

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИЙ

ТЕЗИСЫ III НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «ДРОЗДОВСКИЕ ЧТЕНИЯ» «СОЧЕТАННАЯ ПАТОЛОГИЯ В ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ, ТЕРАПИИ, РЕАБИЛИТАЦИИ, РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ»

СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕБНО- РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА В ОТНОШЕНИИ ЛИЦ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Клименко Т.В.

Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского Минздрава России, НИИ наркологии, г. Москва
klimenko17@mail.ru

Формирование состояния ремиссии наркологического заболевания и успешная социальная адаптация в условиях полного отказа от употребления психоактивного вещества (ПАВ) являются основными задачами терапевтических мероприятий в наркологии. Эффективность предпринимаемых медицинских вмешательств зависит не только от качества оказанной медицинской помощи, но и от объема (полноты) предоставленных услуг в рамках лечебно-реабилитационного процесса (ЛРП), включающего наряду с медикаментозным и психотерапевтическим лечением мероприятия по медицинской и социальной реабилитации (МР и СР).

Однако большинство пациентов после проведенного лечения в медицинских организациях не включаются в программы МР и/или СР, а участники программ СР (реабилитанты) не получают необходимую медицинскую помощь по диагностике и лечению имеющихся психических, наркологических и соматических заболеваний. Это связано со следующими обстоятельствами.

Лечение, МР и СР ориентированы на достижение единой цели и решение многих общих задач, но организационно разделены и координируются разными ведомствами и структурами.

МР является видом медицинских услуг, относится к виду специализированной медицинской помощи, осуществляется в плановом порядке, регулируется нормативными правовыми актами федеральных и региональных органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья граждан и осуществляется в медицинских организациях любой организационно-правовой формы (государственные, муниципальные и частные наркологические больницы, диспансеры, клиники, реабилитационные центры), имеющих лицензию на медицинскую деятельность по профилю «психиатрия-наркология», включая работы (услуги) по медицинской реабилитации.

Термина СР, его определения и методологических основ реализации в законодательных и нормативных документах Российской Федерации (РФ) не закреплено.

Услуги по СР лицам с наркологическими расстройствами предоставляют реабилитационные организации (РО) различной организационно-правовой формы и ведомственной принадлежности:

- 1) некоммерческие общественные, религиозные организации;
- 2) коммерческие организации;
- 3) государственные учреждения, подведомственные различным министерствам и ведомствам.

В соответствии с научным пониманием и практической реализацией деятельности по СР она имеет единые с МР цели и общие задачи, общие методологические принципы, технологии воздействия. МР и СР методологически связаны между собой, организуются на всех этапах ЛРП, а их виды и интенсивность определяются этапом ЛРП.

МР включает деятельность по социальной адаптации и ресоциализации лиц, отказавшихся от потребления ПАВ, а СР с учетом наличия у реабилитантов многообразной коморбидной патологии должна включать по показаниям все виды необходимой медицинской помощи, в том числе и по профилю «психиатрия-наркология».

Для организации реабилитантам медицинской помощи в РО необходимо:

- 1) получить лицензию на осуществление соответствующего вида медицинской деятельности;
- 2) либо установить договорные отношения с медицинской организацией и/или с индивидуальным предпринимателем, имеющими лицензию на осуществление данного вида медицинской деятельности;
- 3) либо заключить договор между реабилитантом и страховой компанией о получении платных медицинских услуг в соответствии с договором добровольного медицинского страхования.

Однако большинство негосударственных РЦ, функционирующих на территории РФ, не организуют реабилитантам необходимой им медицинской помощи.

В настоящее время деятельность по СР лиц с наркологическими расстройствами находится вне законодательного и нормативного правового регулирования:

- 1) не включена в перечень лицензируемых видов деятельности;
- 2) в федеральном законодательстве не предусмотрено такого вида социальных услуг;
- 3) не входит в компетенцию федеральных и региональных органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья граждан и их социальной защиты.

Все это затрудняет нормативный правовой контроль за деятельностью по СР и за осуществляющими ее РО.

Хотя СР не относится к видам медицинской деятельности и организуется немедицинскими РО, она является необходимым этапом ЛРП и оказывает существенное влияние на течение наркологического заболевания, его исход и возможности дальнейшей ресоциализации лиц, отказавшихся от употребления ПАВ. В связи с этим наркологическая служба страны для обеспечения комплексного ЛРП заинтересована в развитии эффективной системы СР лиц с наркологическими расстройствами и в формировании федерального и региональных реестров РО, отвечающих установленным требованиям.

