречались значительно реже (11%), чем среди пациентов второй и третьей групп (44% и 36% соответственно). Следовательно, в первой группе продуктивные расстройства реже оказывали влияние на мотивацию ООД, тогда как более трети пациентов второй и третьей групп совершали правонарушения по прямым или косвенным бредовым мотивам. Пациенты, страдающие шизофренией с преобладанием параноидной и галлюцинаторно-бредовой симптоматики, совершили правонарушения по продуктивно-психотическому, остальные две трети – по негативно-личностному механизмам.

Более чем у двух третей пациентов (79%) исследуемых групп на момент правонарушения практически в равных пропорциях обнаруживались различные аффективные нарушения. Из них большую часть составляли дисфорические расстройства (28%) и дистимия (22%), явившиеся фоном, на котором разворачивалось девиантное сексуальное поведение. Наибольшее число сексуальных деликтов было совершено именно в состоянии дисфории, сочетающейся с тревожной и субдепрессивной симптоматикой. У лиц с расстройствами сексуального влечения тревожные расстройства нередко сопровождалась психомоторным возбуждением, и, как правило, нарастали к моменту совершения девиантного акта. О тесной связи аффективных расстройств с реализацией парафильных актов указывается в МКБ-10, что позволяет рассматривать последние в качестве «кратковременного анксиолитика», способа эмоциональной саморегуляции, включать их в число аддиктивных форм поведения, целью которого является из-

бавление от негативных эмоциональных переживаний.

У обследованных с парафилиями состояние алкогольного опьянения в момент совершения деликта встречалось реже (44%), чем у лиц без парафилий и 3-й группы пациентов (72%). Данные результаты могут свидетельствовать о том, что реализация парафильного поведения, имеющего специфические внутренние закономерности, в меньшей степени детерминируется экзогенными факторами, в том числе и алкоголем, в то время как в случаях противоправного сексуального поведения вне рамок парафилий этот фактор может быть ведущим.

При исследовании динамики патологического влечения лиц первой группы выделены следующие её варианты: 1) стационарный (высокая стереотипность поведения, субъективных переживаний) – 71%; 2) регрессивный (смена симптомов на онтогенетически более ранние или архаичные: изнасилование, гомосексуальные анальные половые акты – на агрессивнo-садистическое поведение, смена объекта влечения с удалением от нормативного, распад коммуникации, утрата значения реакции жертвы) – в 22% случаев. Эти данные указывают на то, что закономерности динамики парафилий в большинстве случаев представляют возможности для уточнения мишеней коррекционного воздействия. Верифицировать динамику патологического влечения у оставшихся 7% пациентов не представилось возможным в силу трудностей вербализации ими своих психопатологических переживаний, обусловленных значительными дефицитарными расстройствами на фоне выраженного шизофренического дефекта, врожденной умственной недостаточности или психоорганического синдрома со значительным мнестико-интеллектуальным снижением.

При анализе форм парафилий выявлено, что наиболее часто экскульпировались и направлялись на принудительное лечение в ГБУЗ «ПКБ № 5 ДЗМ» пациенты, страдающие садизмом (48%), реже – эксгибиционисты (33%), наименьшей

была доля (15%) лиц с педофилиями. В большинстве случаев (75%) на протяжении жизни парафильный комплекс у них усложнялся и к моменту совершения настоящего правонарушения приобретал полиморфную структуру в разнообразных её сочетаниях, что свидетельствует о возможности углубления парафильного симптомокомплекса при отсутствии своевременного целенаправленного лечения.

Заключение. Особенности клинической картины лиц с парафилиями, направленных на принудительное лечение, определяются высокой частотой встречаемости у них различных аффективных расстройств разной степени тяжести. При нозологической неоднородности специфичность клинических проявлений группы лиц с парафилиями определяется полиморфизмом самих расстройств сексуального предпочтения, что выражается в разнообразии вариантов нарушений сексуальных предпочтений (педофилия, садизм, эксгибиционизм и др.). Среди психически больных без расстройств сексуального предпочтения в значительном числе наблюдений в качестве психопатологических механизмов аномального сексуального поведения выступали продуктивно-психотические расстройства, нарушение коммуникативных способностей, при провоцирующей роли интоксикационного (алкогольного) фактора, тогда как поведение лиц с парафилиями в период деликта практически полностью определялось наличием парафильного синдрома при запускающей роли аффективных расстройств. Данный факт должен учитываться как при оценке степени вероятности рецидива правонарушения, так и при выборе адекватных мер фармакологического и психотерапевтического воздействия.

# **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ И ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ**

**Бойко Е.О.**

*Краснодар*

*ГБУЗ «СКПБ №1» Министерства здравоохранения  
Краснодарского края, ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава  
России*

Целью настоящей работы являлось изучение качества жизни (КЖ) и социального функционирования (СФ) у больных с синдромом зависимости в сравнении с шизотипическим расстройством, установление взаимосвязи клинико-динамических показателей и качества жизни.

Материал и методы исследования. В исследовании участвовало 60 пациентов с диагнозом по МКБ-10 «Зависимость от опиоидов», 75 пациентов «Зависимость от алкоголя». В качестве группы сравнения выступали больные с шизотипическим расстройством (60 человек), проходившие лечение в ГБУЗ «СКПБ №1». Основные методы исследования: клинико-психопатологический, катамнестический, статистический. Для оценки показателей качества жизни пациентов использовался опросник SF-36.

Результаты и обсуждение. У больных с алкогольной зависимостью выявлены следующие особенности субъективной оценки КЖ. Физическое функционирование в абстинентном синдроме низкое, но на этапе формирования ремиссии имеет стабильный высокий уровень. Психическое функционирование достигает стабильных результатов через 1-1,5 месяца воздержания от употребления алкоголя. При формировании и стабилизации ремиссии наблюдается поступательный рост всех показателей. Субъективная оценка своего состояния совпадает с объективными данными по семейному положению, профессиональной занятости и социальной адаптации. У больных с опийной зависимостью физическое функциони-

рование в абстинентном синдроме низкое, на этапе формирования ремиссии наблюдается плавный рост показателей, не достигающих высокого и стабильного уровня. Психическое функционирование достигает стабильных результатов через 3 месяца воздержания от употребления наркотика. При формировании и стабилизации ремиссии наблюдается незначительная динамика показателей социальной активности и психического здоровья. Субъективная оценка своего состояния не совпадает с объективными данными по семейному положению, профессиональной занятости и социальной адаптации. У больных с шизотипическим расстройством физическое и психическое функционирование в ремиссии оценивается больными низко, сохраняя стабильный низкий уровень даже при длительной ремиссии. При формировании и стабилизации ремиссии наблюдается незначительная динамика показателей социальной активности и психического здоровья. Субъективная оценка своего состояния совпадает с объективными данными по семейному положению, профессиональной занятости и социальной адаптации. Сравнительный анализ КЖ больных с алкогольной, опийной зависимостью и больных с шизотипическим расстройством показал, что больные с синдромом зависимости оценивают свое физическое функционирование выше, чем больные с шизотипическим расстройством. Больные с алкогольной зависимостью более высоко оценивают свое физическое функционирование в сравнении с больными опийной зависимостью. Более выраженное сужение социальных контактов выявлено у больных опийной зависимостью и шизотипическим расстройством по сравнению с больными алкогольной зависимостью. Показатели социальной активности у больных опийной зависимостью сравнимы с таковыми у больных шизотипическим расстройством и ниже в сравнении с больными алкогольной зависимостью. Психическое функционирование (эмоциональное состояние) больных с опийной зависимостью ниже, чем у больных шизотипическим расстройством и чем у больных алкогольной

зависимостью. При сложных сочетаниях наследственных, личностных и клинико-динамических факторов выявляется различное соотношение показателей КЖ (субъективный критерий) и СФ (объективный критерий). У больных, не обнаруживающих выраженных различий между уровнем КЖ и СФ наблюдается более благоприятное течение заболевания. Больные, обнаруживающие существенные различия между уровнем КЖ и показателями СФ, характеризуются более тяжелым течением болезни. Определяющими критериями различий между субъективной оценкой КЖ и объективными данными СФ являются: нозологическая принадлежность, степень выраженности личностных девиаций в преморбиде, возраст начала употребления ПАВ, мотивация к употреблению ПАВ, образование, противоправный анамнез, длительность заболевания, темп прогрессивности, изменения личности. Различное соотношение клинических, терапевтических и социальных факторов позволяет выбирать приоритетные направления реабилитации: медикаментозной, психотерапевтической, социальной.

Выводы Проведенное исследование показало, что КЖ и СФ у больных с зависимостью от алкоголя, зависимостью от опиатов и шизотипическим расстройством являются важными характеристиками состояния больных, которые отражают не только особенности клинических проявлений болезни, но и глубинные психологические изменения, свойственные данному контингенту больных. Динамика показателей качества жизни носит изменчивый, дискретный характер, зависит от этапа (абстинентный синдром, постабстинентное состояние, формирующаяся и/или стабильная ремиссия) заболевания, его клинико-динамических характеристик и личностных особенностей пациента, что имеет существенное прогностическое значение на всех этапах оказания терапевтической и реабилитационной помощи.

# **КОМОРБИДНОСТЬ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ**

**Бойко Е.О., Мартусенко А.В., Мыльникова Ю.А.**

*Краснодар*

*ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России*

Несостоятельность в половой жизни является одной из самых сильных эмоциональных травм для мужчин и женщин любого возраста, что связано с особой личностной значимостью сексуальных отношений для большинства людей. Половые дисфункции ограничивают репродуктивные возможности, препятствуют достижению супружеской и сексуальной гармонии в паре, нарушают стабильность брака и нередко приводят к разводам, отрицательно влияют на душевное равновесие и работоспособность, что может привести к развитию невротических и аффективных расстройств. Отмечается, что психические заболевания нередко сопровождаются сексуальными дисфункциями, и в большинстве случаев они диагностируются впервые именно на сексологическом приеме. В связи с этим большую актуальность представляют исследования, посвященные изучению взаимосвязи сексуальных и психических расстройств.

Цель исследования: изучение коморбидности сексуальных расстройств у лиц с психическими заболеваниями непсихотического уровня.

Объект исследования: в исследовании приняло участие 19 человек – 10 женщин и 9 мужчин, в возрасте от 18 до 64 лет (средний возраст – 39 лет), получавшие лечение на базе ГБУЗ «СКПБ № 1», которые страдают от тревожного, тревожно-депрессивного, обсессивно-компульсивного, эмоционально-лабильного и шизотипического расстройств, расстройства адаптации, а также расстройств личности.

Методы исследования: обзор литературы, тестирование больных на основе квантификационной шкалы (сексу-



альная формула мужская и женская), состоящие 9-10 вопросов, где испытуемому предоставляется 5 вариантов ответа, за которые насчитываются баллы (от 0 до 4). При обработке данных показатели 0, 1 и 2 характеризуют различные степени снижения показателя, цифра 3 соответствует средней статистической норме для мужчин и женщин средних лет, а цифра 4 характерна для периода возрастной гиперсексуальности или для сильной половой конституции.

Анализ полученных результатов: Среди опрошенных 60% находятся в браке, 15% – овдовели, 25% – не состоят в браке или разведены. 31,5% находятся в инволюционном возрастном периоде (после 55 лет). О наличии у себя сексуального расстройства заявили 3 женщины (30%) и 5 мужчин (55%). Среди женщин, у всех больных тревожным и тревожно-депрессивным расстройствами наблюдается снижение либидо, отсутствие готовности к половому акту, сексуальной несостоятельности (50%). Среди испытуемых, женщины, находящиеся на пике сексуальной активности 50%. Среди мужчин, у больных с обсессивно-компульсивным расстройством наблюдается снижение качества эрекции (44,4%), быстрота эрекции повышена также у 44,4%. У 55,5% испытуемых наблюдается тревожное ожидание неудачи, среди них у двоих она имеет невротических характер. Среди испытуемых, мужчины, находящиеся на пике сексуальной активности 55,5%.

Вывод: Нарушение того или иного компонента сексуальности наблюдается у 79% всех испытуемых, что говорит о высокой коморбидности сексуальных расстройств и психических расстройств непсихотического уровня.

**ВАЖНЫЕ АСПЕКТЫ ДАЛЬНЕЙШЕГО  
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЙ  
БАЗЫ ПРИ ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ  
ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ**

**Васянина Ю.Ш., Горбунова З.Х.**

*Краснодар*

*ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница  
№ 1»*

*Министерства здравоохранения Краснодарского края*

Цель данного исследования: обозначить некоторые наметившиеся общие тенденции и проблемы детской психиатрии и наркологии и способствовать широкому обсуждению необходимости внесения изменений в профильное законодательство РФ в вопросах оказания специализированной помощи несовершеннолетним, страдающим психическими и наркологическими расстройствами, а также расстройствами поведения. Материал и методы: Изложенные выводы сформулированы на основе анализа работы специалистов детской психиатрической службы Краснодарского края.

Проблемы профилактики психических и наркологических расстройств у детей и подростков, раннего выявления манифестации психопатологической симптоматики, своевременного оказания необходимой специализированной помощи, и, как следствие, профилактика и предупреждение совершения противоправных действий несовершеннолетними, страдающими психическими и наркологическими расстройствами и представляющими опасность для окружающих – являются одними из наиболее актуальных задач, требующих постоянной координации и взаимодействия специалистов различных ведомств и совершенствования законодательной базы.

Частью 2 ст. 23 Закона РФ от 2 июля 1992 г. №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (далее Закон) определен порядок проведения

психиатрического освидетельствования несовершеннолетних и установлено, что психиатрическое освидетельствование несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет или больного наркоманией несовершеннолетнего в возрасте до 16 лет проводится при наличии информированного добровольного согласия одного из родителей либо иного законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей (законных представителей) психиатрическое освидетельствование несовершеннолетнего проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд. Однако, законодательно не определены способ получения информации о согласии (возражении) второго родителя и порядок, форма, сроки получения согласия органов опеки и попечительства. Также Законом не урегулированы вопросы возможности самостоятельного принятия решения врачом-психиатром (комиссией) о проведении психиатрического освидетельствования лиц данного контингента, когда по имеющейся информации обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает его непосредственную опасность для себя или окружающих (по основаниям, установленным п. а) ч.4 ст. 23).

В соответствии с ч.4 ст. 28 Закона, несовершеннолетний в возрасте до 15 лет или больной наркоманией несовершеннолетний в возрасте до 16 лет госпитализируется в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, по просьбе или при наличии согласия на госпитализацию одного из родителей (законного представителя). В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей (законного представителя) госпитализация несовершеннолетнего, указанного в настоящей части, в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд. Однако, также законодательно не определены способ получения информации о согласии

(не согласии) второго родителя, порядок, форма, сроки получения согласия органов опеки и попечительства, не предусмотрена возможность его получения круглосуточно. Также Законом не урегулированы вопросы возможности самостоятельного принятия решения врачом-психиатром (комиссией) о госпитализации несовершеннолетнего до получения согласия (отказа) его родителя, законного представителя, органов опеки, в случае его доставления (самостоятельного обращения) непосредственно в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает его непосредственную опасность для себя или окружающих.

На протяжении ряда последних лет специалисты психиатрической службы края регулярно получают запросы Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав с требованием предоставления сведений, составляющих врачебную тайну (в том числе, сведений о наличии у несовершеннолетнего психического расстройства, с указанием диагноза, кратности обращения, проводимых мероприятиях медицинской реабилитации) в целях профилактики девиантного поведения и правонарушений несовершеннолетних. Также неоднократно были получены представления прокуратуры с требованием предоставления сведений, составляющих врачебную тайну (в том числе, сведений о наличии у одного из родителей несовершеннолетнего психического расстройства), для последующего обращения в органы социальной защиты населения и принятия ими мер к ограничению в родительских правах, зачастую без учета наличия второго родителя при его раздельном проживании или наличия иных родственников, осуществляющих надзор за детьми на период лечения родителя.

Законодательство в сфере охраны здоровья основывается на Конституции РФ. Ограничение прав и свобод граждан, страдающих психическими расстройствами, только на

основании диагноза, фактов нахождения под диспансерным наблюдением или пребывания в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь, не допускается. При этом, в соответствии с действующим законодательством (ст. 8,9 Закона, с ч.1, ч.2 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения конфиденциального характера, тайны личной и семейной жизни, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

До настоящего времени, взаимодействие органов здравоохранения и органов внутренних дел по предупреждению общественно опасных действий (ООД) лиц, страдающих психическими расстройствами осуществляется в соответствии с Приказом Минздрава РФ, МВД РФ от 30.04.1997 № 133/269

«О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами». Данный приказ по ряду положений пришел в противоречие с нормами Федеральных законов (№ 323-ФЗ и № 152-ФЗ «О персональных данных»). Необходимость внесения изменений в законодательство была установлена в ходе заседания Правительственной комиссии 16.12.2016г., рабочей группе (МВД, Минюст, ФСИН) было дано поручение подготовить новую редакцию нормативного правового акта о мерах по предупреждению ООД лиц, страдающих психическими расстройствами и проект нормативного правового акта, направленного на внесение изменений в Федеральный закон № 323-ФЗ в части предоставления ОВД информации о лицах, страдающих психическими расстройствами и представляющими опасность для окружающих без согласия гражданина или его законного представителя». Однако, до настоящего времени данные нормативные акты не подготовлены.

Заключение: исходя из вышеизложенного, необходимо внести изменения в профильное законодательство РФ в части оказания помощи несовершеннолетним, страдающим

психическими и наркологическими расстройствами: определить способ получения информации о согласии (не согласии) второго родителя, порядок, форму, сроки получения согласия органов опеки и попечительства при психиатрическом освидетельствовании; определить возможность самостоятельного принятия решения врачом – психиатром (комиссией) о госпитализации несовершеннолетнего до получения согласия (отказа) его родителя, законного представителя, органов опеки; урегулировать порядок предоставления сведений, составляющих врачебную тайну; урегулировать порядок предоставления информации о лицах, страдающих психическими расстройствами и представляющими опасность для окружающих без согласия гражданина или его законного представителя.

# **ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ И НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

**Ветрила Т.Г., Решидова Р.Ф., Процко А.А., Высочин Е.В.**

*Евпатория*

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
Республики Крым «Евпаторийский психоневрологический дис-  
пансер»*

Введение. Коморбидность психических и наркологических расстройств является актуальным в связи с неуклонным ростом данной сочетанной патологии. Усложняет диагностику клинических синдромов и оптимальные пути их лечения. Она увеличивает социальную декомпенсацию личности, чаще приводит к суицидам, потере семьи, ранней инвалидности, криминализации или другим социальным последствиям. Наиболее часто регистрируется сочетание депрессивных расстройств и различных форм злоупотребления алкоголем. Следует отметить, что алкоголизация ухудшает течение самого заболевания, снижает комплаентность таких больных, затрудняет лечебно-диагностический процесс и ухудшает прогноз. Эти состояния требуют комплексного подхода в сопровождении таких больных с привлечением полипрофессиональной бригады, состоящей из психиатра, нарколога, психотерапевта, медицинского психолога и членов семьи больного.

Целью исследования являлось изучение сочетанного применения когнитивно-поведенческой терапии, мотивационного консультирования, сенсорной интеграции и арт-терапии в комплексе лечения больных с депрессивными расстройствами, отягощенными алкоголизацией.

Материалы и методы. Нами было обследовано 23 пациента, страдающих алкоголизмом, с наличием у них депрессивного расстройства. Критериями исключения были: наличие суицидального риска и/или психотических симптомов (по клинической оценке лечащего врача); депрессии, связанные с

другими психическими заболеваниями, исключаящими основной диагноз аффективного расстройства: шизофрения, шизоаффективное расстройство, органическое поражение ЦНС. Все больные были рандомизированы по полу, возрасту и нозологической структуре.

Наиболее часто сочетанная патология встречалась в группе молодых людей (18-44 года) – 65%, 26% – больные среднего возраста (45-64 года) и 6% – пациенты старшей возрастной группы (старше 65 лет). Среди обследованных преобладали женщины (14 человек, 60,9%), мужчин было 9 человек (39,1%). У всех пациентов диагностирован депрессивный эпизод легкой или умеренной степени тяжести, при этом преобладали пациенты с умеренной депрессией. Депрессивные эпизоды были либо единичными, либо наблюдались в рамках рекуррентного депрессивного расстройства. Так, депрессивный эпизод легкой степени (F32.0) был выявлен у 4 пациентов (17,4%), умеренной степени (F32.1) – 6 больных (26,1%), рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени (F33.0) – 6 чел. (26,1%), умеренной степени (F33.1) – 7 чел. (30,4).

При исследовании использовались следующие методы: клиничко-анамнестический, клиничко-психопатологический, включающий в себя изучение жалоб, оценку психического статуса больных с выделением основных психопатологических синдромов и их динамики, в качестве диагностических критериев использовались критерии МКБ-10 и психодиагностический с использованием клинических шкал депрессии: Гамильтона (HDRS), Монтгомери-Асберг (MADRS), адаптированных к МКБ-10. Все больные получали медикаментозную терапию, включавшую антидепрессанты (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, три- и гетероциклические), метаболические препараты (ноотропы). С целью активации окислительных ферментов и улучшения тканевого обмена назначались витамины группы В (В1, В6, В12), витамин С, РР. Длительность психокоррекционной работы с па-



циентами составила 25 индивидуальных и 20 групповых занятий. Выбор формы и модели психотерапии был обусловлен составом пациентов, материалами и средствами, опытом и методологической ориентацией наших специалистов. В рамках комплексного подхода применялись методы когнитивно-поведенческой психотерапии, мотивационного собеседования (мотивационная терапия Миллера), арт-терапии в сочетании с сенсорной интеграцией.

Результаты и их обсуждение. До проведения лечебных мероприятий больные предъявляли жалобы на сниженное настроение (98%), апатию (47%), конфликты в семье (57%), раздражительность (35%), нарушения сна (45%), повышенную утомляемость (61%). Свою алкоголизацию объясняли наличием сниженного настроения и стресса. Средний балл по шкале HDRS составил 15,3 (от 8 до 17), по шкале MADRS – 22,5 (от 19 до 25). При проведении психокоррекционных мероприятий в индивидуальной работе пациенты учились выявлять и контролировать свои негативные автоматические мысли, обозначать связь между когнициями и поведением. Пациенты вырабатывали новые способы адаптивного поведения, используя поведенческие эксперименты. На протяжении коррекционного процесса пациенты получали и выполняли домашнее задания, вели дневники самонаблюдения. В связи с тем, что не всем больным удавалось вербализировать свои чувства, были подключены техники арт-терапии, которые включали в себя создание автопортретов, методику акватипии, песочную терапию, что способствовало психологическому самораскрытию и проработке внутриличностных конфликтов, изменению представлений о себе и других. В рамках коррекции был разработан блок занятий в сенсорной комнате, направленный на улучшение эмоционального состояния за счет снятия мышечного и психоэмоционального напряжения, активизации функций ЦНС в условиях обогащенной мультимодальной среды. Релаксация с помощью цвета и света, звуков и музыки. Использование мотивационного собеседования

было направлено на то, чтобы вызвать у пациента мотивацию на изменение и консолидировать его личные решения и планы с планом изменений и терапии зависимости от алкоголя в целом. Для реализации поставленных целей использовались планирование и директивные техники. Часто при проведении мотивационной терапии вовлекались члены семьи и значимые другие лица.

После проведения лечебно-реабилитационных мероприятий у большей части больных отмечалось отсутствие ранее предъявляемых жалоб. Показатели по шкале HDRS колебались от 4 до 10 баллов и в среднем составили 6,3 балла. Согласно шкалы MADRS депрессивная симптоматика также редуцировалась и средний балл составил 13,0. Также по результатам проведенной работы отмечалось снижение эмоционального напряжения и повышение эмоциональной компетентности посредством научения управления сложными чувствами (вины, обиды, грусти, разочарования, гнева). У большинства больных повышалась самооценка за счет формирования правильного отношения к неудачам, оценкам, достижениям, укрепление собственной ценности, отмечалось развитие навыков активной саморегуляции и формирование устойчивой системы социально-значимых связей, интересов и увлечений. Освоенные и отработанные поведенческие программы, использованные в процессе работы, способствовали успешной социальной адаптации за счет расширения поведенческого репертуара.

**Заключение.** Совместное использование медикаментозной терапии и психотерапевтических техник в лечении больных с депрессивными расстройствами и злоупотреблением алкоголем показывает высокую эффективность в редукции депрессивной симптоматики и снижению тяги к алкоголю, разрешению психологических проблем и конфликтов, повышению самооценки, переоценке мотиваций и формированию дальнейшей стратегии поведения больного.

**БАРЬЕРЫ ПРИ ОБРАЩЕНИИ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩЬЮ В ГОСУДАРСТВЕННЫЕ И ЧАСТНЫЕ  
НАРКОЛОГИЧЕСКИЕ БОЛЬНИЦЫ: РЕЗУЛЬТАТЫ  
ИНТЕРВЬЮ С ПЕРСОНАЛОМ УЧРЕЖДЕНИЙ  
И ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ ЛИЦАМИ,  
УПОТРЕБЛЯЮЩИМИ НАРКОТИКИ**

**Ветрова М.В., Тюсова О.В., Блохина Е.А., Бушара Н.М.,  
Крупницкий Е.М., Лиознов Д.А., Лунц К.**

*Санкт-Петербург  
ПСПбГМУ им. И.П. Павлова*

Введение. Большинство ВИЧ-положительных людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН), не обращаются за специализированной помощью, несмотря на необходимость. Данное исследование ставит перед собой цель изучить барьеры на пути к получению медицинской помощи у ВИЧ-положительных ЛУИН в государственных и частных наркологических больницах.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 15 ВИЧ + ЛУИН (33% женщин, средний возраст 35 лет) и 26 сотрудников различных организаций (13 врачей, работающих в наркологических и инфекционных стационарах и тюрьмах; 6 социальных работников и 7 психологов; 58% женщин, средний возраст 36 лет). ВИЧ+ ЛУИН были набраны на базе медицинских учреждений и негосударственных организаций методом «снежного кома». Все участники заполняли краткий опросник социодемографической информации и проходили глубинное полуструктурированное интервью. Тематический анализ данных с помощью программы NVivo (QSR International Pty Ltd., version 12, 2019) был основан на применении социально-экологической модели медицинской помощи (the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), The Social Ecological Model: A Framework for Prevention). Были выявлены наиболее актуальные факторы, формирующие опыт получения медицинской помощи, на макро- (характеристика

организаций, политика, закон и институты), мезо- (взаимоотношения персонала и пациента) и микро- (характеристики пациента) уровнях.

Результаты. Пациенты и сотрудники лечебных учреждений отмечали следующие факторы-барьеры при получении медицинской помощи на макро- и мезо-уровнях.

Макроуровень. В государственных учреждениях основными барьерами для получения бесплатной помощи являются 1) бюрократические препятствия на этапе поступления в стационар: требования наличия паспорта с постоянной регистрацией, наличие флюорограммы, результата обследования на антитела к ВИЧ и 2) необходимость регистрации для дальнейшего диспансерного наблюдения. Участники определяли необходимость регистрации как основной барьер для обращения в государственные наркологические учреждения и как основную причину для обращения в частные клиники. Так, по их мнению, регистрация ведет к нежелательным последствиям, включая ограничение прав (сложности при трудоустройстве, ограничение в получении или продлении водительских прав), и дискредитацию конфиденциальности данных о заболевании (пациенты считают, что доступ к персональным данным в наркологическом диспансере носит условно-ограничительный характер). В частных клиниках барьеры, перечисленные выше, отсутствуют в связи с возможностью получения анонимного лечения, однако, препятствием для обращения является высокая стоимость медицинских услуг. Общими барьерами для получения услуг в государственных и частных клиниках является ограниченные ресурсы для проведения реабилитационных программ в полном объеме. В том числе: недостаточное финансирование для обеспечения бесплатной реабилитационной помощи; недостаточное количество сотрудников, оказывающих психологическую поддержку и социальную помощь пациентам и их родственникам. Сотрудники частных клиник также сообщили о недостаточности мероприятий, направленных на профилактику

ВИЧ-инфекции (тестирование, консультирование, направленное на профилактику передачи ВИЧ инъекционным и половым путями). Кроме того, по их мнению, отсутствует сотрудничество между частными организациями с одной стороны, и государственными и некоммерческими учреждениями, оказывающими услуги профилактики и лечения ВИЧ, с другой.

Мезо-уровень. Выявлены предпосылки неэффективной коммуникации между сотрудниками и пациентами: недостаточная информированность пациентов относительно природы и течения наркологического заболевания (воспринимается не как хроническая болезнь, а как «порок» или «слабость»), недостаточная осведомленность медицинского персонала о ВИЧ инфекции, а также ограниченное применение персоналом клиник мотивационных подходов при курации пациента.

Микро-уровень. По сообщению сотрудников, пациенты редко обращаются за комплексной медицинской помощью и получают ее не в полном объеме, ограничиваясь детоксикационной терапией для лечения синдрома отмены из-за отсутствия мотивации на лечение. Важно что, пациенты оценивают медицинскую помощь как низкоэффективную, чем и объясняют низкую обращаемость за специализированной помощью. Кроме того, большинство пациентов сообщали, что чувствуют бессилие и отсутствие прав при обращении в клиники, и предпочитают не обращаться в медицинские учреждения из-за негативного опыта в прошлом.

Заключение. Существующая практика диспансерного наблюдения пациентов с наркологическими диагнозами является основным барьером для обращения за медицинской помощью в государственные учреждения. Необходимо изучить возможности проведения мероприятий для профилактики распространения ВИЧ на этапе оказания наркологической помощи в частных клиниках, в том числе в рамках сотрудничества с государственными и некоммерческими организациями. Сотрудники учреждений, оказывающих помощь пациентам с наркологическими диагнозами, должны

иметь возможность обучения техникам мотивационного интервью. Проведение интервенций, направленных на просвещение пациентов может повысить доступность услуг наркологических учреждений.

# ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ И ТЕКУЩЕЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ПОМОЩИ ЗАВИСИМЫМ В ПОЛЬШЕ

**Воронович Б.Т.**

*Варшава, Польша*

*Центр Консультаций АКМЕД*

В 1817 г. доктор Якуб Шимкевич (Jakub Szymkiewicz) написал объёмную работу под названием «О пьянстве» – первое такого рода произведение в Центральной и Восточной Европе. В данной работе содержались рекомендации по работе с людьми, которые чрезмерно пьют, и предлагалось создать для них «специальные учреждения и лечебные дома». Первые учреждения, занимающиеся лечением алкоголиков, появились на польских территориях в начале XX века.

В межвоенный период (1918-1939) алкоголизм в Польше стал всё чаще рассматриваться как заболевание, а Польское Психиатрическое Общество вопросам алкоголизма и его лечения посвятило три научных съезда (в 1921, 1924 и 1930 году).

Сразу же после войны на территории Польши работало всего лишь два антиалкогольных диспансера, в 1948 году их было уже 15, в 1955 году – 79, а в 1967 году работало уже 385 таких учреждений.

27 апреля 1956 года был принят закон «О борьбе с алкоголизмом», который санкционировал принудительное лечение в открытых и закрытых учреждениях, занимающихся лечением «заядлых алкоголиков», «у которых присутствуют симптомы хронического алкоголизма и которые своим поведением приводят к полному разрушению семьи, развращают несовершеннолетних и угрожают безопасности окружающих».

В конце 40-х годов в Польше появилась информация о существовании Содружества Анонимных Алкоголиков. В 1960-х годах в Познани психолог стал знакомить своих пациентов с секретами использования программы 12 шагов Анонимных Алкоголиков (АА), а в 1974 году там была создана

первая группа Анонимных Алкоголиков в Польше.

В 1975 г. было открыто дневное отделение лечения алкоголизма в Институте Психиатрии и Неврологии в Варшаве - первое отделение для алкоголиков в Польше, где использовалась психотерапия (в течении 3-4-х месяцев), в 1980 г. там было проведено первое в Варшаве собрание группы Анонимных Алкоголиков «Возрождение», а осенью Анонимных Алкоголиков стали приглашать на встречи с пациентами, пребывающими на лечении в дневном отделении. В 1985 г. в терапевтическую программу этого отделения были включены постоянные еженедельные встречи с Анонимными Алкоголиками, а год спустя в программу вошли занятия, во время которых пациентов знакомили с шагами АА.

В 1982 году польский Сейм одобрил Закон «О воспитании в трезвости и противодействии алкоголизму», который, в том числе, стал законодательной базой для лечения алкогольной зависимости и решения алкогольных проблем в Польше. Этот Закон отменил в числе прочих принудительное лечение и дал возможность более рационального использования финансовых средств для нужд лечения зависимости. В 1989 году был повышен приоритет решения алкогольных проблем (*podniesiono rangę rozwiązywania problemów alkoholowych*) и назначен Уполномоченный Министра Здравоохранения по этим вопросам, а в 1993 году было открыто Государственное Агентство по Решению Алкогольных Проблем, которое занялось надзором над лечением зависимости, осуществляя таким образом поставленную перед ним задачу, а именно координирование и инициирование действий, повышающих эффективность и доступность лечения зависимости».