Обязательным является наличие письменного договора между РО и реабилитантом, в котором необходимо указать условия взаимной ответственности:

- а) добровольность включения в программу реабилитации;
- б) условия досрочного расторжения договора, в том числе право реабилитанта на досрочный выход из РО;
- в) меры ограничения и воздействия на реабилитанта в случае нарушения им установленных в РО норм и правил;
- г) финансовое обеспечение (оплата) предоставляемых РО услуг по СР;
- д) продолжительность программы СР.

С целью организации социальной реабилитации и ресоциализации оптимальным является заключение договоров между РО и региональными социальными службами, в том числе с территориальными центрами занятости населения, центрами социальной помощи семье и детям для оказания помощи в трудоустройстве, получении образования и профессии и т.д.

Методологические принципы используемой программы реабилитации:

а) легитимность: деятельность РО осуществляется в соответствии с Конституцией РФ, законодательством РФ, Стратегией государственной антинаркотической политики РФ до 2020 г.;

б) добровольность: наличие письменного информированного добровольного согласия, подписанного реабилитантом при его поступлении в РЦ;

в) отказ от употребления ПАВ в период пребывания в РО (за исключением никотина);

г) безопасность предоставляемых услуг по социальной/комплексной реабилитации;

д) обеспечение конфиденциальности персональных данных реабилитантов;

ж) доступность и открытость для реабилитантов, их родственников и всех заинтересованных лиц информации (за исключением персональных данных) о всех сторонах деятельности РО, в том числе о конфессиональной принадлежности РО и о сотрудничестве РО с религиозными и общественными организациями.

Организация СР лиц с наркологическими расстройствами должна быть комплексной и включать совокупность всех необходимых медицинских, психологических, воспитательных и социальных мер, направленных на восстановление (коррекцию) психического, личностного и социального статуса реабилитантов.

Базовыми условиями для организации реабилитационного процесса являются:

- 1) материально-техническое обеспечение;
- 2) достаточный кадровый потенциал;
- 3) наличие программы СР;
- 4) мониторинг деятельности РО по СР (внутренний и внешний);
- 5) наличие правоустанавливающих документов на используемое под РО здание и земельный участок;
- 6) соответствие общим санитарно-эпидемиологическим требованиям;
- 7) условия для развивающего труда и досуга: место для прогулок на воздухе, помещения для занятий спортивно-игровыми, интеллектуально-развивающими, духовно-творческими, организационно-креативными и трудовыми формами деятельности.

Оценка эффективности СР и деятельности РО по ее организации производится по данным внутреннего и внешнего мониторинга, под которым подразумевается систематическое наблюдение, сбор и анализ информации об организации деятельности и ее эффективности с целью улучшения процесса и обеспечения качества предоставляемых услуг.

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВ С КОМОРБИДНОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Республика Узбекистан
vasila.abdullaeva@tashpmi.uz

Проблема наркомании является в настоящее время одной из острейших глобальных проблем, представляющих собой угрозу здоровью населения, экономике, социальной сфере, правопорядку во многих странах мира. По оценкам УНП ООН, число потребителей опиатов (т.е. опия, морфина и героина) во всем мире составило около 17 млн. человек, в это число входят 12 млн. человек, употребляющих наркотики путем инъекций (UNODC, 2016). Употребление инъекционных наркотиков существенным образом способствует эпидемии гепатита В и С во всех регионах мира.

Цель исследования: изучить влияние сопутствующей патологии (хронический вирусный гепатит В и С) на клинико-психопатологические нарушения в процессе актуализации патологического влечения к наркотику.

В исследование включено 346 лиц, в том числе 331 (95,7%) мужского пола в возрасте от 17 до 56 ($32,8 \pm 0,39$) и 15 (4,3%) женского пола в возрасте от 22 до 36 ($28,5 \pm 1,46$) лет с зависимостью от опиоидов. Диагноз устанавливался согласно МКБ-10 «Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением опиоидов; синдром зависимости» (F11.2). Основная исследуемая группа зависимых от опиоидов с соматическими расстройствами (хроническим вирусным гепатитом В (ХВГВ) и хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС)) составила 184 (53,2%) человека в возрасте 17–56 лет. Группа сравнения ($n = 162$) представлена зависимыми от опиоидов без соматических заболеваний. Диагноз ХВГВ и ХВГС выставлялся терапевтом после верификации соответствующих серологических маркеров – HbSAg и антиHCV в лаборатории. Применялись клинико-психопатологический метод, а также использовалась клиническая шкала квалифицированных оценок патологического влечения М.А. Винниковой (1999).