Благодаря бюджетным средствам, которые можно было получить благодаря закону от 1982 года, проведены исследования среди работников медицинских учреждений, занимающихся лечением зависимости. Результаты этих исследований не были опубликованы официально, поскольку в них проявился слишком низкий уровень компетенции работников этой сферы и их отрицательное от-



ношение к пациентам. Результаты исследования указали на необходимость введения программы обучения для работников учреждений, занимающихся лечением алкоголизма. В 1988 году из бюджета были выделены финансовые средства, предназначенные для проведения курсов по повышению квалификации для этих работников. В 1991 году появилась первая программа по обучению специалистов, которая с 2012 года включает в себя:

- обучение основам предоставления психологической помощи и современных методов диагностики, а также терапии зависимости и психотерапии членов семей – в объеме 650 часов дидактических занятий;

- клиническую стажировку в центре – в объеме не менее 80 рабочих часов;

- клиническую супервизию с целью обучения – в объеме не менее 70 часов дидактических занятий.

В то же время произошли изменения в подходе к лечению. В конце 1986 г. после возвращения доктора Вороновича из США, где он посетил центры по лечению зависимостей, терапевтическая программа отделения лечения алкоголизма в Институте Психиатрии и Неврологии в Варшаве была изменена:

- время ее продолжительности сокращено до 6 недель,

- был принят на работу на пол-ставки алкоголик (член Содружества АА), который проводил с пациентами систематические занятия по ознакомлению с Программой 12 Шагов АА.

В 1988 г. Министерство Здравоохранения по заявке Института Психиатрии и Неврологии ввело новую должность – инструктор по терапии зависимостей и рекомендовало учреждениям, занимающимся лечением алкоголизма, поддерживать движения самопомощи алкоголиков и их семей.

Трудности, появляющиеся при внедрении нового подхода к лечению зависимостей, обусловлены следующими факторами:

– внешними (например, отношение медицинской общественности и отношение «власть имущих» разного уровня к алкоголизму и другим зависимостям, система организации здравоохранения и лечения зависимостей, экономическая ситуация, система обучения специалистов, или же количество групп АА/НА в ближайшей округе);

– внутренними (например, взаимоотношения внутри команды терапевтов, готовность к изменению позиции, желание приобретать новые знания, отношение к АА.НА и т.п.).

На сегодняшний день на основании Распоряжения Министра Здравоохранения от 2012 года в Польше функционируют следующие медицинские учреждения, занимающиеся лечением зависимости:

- Диспансер по терапии алкогольной зависимости/ созависимости.
- Диспансер по лечению зависимостей.
- Круглосуточное отделение терапии зависимости от алкоголя.
- Круглосуточное отделение лечения зависимостей.
- Дневное отделение терапии зависимости от алкоголя.
- Дневное отделение лечения зависимостей.
- Отделение лечения алкогольного абстинентного синдрома.
- Общежитие для зависимых от алкоголя.

Еще не так давно к использованию медикаментозных средств подходили как к лечению алкогольной зависимости. Сегодня мы четко разграничиваем лечение осложнений алкоголизма (медикаментозное) от лечения самой зависимости. Основным методом терапии зависимых в Польше является психотерапия. Исследования, которые проводились также и в Польше, показали, что прием препаратов, которые уменьшают так называемый алкогольный «голод» и влияют на количество выпитого алкоголя, может иметь смысл, прежде всего тогда, когда он сочетается с психотерапией, позволяющей проводить изменения. Прием препаратов во время терапии улучшает эффективность, измеряемую уменьшением количества выпитого

алкоголя, только на 10 до 20%.

После детоксикации и установления предварительного диагноза, задачей которого является определение безотлагательных терапевтических потребностей, терапевт выработывает индивидуальную терапевтическую программу, которая со временем поддается верификации. Такая программа состоит из двух частей, – общей части, такой же, как и для других пациентов, и индивидуальной, которая приспособлена к индивидуальным потребностям пациента.

Правильно проводимое лечение должно соответствовать подготовленной терапевтом (опекуном, руководителем), согласованной с пациентом, по ходу актуализированной и контролируемой индивидуальной программе (плану) терапии. Игнорирование индивидуальных особенностей пациентов и их специфических потребностей, проведение терапии по одной схеме для всех нужно воспринимать как ошибку в ведении пациента.

Каждый пациент стационарного отделения или амбулатории имеет своего индивидуального «советника» (специалист или инструктор терапии зависимости), который сопровождает его во время всего периода реализации терапевтической программы и является его опекуном, доверенным лицом, примером подражания (как трезвеющий алкоголик).

Основные программы терапии зависимости в условиях стационара длятся до 8 недель и включают в себя более 200 часов групповых занятий, а в амбулаторных учреждениях реализация основной программы обычно занимает около года. Эти программы дополняются терапией других эмоциональных расстройств, помимо зависимости, тренингами по решению личных проблем у людей, страдающих алкогольной зависимостью. В терапевтических программах большое внимание уделяется помощи взрослым членам семей алкоголиков (со-зависимым). Терапевтическая помощь также распространяется на детей из этих семей. Отдельные программы терапии были разработаны для взрослых детей алкоголиков.

В подавляющем большинстве терапевтических программ во всем мире оптимальной и наиболее желательной целью является полное и длительное воздержание от алкоголя. В связи с тем, что для многих людей, зависимых от алкоголя, полное воздержание, особенно в самом начале терапии, является чрезвычайно трудным и часто даже нереальным, в амбулаторных учреждениях в последние годы внедряются так называемые программы снижения употребления алкоголя (контролируемого употребления). Программы контролируемого употребления - это индивидуальные и/или групповые занятия, направленные на формирование навыков дисциплинированного употребления алкоголя в соответствии с планом, разработанным в сотрудничестве с терапевтом и содержащим ряд определенных правил принятия алкоголя (количество, частота, контекст, время и место). Обычно это промежуточная цель, выгода которой заключается в следующем: предложение пациенту более чем одного терапевтического варианта дает ему ощущение влияния на курс терапии и, таким образом, увеличивает шансы остаться в терапевтическом процессе; возможность делать попытки уменьшить употребление алкоголя во время терапии может быть достаточно привлекательной, чтобы побудить многих зависимых пройти подобный курс лечения, а в случае неудачи - принять решение о полном воздержании.

При этом, исследования, сравнивающие эффективность абстинентно-ориентированной терапии и контролируемого употребления, показывают, что пациенты, выбравшие полное воздержание в качестве цели терапии, значительно чаще достигают терапевтического успеха, чем те, кто заявляет только о желании ограничить количество потребляемого алкоголя. Под терапевтическим успехом в данном случае следует понимать как полное воздержание, так и безопасное контролируемое употребление без негативных последствий. В других исследованиях было обнаружено, что люди, выбирающие полное воздержание, отличались более тяжелым течением заболевания и были более мотивированы на лечение.

В то же время было обнаружено, что 23% людей, которые выбрали в качестве цели контролируемое употребление алкоголя, после 4 терапевтических сессий изменили цель терапии на полное воздержание.

Лечение алкоголиков и наркоманов в Польше проводится отдельными учреждениями, но различия между учреждениями постепенно стираются. В настоящее время в Польше люди, зависимые от алкоголя, могут получить помощь почти в 600 амбулаторных отделениях, более чем в 90 круглосуточных отделениях, около 120 дневных отделениях и более чем в 70 отделениях по лечению синдрома отмены, а так же в нескольких специальных общежитиях («Дом на полпути»). В свою очередь, лечение наркоманов проходит в более чем 200 амбулаторных учреждениях и около 80 отделениях и стационарных центрах. Существуют также более 20 программ заместительной терапии, в которых оказывается помощь более 2500 пациентам и около 30 общежитий и квартир для реадaptации. Почти во всех амбулаторных учреждениях и некоторых стационарных отделениях есть возможности для терапии людей с нехимической зависимостью и для созависимых родственников.

В 2018 году 3447 человек с сертификатами, подтверждающими квалификацию специалистов по психотерапии зависимостей, и 592 человека с сертификатами инструкторов по терапии зависимостей были трудоустроены. Столько же людей участвует в программах обучения и подает заявку на сертификацию. В конечном итоге планируется совместное лечение алкоголиков и наркоманов. Планируется также унифицировать и обучение специалистов. В 1991 году, после профессиональной подготовки персонала, в тюрьмах была введена программа лечения наркомании под названием «Атлантис». В настоящее время в тюрьмах насчитывается более 32 отделений, занимающихся лечением алкоголиков и 16 отделений для наркоманов. В то же время в тюрьмах встречаются 206 групп АА и 31 группа АН.

Изменения, необходимые для эффективной терапии

зависимостей, стали возможны благодаря созданию соответствующих правовых и финансовых условий. Импульсом подтолкнувшим к подобным изменениям явились исследования, которые показали очень серьезные недостатки в компетенции людей, занятых в терапии зависимостей и отсутствие профессиональных терапевтических программ.

# **ОСНОВНЫЕ ВЕКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ.**

**Галако Т.И., Мусабавеа С.С., Борисова Т.В.,  
Бакирова Ж.К.**

*Бишкек*

*Кыргызская государственная медицинская академия, Республиканский Центр психического здоровья, Республиканский Центр Наркологии*

В оказании психиатрической и наркологической помощи населению Кыргызской Республики в последнее время обнаруживаются противоречивые тенденции. С одной стороны, как и все здравоохранение, система охраны психического здоровья, испытывает трудности в связи с социально-экономическими проблемами, с другой – находится в состоянии активного реформирования. 1 марта 2018 г. постановлением Правительства № 119 была принята Программа по охране психического здоровья населения Кыргызской Республики (КР) на 2018-2030 гг. с планом мероприятий по ее реализации.

Цель данной работы – показать состояние и основные направления развития психиатрической и наркологической помощи в Кыргызстане. Используются статистические материалы и результаты исследований, проведенных республиканскими и зарубежными организациями.

В системе здравоохранения республики функционируют три центра психического здоровья на 700 коек, три психиатрические больницы на 765 коек. Кроме того, работают стационарные психонаркологические отделения в составе многопрофильных больниц. Всего по республике на 01.01.2020 г. – 1555 коек (из них детских 90, что составляет 5%).

Амбулаторную психиатрическую помощь населению оказывают врачи-психиатры в поликлиниках (74 психиатрических кабинета). За последние годы количество психиатрических кабинетов не сократилось, но во многих

кабинетах из-за отсутствия врачей психиатров, работают совместители. С 2012 г. в целях интеграции психиатрии в первичную сеть здравоохранения были открыты психиатрические кабинеты при Центрах семейной медицины.

Состояние психического здоровья населения республики в последние годы вызывает особую озабоченность и тревогу. Число врачей психиатров и психотерапевтов в 2019 г. – 162. Соответственно постоянно снижается показатель обеспеченности врачами (2019 г. – 0,26 на 10.000 населения). В республике практически отсутствуют детские психиатры, психотерапевты и медицинские психологи.

В этой связи назрела острая необходимость дальнейшего расширения и совершенствования оказания психиатрической помощи пациентам с психическими расстройствами на уровне первичной медико-санитарной помощи, максимально приближенной к месту жительства. С 2012 г. начала внедряться новая модель по оказанию комплексных медицинских услуг, интегрированных на первичную медико-санитарную помощь с помощью междисциплинарных команд (МДК). Пилотирование данной модели предполагает психосоциальную реабилитацию лицам с психическими расстройствами, оказание им помощи на дому мобильными командами, психобразование, а также консультирование, обучение, оказание поддержки семейным врачам. На настоящее время данная модель помощи включена в государственные услуги.

Общая численность психически больных по Кыргызской Республике на 01.01.2019 составила 1314,8 на 100 тысяч населения. Следует отметить, что многие больные с пограничными психическими расстройствами не нуждаются в систематическом наблюдении психиатра, не обращаются в психиатрические организации.

Учитывая вышеприведенные показатели, предложены следующие стратегические направления развития психиатрической помощи на ближайшие 5 лет:

– создание модели реорганизации стационарной служ-



бы психического здоровья с сокращением числа больных, получающих лечение в закрытых отделениях;

- сокращение психиатрических коек с одновременным увеличением объема амбулаторного лечения;

- расширение альтернативных форм оказания психиатрической помощи на амбулаторном уровне, использование модели оказания помощи мультидисциплинарной командой;

- организация дополнительной подготовки врачей психиатров, психотерапевтов, психологов;

- расширение межсекторальных связей по оказанию психосоциальной помощи пациентам.

Наркологическая помощь предоставляется следующими учреждениями:

- республиканский Центр наркологии – 180 коек;

- межобластной Ошский центр наркологии – 50 коек;

- при Жалалабадском Центре психического здоровья наркологическое отделение на 30 коек;

- наркологические кабинеты в 39 районах;

- наркологические койки в составе психонаркологических отделений областных объединенных больниц с общим конечным фондом 45 коек.

Организация наркологической помощи в КР осуществляется в соответствии с пятью ключевыми индикаторами по спросу на наркотики:

- распространенность потребления наркотиков;

- потребность в лечении наркотической зависимости;

- инфекционные заболевания, связанные с наркотиками;

- смертность, связанная с наркотиками;

- профилактические мероприятия.

Основные показатели распространенности употребления психоактивных веществ (ПАВ) – количество и на 100 тысяч населения КР:

На наркологическом учёте 20% составляют лица с за-

висимостью от наркотических веществ и 80% лица с зависимостью от алкоголя. Лиц с алкогольной зависимостью зарегистрировано 33844 (546,0), впервые поставлено на учёт 14 128 (23,0). Лиц с зависимостью от наркотических веществ зарегистрировано 8370 (135,0), впервые установлен диагноз наркотической зависимости 267 лицам (4,3). С зависимостью от психоактивных веществ, не отнесённых к наркотическим, состоит на учёте 115 человек (1,9 на 100 тысяч населения).

Необходимо отметить положительную динамику в распространённости употребления ПАВ в КР:

- лица, употребляющих наркотики – 2011 г. – 10705, 2018 г. – 8564;
- лица, употребляющие инъекционные наркотики – 2011 г. – 7935 (74,1%), 2018 г. – 5280 (62,8%).
- потребители наркотиков женщины – 2011 г. – 744, 2018 г. – 505 (5,8%).

Виды потребляемых психоактивных веществ в КР на 01.01.2019:

- опиоиды – 6384 (63%);
- каннабиноиды – 2504 (29%);
- сочетанное употреблении ПАВ – 550 (6%);
- летучие растворители – 126 (2%)

Наиболее высокая распространённость употребления наркотиков в г. Бишкек – 36,6% и в Чуйской области – 32%.

Распределение лиц, состоящих на учете по возрасту:

- алкогольная зависимость – 0–19 лет – 1%, 20–44 лет – 60%, старше 45 лет – 39%;
- наркотическая зависимость – 0–19 лет – 0,4%, 20–44 лет – 75%, старше 45 лет – 25%.

Лицам, употребляющим психоактивные вещества, оказываются следующие виды лечения и услуг:

- детоксификация (стационарно и амбулаторно);
- краткосрочная детоксификация аналогами опиатов для лиц с зависимостью от наркотических средств;
- амбулаторная реабилитация;
- комплексное предоставление услуг лицам, употребляющим инъекционные наркотики с туберкулёзом и ВИЧ-инфекцией «Единое окно»;
- программа поддерживающей терапии метадоном, включая пенитенциарную систему;
- профилактика рецидивов;
- программа снижения смертности от передозировок препаратом Налоксон;
- пункты обмена шприцев и игл. В рамках программ снижения вреда предоставляются шприцы/иглы, презервативы, информационно-образовательные материалы, лечение туберкулёза, антиретровирусная терапия, тестирование и консультирование на ВИЧ, адвокация программ.

По Программе снижения смертности от передозировки опиоидами, совместно с аутрич-работниками, ведется активная работа по предоставлению услуг клиентам Программы обмена шприцев/игл по снижению смертности от передозировок, ежегодно более 2000 клиентов обеспечиваются «Налоксоном».

По индикатору «Профилактика» проведено исследование ESPAD в Кыргызской Республике на территории всей страны, в котором участвовало 118 школ всех типов, включая частные, профессионально-технические училища и колледжи, включены более 200 академических групп (классов). В ходе его осуществления были соблюдены все методические требования, необходимые для международных сравнений.

На 2020-2022 годы планируется:

- внедрение электронных историй болезни и баз данных;
- подготовительный этап воссоздания реабилитационного отделения;
- разработка клинических руководств и протоколов.

Таким образом, несмотря на серьезные экономические проблемы в здравоохранении республики, в том числе и в службе психического здоровья, следует отметить, что практически все психиатрические и наркологические организации функционируют достаточно стабильно и имеют стратегии развития, направленные на повышение качества оказываемой помощи и услуг.

# **ЗНАЧИМОСТЬ КОМОРБИДНЫХ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ ДЛЯ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ**

**Гиленко М.В.**

*Москва*

*ФГБУ НМИЦПН им. В.П. Сербского*

На сегодняшний день в каждом разделе медицины очевиден интерес исследователей к коморбидности, что связано с основными характеристиками наиболее распространенных и социально значимых заболеваний: их мультифакториальная природа, хронический и системный характер. Коморбидные (или сопутствующие) заболевания – всегда созависимые, имеющие общие звенья патогенеза, соответственно встречающиеся чаще вместе, чем по отдельности. С коморбидностью отчасти связан отмечающийся исследователями патоморфоз психических расстройств, их полиморфизм и гетерогенность, что в свою очередь создает немало трудностей при их диагностике и судебно-психиатрической оценке.

Наиболее часто встречающаяся в судебно-психиатрической практике коморбидная патология - органические психические расстройства (ОПР) и зависимость от алкоголя. Для судебной психиатрии эта проблема представляется актуальной вследствие повышения риска совершения противоправных действий лицами с указанными заболеваниями.

Проблемы экспертной оценки коморбидной патологии связаны с тем, что обоснование функционального судебно-психиатрического диагноза при сопутствующих психических расстройствах предполагает:

1. выбор приоритетной диагностической модели;
2. оценку изменения экспертной значимости психических расстройств, составляющих коморбидную патологию;
3. оценку роли сопутствующего психического расстройства (патогенетическая, патопластическая, патокинети-ческая).

Целью исследования явилось выявление основных закономерностей формирования и динамики коморбидных ОНР и зависимости от алкоголя для установления тех параметров коморбидной патологии, которые наиболее значимы при проведении экспертизы.

Материал и методы. На базе экспертных отделений ФГБУ НМИЦ ПН им. В.П. Сербского клинико-психопатологическим и клинико-динамическим методами обследованы 302 лица мужского пола в возрасте от 18 до 73 лет (средний возраст  $40,5 \pm 13,3$  года), прошедших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу как обвиняемые в совершении правонарушений. Основным критерий отбора – установленные по результатам настоящей экспертизы диагнозы: «Органические, включая симптоматические, психические расстройства», «Синдром зависимости от алкоголя» как сопутствующая ОНР патология, либо «Резидуальные и отсроченные расстройства вследствие употребления алкоголя» (рубрика F10.7 МКБ-10).

Результаты и обсуждение. С учетом последовательности становления расстройств обследованные были разделены на две группы: 1 группа – первичные ОНР, осложненные зависимостью от алкоголя ( $n=194$ ; 64,2%); 2 группа – вторичные ОНР, коморбидные алкогольной зависимости ( $n=108$ ; 35,8%). В выделенных группах были проанализированы основные этиопатогенетические, клинические и динамические характеристики обоих заболеваний (ОНР и алкогольной зависимости) на этапах до и после формирования коморбидной патологии.

Проведенное исследование показало, что коморбидные связи в 1 группе могут быть охарактеризованы следующим образом:

– ОНР является фактором predisпозиции для формирования алкогольной зависимости вследствие личностных (поведенческих) расстройств в рамках органического расстройства личности и аффективных, астенических в рамках прочих непсихотических органических расстройств.

– Изменение динамических характеристик (патокINETическое влияние ОПР на формирующуюся зависимость от алкоголя), на начальных этапах становления коморбидной патологии реализуется за счет потенцирующей роли расстройств влечений, эмоциональной неустойчивости, когнитивного дефицита и низкой переносимости интоксикационных нагрузок, определяющих характер формирующегося патологического влечения к алкоголю. Основным фактором, определяющим специфику этого влияния, являлся клинический вариант первичного ОПР, от структуры которого зависело клиническое оформление алкогольной зависимости и ее прогрессивность - высокая при органическом расстройстве личности и умеренная при прочих непсихотических расстройствах.

– Изменение клинической картины (патопластическое влияние ОПР) особенно отчетливо проявлялось в структуре острой интоксикации (амнестические, дисфорические, психотические формы опьянения) и синдрома отмены алкоголя (выраженная церебрастения, аффективные нарушения).

– Сформировавшаяся зависимость от алкоголя в свою очередь усиливает прогрессивность первичного ОПР, а в дальнейшем, вследствие токсического повреждающего механизма становится дополнительным звеном патогенеза текущего органического психического расстройства.

В группе вторичных ОПР, коморбидных алкогольной зависимости, проведенным исследованием установлены два основных варианта их формирования:

А) вторичное ОПР-осложнение (n=76; 70,4%), формирующееся вследствие перенесенного (острого, интенсивного, патогенетически значимого) экзогенного воздействия и видоизменяющее клинику алкогольной зависимости. Ведущие этиологические факторы формирующегося ОПР в этих случаях – травматический или сосудистый. При этом сама зависимость оказывает влияние на формирующееся ОПР – во всех случаях оно приобретало прогрессивный характер. В дальнейшем, вследствие продолжающегося токсического воз-

действия алкогольная зависимость становится дополнительным этиологическим и патогенетическим фактором течения органического заболевания.

Б) вторичное ОНР-исход (n=32; 29,6%) формируется постепенно, когда последовательно перенесенные экзогенные вредности (меньшей, чем при первом варианте интенсивности либо хронические) усугубляют деструктивные тенденции алкоголизма, формируя в итоге ОНР. При наличии в преморбиде алкоголизма «органической недостаточности» (субклинические варианты последствий перенесенных экзогенных вредностей), она играла роль патопластического и патокинетического фактора для формирующейся зависимости, определяя более прогрессивные варианты ее течения. При этом варианте хроническая алкогольная интоксикация является основным этиопатогенетическим фактором для вторичного ОНР. Прочие экзогенные вредности являются факторами патоластики и патокинеза алкогольной болезни.

Таким образом, в группе первичных ОНР, осложненных алкогольной зависимостью, на всем протяжении болезни ОНР является приоритетной диагностической категорией, а зависимость от алкоголя – видоизменяющим фактором. В группе вторичных ОНР одна диагностическая модель (зависимость от алкоголя) по мере развития заболевания сменяется другой (ОНР). При этом независимо от последовательности становления рассматриваемых нозологических единиц, суть коморбидных связей ОНР и алкогольной зависимости – синергизм с достижением общности патогенетических механизмов (деструктивных) и нивелированием на отдаленных этапах болезни различий этих двух нозологических категорий с исходом в выраженный психоорганический дефект.

Соответственно учет последовательности становления коморбидных психических расстройств и длительности их сосуществования позволяет оценить меняющиеся варианты взаимного влияния нозологических единиц и влияет на выбор приоритетной диагностической категории, способствуя повышению обоснованности экспертных выводов.



# СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ У ЛИЦ, СКЛОННЫХ К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

Давидовский С.В., Игумнов С.А.

Минск, Москва

*Белорусская медицинская академия последипломного образования, Национальный научный центр наркологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского*

Цель исследования: выявить статистически значимые социальные факторы и индивидуальные особенности лиц, мотивированных к совершению суицида.

Материал и методы исследования. Настоящее исследование проводилось на базе УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», при научно-методическом обеспечении Национального научного центра наркологии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского». На основании анализа 15 996 тыс. случаев парасуицидов и 2355 случаев суицида (всех случаев парасуицидов и суицидов, зарегистрированных в г. Минске с 2004 по 2014 годы) были сформированы 2 когорты: когорта лиц, использовавших различные способы самоповреждения, которая по своим социально-демографическим характеристикам соответствующая лицам, совершившим парасуицид, и когорта лиц, совершивших высоколетальные способы самоповреждения и по своим демографическим характеристикам соответствующие лицам, совершившим суицид. Группу сравнения составили лица, у которых было диагностировано расстройство адаптации (F43.2), ранее не совершавшие суицидальных попыток. В процессе проведения исследования фиксировались социально-демографические данные, определялись индивидуальные и характерологические особенности. Значимость для качественных показателей оценивалась по критерию  $\chi^2$ , для количественных по критерию Краскала-

Уоллиса, межгрупповые различия по критерию Манна-Уитни. Проводился анализ полученных данных с использованием линейного коэффициента корреляции Спирмена.

Результаты. Проводимый анализ выявил один значимый фактор взаимосвязанный с высоким уровнем мотивации на совершение самоубийства – способ суицида ( $r = -0,68$ ). Из остальных факторов взаимосвязанных с выраженной мотивацией на совершение суицида, на границе значимости определялись 2 фактора: наличие диагноза психического расстройства ( $r = 0,28$ ), который у лиц мужского пола определялся в основном наличием зависимости от психоактивных веществ, и фактор образования – ( $r = -0,28$ ).

Заключение. Проведенное исследование выявило, что способ суицида, наличие психического расстройства, и уровень образования являются наиболее значимыми факторами, взаимосвязанными с выраженной мотивацией к совершению суицида.

# РЕЗУЛЬТАТЫ ОН-ЛАЙН ОПРОСА СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ПРОБЛЕМАМ ИНФЕКЦИОННОЙ КОМОРБИДНО- СТИ В ПРОЦЕССЕ ОКАЗАНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Должанская Н.А., Ли Е.А., Корень С.В., Бузина Т.С.

*Москва*

*ННЦ наркологии – филиал ФГБУ «Национальный  
медицинский исследовательский центр психиатрии*

*и наркологии*

*им. В.П. Сербского» МЗ РФ*

Цель исследования: изучить особенности оказания наркологической помощи, связанные с высоким уровнем инфекционной коморбидности болезней зависимости от ПАВ.

Материал и методы: основными источниками информации по изучаемой проблеме были сведения, полученные в результате масштабного он-лайн опроса специалистов медицинских организаций наркологического профиля по специально разработанному оригинальному структурированному опроснику.

В рамках исследования были опрошены 395 врачей-наркологов, работающих в разных федеральных округах Российской Федерации. Из них 45,3% – мужчин и 54,7% – женщин; средний возраст опрошенных, независимо от пола, составил 44 года, а средний стаж работы в наркологии – 15 лет. Стаж менее пяти лет оказался у 20,7% опрошенных мужчин и у 25,9% женщин.

Распределение полученных ответов по округам было следующим: из Центрального федерального округа, который является наибольшим по количеству субъектов и численности населения, было получено 22,5% от всех присланных ответов. Наименьшие по количеству ответов в выборке были представлены Дальневосточным ФО – 2,8%; Северо-Западным ФО – 5,1% и Северо-Кавказским ФО – 5,3%.

Среди врачей-наркологов, принявших участие в опросе, работали в наркологических диспансерах 26,6%;

в наркологических диспансерах со стационаром - 18,0%; в наркологических стационарах – 16,7%; в объединенных психиатрических и наркологических организациях- 8%; в реабилитационных отделениях или центрах – 2%; остальные 28% ответивших были сотрудниками наркологических кабинетов в различных организациях. Репрезентативность выборки респондентов исследования определялась принятыми в статистике способами организации выборки.

Результаты и их обсуждение. Результаты проведенного он-лайн опроса показали, что 97% специалистов, оказывающих наркологическую помощь, независимо от типа медицинской организации, сталкивались в своей профессиональной деятельности в высоком проценте случаев с пациентами с различными социально значимыми инфекциями: ВИЧ – 96%; ВГС – 94%; ТБ – 89%; ВГВ – 88% и ИППП – 68%.

Опрос показал, что профилактическое консультирование до теста на ВИЧ проводили 85% респондентов, а после тестовое – только 55%. При этом в процессе консультирования не все врачи обсуждали с пациентами вопросы «рискованного поведения», являющегося основным объектом профилактики СЗИ у потребителей ПАВ.

Следующая стадия нашего анализа заключалась в выяснении, на каком этапе оказания наркологической помощи наиболее существенно сказывается высокий уровень инфекционной коморбидности?

Ответы респондентов показали, что, несмотря на то, что 95% опрошенных специалистов были убеждены в необходимости обследования пациентов с зависимостью от ПАВ на СЗИ, свыше 40% из них сталкивались с отказом самих пациентов от такой диагностики. Наркологи отмечали трудности, возникающие и на этапе медикаментозного лечения пациентов с сопутствующими СЗИ. В большинстве случаев они были связаны с необходимостью изменять схему лечения; со сложностью в подборе терапии; с несовместимостью препаратов; с низкой приверженностью терапии в целом и др. А, в ряде случаев, и с отсутствием в доступе необходимых препа-

ратов. В результате от 42% до 86% наркологов были вынуждены обращаться за консультациями к врачам-инфекционистам «на стороне».

Наряду с этим большинство наркологов считали, что их работа связана с профессиональным риском заражения социально значимыми инфекциями, но при этом только 34% опрошенных владели достаточной информацией о пост контактной профилактике. С учетом всех этих обстоятельств, несомненно, связана потребность специалистов, оказывающих специализированную помощь пациента с зависимостью от ПАВ, в расширении знаний по вопросам профилактики и лечения социально значимых инфекций, что подтвердилось в ответах 50% опрошенных.

Выводы. Проведённый анализ данных он-лайн опроса свидетельствует о том, что оказание наркологической помощи на всех этапах лечебно-диагностического процесса, невозможно без теснейшего взаимодействия и активного участия в нем врачей-инфекционистов. С учетом современной эпидемиологической ситуации, можно без преувеличения сказать, что это является одной из актуальнейших задач отечественного здравоохранения.

# НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ НЕМЕДИЦИНСКОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Дубинин О.П.

*Чита*

*ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер»*

Потребление наркотиков с немедицинской целью является актуальной проблемой современного общества. На 01.01.2020 года в Забайкальском крае зарегистрировано 5898 потребителей наркотических веществ с немедицинской целью (синдром зависимости – 1317 пациентов и употребление наркотиков с вредными последствиями – 4581 человек), что составляет 28,9% от всех лиц с наркологическими расстройствами, зарегистрированных в регионе (в 2018 году – 28,2%).

Суммарный показатель общей заболеваемости (болезненности) синдромом зависимости от наркотических веществ и употребления наркотических веществ с вредными последствиями в 2019 году по краю составил 553,4 на 100 тыс. населения (в 2018г. – 545,0), что превышает аналогичный показатель РФ (288,6) на 91,7% и показатель ДФО (472,8) на 17,0%. Общая заболеваемость (болезненность) наркоманией в Забайкальском крае в 2019 году увеличилась на 10,9% по сравнению с 2018 годом (111,4) и составила 123,6 на 100 тыс. населения, данный показатель на 27,7% ниже среднего показателя РФ (171,0) и на 39,8% ниже среднего показателя ДФО (205,3).

На 01.01.2020 года в Забайкальском крае зарегистрировано 1317 пациентов с синдромом зависимости от наркотических веществ, что на 122 человека больше, чем в 2018 году. С диагнозами «Синдром зависимости от опиоидов» зарегистрировано 498 человек (37,8%), «Синдром зависимости от каннабиоидов» – 719 человек (54,6%), «Синдром зависимости от психостимуляторов и других наркотиков» – 100 человек (7,6%).

Общая заболеваемость (болезненность) употребления

наркотических веществ с вредными последствиями в сравнении с 2018 г. (433,6) незначительно снизилась (0,8%) и составила в 2019 г. 429,8 на 100 тыс. населения. Данный показатель в 3,7 раза выше российского (117,6) и в 1,6 раза показателя по ДФО (267,5). С диагнозом «Употребление наркотических веществ с вредными последствиями» было зарегистрировано 4581 человек, что на 71 человек меньше, чем в 2018 году (4652), из них: с употреблением опиоидов – 84 человека (1,8%), с употреблением каннабиноидов – 4395 (95,9%), с употреблением психостимуляторов и других наркотиков – 102 (2,2%).

В 2019 году в Забайкальском крае было впервые выявлено 1059 потребителей наркотических веществ с медицинской целью (синдром зависимости – 150 пациентов и употребление наркотиков с вредными последствиями – 909 человек), что составляет 41,6% от всех лиц с наркологическими расстройствами, впервые зарегистрированных в регионе (в 2018 году – 46,2%).