Период формирования «плато» толерантности в основной группе пациентов составил $2,8 \pm 0,6$ месяцев, в группе сравнения – $3,6 \pm 1,2$ мес., что свидетельствует о более раннем периоде формирования «плато» в отношении используемого наркотика. Опийный абстинентный синдром у паци-

ентов группы сравнения развивался в основном через 7–8 (48,1% – 78 пациентов) и 8–10 (37,1% – 60 пациентов) часов после последней инъекции наркотика. Выявлено, что в основной группе отмечается сравнительно более раннее формирование отчетливых признаков абстинентного синдрома ($P < 0,01$), максимальной выраженности острые абстинентные расстройства достигали на 2–3 сутки отнятия наркотика, а их продолжительность составила 4–8 дней.

На основании проведенного клинко-психопатологического обследования были установлены существенные межгрупповые различия по тяжести клинических проявлений абстинентного синдрома. Можно отметить более быстрый темп нарастания выраженности клинических проявлений абстинентного синдрома у зависимых от опиоидов с коморбидной патологией. Проведенный анализ показал, что степень тяжести абстинентного синдрома в основной группе была расценена как тяжелая у 144 (78,3%) пациентов, средняя – у 40 (21,7%). Оказалось, что тяжелая степень абстинентного синдрома встречалась в основной группе в 1,4 раза чаще, чем в группе сравнения ($P < 0,001$). Следует отметить, что периодически возобновляющаяся болевая симптоматика наблюдалась и в постабстинентном состоянии. Связано это было, как правило, с обострением патологического влечения к наркотику (ПВН). В ходе исследования мы провели сравнительный анализ выраженности компонентов ПВН у пациентов основной группы и группы сравнения в постабстинентном периоде, который показал, что количественная оценка патологического влечения к опиоидам составила в сумме в основной группе $15,3 \pm 0,3$ балла, что свидетельствует о тяжелой степени выраженности ПВН. У пациентов группы сравнения общий балл ПВН был достоверно в 1,2 раза ниже и составил $12,9 \pm 0,3$, что также свидетельствует о тяжелой степени ПВН ($P < 0,001$).

Идеаторный компонент, характеризующийся наличием мыслей о желании употребить наркотик, в основной группе составил $2,7 \pm 0,1$ балла, что превышало аналогичный показатель в группе сравнения – $1,8 \pm 0,1$ балла ($P < 0,001$).

Аффективный компонент в структуре ПВН проявлялся снижением настроения в виде скуки, вялости, пассивности, неразговорчивости, медлительности, тревоги, дисфории. В основной группе пациентов с коморбидными ХВГВ и ХВГС он составил $8,4 \pm 0,1$ балла, тогда как в группе сравнения – $7,3 \pm 0,1$ балла, $P < 0,001$).

Поведенческий компонент в структуре ПВН имел место в виде просьб о дополнительных медикаментозных назначениях, враждебности, агрессивности, негативизма, возбуждения, вплоть до двигательной ажитации. Данный показатель составил в основной группе пациентов $2,1 \pm 0,1$ бал-

ла, в группе сравнения – $1,8 \pm 0,1$ балла ($P < 0,05$). Нарушения сна имели одинаковую степень выраженности в исследуемых группах и составили $2,0 \pm 0,1$ и $2,1 \pm 0,1$ баллов в основной и группе сравнения соответственно.

Распределение частоты ПВН показало, что в основной группе пациентов ПВН тяжелой степени выраженности встречался чаще, чем в группе сравнения (36,9 против 8,6%, $P < 0,001$), ПВН средней степени составил 60,9 и 87,7% соответственно.

На основании представленных данных были установлены значимые различия между группами по тяжести синдрома ПВН. Принимая во внимание тот факт, что клинико-динамические механизмы патологического влечения при зависимости от опиоидов являются причинным фактором развивающихся нарушений адаптации, можно предположить, что фактор коморбидности с ХВГВ и ХВГС оказывает неоднозначное влияние на степень выраженности основных симптомов ПВН.

Таким образом, подробный анализ клинико-динамических особенностей зависимости от опиоидов на разных этапах заболевания способствовал выявлению значимых различий в становлении и течении зависимости от опиоидов с коморбидными соматическими расстройствами.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СЕМЕЙ ПОДРОСТКОВ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ

Асадуллин А.Р.¹, Зражевская И.А.^{2,3}, Ахметова Э.А.¹

¹ Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

² Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского Минздрава России, НИИ наркологии, г. Москва

³ Российский университет дружбы народов, г. Москва
zrazhevskaya_ia@pfur.ru

Согласно многочисленным современным исследованиям и отчетам уполномоченных органов с 2010 г. в России отмечается рост потребления психоактивных веществ (ПАВ) нового поколения — аналогов наркотических средств и психотропных веществ, в обиходе называемых «аналоговые наркотики», «наркотики-аналоги» или «дизайнерские наркотики» (ДН). Они представляют собой отдельные ПАВ либо их совокупность со структурой и биологической активностью, смоделированные таким образом, чтобы наркотики-аналоги воспроизводили психоактивное действие, аналогичное природным или искусственно созданным наркотическим средствам и психотропным веществам, уже внесенным в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю.