Суммарный показатель впервые выявленной заболеваемости синдромом зависимости от наркотических веществ и употребления наркотических веществ с вредными последствиями в 2019 году по краю составил 99,4 на 100 тыс. населения (в 2018г. – 103,8), что в 3 раза превышает аналогичный показатель РФ (33,1) и на 28% показатель ДФО (77,8). Показатель впервые выявленной заболеваемости синдромом зависимости от наркотических веществ по краю составил 14,1 на 100 тысяч населения, что в 1,4 раза превышает показатель за 2018 год (10,3) и средний по РФ (10,3), и на 25% ниже показателя по ДФО (19,0). Всего за 2019 год с синдромом зависимости от наркотических веществ впервые взято под диспансерное наблюдение 150 человек, что на 40 человек больше, чем в 2018 году. С диагнозами «Синдром зависимости от опиоидов» впервые было выявлено 20 человек (13,3%), «Синдром зависимости от каннабиноидов» – 85(56,7%), «Синдром зависимости от психостимуляторов и др. наркотиков» – 45(30,0%).

Первичная заболеваемость употребления наркотических веществ с вредными последствиями в сравнении с 2018 г. (93,5) снизилась на 8,8% и составила в 2019 г. 85,3 на 100 тыс. населения. Данный показатель выше российского (22,9) в 3,7 раза и на 45% показатель по ДФО (58,8). Под диспансерное наблюдение с употреблением наркотиков с вредными последствиями в 2019 году впервые взято 909 человек, что на 94 человека меньше, чем в 2018 году (1003). Из числа пациентов, впервые взятых под диспансерное наблюдение, 848 человек (93,3%) – потребители наркотиков каннабисной группы, 7 человек (0,8%) – потребители наркотиков опийной группы, 54(5,9%) человека с употреблением психостимуляторов и других наркотиков с вредными последствиями.

Особую озабоченность вызывает потребление наркотиков с немедицинской целью среди несовершеннолетних. Показатель общей заболеваемости (болезненности) наркоманией среди подростков 15–17 лет в 2019 году увеличился в 1,7 раза по сравнению с 2018 годом и составил 23,4 на 100 тыс. подросткового населения, что в 1,8 раза выше российского показателя (13,1) и в 4 раза выше показателя по ДФО (5,8). В крае было зарегистрировано 9 подростков 15-17 лет с синдромом зависимости от наркотических веществ, из них 4 – с синдромом зависимости от каннабиноидов, и 5 – с синдромом зависимости от психостимуляторов.

Общая заболеваемость (болезненность) употребления наркотических веществ с вредными последствиями составила 306,9, что на 31,6% ниже соответствующего показателя 2018 года (448,8), но выше в 2,9 раза показателя по РФ (106,5) и в 1,4 раза показателя по ДФО (215,0). В 2019 году было зарегистрировано 118 подростков с пагубным употреблением наркотических веществ.

Показатель впервые выявленной заболеваемости синдромом зависимости от наркотических веществ среди подростков 15–17 лет по краю составил 7,8 на 100 тыс. подросткового населения, что на уровне 2018 года и в 1,9 раза выше



показателя по РФ (4,1) и в 2,5 раза – показателя по ДФО (3,1). С диагнозом «Синдром зависимости от наркотических веществ» в 2019 году впервые было зарегистрировано 3 подростка. В 2019 году в Забайкальском крае впервые было зарегистрировано 40 подростков 15–17 лет с употреблением наркотических веществ с вредными последствиями (в 2018 году – 64), показатель заболеваемости снизился на 39,1% – с 171,0 в 2018 году до 104,1 в 2019 году. Однако данный показатель в 2,3 раза был выше среднего по РФ (45,0) и на 12% выше среднего показателя по ДФО (93,2).

Таким образом, представленные данные характеризуют высокий уровень немедицинского потребления наркотиков в Забайкальском крае, в том числе среди подростков 15–17 лет, в структуре которого преобладают наркотические вещества каннабисной группы.

**ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХИЧЕСКИХ  
РАССТРОЙСТВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С  
УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ  
(ПО ДАННЫМ СОМАТОПСИХИАТРИЧЕСКОГО  
ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА)**

**Зиновьев С.В., Синенченко А.Г.**

*Санкт-Петербург*

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт  
скорой помощи имени И.И. Джанелидзе*

Известно, что количество случаев употребления психоактивных веществ (ПАВ) среди больных, страдающих психическими расстройствами, в последние десятилетия, значительно возросло.

Цель исследования: провести анализ структуры аддиктивной патологии у больных с психическими расстройствами, госпитализированных в соматопсихиатрическое отделение (СПО).

Материалы и методы исследования: клинико-психопатологическим методом были обследованы 110 пациентов мужского пола, госпитализированных в СПО. Средний возраст составил –  $41,1 \pm 6,4$  года. Для верификации клинического диагноза использовались критерии международной классификации (МКБ-10) и стандартизированная шкала обследования потребителя психоактивных веществ (Галанкин Л.Н., 2001).

Результаты исследования. В структуре диагностических заключений преобладали – органические психические расстройства, преимущественно с непсихотическими проявлениями без грубого интеллектуального дефекта – 70% (77), реакции на тяжелый стресс и расстройство адаптации – 15% (16). Значительно реже встречались расстройства шизофренического спектра – 5% (6) и другие (аффективные расстройства настроения, расстройство личности и умственная отсталость) – 10% (11). Установлено, что в течение жизни лечение в психиатрических, наркологических больницах проходили – 23% (25) пациентов, наблюдались амбулаторной психиатрической

службой на момент поступления – 17,2% (19), лечились и наблюдались «частным образом» – 6% (7), состояли на учете в районных наркологических диспансерах – 2,7% (3). При рассмотрении сопутствующей аддиктивной патологии у данной группы пациентов доминировали – синдром зависимости от алкоголя – 78% (87), значительно реже наблюдались – синдром зависимости от наркотических веществ – 15% (16) и сочетанное употребление нескольких ПАВ 7% (7). Из группы наркотических веществ доминировали – употребление наркотиков опиатной группы – 55%(9) и синтетических каннабиноидов – 45%(6).

При оценке социального статуса обследованных было выявлено, что не работают, и не учатся – 55% (60), официально признаны инвалидами, пенсионерами по возрасту – 20% (22), на квалифицированных и малоквалифицированных работах трудятся – 19% (21), учатся в высших и средних учебных заведений – 6% (7).

Основными причинами поступления больных в многопрофильный стационар являлись – осложнения запоев или массивных алкогольных эксцессов в виде синдрома отмены с делирием или без – 40% (44), обострения соматических расстройств, судорожных состояний – 22%(24), совершение попыток суицида – 23% (25), отравления ПАВ – 15% (17).

Таким образом, среди больных с верифицированным психиатрическим диагнозом чаще наблюдаются расстройства, ассоциированные с употреблением алкоголя. Неблагоприятные социальные условия служат почвой для формирования у больных с психическими расстройствами аддиктивной патологии, что важно учитывать в организации психопрофилактической работы.

**КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЦ,  
СКЛОННЫХ К ЭПИЗОДИЧЕСКОМУ УПОТРЕБЛЕНИЮ  
«НОВЫХ» ПАВ, И ЛИЦ С «НЕХИМИЧЕСКИМИ»  
ФОРМАМИ АДДИКЦИЙ**

**Игумнов С.А., Лобачева А.С., Кутарев Ф.Л.,  
Шахова С.М., Петрухина О.С.**

*Москва*

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр  
психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского»  
Минздрава России*

Целью исследования является разработка системы мер профилактики аддиктивного поведения молодежи и его последствий.

Задачи исследования: 1) выявить негативные социальные последствия реализации различных форм аддиктивного поведения (эпизодическое употребление «новых» ПАВ, Интернет-зависимость), развившихся на фоне алекситимических особенностей личности; 2) осуществить сбор эмпирических данных (факторов развития алекситимии в молодежной среде, ее гендерных особенностей) в соотношении с особенностями различных форм аддиктивного поведения; 3) разработать практические рекомендации по профилактике аддиктивного поведения современной молодежи и его последствий.

Материал и методы. Проведена рандомизация обследуемых лиц (150 человек в возрасте 15–24 лет, средний возраст:  $18,9 \pm 1,64$  лет, М:Ж = 87:63) на 3 группы: основную (лица, склонные к эпизодическому употреблению «новых» ПАВ (НПВ)) (ОГ, 50 чел. (М:Ж = 29:21), группа сравнения (лица с наличием «нехимических» форм зависимости (Интернет-аддикция) (СГ, 50 чел. (М:Ж = 26:21) и группу контроля (50 чел., (М:Ж = 32:21), не имеющие аддикций и девиантного поведения с отсутствием зависимости). Осуществлено социально-психологическое анкетирование и экспериментально-психологическое исследование (уровня алекситимии; степени

выраженности Интернет-зависимости; индивидуально-характерологических личностных особенностей; индивидуального стиля совладания со стрессом, паттернов поведения и ресурсов личности), на основе принципа информированного согласия на участие в исследовании).

Результаты исследования. По данным исследования способов совладающего поведения, в категории «Поиск социальной поддержки» группы сравнения ОГ и КГ статистически значимо различаются (вероятность случайного сходства  $p = 0,016$ ,  $t = 2,45$ ,  $df = 147$ ), что свидетельствует о значимости поддержки социальным окружением в случае как возникновения зависимости от ПАВ, так и в процессе осуществления лечебно-профилактических и реабилитационных программ. По общему количеству баллов Торонтской Алекситимической Шкалы (TAS-26-R) лица ОГ (среднее значение  $67,66 \pm 8,01$ ) и КГ (среднее значение  $58,92 \pm 8,36$ ) статистически значимо различаются между собой, вероятность случайного сходства  $p < 0,001$ ,  $t = 5,3$ ,  $df = 147$ . Показатели выраженной алекситимии заметно преобладают в ОГ и ГС, в сравнении с КГ что может выражаться в значительных затруднениях в области распознавания и выражения собственных чувств и эмоций, рефлексии, затруднении эмпатии, а также в нарушениях построения эмоционально стабильных отношений с окружающими, что также может быть причиной употребления ПАВ. При исследовании интернет-аддикции специализированным опросником (С.А. Кулаков, 2004) выявлено статистически значимое различие между ОГ и КГ, вероятность случайного сходства  $p = 0,006$ ,  $t = 2,82$ ,  $df = 147$ , что может характеризовать респондентов из группы риска по аддикции как склонных к замещению химических форм зависимостей нехимическими стимуляторами, в частности, длительным пребыванием в сети Интернет.

Выводы. По данным исследования личностных и социально-демографических характеристик молодых людей, склонных к эпизодическому употреблению «новых» ПАВ,

было выявлено:

1. Предпочтение участниками основной группы игровой деятельности по отношению к практической, которое может выражаться в стремлении к праздности, развлечениям и в избегании деятельности, не несущей непосредственного удовольствия. Соответственно, это может быть объяснено в т.ч. гедонистическим типом мотивации употребления «новых» ПАВ;

2. Тенденция участников основной группы респондентов к мечтательности, которая может выражаться в склонности относиться к своим мыслям и желаемым образным представлениям как к заслуживающим большего внимания, чем окружающая действительность;

3. Более ярко выраженная потребность у респондентов основной группы и группы сравнения в нахождении в социальной среде и в получении обратной связи, в то время как участники контрольной группы имеют тенденцию к автономности и готовности к принятию индивидуальных решений;

4. Существование тенденции к возникновению депрессивной симптоматики в группе в группе сравнения (группе риска по Интернет-аддикции);

5. Заметное преобладание показателей выраженной алекситимии в основной группе; это может выражаться в значительных затруднениях в области распознавания и выражения собственных чувств и эмоций, рефлексии, затруднении эмпатии, а также в нарушениях построения эмоционально стабильных отношений с окружающими.

Полученные и проанализированные материалы исследования явились базой для разработки комплексной программы профилактики и реабилитации при зависимости от «новых ПАВ» и «Интернет-аддикции» среди подростков и молодежи, студентов вузов и ссузов.

## **ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ СЛУЖБА ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

**Идрисов К.А.**

*Грозный*

*ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет»  
ГБУ «Республиканский психоневрологический диспансер» МЗ ЧР*

Военные действия, прошедшие на территории Чеченской Республики (ЧР), привели к глубокой дезорганизации всей системы здравоохранения, в том числе и психиатрической службы. Материально-техническая база психиатрической службы оказалась практически полностью уничтоженной: разрушен и сгорел Республиканский психоневрологический диспансер (сгорела и вся первичная документация больных), обе психиатрические больницы оказались разрушенными на 70%. Оставшиеся на территории ЧР небольшое число психиатров не имели возможности профессионального усовершенствования, прекратился приток в службу молодых специалистов, а медикаментозное обеспечение психиатрической службы осуществлялось поставками различных гуманитарных организаций. В связи с этим можно утверждать, что только с 2004 года, после завершения антитеррористической операции в Чеченской Республике, психиатрическую службу начали создавать заново. Были заново отстроены все три психиатрических учреждения, централизованно начало осуществляться обеспечение стационарных больных, на базе Медицинского института Чеченского госуниверситета начали подготовку врачей-психиатров, что позволило в значительной мере решить основные потребности населения в психиатрической помощи.

Вместе с тем, анализ ежегодных отчетных статистических форм ф.10 и ф.36 за 2019 год показывает значительное отставание показателей деятельности психиатрической службы ЧР не только от среднероссийских но и в сравнении с соседними регионами. Обеспеченность врачами-психиатрами на 10 тыс. населения составляет 0,19 (в СКФО – 0,43; в РФ

– 0,82). Показатель общей заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами в ЧР на 100 тыс. населения составляет 768,56 (в СКФО – 2002,1; в РФ – 2678,7). В структуре общей заболеваемости психозы и состояния слабоумия составили 40,12%, психические расстройства непсихотического характера – 16,22%, умственная отсталость – 43,66%. Показатель первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами в ЧР на 100 тыс. населения составил 88,0 (в СКФО – 130,7; в РФ – 299,0). В структуре первичной заболеваемости психозы и состояния слабоумия составили 38,95%, психические расстройства непсихотического характера – 40,41%, умственная отсталость – 20,63%. Сравнение соотношений долей в структурах общей и первичной заболеваемости позволяет сделать осторожный вывод о расширении причин обращаемости населения от узко психотических и декомпенсаторных состояний до непсихотических психических расстройств. Показатель числа больных, состоящих под наблюдением на конец 2019 года в ЧР составляет 670,5 на 100 тыс. населения (в СКФО – 1125,6; в РФ – 989,3). Показатель числа больных, впервые взятых под диспансерное наблюдение в 2019 году, вместе с шизофренией, составляет 45,8 на 100 тыс. населения (в СКФО – 43,8; РФ – 40,3).

В трех психиатрических учреждениях Республики развернуто 460 круглосуточных психиатрических коек, что составляет 3,1 на 10 тыс. населения. Показатель обеспеченности населения психиатрическими койками значительно уступает, как региональному, так и общероссийскому аналогичному показателю.

Таким образом, можно констатировать, что психиатрическая служба Чеченской Республики динамично развивается и способна оказывать населению психиатрическую помощь в необходимом объёме. Вместе с тем, отсутствие достаточного количества специалистов в области психиатрического профиля не позволяет развивать узкоспециализированные виды психолого-психиатрической помощи и внедрять современные медицинские технологии.



## **ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОГИ НА АДАПТИВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПОДРОСТКОВ**

**Ильясов Э.Э.**

*Грозный*

*Медицинский институт Чеченский государственный университет*

Введение. Тревога является одной из наиболее частых эмоций, испытываемых человеком в различных стрессовых ситуациях, и может выполнять как адаптивные, так и дезорганизующие психическую деятельность функции. Согласно теории Г. Селье, тревога выполняет прогностическую функцию психики, обеспечивая тем самым адаптивную роль, мобилизуя резервные возможности человека в стрессовых ситуациях, однако интенсивное и продолжительное воздействие тревоги, напротив, служат причиной дезадаптации в различных сферах, в том числе и соматической. Ведущую роль в реакции человека на стресс играют симпато-адреналовая и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая системы.

По данным современных исследований, иммунная система также участвует в реакции организма на стресс, так как иммунокомпетентные клетки (Т- и В- лимфоциты, макрофаги, нейтрофилы, эозинофилы, клетки тимуса) имеют рецепторы ко многим гормонам, в том числе к адреналину и кортизолу. При активации а-адренорецепторов происходит угнетение функции Т-хелперов, а при активации в-адренорецепторов – угнетается активность фагоцитирующих клеток. В стрессовых ситуациях в гипоталамусе стимулируется выработка кортиколиберина, который, в свою очередь, вызывает секрецию в кровь адренокортикотропного гормона гипофизом. В свою очередь, АКТГ является главным стимулятором кортизола. В отличие от адреналина, кортизол обладает липофильностью и, беспрепятственно проникая через клеточную мембрану, связывается с белковыми рецепторами внутри клетки, посредством чего запускается процесс транскрипции ряда генов, отвечающих за синтез ферментов, за счет чего

биологическое действие кортизола разворачивается медленнее и продолжительнее. Кортизол подавляет синтез антител В-лимфоцитами, вызывает гидролиз белка в клетках тимуса и лимфоузлов, нарушает активацию макрофагов и Т-хелперов типа Th1, угнетает продукцию интерлейкина-1 и интерлейкина-2, а сверхвысокие концентрации кортизола, которые могут возникать при сильных стрессовых ситуациях, способны вызывать апоптоз лимфоцитов и клеток тимуса.

Таким образом, можно предположить, что при длительном и интенсивном воздействии тревоги на подростка возможно снижение уровня сопротивляемости организма и, как следствие, восприимчивости к различным соматическим заболеваниям.

**Цель исследования.** Целью настоящего исследования является установление степени влияния уровня тревоги на заболеваемость среди учеников шестых классов ГБОУ РК «Крымская гимназия-интернат для одаренных детей».

#### **Задачи.**

1. Провести обследование учеников 6 классов ГБОУ РК «Крымская гимназия-интернат для одаренных детей» по методике МОДТ.

2. Проанализировать статистические данные обращаемости учащихся ГБОУ РК «Крымская гимназия-интернат для одаренных детей» за медицинской помощью за 2016–2017 учебный год.

#### **Материал и методы.**

1. Обследовано 36 учеников шестых классов ГБОУ РК «Крымская гимназия-интернат для одаренных детей» по добровольному согласию родителей учеников и с разрешения руководства учебного заведения.

2. Использован метод тестирования с использованием опросника «Многомерная оценка детской тревожности (МОДТ)».

3. Использован метод ретроспективного анализа медицинской документации учащихся, обратившихся в медицинский пункт гимназии-интерната, в связи с жалобами на состояние здоровья в период с сентября 2016 по май 2017 года.

Результаты исследования. За 2016-2017 учебный год в медицинском пункте ГБОУ РК «Крымская гимназия-интернат для одаренных детей» было зарегистрировано 377 обращений с жалобами на ухудшение состояния здоровья среди учащихся шестых классов. Из общего числа обращений 146 (38,73%) раз обращались с жалобами на возникновение симптомов ОРВИ, 112 (29,71%) обращений с жалобами на головную боль, 81 (21,49%) – в связи с травмами и 38 (10,07%) – с жалобами на расстройства пищеварения.

С частыми жалобами (более 6 обращений в год) на симптомы ОРВИ обращалось 33,3% учащихся. У всех испытуемых из данной группы отмечалось повышение уровня тревоги, а у половины – были выявлены крайне высокие показатели, в то время как среди учащихся с низким уровнем тревоги средняя частота обращаемости за медицинской помощью с симптомами ОРВИ не превышала 3 обращений в год.

С частыми жалобами (более 6 обращений в год) на головную боль обращалось 19,4% учащихся, из которых высокий уровень тревожности по шкале МОДТ регистрировался у 13,9% испытуемых, средний уровень – у 5,6%, в то время как ученики с низким уровнем тревоги обращались в медицинский пункт с жалобами на головную боль с частотой менее 3 раз в течении учебного года.

В связи с получением травм во время физических упражнений или проведении досуга предъявляли жалобы 33,3% учащихся с низким уровнем тревоги, 50,0% – со средним уровнем тревоги и 16,7% – с высоким уровнем тревоги. Частота обращаемости по поводу травм ни у одного из испытуемых не превышала 5 обращений в год.

С жалобами на расстройства пищеварения обращались 33,3% учащихся с низким уровнем тревоги, 50,0% – со средним уровнем тревоги и 16,7% – с высоким уровнем тревоги.

Частота обращаемости в связи с расстройствами пищеварения ни у одного из испытуемых не превышала 3 обращений в год.

Выводы. Установлено, что у учащихся с высоким уровнем тревоги наблюдается высокая частота заболеваемости ОРВИ и частые жалобы на цефалгический симптом. Достоверной корреляции между обращаемостью по поводу травм и расстройств пищеварения с уровнем тревоги не выявлено.

# **ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ У НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С РАЗНОЙ ИНТЕНСИВНОСТЬЮ НЕБЛАГОПРИЯТ- НЫХ ДЕТСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ.**

**Катан Е.А., Карпец В.В., Чехонадский И.Д.**

*Оренбург*

*ФГБОУ ВО ОрГМУ ГУКЗ ОКНД*

Уровень распространенности алкогольных психозов является не только показателем употребления алкоголя населением, но и его психического здоровья. Известно, что изучение любого рода психических и поведенческих расстройств, включая алкогольные психозы, крайне актуально в контексте сохранения жизнеспособности популяции.

Цель исследования: изучение особенностей возникновения и формирования психопатологических расстройств, в рамках алкогольных психозов у наркологических пациентов с разной интенсивностью неблагоприятных детских переживаний.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Оренбургского областного клинического диспансера. Использован клинико-психопатологический для выявления и описания психопатологических расстройств в рамках алкогольных психозов, Международный опросник неблагоприятного детского опыта (НДО). Итоговая выборка составила 402 наблюдения (293 мужчин и 109 женщин). Средний возраст участников исследования был  $38,5 \pm 4,7$  года.

Было установлено, что всего лишь 14,3% (n 57) наблюдаемых не указывали в анкетах фактов детских психических травм. Средний возраст пациентов в этой группе  $42,7 + 4,8$  лет (интактная группа НДО0). Указывали 1 фактор НДО 34,1% (n 137). Средний возраст пациентов –  $39,9 + 4,8$  лет (группа с тяжелым НДО 4). До 4 факторов НДО отмечали 31,2% (n 125) респондентов (группа с умеренным НДО1). Средний возраст в группе –  $37,4 + 3,5$  лет. О более 4 факторах НДО дали сведения 20,4% (n 83) пациентов (группа с крайне тяжелым

НДО4+). Средний возраст пациентов в группе – 34,6 + 3,4 лет.

Зависимость от табака отмечают 83,9% пациентов без негативного детского опыта, 75,4% из группы НДО1; 62% пациентов имевших до четырех психотравмирующих событий детства (НДО4); постоянно курят 72,8% пациентов из группы НДО4+. Употребляют каннабис 10,5% пациентов группы НДО0, 17,5% пациентов группы НДО1, 15,2% – НДО 4, 22,3% НДО4+). Синтетические наркотики использует 19,3% пациентов с НДО 0 (чередую с употреблением алкоголя); 16,5% респондентов группы НДО4+ (совмещая с употреблением алкоголя); 8% наблюдаемых из группы НДО 4; 6,6% пациента из группы НДО1. Не используют внутривенных наркотиков пациенты, у которых отсутствует неблагоприятные детские переживания. 14% респондентов с максимально интенсивными детскими переживаниями (НДО 4+) отмечают использование препаратов опия внутривенно. 9% пациентов подтверждают этот факт в группе НДО 4. Внутривенно использовали наркотики 5% опрошенных из группы НДО 1.

У больных 4-й группы (НДО4+) алкогольные психозы возникали в 15,4 % случаев (n 13), в среднем через 3 года после возникновения ААС. Характерны лишь две клинические формы – делирий (все мужчины (n12) ) и острый вербальный галлюциноз (женщина (n1) ). Особенности делириев с преобладанием дефицитарных состояний (n 4) были явления ложной ориентировки, нарушения внимания, когнитивные расстройства, суетливое поведение; ориентированный делирий (n2) с дизморфопсиями и аутоморфопсиями, с иллюзорно-галлюцинаторными переживаниями; ориентированный делирий(n4) с идеаторными автоматизмами и связанными с ними идеями воздействия, преследования; ориентированный делирий (n1) с острым чувственным бредом подстроенности событий, развернутый (n 1) с отсутствием зооптических галлюцинаций, преобладанием антропоморфных зрительных обманов. Вербальный галлюциноз носил гипнагогический характер. Только в этой группе (n2) отмечался благодушно-эйфорический аффект, для остальных пациентов была харак-

терна эмоциональная лабильность.

У больных 3-й группы (НДО4) психотические расстройства возникали несколько позже, в течение 3–5 лет после оформления ААС, но чаще (в 29,6% случаев (n37). Клинические проявления делирия также были рудиментарными (n 26, женщин – 4), наблюдался систематизированный острый алкогольный делирий (n 8), имел место острый вербальный галлюциноз с типичной клиникой (n 3). Расстройства настроения были представлены угрюмым мрачным, дисфоричным фоном, не отмечалось состояний эмоциональной лабильности.

У пациентов с неблагоприятным детским опытом 2-й группы (НДО1) психотические расстройства (17,1% n 24) наряду с рудиментарным делирием (n 21) и вербальным галлюцинозом (n 1) были отмечены случай острого параноида (n 1). Пациенты испытывали страх, тревогу, сопровождающиеся агрессивностью, дисфорическими взрывами аффекта с суицидальными высказываниями.

Среди пациентов с благополучным детством не развивалось психотических осложнений ААС в возрасте до 40 лет. Алкогольные психозы возникали (n6, 10,5%) у пациентов старше 40 лет на фоне развившихся соматических заболеваний (заболевания печени, сердечно-сосудистой, дыхательной выделительной системы снижение иммунитета и развитие инфекционных заболеваний, ЧМТ). Превалировали развернутые классические формы (систематизированный n 2, с преобладанием вербальных галлюцинаций n 2) делириев

Алкогольные психозы развились у 80 (19,9%) пациентов всей выборки (средний возраст 38,7 + 4,1 лет).

При анализе обстоятельств развития алкогольных психозов удалось установить наиболее характерные особенности.

В возрасте 25–30 лет (8 пациентов групп НДО4+; НДО4) алкогольные делирии носили атипичный характер, проявляясь включениями онирического характера с чувственно-яркими зрительными галлюцинациями, явлениями

идеаторных автоматизмов, императивными вербальными галлюцинациями, суетливым возбуждением, переходящее в субступорозное состояние. Эмоционально пациенты казались отрешенными или переживали страх, тревогу.

В возрасте 30–35 лет (35 пациентов групп НДО4+; НДО4; НДО1) характерны состояния абортивных делириев с единичными зрительными иллюзиями и микропсихическими галлюцинациями, с рудиментарными бредовыми расстройствами на фоне однообразный аффект тревоги или страха, с непродолжительным выраженным двигательным возбуждением, нарушением ориентировки во времени, месте.

В возрасте 35–40 лет (27 пациентов групп НДО4+; НДО4) отмечаются острые галлюцинозы, классические делирии, структурно-сложные состояния перехода делирия в галлюциноз и галлюциноза в делирий. Состояния развивались на фоне хронической соматической патологии: хронический вирусный гепатит, ВИЧ-инфекция, туберкулез, хронический пиелонефрит, сахарный диабет, хронический панкреатит.

В возрасте 40–45 лет (15 пациентов групп НДО0, НДО1) клинические проявления делириев соответствовали классическому варианту, во многом возникновение определялось предшествующим продолжительным запоем, сопутствующими острыми соматическими (инфекционные и простудные заболевания, травмы опорно-двигательного аппарата), неврологическими заболеваниями (последствия ЧМТ): астено-вегетативные расстройства, эпилептические судорожные припадки, энцефалопатии).

Заключение. Несмотря на более молодой возраст, по сравнению с группой пациентов интактных детским травмам, пациенты с тяжелым и крайне тяжелым НДО склонны переживать алкогольные психозы, не имеющие соответствия между длительностью систематического употребления алкоголя и возрастом формирования основных симптомов алкогольной зависимости, тяжестью интоксикации.

Алкогольные психозы при наличии у более молодых пациентов четко выраженной аддиктивной симптоматики



(дополнительное употребление запрещенных веществ, нерациональное использование лекарственных препаратов с целью изменения сознания, нарушения привычного характера употребления алкоголя (увеличение крепости спиртного, количества, употребление некачественных или суррогатных напитков) характеризуются более легким течением. И, наоборот, у более старших больных со стертой аддиктивной симптоматикой (снижение толерантности, уменьшение количества употребляемого спиртного из-за проблем со здоровьем), алкогольные психозы отличаются более тяжелым течением.

Значительные аддиктивные нарушения до уровня компульсивности у пациентов неблагоприятным детским опытом, препятствуют возникновению стойких ремиссий и в целом способствуют более агрессивному развитию нарушений (психических, соматических, социальных), связанных с употреблением алкоголя.

# УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ С ВРЕДНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПОДРОСТКАМИ ЖЕНСКОГО ПОЛА

**Кирпиченко А.А., Мужиченко В.А.**

*г. Витебск, Республика Беларусь*

*Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет*

Проведен анализ акцентуаций характера и сопряженных с ними личностных особенностей, факторов школьной тревожности и агрессии, оказывающих влияние на формирование расстройств, обусловленных употреблением алкоголя у девочек-подростков в возрасте 14–18 лет из Республики Беларусь.

Дизайн исследования – одномоментное поперечное исследование методом случай-контроль с направленным формированием групп. Исследование эффективности терапевтических вмешательств проводилось по типу «до – после».

Задачи исследования – изучить у подростков женского пола с употреблением алкоголя с вредными последствиями и в контрольной группе особенности проявления личностных акцентуаций, выраженность проявления различных типов школьной тревожности и агрессии; рассмотреть влияние личностных характеристик и паттернов эмоционального реагирования, на вероятность формирования расстройств обусловленных употреблением алкоголя. На основе полученных результатов обосновать метод лечения и оценить его клиническую эффективность.

Объект и методы исследования. Обследовано 114 девочки-подростка в возрасте 14–18 лет. Основную группу (ОГ) составили 84 девочки-подростка с верифицированным диагнозом «Употребление алкоголя с вредными последствиями». Контрольная группа (КГ) из 30 девочек-подростков без алкогольных проблем. Исследуемые ОГ и КГ не отличались по возрасту ( $16,13 \pm 0,18$  и  $16,07 \pm 0,13$  лет). Городскими жителями в ОГ и КГ являлись, соответственно, 72,2% и 60% исследуемых.

В ОГ и КГ, соответственно, уровни успеваемости были следующими: низкий – 55,6% и 0%; средний – 42,6% и 6,7%; высокий – 1,9% и 93,3%. Распределение субъектов в зависимости от типов семейно-социальных условий воспитания в ОГ и КГ, соответственно: в полной семье 25,9% и 63,3%; в деформированной семье 16,7% и 0%; биологический сирота 1,9% и 10,0%; социальный сирота 31,5% и 0% ( $\chi^2 = 24,1$ ;  $p < 0,05$ ). Отягощенная наследственность имела у 63% исследуемых ОГ, в КГ таковых не было. Все исследуемые представители ОГ стационарно лечились в детско-подростковом отделении Витебского областного клинического центра «Психиатрия и наркология».

Критерии исключения. Из исследования исключались пациенты с острыми и хроническими соматическими заболеваниями, систематически употребляющие другие (кроме алкоголя) психоактивными веществами, выраженными когнитивными нарушениями, мешающими целенаправленной коммуникации и выполнению тестов, первичные острые и хронические психические и поведенческие расстройства, другие расстройства, препятствующие выполнению заданий, отказ от участия в исследовании.

В исследовании использованы следующие диагностические инструменты: тест личностных акцентуаций для выявления типов акцентуаций характера и сопряженных с ними личностных особенностей; опросник школьной тревожности Филлипса для исследования уровня тревоги; методика диагностики показателей и форм агрессии Басса-Дарки. Статистическая обработка результатов исследования производилась при помощи программы SPSS for Windows 17.0.

Результаты и обсуждение. У лиц ОГ возраст первого употребления алкоголя составил  $13,61 \pm 0,19$  лет, а возраст начала регулярного употребления спиртного  $14,82 \pm 0,17$  лет. Среднегрупповая величина периода формирования систематического употребления алкоголя в ОГ составила  $1,24 \pm 0,16$  года. Установлено, что у субъектов ОГ, имеющих в анамнезе отягощенную наследственность по АЗ в сравнении с предста-

вителями данной группы без отягощенной наследственности, развитие регулярного употребления алкоголя наблюдалось в более раннем возрасте (соответственно,  $14,4 \pm 0,25$  лет и  $15,03 \pm 0,22$  лет;  $p < 0,05$ ).

ОГ и КГ имели статистически значимые отличия по уровням всех видов агрессии, индексам агрессивности и враждебности, за исключением уровней физической агрессии. Среднестатистические уровни агрессии выше в ОГ ( $p < 0,05$ ). Внутригрупповой анализ профиля различных видов агрессивности в ОГ свидетельствует о преобладании у данного контингента подозрительности, аутоагрессивных тенденций, обиды и индекса агрессивности.

Для построения парадигмы интегративного воздействия различных видов агрессии на возможность развития у подростков женского пола употребления алкоголя с вредными последствиями был использован статистический метод логистической регрессии. Зависимой переменной выступала дихотомическая переменная наличия или отсутствия расстройств обусловленных употреблением алкоголя. Независимыми переменными являлись различные виды агрессии по опроснику Басса-Дарки. Результаты статистической обработки данных свидетельствуют о большой прогнозной роли данной модели 64,31%, при такой же высокой доле влияния предикторов  $R^2$  Кокса-Снелла = 72,82%. Наиболее экспоненциальными факторами модели из различных видов агрессивных тенденций, повышающих вероятность формирования употребления алкоголя с вредными последствиями у подростков женского пола являются:  $x_1$  – ФА ( $B = 0,65$ );  $x_2$  – ВА ( $B = 0,2$ );  $x_3$  – КА ( $B = -0,1$ );  $x_4$  – Н ( $B = -0,49$ );  $x_5$  – Р ( $B = -0,42$ );  $x_6$  – П ( $B = -0,36$ );  $x_7$  – О ( $B = -0,61$ );  $x_8$  – АА ( $B = -0,21$ ), при значении константы 24,8.

ОГ и КГ имели статистически значимые отличия по уровням всех видов школьной тревожности. Среднестатистические уровни тревоги выше в ОГ ( $p < 0,05$ ).

Кроме среднегрупповых значений различных типов школьной тревожности был рассчитан удельный вес лиц

в каждой из исследуемых групп с наличием повышенных и высоких уровней различных типов школьной тревожности. В последующем на основании полученных данных определено отношение шансов формирования расстройств вследствие употребления алкоголя у девочек подросткового возраста при наличии того или иного типа школьной тревожности.

На основании результатов, полученных в настоящем исследовании, авторами был разработан метод лечения употребления алкоголя с вредными последствиями у подростков женского пола.

**Заключение.** У лиц женского пола подросткового возраста с употреблением алкоголя с вредными последствиями преобладают астено-невротический и шизоидный типы личностных акцентуаций.

У субъектов женского пола, характеризующихся употреблением алкоголя с вредными последствиями, по сравнению со здоровым контролем имеются более высокие уровни всех типов школьной тревожности: общей школьной тревожности, переживания социального стресса, фрустрации потребности в достижении успеха, страха самовыражения, страха ситуации проверки знаний, страха несоответствия ожиданиям окружающих, низкой физиологической сопротивляемости стрессу, проблем и страхов в отношениях с учителями. В профиле школьной тревожности у подростков женского пола с употреблением алкоголя с вредными последствиями доминирующими являются страх ситуации проверки знаний, страх несоответствия ожиданиям окружающих, переживание социального стресса. Парадигма из факторов школьной тревожности обладает высокой прогностической значимостью для формирования расстройств употребления алкоголя у подростков женского пола.

В профиле агрессивности у подростков женского пола с употреблением алкоголя с вредными последствиями доминирующими являются подозрительность, аутоагрессивные тенденции, обида.

Модель наиболее значимых факторов агрессивности, повышающих риск формирования употребления алкоголя с вредными последствиями у подростков женского пола, включает в себя физическую, вербальную, косвенную агрессии, негативизм, склонность к раздражению, подозрительность, обиду, аутоагрессию.

Подросткам женского пола с верифицированным диагнозом «Употребление алкоголя с вредными последствиями», наряду с лечением, предусмотренным клиническими протоколами, показано применение методики, направленной на повышение коммуникативные возможностей и способностей адекватно реагировать на меняющиеся условия среды; уменьшение степени возможности неадаптивного отклика на провоцирующие тревогу факторы, нивелирование проявления агрессивных реакций.

Предпочтительным для реализации метода коррекции эмоциональных нарушений и обусловленных ими поведенческих отклонений является групповой подход, который позволяет использовать для этих целей фактор межличностного группового взаимодействия.

Применение разработанного метода лечения подростков женского пола с употреблением алкоголя с вредными последствиями возможно как на стационарном этапе, так и в амбулаторных условиях.

Полученные при реализации на практике методики лечения результаты носят стойкий характер. Катамнестическое исследование (через 12 месяцев) констатировало наличие в 33,77% случаев полного воздержания от употребления алкоголя. В исследованной популяции зафиксировано снижение выраженности вредных последствий употребления алкоголя на 52,81%. Позитивные изменения отмечены также в контексте социального функционирования индивидов и проявились в виде успешной социальной адаптации 40,72% испытуемых.

# **ПРЕГАБАЛИНОВАЯ ЗАВИСИМОСТЬ, В ТОМ ЧИСЛЕ У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ ЧЕЧЕН- СКОЙ РЕСПУБЛИКИ: КЛИНИЧЕСКИЙ И ТЕРАПЕВ- ТИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ**

**Козлов А.А., Дальсаев М.М., Игумнов С.А.**

*Грозный, Москва*

*ГБУ «Республиканский наркологический диспансер»*

*Чеченской Республики;*

*ФГБУ «НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского»*

Актуальность проблемы. В последние годы во многих странах, в том числе и в России, отмечается тенденция к злоупотреблению кустарными и так называемыми «аптечными» препаратами. Большинство этих препаратов не классифицированы как подлежащие контролю, но потенциально опасны злоупотреблением лицами, страдающими зависимостью. С 2010 года из различных субъектов РФ стала поступать информация о злоупотреблении холинолитическими препаратами, используемыми в офтальмологии. В последующие годы (2012–2019 гг.) к вышеуказанным офтальмологическим препаратам присоединился прегабалин (лирика). Под злоупотреблением тем или иным препаратом обычно понимают прием вещества с немедицинскими целями для получения субъективно приятных ощущений. Прегабалин обладает противосудорожным, обезболивающим и анксиолитическим эффектом. В психиатрии прегабалин нашел свое применение в качестве анксиолитического средства при лечении генерализованного тревожного расстройства. В клинических испытаниях прегабалин off-label (вне основных показаний) назначался при: биполярном аффективном расстройстве, синдроме дефицита внимания с гиперактивностью, синдроме беспокойных ног, невралгии тройничного нерва, болевых расстройствах без нейропатии, а также для купирования алкогольного и опиоидного абстинентного синдрома, синдрома отмены бензодиазепинов, профилактики рецидивов алкоголизма и кокаиновой зависимости.

Материал и методы. Методологической базой на-

учного исследования являются основные принципы социально-демографического и клинико-психологического исследования болезненных состояний с ориентацией на унифицированный международный стандарт проведения исследований в области охраны психического здоровья. В работе используются клинический, экспериментально-психологический, катамнестический и статистический методы исследования. Для регистрации полученных клинических данных используется оригинальная «Регистрационная карта исследования больного с зависимостью от прегабалина», составленная в соответствии с целями и задачами текущего исследования. На базе Клиники Национального научного центра наркологии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» было изучено 85 пациентов (все мужчины), злоупотреблявших прегабалином в возрасте от 20 до 45 лет ( $32,9 \pm 4,6$  года) и проходивших стационарное лечение в отделении клинических исследований наркоманий. Все больные до начала употребления прегабалина имели сформированную зависимость от опиоидов средней стадии, с длительностью систематического употребления опиоидов от 2 до 28 лет ( $13,3 \pm 5,8$  лет).

Результаты и обсуждение. Злоупотребление прегабалином у изученных больных происходило на фоне имеющейся опийной зависимости. Длительность заболевания до первой пробы прегабалина составила в среднем  $9,9 \pm 4,2$  лет. Первая проба наркотиков состоялась в возрасте от 14 до 20 лет. Длительность систематического употребления опиоидов до начала употребления прегабалина у обследованных пациентов составила от 2 до 27 лет (в среднем –  $11,2 \pm 5,3$  лет). Среди мотивов начала употребления прегабалина почти все пациенты указывали на желание смягчить проявления опийного абстинентного синдрома («ломки»). В качестве причин перехода от приема опиоидов к прегабалину больные называли: трудности при приобретении героина; доступность и легальность прегабалина; желание прервать злоупотре-



ние героином; быстро формирующаяся психическая зависимость от прегабалина. Достаточно быстро прием прегабалина начинает носить систематический, ежедневный характер. Отмечается рост толерантности, которая может достигать в среднем 3000–4200 мг, в отдельных случаях – до 12600 мг препарата в сутки. При употреблении высоких доз прегабалина часто возникает состояние, напоминающее действие психостимуляторов. Возникает возбуждение, «подъем», прилив сил, приподнятое настроение, нередко повышение аппетита. Такое состояние продолжается от 2 до 5 часов. Среди самоописаний больных о действии прегабалина заслуживает внимания следующее: «у него (прегабалина) три стадии действия, первая – расслабляющая, когда лежишь и «залипаешь», ощущение необыкновенного спокойствия, затем наступает вторая стадия – повышенной активности, появляется много энергии, все время хочется что-то делать и наконец третья стадия – апатия, безразличие, «ничего не хочется». Когда толерантность достигает очень высоких цифр, даже при увеличении доз эйфории от приема прегабалина уже не возникает. Кроме того, по мере увеличения периода употребления препарата происходит снижение его эйфоризирующего действия при сохранении к нему выраженного влечения. Длительность систематического приема прегабалина у изученных пациентов варьировала от 2 до 9 месяцев ( $5,9 \pm 2,2$  года). Через 2–4 месяца после начала систематического употребления высоких доз препарата, состояние, наблюдающееся после прекращения его употребления, можно рассматривать как проявление абстинентного синдрома. Синдром отмены прегабалина развивается через несколько часов после его последнего употребления. Клиническая картина напоминает проявления ОАС, с преобладанием аффективных расстройств, вегетативных нарушений, алгических симптомов, нарушений сна. Вегетативные расстройства наблюдались у 85% обследованных пациентов были представлены: заложенностью носа, потливостью, слабостью,

сердцебиением, ознобом. В 60% случаев отмечалась болевая симптоматика: чаще встречался мышечный дискомфорт, болевые ощущения в мышцах и суставах конечностей. Аффективные расстройства наблюдались у всех изученных пациентов и были представлены депрессией, нередко сопровождающейся психопатоподобным поведением, нарушениями сна. Длительность синдрома отмены прегабалина у изученных больных в среднем составила  $4,17 \pm 1,6$  дня.

Проблема злоупотребления прегабалином лиц, страдающих зависимостью от опиатов с целью самолечения ОАС, а также в качестве заменителя опиатов в случае их отсутствия, весьма актуальна для наркологической службы Северо-Кавказского Федерального Округа (СКФО) и, в частности, Чеченской Республики. В ГБУ «Республиканский наркологический диспансер» (далее ГБУ «РНД») Чеченской Республики первый случай злоупотребления прегабалином был зафиксирован в 2012 г., когда в больницу скорой медицинской помощи были госпитализированы 2 сестры, одну из которых на тот момент спасти не удалось. При ГХМС исследовании в ХТЛ ГБУ «РНД» в биологической среде у обеих пациенток был обнаружен в высоких концентрациях прегабалин. Данные ХТИ, проводимого на базе Химико-токсикологической лаборатории ГБУ «РНД», свидетельствуют о высокой частоте случаев выявления прегабалина в биологических средах наркологических пациентов, проживающих в Чеченской Республике (в том числе в сочетании с другими ПАВ), на протяжении 2013–2019 гг. Несмотря на схожесть синдромов зависимости от прегабалина и героина по характеру эйфории, клинике синдрома отмены и течению болезни, такие отличительные черты, как преобладание выраженных аффективных и поведенческих расстройств над болевой и вегетативной симптоматикой в абстинентном состоянии, их динамика, интенсивное влечение к прегабалину в период отмены и в постабстинентном периоде, синдром зависимости от прегабалина следует рассматривать как заболевание с высоким темпом прогрессивности и высоким риском рецидивирования.

Заключение. Злоупотребление прегабалином больными опиоидной наркоманией вначале носит викарный (заместительный) характер, но в дальнейшем приобретает свое клиническое своеобразие. В ходе исследования нетерапевтического употребления препарата выявлен дозозависимый эффект: при приеме 600–900 мг прегабалина на ранних этапах заболевания преобладает седативный эффект, напоминающий действие алкоголя, от приема 3000 и более мг наблюдается стимулирующий эффект. Однако в последующем при потреблении крайне высоких дозировок характер эйфории более не меняется. Кроме того, по мере увеличения периода употребления препарата происходит снижение его эйфоризирующего действия при сохранении к нему выраженного влечения. При злоупотреблении прегабалином у пациентов наблюдается выраженный рост толерантности к препарату, в несколько раз превышающий рекомендованную терапевтическую дозу. Отмечается сходство клинических проявлений синдрома отмены прегабалина и опиоидного абстинентного синдрома, но у больных, употреблявших прегабалин, аффективные и поведенческие нарушения преобладают над болевой и вегетативной симптоматикой.

## **ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ НАРКОЗАВИСИМОСТИ И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ В БЕЛАРУСИ**

**Козлов А.А., Станько Э.П., Игумнов С.А., Цыркунов В.М.**

*Гродно, Москва*

*Гродненский государственный медицинский университет, Республика Беларусь; Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им.*

*В.П.Сербского, Россия*

Цель исследования – анализ динамики распространения наркозависимости и ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в Республике Беларусь.

Материал и методы. Основу настоящего исследования составил анализ общей и первичной заболеваемости ВИЧ, наркоманиями, ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков (ВПН) и их смертности с 2009–2018 гг. наблюдения. Материалами для изучения явились официальные статистические данные Министерства здравоохранения Республики Беларусь, ГУ «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» (РЦГЭ и ОЗ). Настоящее исследование проводилось на базе УО «Гродненский государственный медицинский университет», при научно-методическом обеспечении Национального научного центра наркологии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России.

Методология ретроспективного эпидемиологического анализа по изучению ситуации, связанной с ВИЧ, наркоманиями и ВПН представлена расчетами интенсивных показателей и характеристиками динамического ряда. За единицу наблюдения принят каждый случай ВИЧ-инфекции, синдрома зависимости от наркотиков, ВПН в течение 2009-2018 гг. Для анализа использовались показатели общей заболеваемости (число случаев заболеваний, зарегистрированных в течение года на 100 тыс. населения), первичной заболеваемости (число случаев заболеваний, зарегистрированных в течение года впервые в жизни на 100 тыс. населения) и смертности (число

зарегистрированных летальных случаев среди ВПН в течение года на 100 тыс. населения). Результаты обработаны методами описательной и аналитической статистики в модуле «Анализ временных рядов» с использованием пакета прикладных программ Statistica 10.0 (SN AXAR207F394425FA-Q).

Результаты. Установлено увеличение с 2009–2018 гг. в Республике Беларусь общей заболеваемости ВИЧ-инфекцией, общей и первичной заболеваемости ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков (ВПН), в 1,3 раза общей заболеваемости наркоманиями в среднем. Показатель смертности среди ВПН в 2018 г. увеличился в 1,6 раза при среднем значении коэффициента наглядности + 129,1%. Темп прироста числа летальных случаев среди ВПН составил + 15,8% при ежегодном увеличении в среднем на + 6,39%. Увеличение заболеваемости ВИЧ-инфекцией и ВПН, их смертности свидетельствует о необходимости совершенствования организации медицинской помощи ВПН.

Выводы. 1. Медицинская составляющая эпидемиологической ситуации, связанной с ВИЧ-инфекцией и наркоманиями в Республике Беларусь характеризуется увеличением численности лиц с ВИЧ-инфекцией, наркоманиями и ВПН, смертности лиц с ВИЧ-инфекцией, а также впервые выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков, что может указывать на недостаточную эффективность проводимых с ВПН лечебно-профилактических мероприятий, необходимость совершенствования организации оказания медицинской помощи обслуживаемой категории населения.

2. Существующий метод регистрации заболеваемости ВПН не может отражать реальной эпидемической ситуации, связанной с распространением ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков и не предотвращает развитие осложнений, ранней инвалидизации и преждевременной смерти ВПН, что подтверждается увеличением их общей и первичной заболеваемости, темпа прироста. В связи с этим, существует необходимость совершенствования системы организации оказания медицинской помощи ВПН и алгоритма наполнения регистра ВПН, проведения активного популяционного скрининга в ключевых группах населения с наибольшим риском инфицирования ВИЧ.

# ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ОФИЦЕРОВ С ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬЮ.

Комисарова О.В.

*Грозный*  
ГБУ «РНД»

Объект исследования: психологическая помощь офицерам с интернет зависимостью. Предмет исследования: психологические особенности аддиктивного поведения (на примере интернет-зависимости) офицеров военной части в ходе психологического сопровождения.

В работе ставится цель - выделение клинико-психологических показателей офицеров с интернет-зависимостью для их психологического сопровождения. Для достижения поставленной цели и подтверждения гипотезы исследования были намечены следующие задачи:

Рассмотреть виды и особенности аддиктивного поведения, в частности, компьютерной зависимости;

Изучить особенности личности офицерского состава военной части на основе анализа литературы;

Выявить нарушения клинико-психологических показателей у офицеров, имеющих компьютерную зависимость;

Выявить нарушения клинико-психологических показателей у офицеров, имеющих компьютерную зависимость;

Провести психокоррекционную работу и дать оценку ее эффективности.

В качестве гипотезы исследования выдвинуто предположение о том, что для офицеров, имеющих признаки компьютерной зависимости характерны такие личностные особенности как высокий уровень тревожности, агрессивности, депрессии, обсессивно-компульсивной симптоматики, что целесообразно учитывать при организации их психологического сопровождения.

**ПОТРЕБНОСТЬ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ  
ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ  
ПОМОЩИ НА ФОНЕ РОСТА ПОТРЕБИТЕЛЕЙ  
СИНТЕТИЧЕСКИХ НАРКОТИКОВ**

**Константинов Д.П., Куркова Е.С., Петров А.Д.**

*Санкт-Петербург*

*СПб ГБУЗ «Городская наркологическая больница»*

В Российской Федерации с 2010 года наблюдается рост более чем в два раза количества лиц, зарегистрированных с зависимостью от новых психоактивных веществ и полинаркоманией (2018 г. – 52,5 тыс. чел.; 2015 г. – 40,3 тыс. чел., 2010 г. – 19,1 тыс. чел.) и более чем в четыре раза – с зависимостью от психостимуляторов (2018 г. – 17,8 тыс. чел.; 2015 г. – 12,7 тыс. чел., 2010 г. – 4,3 тыс. чел.). Согласно статистическим данным в Санкт-Петербурге наблюдается аналогичные изменения структуры наркопотребителей по виду употребляемого наркотика в сторону увеличения числа потребителей синтетических наркотических средств, в первую очередь психостимуляторов.

С 2014 по 2019 годы в Санкт-Петербурге количество лиц, зарегистрированных с впервые в жизни установленным диагнозом «синдром зависимости от опиатов» сократилось в 2 раза – с 356 человек (6,9 на 100 тыс. нас.) до 183 (3,4 на 100 тыс. нас.), в свою очередь первичная заболеваемость с диагнозом «синдром зависимости от психостимуляторов» увеличилась в 1,7 раза – с 46 человек (0,9 на 100 тыс. нас.) до 87 (1,6 на 100 тыс. нас.).

Анализируя состав пациентов круглосуточного стационара, данная тенденция выражена еще более отчетливо. Так, количество пациентов с зависимостью от приема психостимуляторов, поступивших в стационар Санкт-Петербургской наркологической больницы с 2014 года по 2019 год увеличилось в 18 раз (с 21 пациента в 2014 году до 381 – в 2019 году).

По данным центра отравлений НИИ СП им. Джане-

лидзе нозологическая структура отравлений характеризуется также преобладанием отравлений синтетическими наркотиками. С 2015 по 2019 год количество отравлений другими и неустановленными наркотиками и психодислептиками выросло на 25% (с 2160 отравлений в 2015 году до 2736 отравлений в 2019 году). Форма статистической отчетности не содержит разбивку данной группы по употребляемому наркотическому средству, однако по клиническим данным большую часть составляют отравления психостимуляторами.

Косвенно тенденция увеличения распространенности синтетических наркотиков подтверждается данными анализа сайта по сбыту наркотиков, проведенному сотрудниками общественных организаций (не официальные данные). Данные с сайта Гидра: за 5 месяцев 2019 года доля психостимуляторов (мефедрон, альфа-ПВП, амфетамин) в структуре приобретения наркотиков составила порядка 50%, при этом половина пришлась на долю мефедрона.

Новые виды синтетических психостимуляторов обладают большим разнообразием проявлений клинической картины заболевания. Наркогенный потенциал высокий. Наличие обсессивного влечения к веществу наблюдается уже в первый-второй месяц употребления. Рост толерантности, как правило, проявляется как в увеличении дозы, так и учащении кратности приема. В структуре постинтоксикационного синдрома быстро появляются признаки тревожных расстройств.

При этом нужно отметить, что латентность в данной категории наркопотребителей значительно выше, чем для потребителей опиатов, и они не попадают в число лиц, зарегистрированных наркологической службой. С одной стороны это связано с тем, что в структуре абстинентного синдрома больше выражены изменения эмоционально-поведенческого уровня с выраженным компульсивным влечением, а не соматического уровня, что снижает обращаемость за специализированной медицинской помощью. В том числе, потребители психостимуляторов не регистрируются и сотрудниками общественных организаций, деятельность



которых направлена на снижение вреда от употребления наркотиков и мотивирование на обращение за специализированной помощью. С другой стороны – значительное число граждан, употребляющих синтетические психостимуляторы, оказываются в психиатрических клиниках в связи с развитием психических расстройств (интоксикационные психозы, шизофреноформные и тревожные расстройства в постинтоксикационном периоде и др.).

По клиническим наблюдениям среди психотических состояний, развивающихся на фоне приема синтетических психостимуляторов встречаются делирий, параноид, онейроид, аффективные психозы (маниакальный, депрессивный, тревожно-агитированный и т.д.), галлюцинозы. По психопатологической структуре психозы протекают, как правило, в классических вариантах. К особенностям можно отнести «вычурный характер» галлюцинозов, крайне нелепую с первого взгляда фабулу бредовых расстройств, длительно сохраняющийся резидуальный бред, отсутствие критики к перенесенному психозу.

Одним из важных клинических наблюдений является выявление во время постабстинентных расстройств расстройств мышления шизофренического спектра. У пациентов обнаруживаются структурные нарушения мышления в виде соскальзываний и паралогий, на фоне конкретности и обстоятельности. Обеднение мимики, снижение эмоционального резонанса. Парадоксальность эмоциональных реакций. Перечисленные проявления по мере купирования постабстинентных расстройств нивелируются, однако интуитивное ощущение наличия у пациента эндогенного расстройства у клинициста не проходит до конца.

В связи с этим необходимо большую роль уделять дифференциальной диагностике с эндогенными психическими расстройствами как в условиях психиатрической так и наркологической клиники. Зачастую пациенты скрывают анамнез потребления наркотиков, поэтому одним из объективных методов определения этиологии психотических расстройств

является химико-токсикологическое исследование биосред организма. В настоящее время в стандарты оказания психиатрической помощи данное обследование не входит.

Наличие в клинической картине данной категории наркоманов психических расстройств, требующих проведение дифференциальной диагностики, длительно сохраняющихся резидуальных психических, тревожных расстройств и отсутствие критики после перенесенных психозов требует более длительных сроков стационарной реабилитации. В настоящее время в соответствии со стандартом оказания специализированной помощи при «синдроме зависимости от ПАВ» продолжительность лечения составляет 21 день. Средняя продолжительность медицинской реабилитации в стационарных условиях не установлена, в связи с чем необходимость продолжения стационарной реабилитации приводит к росту показателя повторных госпитализаций.

Другой особенностью клинической картины опьянения является выраженное повышение сексуального влечения вплоть до расторможенности, особенно при употреблении мефедрона. Данные проявления наряду с внутривенным способом употребления психостимуляторов создают риск распространением ВИЧ-инфекции и заболеваний, передающихся половым путем, особенно в рамках «Chem Sex Parties», активно практикующегося в среде потребителей современных психостимуляторов.

В связи с наблюдаемыми тенденциями наркопотребления, считаем, что имеется потребность в принятии дополнительных организационных мер, способствующих повышению эффективности оказания помощи больным наркоманией вследствие употребления психостимуляторов. Среди предлагаемых мер: введение химико-токсикологического исследования на наличие в организме наркотических средств в стандарты диагностики психотических расстройств, решение вопроса об обязательном информировании наркологической службы о лицах, получавших медицинскую помощь в психиатрических и многопрофильных организациях в связи с потре-

блением психоактивных веществ, введение индивидуального подхода к определению средней продолжительности стационарного этапа медицинской организации.

Учитывая высокую латентность, считаем, что имеется потребность в проведении популяционных исследований для изучения распространенности потребителей синтетических наркотиков.

# **АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ИХ КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ ОПИОИДНОЙ НАРКОМАНИИ**

**Коньков В.И., Шмилович А.А.**

*Москва*

*ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии  
Департамента здравоохранения Москвы»*

Цель. Какова перспектива перехода в ремиссию у больных с опиоидной наркоманией в зависимости от типа аффективных расстройств.

Материал и методы. Работа выполнялась на базе Московского научно-практического центра наркологии (МНПЦН). Исследование было выполнено на 122 больных (75 мужчин и 47 женщин) в возрасте от 18 до 55 лет (средний возраст  $34.58 \pm 0.15$  лет), с опиоидной наркоманией, в психическом статусе которых ведущее или существенное место занимали аффективные расстройства. В когорту исследования брались больные, которые проходили лечение в МНПЦН в 2015–2016 гг. На каждого больного, который участвовал в исследовании, заполнялась специальная карта обследования, которая включала в себя пол, наличие работы, семьи, изменения в характере, наличие\отсутствие депрессий и их типа, выраженность глубины депрессии, факторы определяющие депрессию, зависимость аффективного фона от сезона времени года, злоупотребление опиоидами. Проводилась оценка изменений аффективной сферы, в катamnестическом наблюдении, у больных данного исследования.

Для статистической обработки полученных данных использовалась программа «STATISTICA 10.0 (USA, Statsoft Inc.)», где оценка статистической разницы проводилась по критерию  $\chi^2$  Пирсона (p). Данные представлены в виде среднего арифметического и стандартного отклонения (непрерывные количественные переменные), отношения шансов (Odds Ratio (OR)) и 95% доверительного интервала (95% Confidence Interval (CI)) (номинативные переменные)

Результаты и их обсуждение. Корреляция аффектив-

ной сферы зависела от сезона времени года и времени суток (утренние часы), преимущественно, в группе с аффективными расстройствами, которые были представлены тоской и апатией ( $p = 0.00267$ ). В другой группе, где аффективные расстройства были представлены тревогой и дисфорией, такая зависимость не выявлялась ( $OR = 5.417$ ; 95% CI 1.249 – 23.489). Данная картина позволила предположить, что большие исследования с тоской и апатией имели эндогенную подоснову формирования аффективной патологии депрессивного регистра, на которую также накладывало свой отпечаток злоупотребление опиоидами, тем самым формируя микстовый вариант формирования аффективной патологии – эндоформный. Группа же, где преобладающими являлись тревога и дисфория, в своей структуре формирования аффективных расстройств имела только наркогенную основу – экзогенный тип формирования аффективной патологии. Продолжение злоупотребления опиоидами выявило, что аффективные расстройства в этой группе ( $p = 0,01689$ ) были представлены тревогой и дисфорией, а группа, где злоупотребление опиоидами и другими ПАВ отсутствовало, преобладали тоска и апатия, мания ( $OR = 10.313$ ; 95% CI 1.183 – 89.866). Таким образом, исходя из полученных данных, можно предположить, что группа с тоской и апатией, была с большим преобладанием направлена на формирование ремиссии, чем группа с тревогой и дисфорией.

Выводы. Больные опиоидной наркоманией, у которых аффективные расстройства были представлены тоской и апатией имели большую вероятность формирования ремиссии, чем больные, у которых аффективные расстройства были представлены тревогой и дисфорией.

# **ГАЗЛАЙТИНГ В МЕДИЦИНСКОЙ СРЕДЕ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОГЕННЫХ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

**Краля О.В., Кашева К.А., Похиленко А.Ю.**

*Омск*

*ГБОУ ВПО ОмГМУ*

В настоящее время в экономически развитых странах наблюдается неуклонный рост психогенных и социогенных пограничных психических расстройств, связанных с некорректными межличностными коммуникациями. К таковым относят: депрессивные реакции, тревожно-фобические состояния, невроты, психосоматические заболевания. Именно поэтому одной из важнейших задач современного общества является формирование межличностных отношений и создание правильных моделей общения. В медицинской среде отмечается рост обращений граждан по поводу ятрогений – неблагоприятных последствий профессиональной деятельности врача по отношению к здоровью пациента.

В связи с тем, что понятие ятрогении в настоящее время трактуется более широко, формирование пограничных психических расстройств в результате неправильных действий врача также могут относиться к ятрогениям. Одним из вариантов такого поведения является врачебный газлайтинг.

Под термином «газлайтинг» в настоящее время понимают психологическое воздействие на сознание человека, проводимое таким образом, что он начинает сомневаться в своей благоразумности. Газлайтингом называют такую форму психологического насилия, главной задачей которого является формирование сомнений человека в адекватности своего восприятия окружающей действительности.

Следует отметить, что наиболее часто явления газлайтинга отмечаются среди гинекологов, описываются явления психологического давления на пациенток, их убеждение в психосоматической природе того или иного заболевания. При этом как врачами, так и пациентками боль зачастую игнорируется и трактуется как гиперчувствительность женщин,

склонных к преувеличению, имеющих истероидные и неврастенические преморбидные черты личности. Данную ситуацию можно определить как газлайтинг.

Целью исследования стало выявление случаев газлайтинга в практике врача по отношению к пациенту и изучение влияния психологического давления на пациента.

В настоящем опросе приняли участие 43 врача, из них 31 врач женского пола и 12 – мужского, что составляет 72% и 28% соответственно. Большинство опрошенных врачей (79%) ответили, что одинаково относятся к жалобам пациентов женского и мужского пола, и при появлении одинаковых симптомов у мужчин и у женщин 93% опрошенных назначат препараты одной силы действия всем пациентам, 7% назначат в подобной ситуации более сильные препараты мужчинам. Однако 29% врачей, принявших участие в опросе, считают, что жалобы женщин часто преувеличены.

Около 90% респондентов ответили, что им было комфортно на последнем приеме, особенно у врачей мужского пола, при этом 60% пациентов отметили, что были случаи, когда они чувствовали непрофессиональное поведение со стороны врача; также 33% пациентов ответили положительно и 67% – отрицательно ответили на вопросы о том, уверял ли их врач в необоснованности жалоб на здоровье. При этом по итогам опроса мужчины сталкивались с подобной ситуацией чаще.

По итогам проведенного нами опроса, психологическое давление в виде газлайтинга на пациентов выявлено не было, в отличие от распространенности данного явления за рубежом. Однако, как и в зарубежных данных, более четверти врачей, принявших участие в нашем опросе, считают жалобы женщин часто преувеличенными.

Почти всем опрошенным пациентам было комфортно на последнем приеме, но более половины пациентов отметили, что чувствовали непрофессиональное поведение со стороны врача. Оба вышеназванных явления могут являться предпосылками формирования поведения в стиле газлайтинга среди врачей разных специальностей.

# **ПРОЛОНГИРОВАННАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА НАЛТРЕКСОНА УЛУЧШАЕТ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ АРВТ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ОПИОИДОВ**

**Крупницкий Е.М.**

*Санкт-Петербург*

*ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России*

**Введение:** Для подавления репликации ВИЧ необходима высокая приверженность пациента антиретровирусной терапии (АРВТ). При этом показатели приверженности у больных, страдающих зависимостью от опиоидов, остаются на низком уровне во многом ввиду рецидивирующего течения данного заболевания.

Целью исследования было сравнение эффективности имплантируемой и пероральной форм налтрексона для профилактики рецидива опиоидной зависимости и, за счёт этого, улучшения приверженности АРВТ.

**Методы:** 200 ВИЧ-инфицированных больных с синдромом зависимости от опиоидов, прошедших детоксикацию и впервые начавших прием АРВТ, были случайным образом распределены в 2 группы. Пациенты основной группы в течение 12 месяцев получали терапию имплантируемой формой налтрексона (1000 мг, подкожно, каждые 3 месяца) в сочетании с плацебо перорально (НИ+ОП); больные группы сравнения получали налтрексон перорально (50 мг ежедневно) и имплантацию плацебо (ПИ+ОН). Раз в две недели всем участникам предлагали пройти сеанс индивидуального наркологического консультирования. Показателями эффективности терапии являлись: неопределяемый уровень вирусной нагрузки (<400 копий/мл) через 12 месяцев (первичный показатель), а также количество CD4 клеток, приверженность АРВТ (по данным технологии MEMS caps) и наркологическому лечению (вторичные показатели).

**Результаты:** Пациенты обеих групп не различались по демографическим и клиническим показателям при включе-



нии в исследование. Процент больных, успешно завершивших наркологическое лечение, был достоверно выше в группе имплантата налтрексона по сравнению с группой перорального налтрексона (32% vs 17%, соответственно,  $p < 0.05$ ). На момент завершения исследования доля больных, приверженных АРВТ, также была больше в группе, получавших пролонгированную форму налтрексона (46% vs 32%;  $p < 0.05$ ). К концу 12 месяцев 62% пациентов группы НИ+ОП имели неопределяемый уровень вирусной нагрузки, в то время как в группе сравнения этот показатель составил 50% [OR (95% CI) = 1.94 (1.10–3.43)]. Среднее количество CD4 клеток было выше у пациентов, продолжавших терапию налтрексоном, независимо от группы рандомизации, по сравнению с пациентами, досрочно прекратившими наркологическое лечение ( $453.1 \text{ клеток/мм}^3 \pm 271.0$  vs  $293.6 \text{ клеток/мм}^3 \pm 170.3$ ,  $p < 0.001$ ). По частоте нежелательных явлений различий между группами выявлено не было (32% в группе ПИ+ОН vs 30% в группе НИ+ОП).

**Заключение.** Пролонгированная форма налтрексона является более эффективным средством профилактики рецидива опиоидной зависимости, по сравнению с пероральной формой, и позволяет улучшить приверженность и эффективность АРВТ у больных ВИЧ-инфекцией.

**ДИНАМИКА МЕДИЦИНСКИХ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЙ НА СОСТОЯНИЯ ОПЬЯНЕНИЯ, ПРОВЕДЕННЫХ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ НАРКОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ Г. ДОНЕЦКА В ПЕРИОД НОВОГОДНИХ ПРАЗДНИКОВ С 20 ДЕКАБРЯ ПО 20 ЯНВАРЯ 2017-2020 ГГ.  
Кучерявая В.И., Долинная А.В., Цыба И.В.,  
Кононенко И.Н.**

*Донецк, Донецкая Народная Республика  
Республиканский наркологический центр*

В периоды общепризнанных государственных и религиозных праздников среди определенных категорий населения увеличивается количество потребления алкогольных напитков и других психоактивных веществ. Данная тенденция способствует увеличению количества криминогенных ситуаций, участниками которых становятся лица в состоянии опьянения; травм, отравлений, обострений хронических заболеваний под влиянием токсического действия алкоголя и других психоактивных веществ.

С целью активизации пропаганды здорового образа жизни в периоды роста потребления алкогольных напитков и других психоактивных веществ, была изучена динамика медицинских освидетельствований на состояния опьянений, в т.ч. в период новогодних праздников, осуществленных специалистами Республиканского наркологического центра г. Донецка.

В ходе изучения полученных статистических данных было установлено, что в общем количестве проведенных медицинских освидетельствований за аналогичные периоды времени имеют место следующие абсолютные показатели: 2017–2018 гг. (252 случая), 2018–2019 гг. (244 случая), 2019–2020 гг. (298 случаев), что свидетельствует о тенденции к их незначительному росту.

В структуре исследований во всех периодах наблюдения основной удельный вес составляли мужчины (92%), из которых практически 54% – лица в возрасте от 18 до 35 лет.

Основными причинами направлений на медицинское освидетельствование явились случаи нахождения в общественном месте в нетрезвом состоянии и в связи с ситуациями, связанными с управлением транспортным средством. Соотношение положительных результатов при выявлении алкоголя и наркотических веществ осталось практически неизменным: в 67–69% случаев выявлена острая интоксикация, обусловленная употреблением алкоголя и в 31–33% – острая интоксикация, обусловленная употреблением опиоидов, каннабиноидов и психостимуляторов. Во втором варианте психотропные препараты представлены до 42% синтетическими каннабиноидами.

Среди общего количества проведенных экспертиз женщины составляют 8%, из них преобладающая возрастная группа 18–35 лет – 78%. Среди женского контингента удельный вес положительных результатов на наличие опьянений колеблется от 33% до 47%. Следует отметить, что число «потребительниц» наркотических веществ существенно увеличилось и преобладает в последний из исследуемых периодов. Однако, примечательно, что женщины более склонны к экспериментам с одновременным (либо за короткий временной промежуток) употреблением различных групп психотропных веществ: опиатов, психостимуляторов и каннабиноидов. В тоже время женщины менее склонны к управлению транспортным средством в нетрезвом состоянии, о чем свидетельствуют единственный выявленный случай за три исследуемых периода.

Выявить даты, на которые стабильно приходится максимальное количество проведенных экспертиз с положительным результатом в период новогодних праздников в данном исследовании, не представилось возможным.

Проведенное исследование показало:

– выявлена тенденция к незначительному росту общего количества медицинских освидетельствований, проведенных в период новогодних праздников с 20 декабря по 20 января 2017–2020 гг.;

– стабильно соотношение мужского и женского населения, лиц в возрасте от 18 до 35 лет и соотношение выявленных алкогольных опьянений к опьянениям психотропными препаратами;

– женщины менее склонны к управлению транспортным средством в нетрезвом состоянии, однако более подвержены экспериментам с различными группами психотропных препаратов.

Полученный анализ свидетельствует о необходимости активизации санитарно-просветительной работы по пропаганде здорового образа жизни среди населения с использованием средств массовой информации в периоды общепризнанных государственных и религиозных праздников.

# ОРГАНИЗАЦИЯ ОНЛАЙН ОПРОСА ПО ПРОБЛЕМАМ ИНФЕКЦИОННОЙ КОМОРБИДНОСТИ В НАРКОЛОГИИ

Ли Е.А., Должанская Н.А.

Москва

*ННЦ наркологии-филиал ФГБУ «Национальный медицинский  
исследовательский центр психиатрии и наркологии  
им. В.П. Сербского» МЗ РФ*

Рост уровня интернетизации медицинских организаций (МО), а также широкая доступность онлайн сервисов, предлагающих готовые платформы для конструирования web-анкет, предоставляют неограниченные возможности для использования САWI-технологий (computer-assisted web interviewing) для изучения широкого круга проблем в отечественном здравоохранении.

В 2018 году исследователи ННЦ наркологии (филиала НМИЦ ПН им. В.П. Сербского) из отделения профилактики социально значимых инфекций для выявления проблемных зон, связанных с оказанием помощи пациентам с зависимостями от ПАВ с сопутствующими социально значимыми инфекциями, провели масштабный онлайн опрос сотрудников МО наркологического профиля. Работа выполнялась в рамках Госзадания по теме «Разработка принципов междисциплинарного взаимодействия, связанного с профилактикой, сопутствующих употреблению психоактивных веществ (ПАВ) социально значимых инфекций: вирусных гепатитов В и С, ВИЧ-инфекции, инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) и туберкулеза». В рамках исследования была проведена оценка возможности использования методики онлайн опросов для систематического изучения проблем, связанных с оказанием медицинской помощи пациентам с зависимостями от ПАВ и коморбидными инфекционными заболеваниями.

Цель исследования: разработать и апробировать методику проведения онлайн опросов; разработать рекомендации для организации серии повторяющихся онлайн опросов

для изучения медико-социальных проблем, возникающих при оказании наркологической помощи пациентам с коморбидной инфекционной патологией.

Материал и методы. Сбор данных был организован в рамках одномоментного поперечного исследования с помощью российского сервиса для проведения онлайн опросов «Тестограф».

В качестве инструмента для сбора данных был использован Web-опросник, созданный сотрудниками института с помощью встроенного онлайн конструктора платформы «Тестограф». При создании опросника были использованы встроенные функции ветвления опроса в соответствии с логикой ответа респондента; обязательных вопросов; предоставления подсказок по заполнению тех или иных типов вопросов; индикатора выполнения опроса. Перед началом сбора данных было проведено пилотное тестирование web-опросника, по результатам которого были внесены поправки в структуру и содержание инструмента сбора данных.

Для набора респондентов в целевую (экспертную) выборку проведена таргетированная двухэтапная e-mail рассылка главным наркологам регионов РФ и руководителям наркологических МО с предложением поддержать организацию проведения опроса.

В целях соблюдения этических принципов проведения исследований, а также для повышения уровня доверия респондентов, в рамках исследования обеспечивалась анонимность участников. В задачи исследования входило обобщение собираемой информации не ниже уровня региона, что ограничивало возможности идентификации участников. Кроме того, в анкету не были включены вопросы для сбора любой другой информации, позволяющей идентифицировать личность респондента. Всем потенциальным респондентам до ответа на вопросы анкеты предлагался текст информированного согласия с подробной информацией о целях и задачах исследования, а также о праве респондента прекратить участие в опросе в любой момент.

После получения информированного согласия на участие в исследовании всем респондентам предлагалась информация о типах вопросов, включенных в анкету и возможность пробной попытки заполнения тренировочных вопросов. При желании респондент имел возможность пропустить этот раздел опроса. В информационном приложении к опросу содержалась контактная информация сотрудников ННЦ наркологии, ответственных за предоставление технической поддержки сотрудникам МО, принимающих участие в опросе.

В web-опроснике использовались различные типы вопросов – выбор одного варианта из списка, выбор нескольких вариантов из списка, ранжирование, матрица с выбором одного варианта, матрица с выбором нескольких вариантов, текстовый ответ. Подавляющее большинство вопросов в опроснике – закрытого типа; вместе с тем, на протяжении опроса участникам предлагались текстовые поля для предоставления дополнительной информации в свободной форме.

В ходе сбора данных использовались встроенные функции мониторинга за сбором данных, включая оповещения о заполнениях анкет, статистику собранных анкет, просмотр ответов по одному, а также промежуточные обобщения собранных данных. После завершения опроса обработка и анализ данных проведены с использованием стороннего программного обеспечения.

Результаты и их обсуждение. Сбор данных проводился в течение трех месяцев. В общей сложности 424 респондента приняли участие в опросе. Из них 10% воспользовались возможностью заполнения тренировочных вопросов анкеты. Не завершили опрос 6% респондентов; в соответствии с условиями опроса данные анкеты не были включены в анализ. По результатам оценки качества заполнения исключены из анализа две некорректно заполненные анкеты. В анализ включены анкеты 395 участников, что составило 93,2% от числа принявших участие в опросе. Высокая доля ответа и небольшой процент некорректно заполненных анкет говорит о готовно-

сти целевой аудитории к участию в опросах с использованием CAWI-технологий.

На основе полученного опыта были сформулированы рекомендации для проведения оперативных онлайн опросов на перспективу, в том числе: ограничение числа вопросов в анкете (10-15 вопросов); сокращение этапов утверждения проекта; повышение мотивации сотрудников на участие в опросах, в том числе путем предоставления результатов проведенных опросов сотрудникам МО, принимающих участие в исследовании; развитие поддержки инициативы руководителями МО.

Выводы. Опыт проведения масштабного опроса сотрудников МО наркологического профиля продемонстрировал высокий потенциал онлайн опросов как инструмента оперативного сбора информации, в том числе и по проблемам, возникающим в деятельности специалистов наркологического профиля. В ходе исследования была опробована методика проведения CAWI-опросов, проработаны детали организации и мониторинга за проведением сбора данных в Интернет.



# **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ В ПЕРИОДЕ МЕНОПАУЗЫ**

**Лян Е.М., Ядгарова Н.Ф., Узоков Н.А.,**

**Юсупов С.К., Бутаев А.Л.**

*Ташкент, Республика Узбекистан*

*Ташкентская Медицинская Академия*

Введение. По данным ВОЗ, депрессия является одной из ключевых проблем современной медицины. Депрессии, в особенности на фоне климактерического периода, нарушают адаптационные возможности, изменяют привычный образ, смысл и качество жизни пациентов, являются причиной нетрудоспособности, профессиональных и личностных затруднений. В связи с этим, представляется важным изучение клинических особенностей невротических депрессий в периоде менопаузы.

Цель исследования. Изучение клинических особенностей больных депрессивными расстройствами невротического уровня в периоде менопаузы.

Материалы и методы. Нами было исследовано 47 больных с невротической депрессией в периоде менопаузы. Для определения степени тяжести депрессивных расстройств применялась шкала Гамильтона, для оценки депрессии (HDRS) и для определения уровня тревоги – шкала реактивной и личностной тревоги Спилбергера-Ханина. В исследование были включены только женщины в периоде менопаузы (по данным анамнеза и консультации гинеколога)

Результаты и их обсуждение. По шкале Гамильтона было выявлено следующее распределение степени тяжести депрессивных расстройств: легкое депрессивное расстройство 15 (37,5%); депрессивное расстройство средней степени тяжести 20 (50%); депрессивное расстройство тяжелой степени 5 (12,5%); По шкале Спилбергера-Ханина среди больных преобладала тревога умеренная.

Заключение. Депрессии невротического уровня в периоде менопаузы протекают на легком и умеренно-выражен-

ном уровне, формируются в стрессогенных ситуациях, конфликтов, характеризуются полиморфизмом симптоматики с преобладанием тревожно-депрессивного и астено-депрессивного симптомокомплексов. В структуре внутренней картины болезни больных невротическими депрессиями в периоде менопаузы отмечается преобладание тревожного, ипохондрического и сенситивного типа отношения к болезни, что обуславливает необходимость психотерапевтических интервенций.

**КОНФЕССИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ  
РЕАБИЛИТАЦИЯ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ  
БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ  
ЗАВИСИМОСТЬЮ**

**Магай А.И., Бабурин А.Н., Борисова О.А., Копейко Г.И.**

*Москва*

*ФГБНУ НЦПЗ*

Недостаток данных в научной литературе об эффективных научно-обоснованных реабилитационных и профилактических программах для людей с коморбидной патологией и религиозным мировоззрением определяет актуальность исследований в этой области. Авторитетные исследователи в области религиозной психиатрии, такие как Harold Koenig и Herman Van Praag, считают необходимым привлечение духовного ресурса в работе с душевнобольными, имеющими коморбидные расстройства и религиозное мировоззрение.

В 2016–2018 годах в ФГБНУ НЦПЗ была разработана конфессионально-ориентированная технологии реабилитации психически больных с коморбидной алкогольной зависимостью с опорой на ценностно-смысловые личностные ориентации. Конфессионально-ориентированная программа реабилитации больных с учетом их религиозного мировоззрения позволяет осуществлять своевременную диагностику и мониторинг психического состояния больного. Комплексные мероприятия, включающие различные модули, направлены на профилактику возможных рецидивов у пациентов с религиозным мировоззрением.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 26 больных (основная группа) с диагнозом приступообразной шизофрении, шизоаффективными психозами в кататнезе, а также больные с шизотипическими расстройствами без психотических расстройств и больные с непсихотическими эндогенными аффективными расстройствами (по МКБ-10 F20.04–F20.05, F25.x, F21.3–21.4, F33.4, F31.7, F32.2), у которых наблюдалась сочетанная алкогольная

зависимость (по МКБ-10 F10.2x1–F10.2x2). Больные были распределены по 3 подгруппам – больные с прогрессивной формой шизофрении, с малопрогрессивными формами шизофрении и эндогенными аффективными расстройствами с коморбидным алкоголизмом.

Больные основной группы на протяжении двух лет участвовали в конфессионально-ориентированной реабилитации, имевшей в своей структуре духовно-ориентированный модуль. Все пациенты были обследованы клинико-психопатологическим, клинико-катамнестическим, клинико-динамическим методами, проведены исследования по оценке позитивных и негативных психопатологических расстройств по шкале PANSS, исследование смысложизненных ориентаций, а также тестирование по шкале самооценки Дембо-Рубинштейн и шкале религиозности О.Ю. Казьминой в трех различных точках (включение в реабилитацию, спустя год, через 2 года на выходе из реабилитации). Пациенты контрольную группу (10 человек) в реабилитационные мероприятия включены не были. Больные контрольной группы были обследованы в соответствии с программой обследования пациентов основной группы. Все больные основной и контрольной групп имели православное мировоззрение, но в разной степени практиковали веру.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ клинических особенностей первой подгруппы пациентов основной группы выявил преобладание патологических форм опьянения, укорочение периода эйфории и раздражительность, эксплозивно-дисфорические реакции. Во второй подгруппе были выявлены эмоциональная лабильность и укорочение периода эйфории и раздражительность, патологические формы опьянения, а также истерическая симптоматика, эксплозивно-дисфорические реакции. В третьей подгруппе наблюдалась депрессивная симптоматика, имели место эмоциональная лабильность, раздражительность.

Выявленные клинические особенности отражали закономерности развития коморбидной патологии у больных

с психическими расстройствами относительно течения алкогольной зависимости у больных с разными видами коморбидной патологии.

Реабилитационная программа была представлена терапевтическим и психосоциальным модулем, включающим в себя духовно-ориентированный блок. В ходе психосоциальной реабилитации больные участвовали в групповых и индивидуальных занятиях с мультидисциплинарной командой специалистов: врачи-психиатры, клинические психологи, специалисты по социотерапевтической работе, священники.

Исследования качества ремиссии показало, что у больных основной группы наблюдалось формирование продолжительной и устойчивой ремиссии, при этом наибольшая продолжительность ремиссии наблюдалась у больных с аффективной патологией и малопрогрессирующей шизофренией. Средняя длительность ремиссии в основной группе за период наблюдения составила 14,6 месяцев, что практически в три раза выше, чем у пациентов контрольной группы (5,1 месяцев). У пациентов основной группы отмечалось улучшение семейного положения, повышение профессионального статуса, возрастание навыков коммуникации и регулярности церковной жизни. Больные стали активнее участвовать в жизни церковной общины, паломнических поездках, приходских встречах, посещали богослужения. Полученные в результате исследования данные свидетельствовали о том, что в период реконвалесценции и ремиссии поведение больных определяется их базисными личностными ценностями.

**Заключение.** Изменение ценностно-смысловых ориентаций и способов совладания с негативными жизненными событиями у религиозных больных, прошедших конфессионально-ориентированную реабилитацию, сопряжено с формированием более высокого уровня общей осмысленности жизни, а также изменениями показателей смысложизненных ориентаций «процесса жизни» и «локуса контроля-жизнь». Конфессионально-ориентированная реабилитация больных с коморбидной патологией способствует расширению репертуара используемых религиозных копингов, а также усложне-

нию их типов от более психологически понятных (улучшение регуляции эмоционального состояния, контроль за своим состоянием) до имеющих глубинное значение на личность пациента (трансформация ценностных и смысловых образований, общность смыслов и ценностей в религиозной группе). Постепенное формирование более адекватной самооценки, связанной с более зрелым пониманием особенностей своего состояния, способствует выработке трезвенной жизненной позиции и изменению образа жизни с установлением устойчивой ремиссии.

# **КОМОРБИДНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

**Максимчук ВП, Лисковский ОВ.**

*Минск, Республика Беларусь*

*ГУ «РНПЦ психического здоровья»,*

*УО «Белорусский государственный  
медицинский университет»*

Введение. Злоупотребление алкоголем и наркотическими средствами наносят серьезный вред физическому и психическому здоровью человека, увеличивает смертность от различных соматических заболеваний. По данным Всемирной организации здоровья (ВОЗ), только алкоголизм ежегодно уносит около 6 млн. человеческих жизней. Статистика свидетельствует, что продолжительность жизни пьющих людей укорачивается в среднем на 15 лет; примерно половина всех дорожных происшествий совершается в нетрезвом виде; алкоголизм резко снижает качество жизни того, кто страдает этим пороком. В Республике Беларусь ежегодно только от внешних причин в среднем умирает 12,3% от числа умерших от всех причин.

Ежегодно в среднем в Республике Беларусь умирает 2,7% чел. от общего числа наблюдаемых пациентов наркологического профиля, а ежегодная смертность пациентов с наркоманией составляет 3–5% от общего числа пациентов наблюдаемых наркологической службой. Немаловажную роль в смертности пациентов наркологического профиля, оказывают коморбидные соматические заболевания у наблюдаемых пациентов.

Цель и задачи исследования. Провести анализ причин смертности пациентов наркологического профиля, изучить коморбидность пациентов с синдромом зависимости от психоактивных веществ, разработать примерные подходы к профилактике смертности пациентов наркологического профиля.

Материал и методы. Изучены статистические данные о распространенности психоактивных веществ и смертности диспансерных пациентов с синдромом зависимости от алкоголя и наркотических средств по данным отчетов о работе областных наркологических диспансеров и службы судебно-психиатрической экспертизы Республики Беларусь.

Результаты и обсуждение. За последнее десятилетие в Республике Беларусь число наблюдаемых пациентов с синдромом зависимости от алкоголя уменьшалось на 13,9%: с 179871 чел. (1865,2 на сто тыс. нас.), в 2010 г., до 154842 чел. (1634,2 на сто тыс. нас.) на 01.01.2020 г., а число наблюдаемых пациентов синдромом зависимости от наркотических средства уменьшилась на 15,4%: с 8873 чел. в 2010 г. (92,1 на 100 тыс. нас.), до 7507 чел. в 2019 г. (79,2 на 100 тыс. нас.). Смертность диспансерных наркологических пациентов за это период времени уменьшилась на 14,4% (с 5493 случая в 2010г. до 4155 случаев в 2019 г). Анализ показал, что наибольшая смертность диспансерных пациентов наблюдается в возрасте 41–59 лет (в среднем ежегодно умирает 57,8% пациентов, на втором месте в возрасте 31–40 (18,6%) и в возрасте старше 60 лет (18,2%), в возрасте 18–30 лет – 5,4%.

За 12 месяцев 2019 года, в сравнении с аналогичным периодом 2018 года, отмечается снижение суицидальной активности в группе диспансерного наблюдения на 4,8%. Так, за 12 месяцев 2019 года всего по республике зарегистрировано 178 случаев суицидов среди диспансерной группы наблюдения. Приведенный анализ показал, что в 80,1% случаях диспансерные наркологические пациенты умирают от соматических заболеваний, в 4,5% пациенты совершили самоубийство, а в 3,9% случаев смерть наступала от случайного отравления алкоголем.

Важным индикатором наличия сопутствующего соматического заболевания у пациентов наркологического профиля, является наличие у них группы инвалидности. Нами изучено наличие инвалидности у пациентов наркологического профиля, которые прошли стационарное лечение в Госу-



дарственном учреждении «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» в 2019 году. Всего пролечилось в отделениях наркологического профиля 4205 пациентов. Группа инвалидности имела у 146 пациентов (3,5% от общего числа пролеченных пациентов), в том числе третья группа была у 29 пациентов (19,8%), вторая группа у 117 пациентов (80,2%). Наибольший процент инвалидности отмечен у пациентов, которые проходили лечения от синдрома зависимости от наркотических средств (10,6% от числа пролеченных пациентов в специализированном отделении для лечения пациентов с наркоманией).

Анализ коморбидности у 1254 пациентов 9 наркологического отделения, прошедших лечение в 2019 г., показал, что у 58,4% пациентов (732 чел.) были выявлены психотические расстройства преимущественно галлюцинаторного типа F–10.52 (включая и алкогольный галлюциноз), у 8,45% пациентов (106 чел.) наблюдалось состояние отмены, осложненное делирием F–10.40.

Выводы и рекомендации. Анализ проведенного исследования показал, что смертность, связанная с алкоголем и употреблением наркотических средств вносит значительный вклад в уровень общей смертности в Беларуси. Общее число лиц, умерших от внешних причин в среднем составляет 12,3% от числа умерших в республике от всех причин. Смертность диспансерных пациентов наркологического профиля уменьшилась за последние 10 лет на 24,4%. Исследование показало, что наибольшая смертность диспансерных пациентов наблюдается в возрасте 41–59 лет (в среднем ежегодно умирает 57,8% пациентов, на втором месте в возрасте 31–40 (18,6%) и в возрасте старше 60 лет (18,2%), в возрасте 18–30 лет – 5,4%.

На частоту смертности пациентов наркологического профиля влияет и наличие коморбидности соматического заболевания. Проблема сочетания алкогольной и наркотической зависимостей с другой психической патологией является весьма актуальной. Кроме того необходимо учитывать, что имеется определенный патоморфоз, свойственный целому

ряду психических заболеваний, в том числе и алкогольной зависимости, что изменяет клиническую картину заболевания и требует соответствующего лечения.

В целях предупреждения смертности диспансерных пациентов наркологического профиля целесообразно следующее.

1. Изучать коморбидность пациентов наркологического профиля. Терапия коморбидных расстройств должна строиться на общих принципах терапии психических и соматических заболеваний, особенно в тех случаях, когда сложно определить первичность или вторичность нозологической составляющей коморбидного процесса.

2. Ежегодно проводить мониторинг наркологической ситуации в республике, который должен проводиться как на республиканском уровне, так и на региональном. Целями осуществления мониторинга являются определение состояния распространенности сочетанности наркологических, психических и соматических заболеваний, оценка эффективности проводимой антинаркотической и антиалкогольной политики в стране, а также формирование предложений по профилактике смертности у пациентов наркологического профиля.

3. Основная задача лечения пациентов с коморбидной патологией, должна быть связана с более четкой дифференциацией на уровне симптомов и синдромов (в плане их клинической значимости и конкурентности), что позволит для назначения клинически оправданной и патогенетически направленной психофармакотерапии данного контингента пациентов.

Снижение смертности, связанной с алкоголем и употреблением наркотических средств позволит существенно понизить уровень общей смертности населения и тем самым повысить уровень эффективности лечения данных пациентов.

# ДИАГНОСТИКА ФЕБРИЛЬНОЙ КАТАТОНИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИИ

Малин Д.И.

Москва

*Национальный исследовательский центр психиатрии  
и наркологии им. В.П. Сербского*

Кататонический синдром или кататония – психопатологический синдром моторной дисрегуляции, который традиционно связывают с шизофренией. В последнее время большинство исследователей придерживаются точки зрения, согласно которой кататония, также как и делирий, является неспецифическим синдромом, возникающим при целом ряде психически, нейродегенеративных, инфекционных, аутоиммунных, генетических и психоэндокринных заболеваниях. О фебрильной кататонии (ФК) говорят тогда, когда кататоническая симптоматика сочетается с гипертермией, комплексом соматовегетативных нарушений и расстройством сознания. ФК наиболее часто выявляется при шизофрении и шизоаффективном расстройстве. При фебрильной (гипертоксической) шизофрении (ФШ) развитие этих состояний происходит спонтанно, как результат чрезвычайно острого течения психоза. В других случаях, фебрильное состояние с кататонией возникает, в результате развития тяжелого осложнения нейролептической терапии, известного так злокачественный нейролептический синдром (ЗНС).

ФК является относительно редким состоянием. Специальных эпидемиологических исследований по выявлению частоты развития одного из ее вариантов – ФШ среди пациентов психиатрического стационара не проводилось. Частота развития ЗНС, который является одной из форм ФК, составляет от 0,01 до 0,02% от всех пациентов, получающих антипсихотическую терапию. Летальность при ФШ и ЗНС составляет от 5,5 до 25%.

ФШ, как правило, развивается в молодом возрасте и чаще у женщин. При шизоаффективном психозе это пре-

имущественно первые приступы, при приступообразной шизофрении могут возникать как в первом, так и в повторных приступах. Для ФШ с первых дней манифестации приступа характерна чрезвычайная острота психопатологических нарушений с быстрым развитием онейроидного помрачения сознания и выраженных кататонических расстройств – ступора с явлениями восковой гибкости или негативизмом, или возбуждения с импульсивностью, двигательными и речевыми стереотипиями. Температура повышается с первых дней развития приступа, носит неправильный характер (нетипична для какого-либо соматического и инфекционного заболевания), не снижается при назначении анальгетиков. Одновременно с гипертермией возникают тахикардия, колебания артериального давления. Быстро присоединяются водно-электролитные нарушения. В общем анализе крови отмечается ускорение скорости оседания эритроцитов (СОЭ), умеренный лейкоцитоз, лимфопения. В биохимическом анализе крови выявляется повышение активности трансаминаз и креатинфосфокиназы (КФК).

В отличие от ФШ, ЗНС чаще развивается в повторных приступах, независимо от пола и возраста, при назначении нейролептиков различных химических групп, чаще на фоне лечения галоперидолом. В последние годы были описаны отдельные случаи ЗНС на фоне лечения атипичными антипсихотиками: кветиапином, клозапином, рисперидоном и оланзапином, амисульпиридом и арипипразолом. Наиболее часто развитие ЗНС отмечается в процессе антипсихотической терапии больных шизофренией и шизоаффективным расстройством. В мировой литературе отмечены случаи развития ЗНС у пациентов с аффективными заболеваниями, деменцией и органическими психозами. Наиболее ранним признаком развития ЗНС у пациентов, страдающих шизофренией и шизоаффективным психозом, важным для диагностики осложнения, является развитие экстрапирамидной симптоматики с одновременным обострением психоза, появлением или резким усилением кататонических расстройств – ступора с негативизмом или каталепсией. На этом фоне отмеча-

ся гипертермия и другие соматовегетативные нарушения. В связи с этим некоторые исследователи рассматривают ЗНС как нейролептическую или «ятрогенную» форму ФК, относя их к заболеваниям одного спектра, что также подтверждается сходностью биохимических и иммунологических нарушений при этих двух состояниях. Характерным лабораторным признаком ЗНС является повышение активности креатинфосфокиназы (КФК), миоглобинурия и снижение содержания железа в плазме крови.

Дифференциальную диагностику ФШ и ЗНС необходимо проводить с неврологическими заболеваниями, такими как вирусный энцефалит, менингоэнцефалит, объемные и сосудистые поражения ЦНС и др. С этой целью может потребоваться проведение современных нейровизуализационных методов обследования МРТ или КТ головного мозга.

В последние годы благодаря развитию нейроиммунологии была выявлена группа заболеваний, представляющих собой аутоиммунные энцефалиты. В 2007 году были впервые описаны серии случаев, аутоиммунного анти – NMDA рецепторного энцефалита, протекающего с психотическими симптомами включая и кататонические расстройства, вегетативными нарушениями с гипертермией, и риском развития летального исхода. Симптоматика заболевания может быть схожа с летальной кататонией и ЗНС и вызывает трудности дифференциальной диагностики. Имеется описание случаев, когда выставленный диагноз ЗНС пересматривался после обнаружения в крови и ликворе у больных аутоантител к NMDA рецепторам головного мозга.

Первоначально анти-NMDA рецепторный энцефалит был описан у молодых женщин с тератомами яичников. В последующем в не связи с опухолевым процессом у лиц обоего пола и разных возрастов. В последние годы случаи аутоиммунного энцефалита были выявлены у больных психиатрических стационаров с первоначальными диагнозами шизофрения, шизоаффективное расстройство, нарколепсия и большое депрессивное расстройство.

Заболевание вызывается антителами к NR1 – субъе-

диницами глутаматного NMDA- рецептора. Многоцентровое наблюдательное исследование 577 больных с аутоиммунным анти-NMDA рецепторным энцефалитом показало, что 95% больных были лица моложе 45 лет и 37% моложе 18 лет, а отношение женщин к мужчинам составляло 4 : 1. У женщин старше 18 лет в 58% случаев выявлялся опухолевый процесс, чаще тератома яичников. У лиц старше 49 лет в 23% случаев выявлялась наличие опухоли обычно карциномы. В настоящее время определены критерии, позволяющие с высокой долей вероятности диагностировать развитие аутоиммунного анти-NMDA рецепторного энцефалита.

I. Быстрое развитие заболевания (менее чем 3 месяца) и наличие как минимум 4 из 6 симптомов: 1) нарушение поведения, 2) когнитивная дисфункция с нарушением памяти, 3) нарушение речи (обеднение речи, мутизм), 4) судорожные припадки, 5) двигательные нарушения (дискинезии, ригидность, вычурное позирование), 6) нарушение сознания, 7) вегетативные нарушения и гипертермия.

II. Наличие хотя бы одного из следующих признаков: 1) Изменения на ЭЭГ (локальная или диффузная медленная активность, дезорганизация основных ритмов, эпилептическая активность или экстремальный дельта сигнал), 2) наличие невысокого плеоцитоза с преобладанием лимфоцитов в спинномозговой жидкости.

Выявление указанных симптомов требует проведения иммунологического исследования спинномозговой жидкости и крови на предмет выявления аутоантител к GluNR1 субъединицами NMDA рецептора.

Дифференциальная диагностика ФК и аутоиммунных энцефалитов имеет важное практическое значения, так как определяет последующую терапевтическую тактику. При ФК и ЗНС наиболее эффективным является отказ от антипсихотической терапии назначение инфузионной терапии и проведение электросудорожной терапии (ЭСТ), в то время как при аутоиммунном энцефалите показана иммунотерапия с назначением иммуноглобулина и метилпреднизолона и проведение плазмафереза.

**СОЧЕТАНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ В СПИНЕ  
С ПРИЗНАКАМИ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ  
У ЖЕНЩИН УЖЕНЩИН РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА**  
**Манышева К. Б., Джамалова З. А., Гамидова Н. А.**

*Махачкала*

*Дагестанский государственный медицинский университет*

Дорсопатия – одна из наиболее распространенных нозологических форм в мире, самым частым симптомом которой является боль в спине. В соответствии с современной биопсихосоциальной концепцией, боль является результатом динамического взаимодействия трех групп факторов – биологических, психологических и социокультурных. Преобладание тех или иных факторов зависит от стадии заболевания, и если при острой боли наиболее велико влияние биологических компонентов боли, то в процессе её хронизации на первый план выходят психологические и социальные факторы. Таким образом, наше исследование посвящено взаимосвязи составляющих биопсихосоциокультуральной модели боли: биологической составляющей у исследуемых нами пациентов является собственно наличие дорсопатии – дегенеративно-дистрофических изменений, обнаруживаемых при обследовании, психологической – исследуемые аффективные признаки тревоги, депрессии, а также утомляемости, социокультурной – гендерная принадлежность группы исследования с учетом местности проживания.

В группу исследования вошли 74 пациентки женского пола, находившихся на стационарном лечении в многопрофильных клиниках. Из них 32,5% – женщины молодого возраста, 48,6% – пациентки средней возрастной группы, 18,9% – женщины пожилого возраста. Средний возраст пациенток составил  $46,32 \pm 11,59$  лет. 40,5% женщин, вошедших в исследование, проживают в сельской местности, остальные являются жительницами городов. Причиной госпитализации в каждом случае являлось обострение синдрома дорсалгии.

Средняя продолжительность заболевания колебалась от 1 года до 15 лет со средним значением  $6,78 \pm 3,5$  лет. При оценке выраженности болевого синдрома по ВАШ абсолютное большинство женщин – 86,5% респондентов отметили боль средней интенсивности, остальных интенсивность боли была высокой. Дорсопатия в ряде случаев формировалась на фоне повышенной массы тела: у 45,9% женщин отмечалась избыточная масса тела, у 21,6% – ожирение различной степени (I – в 10,8%, II – в 8,1%, III – в 2,7% случаев). Среднее значение индекса массы тела составило  $27,43 \pm 3,8$  кг/см<sup>2</sup>.

Выраженность депрессивных проявлений оценивалась при подсчете баллов шкалы Бека. Средний балл при системной оценке составил  $11,65 \pm 4,83$  балла. 45,9% пациенток не обнаруживали симптомов депрессии, у 43,2% была выявлена легкая депрессия, в 8,1% – тяжелая депрессия, и в 2,8% – умеренная депрессия.

Для оценки тревоги использовали шкалу Спилбергера в модификации Ханина. При этом тревожность как черта личности была свойственна лишь 35,1% исследуемых, и включала 21,6% случаев тревожности умеренной степени и 13,5% выраженной. Средний балл личностной тревоги составил  $27,46 \pm 12,63$ . Реактивная тревожность наблюдалась у всех пациенток, в 32,4% случаев она была умеренной степени, в 67,6% – выраженной со средним баллом  $50,14 \pm 7,27$ .

Для определения наличия усталости использовали 10-пунктную шкалу оценки усталости, средний балл составил  $24,89 \pm 5,29$ . В соответствии с интерпретацией шкалы синдром патологической усталости различной степени был обнаружен у 78,4% респондентов.

Таким образом, признаки депрессии выявляются более, чем в половине случаев обострения хронической боли в спине у женщин. Сам по себе синдром дорсалгии, вызывающий госпитализацию, вызывает появление чувства тревоги независимо от того, свойственна тревога как черта личности



данному пациенту или нет. Примечательно, что для группы пациенток среднего возраста личностная тревога как таковая была характерна лишь каждой пятой женщине, и выраженность возникающей на её фоне ситуативной тревоги была ниже по сравнению с женщинами, которым личностная тревога не свойственна – они в 87% случаев испытывали выраженную тревогу. Выявленный нами у большинства исследуемых синдром патологической усталости, может рассцениваться как спутник длительной болезни или хронической боли как таковых.

Тревога и депрессия, возникающие у пациента с хронической дорсалгией, оказывают влияние на восприятие боли пациентом и его поведение, в том числе и в области преодоления боли. Женщины представляют свое заболевание как наказание. Кроме того, для женщин более характерны пассивные копинг-стратегии, такие как демонстрация боли, самообвинение и поиск социальной поддержки, которые являются дезадаптивными при хронической боли. В такой ситуации пациент с хронической болью нуждается не только и не столько в непосредственной терапии болевого синдрома, сколько в регулировании возникающих на этом фоне побочных симптомов. Такой комплексный подход к лечению и реабилитации пациентов позволяет избежать развития социальной дезадаптации.

# СПЕЦИФИКА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ОНКО-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНСОМНИИ

Мелёхин А.И.

Москва

*Многопрофильная клиника Лагуна-Мед*

В отечественной онкологии и онкопсихологии по-прежнему недостаточно уделяется внимание таким проблемам пациентов как онко-специфическая инсомния (cancer-related insomnia). Отчасти нарушения сна у этих пациентов недооцениваются (как самими пациентами, их родственниками, так и врачами). Не все пациенты сообщают специалистам о проблемах со сном, а многие врачи забывают спросить об удовлетворенности качеством сна. Вероятно, это происходит по одной из нескольких причин: 1) бессонницу рассматривают как «нормальную», временную реакцию на диагноз и лечение рака; 2) есть недостаток знаний о влиянии бессонницы на состояние здоровья онкологического пациента; 3) диагностическом скрининге нарушений сна и способах минимизации этой проблемы.

По данным National Cancer Institute, (2019) инсомния наблюдается у 30-63% онкологических пациентов и связана с усталостью, болевым синдромом, депрессией, тревожным спектром расстройств. Пресомнические нарушения: отсутствие сонливости, трудно заснуть из-за напряжения, мыслей, фиксации на ощущениях в теле. Интрасомнические нарушения: ночные пробуждения (феномен 3 ночи), ночные панические атаки, кошмары, тревожные сны. Постсомнические нарушения: разбитость, подавленность, депрессивные мысли «а зачем...», дневная сонливость. Высокий процент хронической инсомнии (3-6 мес.) рак легких (73%) и молочной железы (до 80%), а также испытывают синдром беспокойных ног (47%), апноэ во сне (39%), ночные ПА (31%). Меньше 50% пациентов получают эффективную помощь по минимизации нарушений сна.

Инсомния у онкологического пациента связана с по-

вышенной онко-специфической усталостью (cancer-related fatigue), изменениями в когнитивном функционировании (cancer-related cognitive impairment), снижают способность справляться с жизненными стрессами, что воспринимается как потеря контроля. Это в свою очередь приводит к рискам развития симптомов депрессии, которые сопровождаются ощущением беспомощности, безнадежности своего положения и может вызвать нейроэндокринный дисбаланс. Нарушения сна и депрессия связаны с повышенным воспалением, нарушением регуляции циркадных ритмов и дисфункцией гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси.

Лечение рака, такое как химиотерапия и/или лучевая терапия, как известно, увеличивают провоспалительные цитокины, которые приводят к системному воспалению в организме. Это воспаление может сохраняться еще долго из-за инсомнии, которая усиливает рост провоспалительных цитокинов. Наличие системного воспаления в организме нарушает уровень кортизола, вызывая дисфункцию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси. Риски пересечения провоспалительных цитокинов гематоэнцефалического барьера приведёт у онкологического пациента к окислительному стрессу, который сопровождается чередованием нарушений в нейромедиаторной и нейроэндокринной функциях. Напомним, что нарушения сна – иммуносупрессивный эффект (NK-клетки, Т-лимфоциты), повышение уровень провоспалительных цитокинов. Цитокины (ИЛ-1;6, ИФ, ФНО) влияют на гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось, усиление выброса кортикостероидов приводит к окислительному стрессу, изменениям в нейромедиаторной и нейроэндокринной функциях.

Показано, что протоколы когнитивно-поведенческой психотерапии бессонницы (cognitive-behavior therapy for insomnia, СВТ-и) могут оказывать положительное влияние на системное воспаление (провоспалительные маркеры) в организме онкологического пациента, иммунную регуляцию и активность гипоталамо-гипофизарно-надпо-

чечниковой оси, через положительное влияние на сон и эмоциональное состояние пациента.

Было показано, что КПП-И оказывает положительное влияние на иммунную систему, снижая воспаления опосредованного через гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось. Наблюдалась высокая секреция интерферон-альфа и ИЛ-1b. Низкое увеличение лимфоцитов и лейкоцитов. Активность НК-клеток. Хотя фармакотерапия инсомнии является преобладающей тактикой лечения онкологических пациентов с нарушениями сна, по-прежнему существует недостаточное количество исследований по долгосрочной эффективности, безопасности данной терапии из-за различных профилей побочных эффектов. Имеются ограниченные данные об эффективности психофармакотерапии для онкологических пациентов. Присутствует проблема взаимодействия фармакотерапия с таргетной онкологической терапией (например, опиоиды). Проблема полипрагмазии. При монотерапии фармакотерапии короткая ремиссия (1 месяц), в отличие от комбинированных режимов (6 мес.)

Цель когнитивно-поведенческой психотерапии инсомнии (КПП-И): с помощью когнитивных и поведенческих техник снизить у пациента проявления физического, когнитивного и поведенческого гипервозбуждения (hyperarousal), которые поддерживают, усиливают проблемы со сном и увеличивают риски развития или рецидива депрессии.

Формат проведения КПП-Б в онкологической практике: очная индивидуальная или групповая (face-to-face СВТ), дистанционная (web-based СВТ, e/i СВТ) и телефонная (telephone-delivered СВТ) формы КПП.

Режимы проведения психотерапевтического лечения:

– Таргетная соматотропная терапия (например, противоопухолевые препараты) + психофармакотерапия (zaleplon, zolpidem, eszopiclone; ramelteon) или аналептики (armodafinil) +КПП;

– Соматотропная терапия или психофармакотерапия + КПП-И;

- КПП-Б + светотерапия (bright light therapy);
- Монотерапия – КПП-И.

Онкологический профиль пациентов: рак груди, шейки матки, простаты, колоректальный рак, лейкомия, рак лимфатической системы.

Психологический скрининг онкологического пациента с проблемами сна: симптомы депрессии и тревоги (PHQ-SADS); бессонницы (ISI/PSQI); усталости (FAS/MFSI-SF); удовлетворенность качеством жизни (EQ-5D-5L/SF-36); нейротизм (EPQ).

Мониторинг состояния пациента. В течение 3-5 дней перед началом психотерапии и на протяжении всего лечения мы просим пациента вести дневник сна с учетом: время пребывания в кровати без сна (TIB), общего времени сна (TST), времени задержки начала сна (WASO), времени необходимого для засыпания (SOL), кол-во пробуждений и их причина, эффективность сна ( $SE = TST - TIB \times 100$ ).

### **Протоколы КПП-Б в онкологической практике:**

– Стандартный форма (sCBT-I). 6 ежедневных индивидуальных сессий от 45-60 мин.

– Мультиформальная форма (CBT-I+) с акцентом на положительные стратегии стабилизации настроения у онкологического пациента (CBT-I-D). Включает стандартную форму (6 сессий) и обучение ряду стратегиям для минимизации коморбидной депрессии (поведенческая активация, когнитивный рефреминг, работа с глубинными убеждениями, положительное самоподкрепление/подтверждение, составление когнитивной карты надежды). Дополнительно 4-5 сессий. Расширенный протокол особенно полезен, когда онкологический пациент 1) использует кровать как спасение от ощущения беспомощности, связанной с депрессией; 2) наблюдается повышенное желание спать, отказ от повседневной деятельности, что увеличивает попытки заснуть. Это в свою очередь усиливает физическое и когнитивное гипервозбуждение мешающее общему качеству сна.

– Короткая «один выстрел» форма (b-CBT-I) 2 сессии

с пациентом (и его доверительным лицом), направленные на поведенческое улучшение циркадной регуляции сна (ограничение сна, контроль стимулов).

Эффективность КПП-Б. При монотерапии наблюдается снижение симптомов бессонницы, депрессии и усталости; повышение эффективности сна (SE), сокращение времени необходимого для засыпания (SOL) и кол-во пробуждений (1 раз). Улучшение сна и эмоционального состояния оставалось стабильным в течение 6 месяцев после завершения психотерапии.

# ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ИЗМЕНЕННЫХ СОСТОЯНИЙ СОЗНАНИЯ

Михайлов М.А.

*Москва*

*ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»*

В психиатрии под термином «измененные состояния сознания» (ИСС) различные авторы понимают широкий круг расстройств – от недифференцированного состояния инициальной растерянности до синдромов помрачения, сужения и выключения сознания. В это не вкладывается никакой другой информации, кроме той, что сознание преобразуется. В наркологии тема ИСС до настоящего времени активно не разрабатывалась. Специфика ИСС и их переживания больными наркологического профиля учитывается явно недостаточно. Между тем, базовое для наркологии понятие «психоактивные вещества» (ПАВ) основано как раз на способности ПАВ к изменению сознания. Известно, что болезни зависимости, являясь отчетливо патологическими конструктами, используют для построения патологической динамической системы отдельные совершенно нормальные элементы. Это впрямую относится к ИСС. ИСС сами по себе нельзя рассматривать как болезненное явление, поскольку показано, что периодическое переживание ИСС в процессе жизни являются обязательным условием нормального смыслообразования, «родовой характеристикой» психики человека. Желание переделывать сознание является врожденным нормальным побуждением, аналогичным голоду или сексуальным побуждениям.

Цель исследования: разработка концептуальной модели ИСС, инициированных ПАВ и ПАД, как клинко-психопатологической и медико-психологической основы формирования и развития болезней зависимости.

Материал и методы: Объектом качественного, феноменологического, гипотезогенерирующего, выборочного исследования была психопатологическая симптоматика, укладывава-

ющаяся в рамки ИСС, возникавших на пике интоксикации и при обострении патологического влечения (ПВ) у 647 больных (мужчин и женщин), со сформированной зависимостью от различных ПАВ (опиоиды, психостимуляторы, каннабиноиды, летучие углеводороды, коаксил, галлюциногены, сочетанное употребление наркотиков и других ПАВ), а также соответствующая симптоматика, возникавшая в ИСС на пике экстремальных психических переживаний у 420 здоровых мужчин – альпинистов и скалолазов. В качестве основного использовался метод феноменологической реконструкции психопатологических событий для качественно-количественной оценки их структуры и динамики в состоянии ИСС, в рамках классического клинико-психопатологического метода исследования

Результаты и их обсуждение: Психопатологическая структура ИСС, инициированных ПАВ и ПАД оказалась идентичной. Выявленные облигатные психопатологические расстройства включают:

- 1) Инициальные расстройства общего чувства в виде общесоматического дискомфорта и изменения «здорового тона организма» (*Vigor vitalis*) по И.М. Сеченову;
- 2) Телесные «сенсации» или сенестопатии;
- 3) Моноаффект, депрессивного или маниакального полюса предшествующий бинарному аффекту;
- 4) Бинарный аффект в виде неразделимого сочетания прямо противоположных аффектов;
- 5) Соматопсихическая деперсонализация;
- 6) Аутопсихическая деперсонализация;
- 7) Аллопсихическая деперсонализация;
- 8) Атипичные психические автоматизмы в виде активного или инвертированного варианта синдрома;
- 9) Протопатическое изменение поля сознания;
- 10) Актуализация «магического мышления»;
- 11) «Смысловая сингулярность», предшествующая прохождению максимальной информации;
- 12) Внезапное прохождение максимального количе-



ства информации в виде неконтролируемого мысленного потока, «прозрения», «сверхреальности» и т.п.;

13) Результат ИСС в виде обретения «нового смысла»;

14) Импринтинг экстраординарных переживаний ИСС.

Выявленная симптоматика представляет собой набор известных психопатологических симптомов и ранее не описанных психических феноменов, проявляющихся в телесной, аффективной и идеаторной сферах. Сверхзадачей перевода психики в ИСС, является выход в иной качественно более высокий режим функционирования. Изменения в сфере общего чувства, протопатическое поле сознания, феномены отчуждения – тот обязательный фон, на котором возможен переход сознания от преимущественной опоры на вербально-логические, понятийные структуры, к отражению в форме наглядно-чувственных (до-вербальных) образов, сдвиг мышления в сторону символических и архаических форм смыслообразования. Это приводит к погружению личности во временное «психотическое инобытие». Перевод психики в иной филогенетически более древний режим существования является обязательным условием возникновения новых смыслов, которым завершается ИСС. Показано, что индивидуальное смыслообразование возможно лишь в измененном состоянии сознания. Смыслообразование вне ИСС невозможно, измененные состояния сознания - не более, чем исполнительный механизм смыслообразования.

Выводы: Полученные данные о структуре ИСС показали, что определенная часть выявленных психических феноменов, не может быть в полной мере осмысленна только с позиции психопатологии. Это относится к таким явлениям как «магическое мышление», «смысловая сингулярность», прохождение максимального количества информации в короткое время, результат ИСС в виде обретения «нового смысла». Данные феномены входят в структуру механизмов индивидуального смыслообразования.

**ОПЫТ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ  
РЕАБИЛИТАЦИИ ХИМИЧЕСКИ ЗАВИСИМЫХ В  
МЕЖРЕГИОНАЛЬНОМ ФОНДЕ «РЕАБИЛИТАЦИОН-  
НЫЙ ЦЕНТР «ДОМ НАДЕЖДЫ НА ГОРЕ»**

**Мосеева С.А., Осипчук В.Н., Тетеревкова И.В.**

*Санкт-Петербург*

*Реабилитационный центр «Дом надежды на Горе»*

Межрегиональный фонд «Реабилитационный центр «Дом надежды на Горе» был создан в 1997 году как благотворительный центр для помощи химически зависимым людям. История существования реабилитационного центра «Дом надежды на Горе» позволяет подвести итоги и говорить об эффективности используемой модели. Центр работает более 20 лет, за это время накопил значительный опыт оказания социально-психологической помощи химически зависимым.

В качестве основной модели социально-психологической помощи химически зависимым центр использует миннесотскую модель и программу «12 шагов» анонимных алкоголиков. Эта модель рассматривает химическую зависимость как системное заболевание, затрагивающее все сферы функционирования человека.

Важную роль в оказании помощи химически зависимым играют особым образом организованная среда и сотрудничество помогающих специалистов и равных консультантов по химической зависимости, т.е. людей, у которых есть опыт употребления ПАВ и выздоровления.

Выздоровление рассматривается в миннесотской модели как непрерывный процесс личностного роста.

Опыт работы реабилитационного центра «Дом надежды на Горе» доказывает не только эффективность использования миннесотской модели выздоровления в современных социально-исторических условия России, но и показывает возможность ее использования для людей с ограниченными возможностями, с поражениями опорно-двигательного аппарата и с ограничениями по зрению.

В центре используется уникальная на сегодняшний день в России интенсивная социально-психологическая реабилитация химически зависимых в течение 28 дней. Это позволяет людям, сохранившим социальный статус проходить реабилитацию, не отказываясь от рабочего места.

## **ВЫРАЖЕННОСТЬ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

**Муслуев А. М-Б., Идрисов К. А.**

*Грозный  
ГБУ «РПНД»*

Введение. В настоящее время специалисты смежных специальностей отмечают высокий вклад психических расстройств в сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), что ухудшает терапевтический эффект проводимого лечения и снижает качество жизни больных с ССЗ, особенно расстройств эмоциональной сферы. Эксперты ВОЗ характеризуют тревожно-депрессивные расстройства и ишемическую болезнь сердца (ИБС) как «пандемии XXI века».

Согласно определению Петровского А.В. «тревожность – склонность индивида к переживанию тревоги, характеризуется низким порогом возникновения тревоги. Тревожность увеличивается после перенесенных психических травм, при острых и хронических соматических заболеваниях и при нервно-психических заболеваниях. Выраженность тревоги и уровень тревожности, отражающие степень неблагополучия личности, может быть своеобразным маркером хронического психологического стресса».

По данным эпидемиологического исследования, проведенного Володиной О.В., «повышенный уровень тревоги отмечается у 10,5% до 21% населения. Различные проявления тревожных расстройств наблюдаются у 19–20% женщин и 8–10% мужчин.

По данным ВОЗ, распространенность депрессий в мире достигает 26% среди женщин и 12% среди мужчин. В России реальное число лиц, страдающих депрессией, приближается к 9 миллионам. Выявление и изучение клинических особенностей аффективных расстройств у больных с ишемической болезнью сердца и является важной задачей, так как при них ухудшается отдаленный прогноз заболевания, ухудшается вза-

имопонимание пациента и врача.

Цель. Определение уровня депрессии и тревоги у пациентов с ИБС: стенокардия напряжения с целью разработки диагностических и коррекционных мероприятий для больных с высоким уровнем тревожности.

Материалы и методы исследования. В рамках данного исследования обследовано 34 пациента с ИБС: стенокардия напряжения II-IIIФК на базе кардиологического отделения ГБУ «Республиканская клиническая больница им. Ш.Ш. Эпендиева». Для определения уровня тревожности использована диагностическая шкала тревожности Спилберга-Ханина (STAI), которая позволяет определять как ситуативную, так и личностную тревогу. Степень выраженности тревоги оценивалась по следующим критериям: до 30 баллов – низкая; 31–45 баллов – средняя; 46 баллов и более – высокая тревожность. Для определения уровня депрессии использована диагностическая шкала депрессии Гамильтона (HRSD-17), которая позволяет определять наличие и установить тяжесть депрессии. Степень выраженности депрессии оценивалась по следующим критериям: 7–16 баллов – низкая; 17–27 баллов – средняя; более 27 баллов – тяжелая депрессия.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследуемая выборка была представлена примерно в равной степени городскими (52,9%) и сельскими (47,1%) жителями. Мужчин 70,6%, женщин 29,4%. По возрасту обследуемые распределились следующим образом: 31–40 лет – 5,9%, 41–50 лет – 5,9%, свыше 50 лет – 88,2%. По отношению к образованию 17,6% имели незаконченное среднее образование, 23,5% имели высшее образование, остальные пациенты имели среднее или средне-специальное образование. По роду деятельности 41,2% не работали, 23,5% находились на пенсии и только 11% обследованных имели постоянную работу, связанную с интеллектуальной деятельностью, а 35,3% имели инвалидность.

Выяснение сведений о ранее пережитых психических травмах показало, что только 17,6% обследованных не имели каких – либо психических травм, остальные пережили

одно или несколько психотравмирующих событий. При этом наблюдалась возрастная зависимость от частоты и качества пережитых психотравмирующих событий. Обследованные в возрасте 31–40 лет сообщили о психических травмах, связанные с расстройством брака, у всех обследованных в возрасте свыше 50 лет имелись различные психические травмы, связанные с прошедшими военными событиями (угроза жизни, свидетельство насильственной смерти, гибель близкого родственника) с высоким уровнем достоверности ( $\chi^2 = 25,689$ ;  $p < 0.004$ ).

Все обследованные больные имели значительную длительность ИБС. Так, только 5,9% имели длительность заболевания до двух лет, остальные больные страдали этим заболеванием более 2-х лет. При этом 23,5% обследованных ранее уже обращались за помощью к специалистам в области психического здоровья.

Диагностическая шкала тревожности Спилберга-Ханина позволяет выявить уровень как ситуативной, так и личностной тревогу. Данные обследования показали, что в обследуемой группе не было больных с низкой ситуативной тревожностью, 88,2% обследованных имели средний уровень ситуативной тревожности и 11,8% имели высокий уровень тревожности. Анализ отдельных утверждений шкалы ситуативной тревожности показал, что 41,2% обследованных считали, что они находятся в постоянном напряжении, 70,6% чувствовали себя расстроенными, 58,8% чувствовали настороженность, 41,2% избыточно нервничали, 64,7% «не находили себе места», 47,1% чувствовали «взвинченность», 52,9% испытывали постоянную «озабоченность», 64,7% чувствовали избыточное возбуждение.

Анализ данных личностной тревожности показал, что 5,9% обследованных имели низкий уровень личностной тревожности, 58,8% имели средний уровень личностной тревожности, а 35,3% испытывали высокий уровень тревожности. Анализ отдельных утверждений шкалы личностной тревожности показал, что 47,1% имели постоянную раздражитель-

ность, 52,9% легко расстраивались, 47,1% сильно переживали неприятности и не долго не могли о них забыть, 47,2% отметили, что они слишком сильно переживают из-за пустяков, 58,8% утверждали, что им не хватает уверенности в себе, 52,9% чувствовали себя беззащитными, 47,1% старались по возможности избегать критических ситуаций и трудностей и столько же обследованных отметили, что у них часто бывает хандра, 64,7% чувствовали себя неудачниками.

Диагностическая шкала депрессии Гамильтона (HRSD-17) позволяет выявить наличие и степень тяжести депрессии.

Данные обследования показали, что в обследуемой группе не было больных без наличия депрессии, 70,6% обследованных имели легкие депрессии, 23,5% имели депрессии средней тяжести, 5,9% обследованных имели тяжелую депрессию. Анализ отдельных утверждений шкалы депрессии Гамильтона (HRSD-17) показал, что 41,2% обследованных испытывали тревогу, которая проявлялась беспокойствами по незначительным поводам, 58,8% страдают бессонницей, 58,8% рано пробуждаются у половины из которых не получается повторно заснуть, 5,8% высказывали идеи самоуничижения, самоупреки, испытывают ощущение, что являются причиной страдания других людей, у 11,8% наблюдались суицидальные тенденции.

Заключение. Результаты проведенного исследования показывают, что уровень депрессии и тревоги у больных с ИБС: стенокардия напряжения выше, чем в общей популяции.

Больные отмечают высокий уровень тревожности и депрессивный оттенок эмоционального фона не только по поводу своего актуального заболевания, но и гипотетически возможного ухудшения. Неверие в собственные силы, чувство беззащитности, отсутствие уверенности в себе и, как результат, избегание критических ситуаций и трудностей приводят к тому, что больные ищут помощь со стороны и чувствуют себя значительно уверенней в условиях

стационара, когда рядом все время есть медицинский персонал.

Назначение антидепрессивных и противотревожных препаратов и проведение психокоррекционных мероприятий по разъяснению механизмов формирования аффективных расстройств и собственно симптомов депрессии и тревоги могли бы в значительной мере снизить уровень аффективных расстройств у пациентов и способствовать мобилизации собственных ресурсов для компенсации имеющегося заболевания.



# **АУТОАНТИТЕЛА И ЦИТОКИНЫ ПРИ КОМОРБИДНОЙ АДДИКТИВНОЙ И АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ**

**Невидимова Т.И., Давыдова Т.В., Ветриле Л.А.,  
Савочкина Д.Н., Захарова И.А., Галкин С.А., Бохан Н.А.**

*Москва, Томск*

*ФГБНУ НИИ общей патологии и патофизиологии,  
НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН*

Центральным звеном патогенеза алкоголизма является динамика изменений катехоламиновой (особенно дофаминовой) нейромедиации в мезолимбических структурах мозга. Часто встречаемая коморбидность алкогольной зависимости и депрессии связана со снижением активности моноаминергических нейромедиаторных систем, в первую очередь, серотониновой, дофаминовой и норадреналиновой. Наряду с этим многочисленными экспериментальными и клиническими исследованиями доказана роль серотонин-, глутамат и ГАМК-ергических систем мозга в формировании алкогольной зависимости и депрессии. Тесная взаимосвязь центральной нервной и иммунной систем предполагает активное участие иммунной системы в механизмах развития алкогольной зависимости и коморбидных с нею расстройств. Алкоголь является мощным модулятором иммунной системы и вызывает изменение экспрессии медиаторов воспаления как на периферии, так и в ЦНС: наблюдается значительное повышение уровня провоспалительных интерлейкинов (ИЛ): ИЛ-1, ИЛ-6. Другим информативным показателем дисрегуляции нейроиммунных взаимодействий является усиленная продукция аутоантител к нейромедиаторам, их рецепторам и другим нейроантигенам.

Цель исследования – определение содержания аутоантител к нейромедиаторам и баланса цитокинов у пациентов с алкогольной зависимостью, коморбидными аффективными и аддиктивными расстройствами, депрессивным синдромом. Антитела и цитокины определялись в сыворотке крови иммуноферментным методом.

Результаты. Соотношение содержания провоспалительного (ИЛ-6) и противовоспалительного (ИЛ-10) цитокинов в

сыворотке крови при алкоголизме незначительно отличалось от контрольного уровня, в то время как при депрессии (вне зависимости от коморбидности с аддиктивной патологией) это соотношение существенно повышалось и у 20% обследованных в явной форме указывало на преобладание воспаления над компенсаторными процессами. Пациенты с зависимостью от алкоголя характеризовались более высоким уровнем аутоантител к серотонину по сравнению с группой здоровых людей, а средний уровень антител к дофамину, норадреналину, глутамату и ГАМК практически не отличался от контрольных значений. Пациенты с депрессией характеризовались снижением уровня антител к названным нейромедиаторам, причем снижение особенно заметно при депрессии, осложненной алкоголизмом. Исключением являлся повышенный уровень аутоантител к серотонину при коморбидности депрессии с алкоголизмом.

Низкий уровень аутоантител к нейромедиаторам у пациентов с алкоголизмом может свидетельствовать о развитии депрессивной симптоматики и обострении патологического влечения к алкоголю. Не исключено, что рост уровня антител к серотонину на фоне сниженного уровня антител к дофамину, норадреналину, ГАМК указывает на переход от обострения патологического влечения к его реализации, то есть систематическому употреблению алкоголя, сопровождающемуся выбросом серотонина. Не исключено также, что подобная реакция характерна только для респондеров: чем большее антидепрессивное действие оказывает алкоголь, тем выше риск формирования зависимости от него. Нонреспондеры могут в течение продолжительного времени оставаться на стадии эпизодического употребления или употребления алкоголя с вредными последствиями без формирования синдрома зависимости, что не исключает поиск такими пациентами иных средств снятия эмоционального напряжения. Оба прогностических сценария указывают на необходимость своевременной коррекции антидепрессивной терапии вследствие клинико-нейроиммунного анализа. Участие нейровоспаления в коморбидной патологии требует дальнейшего изучения.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 19-013-00330.

# ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ В СОМАТИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАХ

Приятель В.А.

*Электросталь*

*ФГБУЗ ЦПБ ФМБА России*

Введение. Правовые аспекты оказания психиатрической помощи пациентам в стационарах соматического профиля остаются, как правило, в тени более насущных и актуальных проблем диагностики и терапии.

Между тем, существует целый ряд вопросов, на которые действующее законодательство не даёт однозначных ответов. Существующие правовые лакуны способны породить нарушение законных прав и интересов как пациентов, так и общества.

Основными проблемами являются следующие:

Добровольность оказания медицинской помощи.

Необходимо подчеркнуть, что госпитализация в рассматриваемых случаях осуществляется в соматический стационар, поэтому, даже при наличии у пациентов психических расстройств, не применяются нормы Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Следовательно, необходимо получение информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, что предусмотрено ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон № 323-ФЗ). Согласие законных представителей пациента необходимо в случае недостижения последним 15-летнего возраста или его недееспособности (если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство). Для больных наркоманией возраст дачи согласия на медицинское вмешательство составляет 16 лет (ч. 2 ст. 54 Федерального закона от 21.11.2011

№ 323-ФЗ). Проведение медицинского вмешательства без согласия пациента или законного представителя возможно по основаниям и в порядке, предусмотренным п. 1 ч. 9 и п. 1 ч. 10 Закона № 323-ФЗ, т.е. если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека, а его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители (в отношении лиц, указанных в ч. 2 ст. 20 Закона № 323-ФЗ).

При отказе родителя или иного законного представителя от медицинского вмешательства лечение данного лица может быть проведено только по решению суда (ч. 5 ст. 20 Закона № 323-ФЗ).

Освидетельствование врачом – психиатром, психиатром-наркологом.

В рассматриваемых случаях консультация психиатра будет, с юридической точки зрения, являться психиатрическим освидетельствованием. Следовательно, необходимо соблюсти его порядок, регламентированный ст. ст. 23 - 25 Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании».

Психиатрическое освидетельствование проводится при наличии информированного добровольного согласия обследуемого или, в определённых случаях его законного представителя, на его проведение. Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих;

б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено

без психиатрической помощи.

В случаях, предусмотренных пунктом «а», решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром самостоятельно.

В случаях, предусмотренных пунктами «б» и «в», решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром только с санкции судьи.

Существенно более запутанным представляется решение вопроса о консультации психиатра-нарколога, поскольку специального регламента действующее законодательство не предусматривает. Поэтому, во избежание возможных конфликтных ситуаций, консультацию психиатра-нарколога лучше осуществлять в плановом порядке, заручившись соответствующим информированным добровольным согласием, исключительно для решения вопроса о дальнейшей наркологической помощи пациенту.

Передача сведений об оказании медицинской помощи больному с психическими и поведенческими расстройствами.

Возможность и обязанность передачи такого рода сведений без согласия больного или его законного представителя регламентированы ч. 4 ст. 13 Закона № 323-ФЗ, в частности при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных.

К сожалению, последнее основание прописано недостаточно чётко и оставляет простор для споров юридического характера. Не ясно, в частности, имеет ли право медицинская организация, осуществляющая оказание соматической помощи, передавать информацию о результатах психиатрического освидетельствования без согласия пациента в медицинскую организацию психиатрического профиля.

Применение мер физического стеснения.

Действующие нормативные документы регламентируют применение мер физического стеснения только в психиатрических стационарах (ч. 2 ст. 30 Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1; письмо Минздрава РФ от 26.12.2002 № 2510/12967-02-32 «О мерах физического стеснения при оказании психиатрической помощи»). На оказание медицинской помощи в стационарах иного профиля указанные нормативно – правовые акты не распространяются.

Позволительно предположить, что такие меры можно применять только по назначению врача-психиатра.

## **ПРОТИВ ДЕВАЛЬВАЦИИ ПОНЯТИЯ «КОМОРБИДНОСТЬ»**

**Савенко Ю.С.**

*Москва*

*Независимая психиатрическая ассоциация России*

Существует достаточно примеров высокой значимости адекватного выбора именованных и укоренившихся терминов, их вульгаризации, многозначности и стирания границ, в частности, между термином и понятием «коморбидность». Для обширной литературы по этой проблематике характерно фактически отсутствие рецепции наиболее исчерпывающих работ Артура Кронфельда (1940) и V. de Groot et oth. (2003), разработавшего иерархический порядок выставляемого больному диагнозов, независимо от профиля отделения, в котором он лечится, тогда как центрация этого до сих пор искажает статистические данные. Понятию «коморбидность» наиболее отвечает интердисциплинарный подход: частая сочетанность психических расстройств с определенными неврологическими, системными и соматическими заболеваниями либо, наоборот, их крайняя редкость. Однако, многие авторы говорят не только о транснозологической и транссиндромальной коморбидности, но даже кластерной коморбидности, что не может заменить клинико-синдромологический подход. Наиболее демонстративен пример сочетания депрессии и тревоги, наделение их различным нозологическим значением, либо фактическим отождествлением в рамках единого аффективного расстройства.

И депрессия, и тревога, как симптомы и синдромы, – одна из общеизвестных типовых картин аффективных расстройств. Но совсем другое говорить о них как болезнях, исторически сложившихся, когда Вернике выделил «психоз страха» (1894), Фрейд – «невроз страха» (1895) и «истерию страха» (1908), Бонгеффер – один из типов симптоматических психозов (1908), а школа Клейста – Леонгарда – циклические «психозы страха – счастья» (1957) и тревожно-экстатические и тревож-

но-пророческие бредовые психозы (1957), что соответствует шизоаффективным и шизофреническим психозам. До сих пор рассмотрение этих совершенно разных расстройств на равных под разными именованиями представляет девальвацию разграничения неврозов и психозов, а точнее пограничных и психотических аффективных расстройств, девальвацию понятия «психотического уровня дезорганизации психической деятельности» – одного из ключевых понятий общей психопатологии, наряду с таким как «развитие или процесс», а также игнорирование существования психотического страха (тревоги), который по самой своей природе препятствует бредообразованию. Нередкое обозначение коморбидностью сопровождающие определенные психотические состояния универсальные неспецифические неврозоподобные расстройства девальвируют этот термин.

Наличие промежуточных форм – негодное основание для снятия этой проблемы: из нее вырос структурный анализ с дифференцированным описанием этих промежуточных форм и выделением ядерных психотических и непсихотических типов по глубине психического расстройства, с одной стороны, и депрессивных и тревожных по клинико-феноменологическим проявлениям – с другой.

Имеющиеся данные свидетельствуют, что преобладание тревожного синдрома при биполярном аффективном расстройстве говорит о наличии патологически отягощенной почвы (травматической, интоксикационной, органической), но представляет не разнообразные комбинированные и не так наз. смешанные состояния. Рассмотрение этого как коморбидности нескольких заболеваний представляется часто искусственным, так же как «коморбидность масок» и «коморбидность маскированных состояний». Но это не означает подтверждения унитарной концепции депрессивных расстройств, так как краевые психотические чисто тревожные (анксиозные) и чисто депрессивные (меланхолические) синдромы имеют разную патогенетическую основу.

Вряд ли продуктивно говорить также о коморбидно-



сти алкоголизма и панических атак, алкоголизма и тревожных расстройств, так как они представляют частый радикал (модуль) в динамической структуре алкоголизма, подобно пароксизмам вегето-сосудистой дистонии, которыми они часто и являются. Наконец, важно указывать, о какой стадии хронического алкоголизма идет речь, какова – психотическая или непсихотическая – глубина тревоги и т.д. Современные компьютерные программы позволяют оперировать не би-, а мультиморбидными массивами данных и находить типовые созвездия болезней, где значима их конфигурация. Но эффективность всех этих новшеств всегда зависит от добросовестно собранных первичных клинических данных.

Понятие «коморбидность» содержит опасность гипосташирования (объективации) собственных диагностических категорий. С другой стороны, большая распространенность и высокая клиническая значимость коморбидности инициировали предложение проф. Б.Н.Пивеня о включении в рубрики МКБ-11 сочетанных форм психических расстройств.

Все это требует более строгого дифференцированно-го и ответственного словоупотребления понятия «коморбидность». Необходимым делается указание на обозначение этим термином, по крайней мере, одного или всех следующих трех аспектов рассмотрения: меры интердисциплинарности (разных систем организма), соразмерности тяжести сочетанных расстройств (психотических или непсихотических) и общности патогенетических механизмов.

## **ПРОБЛЕМЫ СОБЛЮДЕНИЯ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ В ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ**

**Семенова Н.В.**

*Санкт-Петербург*

*ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России*

Вопросы ограничения врачебной тайны справедливо возникают в тех случаях, когда сведения распространяются вопреки воле пациента и врача, а также когда информацию, составляющую врачебную тайну, запрашивают (истребуют) у медицинской организации различные органы и организации. Институт врачебной тайны занимает одно из ключевых мест в системе гарантий защиты прав человека и основан на конституционном праве на неприкосновенность частной жизни и личную тайну. Соблюдение врачебной тайны отнесено законодателем к основным принципам охраны здоровья, что подчеркивает значимость данного правового института.

В этой связи известные сложности вызывает не только собственно содержание врачебной тайны и пределы ее охраны, но и основания допустимого разглашения (передачи иным лицам), правомерность широкого использования таких сведений.

Социальная ценность врачебной тайны заключается помимо прочего в том, что право пациента распоряжаться тайной не зависит от того, известна ему информация или нет. Так, установленный диагноз психического или наркологического расстройства может быть еще не сообщен лицу, однако без его согласия эти сведения все равно не подлежат разглашению. Иногда, наоборот, без соответствующей информации невозможно обойтись для оказания полной и своевременной медицинской помощи, для установления точного диагноза и благоприятного исхода избираемого лечения.

В сущности, врачебная тайна есть составляющая часть личной и семейной тайны человека (пациента), гарантированной ст. 23 Конституции РФ. Вместе с тем, ч. 3 ст. 55 Конституции РФ допускает ограничение прав и

свобод человека и гражданина федеральным законом в определенных целях, в том числе для защиты «нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц».

В развитие данного конституционного положения, базовый Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предусматривает допустимость такого ограничения и, как следствие, возможность предоставления сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина по 11 основаниям. Как правило, в 5 случаях, они обосновываются публичными интересами, а именно: целями деятельности государственных органов, среди которых органы прокуратуры, дознания, следствия, суда, органы внутренних дел, уголовно-исполнительной системы, военные комиссариаты, а также иные федеральные органы государственной власти (п. 3, 3.1, 5, 6, 7 ч. 4 ст. 13 № 323-ФЗ).

Статья 13 Федерального закона № 323-ФЗ не допускает разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей.

Только с письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях.

В последнее время особенно актуальным становится вопрос обоснованности предоставления медицинскими организациями, оказывающими психиатрическую и наркологическую помощь населению, баз данных наблюдаемых контингентов по запросам различных учреждений и ведомств (прокуратуры, МВД, ФМБА и др.).

Необходимо подчеркнуть, что сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской (в том числе наркологической) помощи, состоянии его здоровья и диа-

гнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, отнесены законом к специальной категории персональных данных – врачебной тайне (ст.10 ФЗ 152; ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – 323 ФЗ); ст. 9 Закона РФ от 02.07.1992 г № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (далее – Закон о психиатрической помощи)), охрана которой подлежит особому регулированию.

Согласно указанным нормам, предоставление сведений, составляющих предмет врачебной тайны, без согласия гражданина или его законного представителя допускается по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, по запросу органов прокуратуры в связи с осуществлением ими прокурорского надзора, по запросу органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-досрочно (в ред. Федерального закона от 23.07.2013 № 205-ФЗ). Соответственно, в запросе уполномоченного органа должно быть указано, в отношении какого конкретно гражданина запрашиваются сведения, составляющие предмет врачебной тайны.

При этом следует учитывать, что информация о состоянии здоровья, помимо того, что содержит сведения, составляющие врачебную тайну, в силу статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее – Федеральный закон № 152-ФЗ) отнесена к специальной категории персональных данных. В соответствии с частью 2 статьи 5 Федерального закона № 152-ФЗ обработка персональных данных должна ограничиваться достижением конкретных, заранее определенных и законных целей, при этом не допускается обработка персональных данных, несовместимая с целями сбора персональных данных.

Необоснованный сбор указанной информации по-

влечет нарушение статьи 5 Закона Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», согласно которой ограничение прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами, в том числе связанными с употреблением психоактивных веществ, только на основании наличия у них психического или наркологического расстройства, фактов нахождения под диспансерным наблюдением или пребывания в медицинской организации, оказывающей психиатрическую или наркологическую помощь, не допускается.

Таким образом, в случае предоставления медицинскими организациями в запрашивающие органы сведений о наличии у граждан психических расстройств и расстройств поведения, в том числе вызванных употреблением психоактивных веществ, будут затронуты интересы широкого круга лиц, информация о которых будет предоставляться в указанные органы только на основании наличия у них этих расстройств, при том, что государство в соответствии с частью 3 статьи 5 Федерального закона № 323-ФЗ гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний.

Таким образом, по нашему мнению, запросы различных организаций и ведомств на предоставление полного списка лиц (базы данных лиц), наблюдаемых психиатрической или наркологической службой контингентов противоречит нормам действующего российского законодательства, которые регламентируют, прежде всего, требования к обеспечению безопасности охраняемой законом врачебной тайны, и являются едиными для хозяйствующих субъектов всех форм собственности. Врачи за разглашение врачебной тайны могут быть привлечены к ответственности в рамках гражданского судопроизводства на основании статьи 151 ГК РФ «Компенсация морального вреда» или подлежат уголовной ответственности за разглашение врачебной тайны по ст. 137 УК РФ «Нарушение неприкосновенности частной жизни».

# **АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ**

**Сивакова Н.А., Коцюбинский А.П.,**

**Михайлов В.А., Шова Н.И.**

*Санкт-Петербург*

*ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России*

При персистировании приступов у большинства (до 80%) больных эпилепсией выявляются стойкие нарушения психики в форме значительных личностных и аффективных расстройств, наблюдаемых в интериктальном периоде заболевания, что делает менее благоприятным клинический прогноз течения заболевания и использование в этом случае только противозепилептической терапии будет недостаточным. Депрессивные нарушения являются наиболее распространенными коморбидными аффективными расстройствами при эпилепсии и встречаются в 12% – 37% случаев, а при ФРЭ этот процент возрастает до 20 – 55%. Частота суицидальных намерений при сочетании депрессии и эпилепсии в 5-10 раз выше, чем в общей популяции. Этот показатель в 5 раз выше (возрастает до 25 раз) у больных височной эпилепсией. Суицид имеет наибольший стандартизированный индекс смертности среди всех летальных случаев у больных эпилепсией. Недооценка данной проблемы и неправильная тактика ведения данных пациентов приводит к целому ряду значимых социальных последствий, росту прямых и непрямых расходов на здравоохранение.

Цель исследования. Изучить частоту и структуру аффективных расстройств депрессивного спектра у больных эпилепсией.

Материалы и методы. Обследовано 160 больных эпилепсией (80 пациентов фармакорезистентной эпилепсией (ФРЭ) и 80 – контролируемой эпилепсией (КЭ)) с помощью батареи психометрических шкал: самоопросник «Госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии», шкала оценки депрессии Бека. Статистический анализ проводился с помощью

параметрического t-критерия Стьюдента.

Результаты. Расстройства депрессивного спектра выявлены у 35,6% больных эпилепсией, при этом в группе с ФРЭ встречались чаще (51,25%) по сравнению с группой КЭ (20,0%). Клинико-психопатологическое обследование пациентов с депрессивными нарушениями позволило выделить следующие клинические формы:

1) тоскливые депрессии и субдепрессии (17 человек (10,6%));

2) адинамические депрессии и субдепрессии (15 человек (9,4%));

3) тревожные депрессии и субдепрессии (13 человек (8,1%));

4) ипохондрические депрессии и субдепрессии (9 человек (5,6%));

5) дисфорические аффективные проявления (3 человека (1,9%)).

При изучении глубины выраженности депрессивных расстройств выявлено, что для пациентов с ФРЭ характерно не только наличие большей выраженности депрессивных расстройств (отсутствующих у пациентов с КЭ), но и статистически более частая умеренная выраженность депрессивных переживаний (20 человек (25%) против 4 человек (5,0%) с КЭ), в то время как для группы больных с КЭ более характерной была легкая выраженность депрессивных переживаний ( $p < 0,01$ ).

Заключение. Результаты исследования показали, что для группы больных с ФРЭ по сравнению с группой пациентов с КЭ, характерны больший удельный вес и большая глубина выраженности тревожных расстройств. Таким образом, в целом можно констатировать, что у больных с ФРЭ имеет место не только статистически более частая, чем при КЭ, представленность аффективных психических расстройств, но также большая «грубость» и «структурная сложность» их психопатологических проявлений, одновременно имеющих аффинитет к личностным характеристикам индивидуума.

# РАССТРОЙСТВА ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ КАННАБИСА: РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ГЛОБАЛЬНОГО БРЕМЕНИ БОЛЕЗНЕЙ

Сошников С.С.

Москва

*ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России Минздрава России*

Каннабис и связанные с его употреблением расстройства приносят много вреда, который может быть выражен в годах здоровой жизни, потерянной из-за нетрудоспособности (YLD). Глядя на глобальную и региональную статистику, мы можем увидеть, что годы жизни с поправкой на инвалидность (DALY) от расстройств, вызванных употреблением каннабиса, равны YLD. Глобальное исследование бремени болезней (ГББ) предоставляет лучшие инструменты, с помощью которых можно оценить глобальные и региональные показатели потерь здоровья населения, выраженные в годах потерянной жизни от каннабиса.

На глобальном уровне в 2017 году расстройства, связанные с употреблением каннабиса, привели к 8,95 (5,67 – 13,29) годам потерянной жизни (DALY) на 100 тысяч населения для мужчин и 4,58 (2,90 - 6,76) DALY для женщин. Таким образом, мужчины получили больший вред от каннабиса, чем женщины на 49%, за наблюдаемый период. Основное влияние расстройств от каннабиса в странах, агрегированных по индексу устойчивого развития (SDI), получают страны с высоким SDI – 17,43 (11,01 – 25,74) DALY на 100 тысяч населения среди мужчин и 9,77 (6,14 – 14,25) среди женщин, с разницей на 44% выше у мужчин.



# ЛЕЧЕНИЕ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ РЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ К АНТИНИКОТИНОВОЙ ТЕРАПИИ И КОМОРБИДНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

Сперанская О.И., Клименко Т.В.

*Москва*

*ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ*

Курение и депрессия принадлежат к наиболее актуальным и значительным проблемам общественного здравоохранения, имеющим высокую коморбидность и общность патогенетических механизмов.

Распространенность депрессии в группе пациентов, имеющих фармакорезистентность к антиникотиновой терапии (варениклин, цитизин, никотинозаместительные препараты) является очень высокой и составляет не менее 50%–80%. Клинические особенности коморбидных депрессивных расстройств нуждаются в уточнении с целью оптимизации терапевтических подходов к лечению табачной зависимости у данного контингента больных.

Целью исследования являлась типизация аффективных расстройств у пациентов с первичной и вторичной терапевтической резистентностью и разработка терапевтических подходов к преодолению фармакорезистентности к антиникотиновой терапии у данного контингента больных.

Материалы и методы исследования. Из общего числа лиц, проходивших лечение по поводу табачной зависимости в ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. СЕРБСКОГО» МЗ РФ в 2012–2018 гг., выбрано 105 пациентов с первичной, возникающей уже после первого курса терапии, фармакорезистентностью к препаратам антиникотинового действия, и 130 пациентов с вторичной терапевтической резистентностью.

Все пациенты имели клинические признаки табачной зависимости (Синдром зависимости, вызванный употреблением табака – F 17.2); к моменту обследования – не менее 2 безуспешных попыток отказа от курения с применением варениклина, цитизина и никотинозаместительных

препаратов в терапевтических дозировках.

Средний возраст пациентов составлял –  $57 \pm 6,0$  года; давность табачной зависимости от 35 до 50 лет (в среднем,  $31,66 \pm 3,6$  года). Несмотря на длительный период курения, соматическое состояние всех обследованных характеризовалось отсутствием признаков декомпенсации соматической патологии сосудистой, бронхолегочной, гастроэнтерологической и т.д.

Все обследованные имели мотивацию на прекращение курения, что подтверждала повторность обращения за медицинской помощью, несмотря на отсутствие эффекта предшествовавшей терапии.

Квантифицированная оценка степени выраженности коморбидных аффективных расстройств с использованием шкалы депрессии Гамильтона (НАМ – D), проведенная с учетом эмоционально-личностных особенностей у пациентов с первичной фармакорезистентностью выявила наличие у лиц с шизо-эпилептоидной структурой личности –  $17,56 \pm 0,101$  баллов, истеро-эпилептоидной –  $17,11 \pm 0,20$  баллов, эпилептоидной –  $11,28 \pm 0,18$  баллов.

Это соответствует клинически очерченным признакам дистимии легкой степени (F.34.1 – МКБ 10) с преобладанием неврозоподобной, астено-депрессивной или депрессивной симптоматики.

Структуру депрессивных расстройств, коморбидных табачной зависимости, отличали стертость и незавершенность отдельных компонентов депрессивной триады; включение разноплановых депрессивных расстройств (тревога и апатия); гетерогенной ипохондрической и обсессивно-фобической симптоматики; снижение критичности к состоянию.

У пациентов с вторичной фармакорезистентностью коморбидные табачной зависимости тревожно-депрессивные, депрессивные, сенесто-ипохондрические расстройства характеризовались отсутствием прямой причинно-следственной связи с прекращением или возобновлением курения; длительностью и стойкостью отдельных симптомов депрессии, которые проявлялись как в ремиссиях, так и при

рецидивах курения. Они также были расценены как дистимия легкой степени выраженности – F34.1 в соответствии с МКБ-10,  $17,11 \pm 0,9$  баллов по шкале Гамильтона.

Состояния сниженного настроения, возникавшие как вследствие внешних причин, так и без особого повода, выявлялись у пациентов со смешанными – шизо-эпилептоидными, шизо-истероидными, истеро-эпилептоидными расстройствами личности.

Важным диагностическим критерием коморбидных аффективных расстройств была их длительность, с преобладанием у пациентов депрессивного фона настроения на протяжении многих лет жизни и не менее 2–3 лет до момента обращения по поводу отказа от курения.

Всем пациентам проводилась комплексная терапия, направленная как на терапию собственно табачной зависимости, так и сопутствующий аффективных расстройств – тревожно-депрессивных, депрессивно-ипохондрических, сенесто-ипохондрических, истеродепрессивных.

Назначалось комбинированное лечение антеникотинными препаратами – сочетание варениклина и никотинозаместительной терапии, цитизина и никотинозаместительной терапии с дополнительным применением антидепрессантов – пирлиндол, спитомин, транквилизаторов – афобазол, атаракс, препаратов ноотропного и метаболического действия.

Результаты исследования. Клинико-дифференцированный подход, направленный как на основное заболевание, так и на коморбидную симптоматику, позволил оптимизировать терапию и добиваться повышения ее эффективности.

В результате лечения пациентов с первичной терапевтической резистентностью выявлена эффективность терапии типа «А» с полным отказом терапии и длительной ремиссией – более 1 года у 75,5% пациентов.

При лечении пациентов с вторичной терапевтической резистентностью – эффективность терапии типа «А» с полным отказом терапии и длительной ремиссией – более 1 года у 85,5% пациентов.

## **ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПОДРОСТКАМИ НЕКУРИТЕЛЬНЫХ ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ**

**Стрижев В.А., Тедорадзе Д.Д., Стрижев В.В.**

*Краснодар*

*ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский  
университет» Минздрава России*

Россия является одним из крупнейших потребителей табачных изделий, значительная часть употребляющего населения принадлежит к подросткам. В последние годы структура табачного рынка заметно меняется. Все большее место в объеме потребляемых табачных изделий занимают некуриительные табаки. Причиной этого процесса является, с одной стороны, реакция на растущую осведомленность о вреде табачного дыма для здоровья курильщика, с другой – жесткие законы, регламентирующие запрет на курение в общественных местах. Это, в свою очередь, способствует распространению некуриительных табачных изделий, процесс потребления которых не связан с образованием дыма. К некуриительным табачным изделиям относят: насвай, снюс, снафф и т.д. В настоящее время очень мало исследований, касающихся оценки распространения и мотивации употребления некуриительного табака в молодежной среде, недостаточно изучено влияние бездымной табачной продукции на здоровье лиц молодого возраста, что делает наше исследование крайне актуальным.

Целью исследования явилось определение мотивации употребления некуриительных табачных изделий в молодежной студенческой среде.

Материалы и методы. В ходе исследования была разработана анкета, в основной части которой задавались вопросы об употреблении некуриительных табачных изделий: возраст первого использования, мотивация, частота нынешнего употребления табака и выявления психических и вегетативных нарушений при употреблении некуриительных табачных изделий. С помощью данной анкеты был проведен анонимный со-

психологический опрос в Краснодарском колледже управления техники и технологии среди подростков 17-20 лет, в котором приняли участие 91 человек.

Результаты и обсуждение. По итогам анкетирования были получены следующие результаты. Начальный возраст употребления некурительных табачных изделий составил  $17,64 \pm 0,04$  лет. Подавляющее большинство (90,6%) подростков впервые попробовали некурительные табачные средства после окончания школы. Из 91 подростка 26 (28,6%) однажды пробовали один из видов некурительных табачных изделий, 4 (15,4%) студента продолжают до настоящего времени употреблять некурительные табачные изделия. Среди потребителей некурительного табака преобладали лица мужского пола (87,4%).

Наиболее частыми мотивами употребления табака были: коммуникативная (27%), депрессивное состояние (26%), «расширение сознания» (18%), из любопытства (18%), скука (10%), использование в виде допинга, у лиц, занимающихся спортом (5%). По данным нашего исследования у подростков при употреблении некурительного табака наблюдались следующие психические нарушения: эйфория (повышенное, радостное настроение, чувство благополучия) – 73%; снижение уровня стресса и профилактика депрессии – 70%, дезориентация в пространстве и времени (потеря способности узнавать окружающую обстановку, время длится долго) – 55%, появление чувства расслабленности, легкого головокружения – 42%.

Вывод. Таким образом, анализ мотивации употребления некурительных табачных изделий подростками по данным анкетирования показал, что при относительно раннем начальном употреблении некурительных табачных изделий, в большинстве случаев мотивацией употребления явилось снятие напряжения, скука, любопытство, влияние общества.

# **АФФЕКТИВНЫЕ СДВИГИ И АДАПТАЦИОННЫЙ ОБРАЗ БОЛЕЗНИ (АОБ) ПРИ КОМОРБИДНОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ И СОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

**Сулайманова М.Р.**

*Бишкек*

*ГОУ ВПО Кыргызско-Российский Славянский университет*

Цель исследования: исследовать уровень аффекта и особенности АОБ в структуре коморбидных соотношений психических расстройств амбулаторного уровня и хронических соматических заболеваний для оптимизации качества диагностики и лечебно-профилактических мероприятий в области психосоматической медицины.

Материалы и методы исследования. Обследовано 250 пациентов (18–55 лет) ЦСМ г. Бишкека, Токмока, Сокулука, Джалал-Абада, Оша с психическими расстройствами амбулаторного уровня (F-3; F-4; F-6), коморбидными с хроническими соматическими заболеваниями. Сформированы группы: I-я включала 139 респондентов (55,6%) с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), II-я – 39 пациентов (15,6%) с бронхолегочными заболеваниями (БЛЗ); III-я – 72 пациента (28,8%) с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Исключались пациенты с онкологическими, инфекционными заболеваниями, слабоумием, болезнями головного мозга. Методы исследования: стандартизованные шкалы Спилбергера-Ханина, Цунга, Гамильтона, Опросник адаптационного образа болезни (АОБ), пакет программ Statistics SPSS 16.0 for Windows.

Результаты и обсуждение. Высокий уровень личностной тревоги у пациентов II-й группы ( $55,5 \pm 1,2$ ;  $p < 0,01$ ) превышал средние показатели I-й ( $49,8 \pm 3,5$ ;  $p < 0,01$ ) III-й ( $44,4 \pm 2,3$ ;  $p < 0,01$ ), по Гамильтону у пациентов I-й ( $26,87 \pm 1,2$ ;  $p < 0,01$ ) и II-й групп ( $27,5 \pm 2,2$ ;  $p < 0,01$ ) показатель соответствовал высокому, у пациентов III-й группы ( $19,0 \pm 2,2$ ;  $p < 0,01$ ) соответствовал умеренному ( $p < 0,01$ ).

Уровень депрессии по Цунгу у пациентов первой (50,1±1,8;  $p < 0,01$ ) и второй групп (48,7±2,9;  $p < 0,01$ ) соответствовал легкой степени, у пациентов III-й группы (58,9±1,2;  $p < 0,01$ ) умеренной степени, по Гамильтону – до средней тяжести (21,81±7,0;  $p < 0,01$ ).

Одним из результатов исследования стало выявление (0.001) сильной положительной корреляции между длительностью течения расстройства с момента первичного обращения к специалисту, с одной стороны, и уровнем депрессии, с другой (с депрессией по Гамильтону:  $r = 0.7$ ; по Цунгу:  $r = 0,65$ ). Частота госпитализаций коррелировала (0.001) с уровнем ситуативной ( $r = 0,6$ ) и личностной тревоги ( $r = 0,56$ ), отрицательно с уровнем депрессии (по Гамильтону:  $r = - 0.34$ , по Цунгу:  $r = - 0.25$ ).

Исследование первого блока АОБ выявило у большинства пациентов экстернальную позицию (0.01): в I-й и II-й группах объясняли причину болезни стрессами в 35,3% и 41,0%, что вызывает усиление тревожного аффекта в структуре коморбидных нарушений. Следующими были выбраны «наследственность» (23,7% и 15,4%) и «курение» (6,5% и 17,9%). Заболевание, как результат «околдования», «сглаза», рассматривали 12,7% пациентов II-й группы. В III-й группе – после «стрессов» (41,0%) следующими были ответы: «неправильное питание» (22,2%), «не следил за здоровьем» (16,7%).

Анализ АОБ выявил у пациентов с ССЗ и БЛСЗ рост экстрапунитивной позиции в зависимости от продолжительности болезни: в I-й группе от 46,2% (1-3 года) до 85,9% (5 лет и выше), во II-й от 85,7% (1-3 года) до 90,9% выборов (5 лет и выше). Чем длительнее расстройство, тем ниже интрапунитивная позиция: в I-й группе от 9,6% (1–3 года) до 4,5% (5 лет и выше) ( $p < 0,01$ ). В III-й определялся рост интрапунитивной позиции: от 14,3% (1–3 года) до 43,5% (5 лет и выше) ( $p < 0,01$ ), экстрапунитивная позиция уменьшалась: от 60,7% (1–3 года) до 39,1% (5 и выше) ( $r = -0,3$ ,  $p < 0,01$ ).

В I-й группе 57,6% сразу обратились к кардиологу. Большинство пациентов III-й (68,1%) и II-й (56,4%) - к се-

мейному терапевту, к гастроэнтерологу 18,1% III-й группы, к пульмонологу 12,8% пациентов II-й группы ( $r = 0,4$ ). К психотерапевту 7% пациентов I-й группы, 2,6% II-й. К народному целителю обратились 15,4% II-й группы, 10,1% I-й и 5,6% III-й.

Симптомы первого порядка. В I-й группе: «боли/дискомфорт в грудной клетке» (28,8%), «учащённое сердцебиение» (25,9%), «головные боли» (23%). Во II-й: «ощущение нехватки воздуха» (51,3%). В III-й группе: «головные боли» (23,6%) и «дискомфорт или боли в животе» (22,2%) ( $p < 0,01$ ,  $r = 0,6$ ).

Симптомы второго порядка. У пациентов всех групп «нарушенный ночной сон»: у 38,1% I-й группы, у 15,4% II-й, у 29,2% III-й ( $r = 0,5$   $p < 0,01$ ); «головные боли» у 15,8% I-й группы, 12% II-й, 9,7% III-й; «страх смерти» у 15,6% из I-й; у 18,8% II-й группы, «страх сумасшествия» – 12,3% и 14,2%, соответственно. В III-й (8,6%) и I-й (6,9%) беспокоили «раздражительность», у 4,2% и 2,9% «беспокойство», у 6,9% и 5,7% «снижение либидо»; у 5,1% из II-й и 3,8% из III-й – «чувства изменённости окружающего».

Приемлемым способом помощи оказались: «правильно назначенная лекарственная терапия» в 42,4%, 59,0% и 38,5% случаев соответственно в I, II и III группах; «прекращение стрессов и душевный покой» – в 25,9%, в 20,5% и в 36%. Лечение у кардиолога выбрали 20,9% пациентов II группы, у гастроэнтеролога 12,05% III группы. Пациенты II группы предпочли «поддержку со стороны близких», лечение у пульмонолога 9,1%, «народные целебные средства» 8,9%, психотерапию 2,6% ( $p < 0,01$ ,  $r = 0,4$ ).

В третьем блоке АОБ наиболее частые опасения у пациентов всех групп было лишение трудоспособности – в 41,0%, в 38,5% и 58,3%. При этом в I-й и во II-й группах в 32,4% и в 33,3% был «страх смерти», в 20,1% и в 25,6% – «нарушение внутреннего покоя»; «не интересовались» последствиями в III-й группе 9,7% пациентов ( $p < 0,01$ ,  $r = 0,2$ ).

«Прогноз болезни»: в I-й и во II-й группах (в 38,8% и в



33,3%) пациенты желали «лечиться постоянно»; в III-й пациенты сомневались в улучшении состояния 38,9%, пессимистично настроены 8,3% (II-й 5,1% и I-й 4,3%) ( $p < 0,05$ ,  $r = 0,2$ ). Ориентированность пациентов на получение помощи от интернистов во всех группах ( $p < 0,01$ ,  $r = 0,6$ ) отражает «соматоцентрированность» образа болезни. 18% пациентов II-й группы ориентированы на народных целителей ( $p < 0,01$ ,  $r = 0,6$ ).

## **ВЫВОДЫ:**

1. Аффективные нарушения в структуре ССЗ характеризуются выраженностью тревожно-депрессивного радикала, в структуре БЛЗ – высоким уровнем тревожного радикала, в структуре заболеваний ЖКТ – преобладанием депрессивного радикала.

2. Продолжительность расстройства и частота госпитализаций при коморбидных нарушениях является фактором хронизации тревоги, при этом в структуре ЖКТ депрессивный аффект является доминирующим.

3. При коморбидных расстройствах в структуре ССЗ АОБ отличает наличие экстрапунитивной позиции, соматоцентрической модели болезни, что обуславливает соматизированность течения, прогноза и лечения основного заболевания, формируя стереотипизацию психовегетативных симптомокомплексов.

4. При коморбидных расстройствах в структуре БЛЗ АОБ сформирован оккультно-бытовым пониманием своего заболевания, что подтверждается показателями каждого блока АОБ, а также частотой обращений к народным целителям. В данной группе психовегетативные симптомокомплексы отличаются вариабильностью клинических проявлений.

5. В структуре заболеваний ЖКТ регистрируются интрапунитивная позиция, соматоцентрическая модель болезни. При анализе третьего блока АОБ соматизация депрессивного аффекта приводит к неблагоприятному прогнозу.

6. Континуум клинико-психологических механизмов в виде АОБ представляется динамическим образованием в системе психовегетативных нарушений и является одним из важных механизмов, способствующих диагностике феномена коморбидности и преодолению терапевтической резистентности.

7. Феномен коморбидности хронических соматических заболеваний и аффективных расстройств имеет сложную структуру, формирующуюся в результате взаимодействия личности и клинической картины хронического соматического расстройства.

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ  
ОРГАНИЧЕСКОГО ПСИХИЧЕСКОГО  
РАССТРОЙСТВА И КОМОРБИДНЫХ  
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
(ПО ДАННЫМ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ  
ЭКСПЕРТИЗЫ)**

**Тарасова Г. В., Вандыш-Бубко В. В.**

*Москва*

*ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России*

Проблема органических психических (ОПР) и коморбидных сердечно-сосудистых расстройств представляется актуальной в контексте современных научных установок, кроме того, имеет и несомненное практическое значение, объединяет задачи клинической психиатрии и терапии, обеспечивая комплексное решение актуальных на сегодняшний день проблем (диагностики, лечения, экспертизы, прогноза). Особое значение при экспертизе придается патогенному дезадаптирующему влиянию психотравмирующей судебно-следственной ситуации, динамике в связи с этим ОПР, оптимальному выбору принципа ее оценки.

Цель. Поиск значимых для экспертизы психосоматических соотношений.

Материалы и методы. Клинико-психопатологическим, соматоневрологическим, психометрическим, статистическим методами обследованы 121 обвиняемый мужского пола в возрасте от 20 до 84 лет ( $55 \pm 13,52$  лет), прошедших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу, страдающих органическим психическим расстройством (F00–F09) и сердечно-сосудистым заболеванием (Класс IX Болезни системы кровообращения I00 – I99).

Результаты обследования и их обсуждение. Анализ анамнестических сведений в общей выборке обследованных показал недостаточную эффективность выявления как психической (47 набл., 39%), так и соматической патологии (не выявлено до экспертизы 45,5 % случаев, 55 набл.),

низкое качество оказываемой им медицинской помощи, что объясняется не только проблемами диагностики, но и спецификой контингента обследованных с типичным игнорированием, имеющих болезненных расстройств, низким уровнем качества жизни. У всех обследованных имела место хроническая сердечно-сосудистая патология. В отличие от общепсихиатрической практики в судебной психиатрии сравнительно редко встречаются инсультные формы психических расстройств сосудистого генеза. Это, скорее всего, объясняется не столько клинико-патогенетическими особенностями исследованных состояний, сколько недостаточностью анамнестических сведений (частотой неверифицированных острых мозговых ишемий в анамнезе).

Результаты судебно-психиатрической диагностики свидетельствуют о преобладании органического психического расстройства смешанного генеза (81,8%), дефицитарных органических расстройств (около 70% набл.); о высокой верифицируемости сосудистого генеза деменции (51,2%).

В судебно-следственной ситуации выделено 3 варианта неблагоприятной динамики органического психического расстройства. У первой группы (34 набл., 47,2%) ухудшение состояния было обусловлено резким нарастанием прогрессивности и соответственно усугублением имевшихся расстройств. У второй группы (32 набл., 44,5%) имел место отчетливый динамический сдвиг по типу декомпенсации. Значительно реже (6 набл., 8,3%) ухудшение состояния проявлялось выявлением психогенных нестойких депрессивных реакций на фоне ОНР – третья группа.

При дифференцированной оценке клинической динамики психической и соматической патологии все обследованные (из 72 набл.) предъявляли жалобы соматического характера. Объективное ухудшение соматического состояния наблюдалось в 76,4% наблюдений. К числу этих случаев (55 набл.) могли быть отнесены все 34 клинических наблюдения из первой группы неблагоприятной динамики (по типу нарастания прогрессивности) – 47,2% и 21 клиническое

наблюдение – из второй (состояния декомпенсации ОПР) – 29,2%. Ухудшение соматического состояния проявлялось неблагоприятной динамикой соматического заболевания – в 6 набл. (10,9%) в судебно-следственной ситуации имели место острые мозговые катастрофы – инсульт, в 49 набл. (89,1%) – ухудшение соматического состояния в виде гипертонических кризов, стенокардии (от 55 набл.), что сопровождалось госпитализациями в терапевтические отделения (36 набл., 65,5%), в том числе и повторными (17 набл., 30,9%), в 3,6% случаев – активным наблюдением терапевтом.

В 23,6% случаях предъявляемые жалобы соматического характера не отражали объективного ухудшения соматического состояния – у части пациентов с состояниями декомпенсации (2 группа) и у всех обследованных 3 группы. При анализе несоответствия результатов объективного обследования характеру субъективных жалоб можно говорить об определенном утяжелении болезненных переживаний соматического характера. Предпосылками этому могут служить: наличие соматического анамнеза (опыт болезненных ощущений в прошлом), актуализирующийся в субъективно-сложной ситуации по механизму воспроизведения, конверсии; наличие в судебно-следственной ситуации специфических психических расстройств (депрессия, декомпенсированная личностная патология), коморбидных сердечно-сосудистой патологии; преимущественный тип психического реагирования в виде психосоматических расстройств, функциональных синдромов.

Зависимость характера соматических жалоб от типа неблагоприятной клинической динамики. В 1-й наиболее прогностически и клинически неблагоприятной группе при констатации тяжелых обострений соматической патологии соматические жалобы были подчас минимальными. Преобладающая патология в этих случаях была представлена тяжелыми психоневрологическими расстройствами, выраженными когнитивными нарушениями. В 3-й группе (неблагоприятная динамика по типу депрессивных реакций) и в значительной

части клинических наблюдений 2-й группы соматические жалобы были многообразными – не только в виде болей в области сердца, сердцебиений и др., но и более нейтральных жалоб на головные боли, головокружения, диффузные болевые ощущения, в том числе в области ЖКТ, при дыхании, мочеиспускании и др. Во 2-й группе (неблагоприятная динамика по типу декомпенсации) жалобы на соматическое неблагополучие наиболее реально соответствовали неблагоприятной динамике соматической болезни, хотя и в ряде наблюдений данной группы можно было говорить об отмеченной выше соматизации.

В зависимости от структуры сдвига (в пределах ОПР/соматического заболевания, 121 набл.) выделено также 3 варианта: 1) преимущественно психического состояния (как правило, неблагоприятная динамика ОПР) – 28 набл. (23,2%) с независимым характером психосоматических соотношений. Сосудистый фактор играл патопластическую роль, определяя особенности клинической картины – повышение удельного веса соматизированных психических расстройств; 2) как психического, так и соматического состояния – 55 набл. (45,4%), с отчетливым субординированным (зависимым) характером психосоматических соотношений. Соматическая патология играла уже патогенетическую роль; 3) преимущественно соматического состояния (38 набл., 31,4%), с независимыми психосоматическими соотношениями, когда усугубление соматического заболевания не сопровождалось ухудшением психического состояния (благоприятный вариант динамики).

Выводы. Резюмируя вышесказанное можно констатировать «недовыявляемость» соматической патологии в анамнезе; «недооценку» этиопатогенетической роли сосудистой патологии; малое число зарегистрированных инсультных и инфарктных форм в частности из-за недостаточной выявляемости преходящих и легких форм сосудистых нарушений. По результатам дифференцированной оценки исследованных состояний можно говорить об определен-

ных соотношениях психической и соматической патологии, прежде всего о соподчиненности. В одних случаях соматическая патология может быть оценена как самостоятельное патогенетическое звено в становлении прогрессирующего органического расстройства, в других – можно говорить и о так называемых психосоматических циклах в рамках протрагированных состояний декомпенсаций органического психического расстройства, функциональных соматических расстройствах. Для отдельных вариантов динамики характерны определенные психосоматические соотношения, при которых соматическая патология играет патопластическую, либо патогенетическую роль: независимые или субординированные.

# **ПРОБЛЕМА НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У РОДСТВЕННИКОВ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ: МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД**

**Трушкина С.В.**

*Москва*

*ФГБНУ Научный центр психического здоровья*

Исследования и клиническая практика свидетельствуют о том, что члены семей психиатрических пациентов в достаточно большом числе случаев могут быть сами отнесены к группам риска по нарушениям психического здоровья. При этом возможная генетическая предрасположенность к ним не является единственной причиной. Не менее значимыми факторами выступают высокая степень подверженности членов семьи стрессу, переживаемому в связи с развитием психического заболевания у близкого человека, постоянное проживание вместе с ним, хронически нестабильная эмоциональная обстановка в семье, потеря ощущения привычного контроля над своей жизнью, неопределенность будущего, стигматизация семей психически больных в обществе и т.п.

Психическое заболевание у члена семьи накладывает на других ее членов так называемое «бремя болезни» – целый спектр жизненных ограничений, связанных с физическими и эмоциональными перегрузками, финансовыми затруднениями, сужением жизненных перспектив, вынужденным отказом от карьеры или профессии, уменьшением времени для досуга, отдыха и собственного развития и т.д. Сам факт выявления психического заболевания у члена семьи и выставления ему соответствующего диагноза в большинстве случаев становится высоко значимым стрессогенным событием в жизни всей семьи или отдельных ее членов. Так, при сообщении родителям психиатрического диагноза ребенка у них могут иметь место реакции с клинически значимыми проявлениями тревоги, растерянности, дереализации, отчаяния, гнева, затяжные тревожные, депрессивные, соматоформные расстройства. Длительное, часто многолетнее, течение пси-



хического заболевания у родственника выступает в качестве хронического психотравмирующего фактора для его близких. Эмоциональная обстановка в семье может осложняться в связи с колебаниями состояния больного – от вселяющих надежду улучшений к вновь повторяющимся обострениям и проблемному поведению. Все это не может не сказываться на физическом и психическом состоянии членов семьи. В таких обстоятельствах логично предположить высокую распространенность психических расстройств пограничного уровня у членов семей психически больных. Есть данные, что в случае обращений родителей детей-пациентов психиатрических учреждений с жалобами на собственное здоровье к психиатрам и неврологам, у них с повышенной частотой выявляются расстройства депрессивного и тревожно-фобического круга, психосоматические расстройства, астения, повышенная сензитивность и т.п.

Клинические психологи и психотерапевты в свою очередь отмечают у родителей, супругов, детей и других членов семьи психически больных широкий круг эмоциональных и личностных проблем. К ним относятся острые переживания чувств вины, стыда, гнева, разочарования и т.д.; крайне болезненное ощущение потерь – бывшего благополучия, жизненных планов и надежд для себя и заболевшего, социального статуса семьи и т.п.; враждебность, которая может проявляться к другим членам семьи, к специалистам или к самому пациенту как источнику всех бед; страхов, связанных с отдаленным будущим для себя, заболевшего, других детей в семье и судьбы всей семьи в целом. У родителей психически больных детей может выявляться снижение самооценки - общей или только в сфере материнства или отцовства. Есть данные о преобладании психологических защит, неадекватных поведенческих стратегиях, искажении родительских установок на своего ребенка и его заболевание. Специалистами отмечается склонность членов семьи в субъективных оценках утяжелять или, наоборот, облегчать, вплоть до полного отрица-

ния, выраженность психиатрической симптоматики у близкого. Это напрямую влияет на вероятность их обращения за психиатрической помощью для него, на их ожидания от лечения и готовность к терапевтическому комплаенсу со специалистами. Все это ставит задачу комплексного эмпирического изучения влияния психического заболевания у одного из членов семьи на состояние психического здоровья и психологического благополучия у других ее членов – ухаживающих за ним, эмоционально привязанных к нему и чувствующих ответственность за него.

В частности, данный фрагмент междисциплинарного (психолого-психиатрического) исследования имел целью прослеживание связи между длительностью пребывания родителя в стрессогенной ситуации психической болезни у сына или дочери, особенностями психоэмоционального состояния родителя и степенью его комплаентности. В исследование были включены матери детей, находящихся на амбулаторном лечении в психиатрической больнице, диагнозы детей – расстройства аутистического и шизофренического спектра, расстройства поведения. Первую группу составили 16 матерей детей в возрасте 4–7 лет (длительность заболевания 1–3 года), вторую группу – 13 матерей подростков 13–17 лет (длительность заболевания более 5-ти лет).

Основным результатом стало выявление связи между длительностью течения заболевания у ребенка (и соответственно – временем пребывания матери в психотравмирующей ситуации) и состоянием психического здоровья матери, степенью ее вовлеченности в проблемы ребенка и уровнем комплаентности со специалистами психиатрических служб. Так, матери четырех-пятилетних детей, диагноз которым был выставлен относительно недавно, несмотря на эмоционально-стрессовую нагрузку, в большинстве случаев показывали достаточно высокий уровень вовлеченности в проблему, активный поиск возможностей и способов помочь своему ребенку, относительно высокий уровень оптимизма и энтузиазма; активно сотрудничали с врачом. Матери подростков,

болеющих более пяти лет, демонстрировали узнаваемую картину эмоционального выгорания. Им были в большей степени, чем матерям первой группы, свойственны душевная опустошенность, отстраненность от ребенка и от ситуации его болезни, нередко – враждебность к нему, неверие в действенность психиатрического лечения и возможность наступления стойкого улучшения, заметное ухудшение их психического и соматического здоровья, снижение уровня их собственной социальной адаптации. В группе матерей подростков в 23 % случаев отмечалась алкоголизация матери, в 38 % – клинически выраженные депрессивные состояния различной степени тяжести, не имевшие места в первой группе. Такое состояние матерей отрицательно влияло на объем и качество психиатрической помощи, оказываемой ребенку вне больницы. Следствием этого было снижение ожидаемого лечащим врачом прогресса в лечении ребенка и утяжеление его состояния при нахождении вне стен больницы.

Таким образом, длительность пребывания родителя в эмоционально тяжелой ситуации психической болезни у ребенка является одним из факторов, способных негативно повлиять на его психическое здоровье, на мотивацию к лечению ребенка и на готовность к комплаенсу с врачами психиатрического учреждения. Следует подчеркнуть, что не все матери в ситуации психической болезни ребенка были подвержены выраженным психиатрическим или психологическим проблемам. Часть родителей самостоятельно справлялись с ними и достаточно успешно адаптировались к произошедшим в их жизни изменениям. Тем не менее, значительная часть матерей детей-пациентов психиатрического учреждения находилась в числе нуждающихся в помощи специалистов психиатрического, психологического и психотерапевтического профиля.

# **ВЕГЕТАТИВНЫЕ И АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ**

**Ханмурзаева С.Б., Ханмурзаева Н.Б.**

*Махачкала*

*ФГБОУ ВО ДГМУ*

Актуальность: Синдром хронической тазовой боли (СХТБ) представляет собой широко распространенное состояние. Причины возникновения СХТБ разнообразны и включают перенесенные гинекологические и урологические заболевания и поражение органов малого таза, мышечно-тонические нарушения с формированием стойкого напряжения мускулатуры спины и поясницы, сопровождающегося нарушением осанки и биомеханики позвоночника. Развитию хронического болевого синдрома любой локализации способствуют индивидуальные особенности личности. Вегетативная дисфункция нервной системы является результатом хронического болевого синдрома, который в свою очередь оказывает эмоциональную нагрузку. СХТБ и аффективные нарушения могут сопровождаться вегетативной дисфункцией, обусловленной, в т. ч., гормональными изменениями организма женщины.

Цель исследования: изучение характера вегетативных и аффективных нарушений при хронической тазовой боли у женщин разного возраста.

Материал и методы. Наблюдались 76 женщин, среди них 24 – детородного возраста (средний возраст –  $37,4 \pm 6,3$  лет; 1-я группа) и 25 – в постменопаузальном периоде (средний возраст –  $58,2 \pm 7,3$  лет; 2-я группа) с СХТБ. Диагноз СХТБ устанавливался в соответствии с определением ICS. Все больные были осмотрены профильными специалистами (уролог, хирург, гинеколог). Для исключения органической соматической патологии использовались методы КТ и УЗИ органов малого таза, биохимические исследования. С целью оценки неврологического статуса был включен неврологический клинический осмотр, интенсивность болевого синдрома

оценивалась в соответствии с Визуально-аналоговой шкалой (ВАШ), частоты эпизодов боли, их длительности и цикличности. Оценка состояния вегетативной нервной системы включала регистрацию в покое частоты сердечных сокращений (ЧСС), систолического и диастолического артериального давления (САД и ДАД соответственно), с использованием тестов Ашнера, Вальсальвы, ортостатической пробы и расчета индекса Кердо. Наличие и выраженность тревожных нарушений оценивали на основании опросника Гамильтона (HAM-A), астении - модифицированной шкалы астении (MFI). Результаты обработаны статистически при помощи программного пакета SPSS 17.0.

Результаты и их обсуждение. Длительность заболевания составила  $17,4 \pm 5,3$  и  $18,4 \pm 7,3$  мес. в 1-ой и 2-ой группах соответственно (отличия недостоверны). Интенсивность боли по ВАШ не различалась в 1-ой и 2-ой группах ( $65,4 \pm 11,2$  и  $59,5 \pm 10,4$  балла соответственно).

Фоновые показатели ЧСС, САД и ДАД у больных обеих групп достоверным образом не отличались, однако, у пациенток первой группы были зафиксированы более высокие значения указанных показателей. По итогу исследования вегетативной нервной системы, а в частности ее функционирования нами установлены признаки дистонии. У 18 (75,0%) пациенток 1-ой группы имела место симпатическая направленность дистонии, во 2-ой группе – у 5 (20,0%;  $p < 0,05$ ); во 2-ой группе преобладала парасимпатикотония ( $n = 20$ ; 80,0%). При проведении функциональных проб для оценки состояния вегетативной системы, оказалось, что в 1-ой группе имела место симпатикотония (тахикардия, тахипное, умеренная артериальная гипертензия). Пробы Ашнера и Вальсальвы указывали на активацию парасимпатической нервной системы ( $p < 0,05$  по сравнению со 2-ой группой). Во 2-ой группе имелись признаки парасимпатической активации.

Различные проявления астении оказались характерными для больных обеих групп, в той или иной степени выраженности они имелись у 19 (79%) и 22 (88%) больных

соответственно. Уровень тревожности у больных 1-ой и 2-ой групп оказался достоверно выше, чем в контроле ( $p < 0,05$  для обоих показателей), при этом достоверные различия между группами отсутствовали. При анализе характера астенического синдрома оказалось, что его выраженность (суммарные значения по всем доменам опросника MFI-20) не имела статистически значимой связи с интенсивностью болевого синдрома ( $r = 0,166$ ;  $p > 0,05$ ), однако положительно коррелировала с длительностью болевого синдрома ( $r = 0,412$ ;  $p < 0,05$ ).

Выводы. СХТБ – распространенный среди женщин различных возрастных групп клинический синдром. У всех обследованных больных имеются признаки вегетативной дистонии. Преимущественно наблюдался смешанный тип вегетативных нарушений, однако, у женщин детородного возраста имело место преобладания симпатической нервной системы, тогда как у больных старшего возраста преобладала парасимпатическая направленность нарушений. Имеется зависимость выраженности тревожного расстройства от выраженности вегетативных нарушений. Фоновые значения ЧСС, САД, ДАД существенно не отличаются у женщин различного возраста с ХТБ, и не носят достоверных отличий от соответствующих показателей в контрольной группе. Использование функциональных нагрузочных проб позволило различиям между группами приобрести достоверный характер. Резюмируя, мы пришли к тому, что для уточнения характера направленности и выраженности у женщин с СХТБ вегетативных нарушений целесообразно применение специализированных нагрузочных проб и тестов.

# ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИКИ СОЦИАЛЬНЫХ И КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПРОЦЕССЕ ПСИХОКОРРЕКЦИИ

Шин З.В.

*Ташкент*

*Ташкентская медицинская академия*

Актуальность. Шизофрения является заболеванием, для которого характерно разнообразие клинических проявлений, которые, в свою очередь, могут явиться причиной трудностей, возникающих в выборе определенного антипсихотика, наиболее подходящего для терапии каждого конкретного случая. При этом длительное течение болезни, склонность к рецидивированию и хронификации, относительная эффективность фармакотерапии усугубляют ситуацию. В результате, лица, страдающие шизофренией, обнаруживают ту или иную степень социальной недостаточности, ограничение работоспособности или стойкую ее утрату – 40% больных являются инвалидами. Психореабилитация психически больных не ограничивается устранением психопатологической симптоматики и должна быть нацелена на создание для них оптимальных условий социального функционирования, повышения качества жизни, способности к самостоятельной активной деятельности. В современных условиях эта проблема приобретает особую важность, поскольку в последнее время реабилитационная работа в стране оказалась разрушенной и, по сути, сведена к поддерживающей фармакотерапии. Социальная адаптация больных в обществе затруднена, свидетельством чему являются возрастающие уровни разводов, инвалидности, безработицы.

Цель исследования: Исследование динамики социальных и когнитивных функций у больных с шизофренией в процессе психокоррекции.

Материалы и методы исследования: Материалом данной работы послужили результаты комплексного исследования 102 больных с диагнозом параноидная шизофрения (F20),

прошедших курс лечебно-реабилитационных мероприятий в Городской клинической психиатрической больнице. При этом использовались: а) Специально разработанная исследовательская карта, включающая: социально-демографический и клинический разделы. б) Шкала Общего Клинического Впечатления (Global Clinical Impression-GCI), позволяющая оценивать тяжесть и динамику психических расстройств до и во время проводимого лечения, и в анамнезе. в) Клинико-психотерапевтический метод. Изучались, в частности, уровни, направленность и способы коммуникаций.

Результаты и обсуждения. Группу больных шизофренией составили 45% мужчин и 55% женщин; средний возраст –  $35 \pm 6,8$  лет, средняя давность заболевания –  $9,7 \pm 4,8$  лет. Трудовой статус пациентов характеризовался выраженным снижением: 90% больных имели 2 группу инвалидности по психическому заболеванию, 25% из них работали временно, выполняя неквалифицированные виды труда. Сравнительная оценка тяжести психического состояния больных шизофренией в группе исследования по шкале GCI до проведения психотерапии, после её проведения и в анамнезе выявила положительную динамику, которая проявлялась в увеличении числа больных со слабо выраженными психическими нарушениями (до лечения – 41%, после лечения – 46%, в анамнезе – 54%) и снижении количества больных со значительными психическими нарушениями (до лечения – 26%, после лечения – 21%, в анамнезе у 11% больных). Незначительное улучшение состояния наблюдалось у 33% больных во время и у 35% больных после лечения. Анамнестические данные свидетельствуют об увеличении этого показателя до 48%. Во время лечения существенного улучшения состояния достигли 2% больных, после лечения – 13% ( $p < 0,05$ ), а в анамнезе их число увеличилось до 28% ( $p < 0,001$ ). Без перемен психическое состояние оставалось у 57% во время лечения, у 41% после лечения и у 24% анамнестически. Необходимо отметить, что у 7% больных в группе исследования во время и после лечения наступило незначительное ухудшение, а у 4% (3 чел.)



– существенное ухудшение, которое потребовало госпитализации в стационар. В целом, степени редукции психопатологической симптоматики в основной и контрольной группах существенно не различались, хотя улучшение, достигнутое с применением психотерапии, оказалось более стабильным. Включение арт-терапии – психотерапевтического метода, основанного на изобразительном творчестве, в комплекс мер, направленных на психореабилитацию психически больных, повышает их эффективность, за счёт достоверного улучшения качества жизни и социального функционирования, а также более устойчивой редукции психопатологической симптоматики. Заключение. Результаты сравнительного клинического анализа степени и темпа редукции психических расстройств у больных шизофренией, достигнутое с применением психосоциальной реабилитацией в течении катамнестического периода (10 - 12 месяцев) было более стабильным и продолжительным ( $p < 0,01$ ). Клинико-психотерапевтический анализ изученных случаев даёт основания полагать, что повышение уровня психосоциальной адаптации в процессе психосоциальной реабилитации происходит за счёт совершенствования навыков саморегуляции, развития способностей самопонимания и самовыражения, укрепления автономии личности, формирования устойчивой системы социально значимых отношений и интересов. Место и роль арт-терапии в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий зависят от этапов психосоциальной реабилитации (этапа активных психосоциальных воздействий, этапа освоения ролевых функций и социальных позиций, этапа закрепления и поддержки социального восстановления). Конкретное содержание каждого из них носит индивидуально-типовой характер.

# КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ И СУИЦИДАЛЬНЫМИ НАМЕРЕНИЯМИ

Шова Н.И., Михайлов В.А., Попов Ю.В.

*Санкт-Петербург*

*ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России*

**Введение.** Самоубийство является серьезной проблемой здравоохранения. Большинство самоубийств связаны с непсихотическими психическими и психотическими расстройствами и являются наиболее значимыми факторами риска. По результатам исследований выявлено, что риск самоубийств среди пациентов с эпилепсией в 4 раза выше по сравнению с общей популяцией. Особый интерес представляет оценка качества жизни у пациентов с эпилепсией и суицидальными намерениями, поскольку полученные результаты могут способствовать разработке мероприятий социальной адаптации для данной группы пациентов.

**Цель:** оценить качество жизни пациентов с эпилепсией и суицидальными намерениями.

**Материалы и методы.** В исследование включено 102 пациента с установленным диагнозом эпилепсия. В зависимости от наличия пассивных суицидальных намерений пациенты разделены на 2 группы: 1 – контрольная (N = 73 пациентов), без суицидальных намерений, 2 – исследовательская (N = 29 пациентов), с пассивными суицидальными намерениями на момент проведения исследования. Психометрические методы включали: госпитальная шкала тревоги и депрессии, симптоматический опросник SCL-90-R, опросник суицидального риска в модификации Т.Н. Разуваевой, опросник качества жизни для больных эпилепсией (QOLIE-31)

**Результаты.** По результатам госпитальной шкалы тревоги и депрессии 2 группа характеризовалась достоверно значимым ( $p < 0,05$ ) увеличением по показателю «тревога» (9,17 баллов) и «депрессия» (7,00 баллов) по сравнению с 1 группой (6,00 и 5,48 баллов) соответственно. Полученные результаты подтверждаются по опроснику SCL-90-R. Паци-

енты с эпилепсией обеих групп характеризуются повышенным значением следующих показателей: «соматизация», «обсессивность-компульсивность», «межличностная чувствительность», «депрессивность», «фобичность», «психотизм». Для пациентов 2 группы, следует отметить, значительное увеличение значений по показателям: «соматизация» 1,30 балла, «обсессивность-компульсивность» 1,44 балла, «межличностная чувствительность» 1,16 баллов, «депрессивность» 1,40 баллов, «тревожность» 1,22 балла, «фобичность» 0,81 балл, «психотизм» 0,73 балла. Дополнительно наблюдается увеличение по показателям «враждебность» (1,05 баллов) и «паранойальность» (0,99 баллов). При межгрупповом сравнении определяется достоверно значимое ( $p < 0,05$ ) различие по шкалам: «соматизация» и «тревожность». «Общий индекс тяжести симптомов» также увеличен в обеих группах (0,62 и 1,18 баллов), достоверно значимо ( $p < 0,05$ ) выше среди пациентов с активными суицидальными намерениями. При оценке степени суицидального риска получены следующие результаты, пациенты 2 группы характеризуются достоверно значимым увеличением показателей: «демонстративность» (2 балла), «аффективность» (3,12 баллов) и «временная перспектива» (2,42 балла), по сравнению с 1-ой группой (1,17, 2,35, 1,17). Пациенты с суицидальными намерениями характеризуются достоверно ( $p < 0,05$ ) низким значением качества жизни по субъективной оценке ( $20 \pm 13,4$  из 100 баллов) по сравнению с группой без суицидальных намерений ( $80 \pm 13,5$  из 100 баллов). По результатам опросника качества жизни у пациентов с эпилепсией определяется равномерное снижение всех показателей во 2 группе: «боязнь приступов» 59,42, «общее качество жизни» 49,40, «эмоциональное благополучие» 39,92, «энергичность/усталость» 35,72, «когнитивное функционирование» 61,72, «влияние противоэпилептических препаратов» 57,11, «социальное функционирование» 52,58; по сравнению с 1-ой группой ( $p < 0,05$ ). Достоверно значимое различие выявлялось по следующим показателям ( $p < 0,05$ ): «общее качество жизни», «эмоциональное благополучие»,

«энергичность/усталость», «когнитивное функционирование», «социальное функционирование».

**Обсуждение.** Исследованы особенности психопатологического статуса у пациентов с эпилепсией и суицидальными намерениями. Показана актуальность обращения особого внимания на риск развития суицидальных намерений, которые выступают в качестве осложнений психотических расстройств у данной группы больных. Пациенты с эпилепсией и суицидальными намерениями характеризуются различным спектром психопатологических расстройств, с преимущественным преобладанием эмоционально-аффективных и поведенческих нарушений. Показано, что пациенты с эпилепсией и суицидальными намерениями, по субъективной оценке, рассматривают свое качество жизни как низкое, в основном связывая это с социальными ограничениями (социальной стигматизацией).

По объективной оценке с применением опросника показано, что для данной группы пациентов характерно равномерное снижение всех аспектов качества жизни. В основном это касается сферы эмоционального благополучия, социального функционирования. Также пациенты отмечали ухудшение качества жизни ввиду развития астенического состояния и ухудшения когнитивных функций.

Следует отметить, что боязнь возникновения приступов и страх влияния антиэпилептической терапии на повседневную активность пациентов не показала значимых различий. Возможно, данные изменения связаны извращением восприятия внутренней картины болезни и социальной стигматизацией.

**Заключение.** Пациенты с эпилепсией и суицидальными намерениями являются особой когортой, к которым необходимо применять комплексный подход. В частности, своевременная профилактика развития суицидальных намерений. Это можно достичь путем психотерапевтической коррекции и проведения санитарно-просветительской работы в обществе.

# СВИДЕТЕЛЬСТВА ВЗАИМОСВЯЗИ РЕЧЕВЫХ ДИСФУНКЦИЙ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗРИТЕЛЬНОГО ВОСПРИЯТИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Шошина И.И., Андреева А.Л.

*Санкт-Петербург*

*Институт физиологии Им. И.П. Павлова РАН,*

*Санкт-Петербургский государственный университет*

В рамках проблемы объективизации диагностики психических расстройств представляет интерес поиск взаимосвязи когнитивных нарушений с биологическими особенностями работы мозга. Когнитивные способности тесно связаны с процессами зрительного восприятия, обеспечивающими построение картины окружающего мира. В зрительной системе процесс различения пространственно-частотных характеристик стимула обеспечивается множеством нейронных комплексов, настроенных на восприятие разных пространственных частот. Основными являются магноцеллюлярные и парвоцеллюлярные каналы, взаимодействие которых обеспечивает формирование целостной картины окружающей среды. Механизм работы магноцеллюлярных каналов представляет собой частный случай глобального анализа информации, обеспечивающего обработку информации от общего к частному. Работа парвоцеллюлярной системы играет ведущую роль в обеспечении локального анализа, т.е. выделении отдельных объектов и их деталей, стратегию обработки информации от частного к общему. На сегодняшний день научно обосновано, что функциональное состояние магно- и парвоцеллюлярной систем может выступать в качестве маркеров шизофрении (Shoshina et al., 2014; 2015).

В данной работе мы выдвигаем гипотезу о том, что взаимодействие механизмов локального и глобального анализа связано с показателями речевых дисфункций при шизофрении.

В основу работы легли данные 44 пациентов; из них 20 пациентов с первым эпизодом шизофрении, 24 хронически больных параноидной формой шизофрении.

Оценивали функциональное состояние магно- и парвоцеллюлярной систем с помощью регистрации контрастной чувствительности зрительной системы в диапазоне низких, средних и высоких пространственных частот. Состояние речевой функции оценивали с помощью теста на беглость речевых ответов.

Был проведен корреляционный анализ между показателями контрастной чувствительности, отражающими функциональное состояние магно- и парвоцеллюлярной систем, и показателями фонематической и семантической памяти теста на беглость речевых ответов. Наиболее выраженная зависимость установлена между функциональным состоянием магноцеллюлярной системы и состоянием речевой функции у больных с первым эпизодом шизофрении. Значение корреляции Пирсона для показателей фонематической памяти и контрастной чувствительности на низких и средних пространственных частотах составило, соответственно  $r = 0,62$  и  $r = 0,65$ ,  $p < 0,05$ ; то же для семантической памяти  $r = 0,56$ ,  $r = 0,54$ . У хронических больных зависимости речевых нарушений от показателей контрастной чувствительности не установлено.







# КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Редактор Гайханов И.А.  
Корректор Гайханов И.А.  
Верстка Матаева Ж.А.

Формат 60x90  $\frac{1}{16}$ .  
Усл.-п. л. 13,5. Тираж 500 экз. Заказ № 41

ISBN 978-5-98896-184-0



9 785988 961840