Главное преимущество ДН для распространителей и потребителей — это возможность выйти из поля действия антинаркотических законодательных актов и, следовательно, избежать наступления юридических и социальных последствий по факту совершения противоправных действий. Кроме того, распространители осознанно вводят в заблуждение потребителей, распространяя мифы о безвредности и легальности аналоговых наркотиков через интернет и др. Особенно активно идеологию «безопасного наркотизма» пытаются внедрить в умы подростков и даже детей младшего школьного возраста.

ДН делают нелегальный рынок наркотических средств все более диверсифицированным, что, в свою очередь, приводит к нарастанию целого ряда медико-социальных проблем. В качестве примера последних можно привести нарастание количества госпитализаций по неотложным показаниям и даже летальных исходов (особенно, среди подростков) в результате употребления аналоговых наркотиков. В немногочисленных исследова-

ниях эпидемиологии ДН отмечается, что средний возраст потребителей наркотиков-аналогов, существенно ниже, чем у потребителей «классических» наркотических средств.

В связи с вышеизложенным, нами было проведено исследование, задачами которого являлись выявление и изучение predispositionных факторов потребления ПАВ нового поколения (ДН), динамических характеристик развития зависимости от ДН и микро- и макросоциальных факторов формирования зависимости от ДН у подростков.

В соответствии с приказом Министерства образования Республики Башкортостан от 07.09.2015 №1755 «О проведении социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях, в 2015 г. в он-лайн режиме» с 7 по 10 сентября 2015 г. было проведено социально-психологическое тестирование в общеобразовательных организациях 10 муниципальных районов и городских округов Республики Башкортостан в он-лайн режиме.

Выборка формировалась простым случайным способом. Механически был отобран каждый второй класс каждой второй школы исследуемого района/округа с учащимися соответствующего возраста. Объем выборки был рассчитан по формуле, предложенной экспертами Всемирной организации здравоохранения для исследований по созданию программ развития здоровья (The steps sample size calculator). Специальные критерии исключения респондентов не разрабатывались.

В основу вопросов для тестирования была положена «Карта социально-психологического тестирования», разработанная на кафедре психиатрии и наркологии БашГМУ (проф. Юлдашев В.Л., 2015). Кроме того, респондентам был предложен ряд вопросов, направленных на выявление фактов употребления любых ПАВ за исключением алкоголя. Перед исследованием от всех подростков и их законных представителей педагогами учебных заведений было получено информированное добровольное согласие на участие в тестировании.

Для статистической обработки данных использовалась программа StatSoft, Inc. (2008), STATISTICA, version 8.0. С целью оценки статистической значимости различий использовались критерий Пирсона, различия считались значимыми при $p < 0,05$. С целью определения взаимосвязей между переменными использовался метод главных компонент, с последующим вращением осей производных, согласно критерию варимакс. Для оценки различий измеренных факторов использовался метод одномерного однофакторного дисперсионного анализа с оценкой различий по критерию Фишера. Для параметров, распределение которых не было приведено к нормальному при логарифмировании, использовался критерий Манна

- Уитни. Для статистического изучения связи между явлениями использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

В тестировании приняли участие 8859 подростков в возрасте от 13 до 18 лет. Из обработки были исключены 878 анкет в связи с нарушением правил тестирования (наличие ответов только на часть вопросов и т.п.). Оставшиеся анкеты (7981 шт.) были разделены на 3 группы: 1-я (всего 7575 шт., из них 4170 анкет девочек и 3405 мальчиков) – анкеты подростков, которые отрицали даже однократное употребление каких-либо ПАВ; 2-я (всего – 190 шт., из них 105 шт. девочек и 85 шт. мальчиков) – анкеты лиц, которые употребляли ПАВ эпизодически; 3-я (всего 216 шт.; 57 анкет девочек и 159 мальчиков) – анкеты детей, которые систематически употребляли ПАВ. Средний возраст подростков, анкеты которых подвергались статистической обработке, составил $15,3 \pm 0,1$ года. Все подростки, принимавшие ПАВ (эпизодически или систематически), употребляли вещества нового поколения (ДН).

Среди обследованных преобладали дети из полных семей (6080 чел.). Причем с высокой степенью достоверности большинство из них составляли подростки никогда не употреблявшие ПАВ (5857 чел.), их число было в 65 раз больше, чем количество детей из полных семей, систематически принимающих ПАВ (90 чел.), и в 44 раза больше, чем количество подростков употребляющих ПАВ эпизодически (133 чел.).

Установлено, что дети, не имеющие опыта употребления ПАВ (1 группа), в подавляющем большинстве росли в полных семьях – 77,32% (5857 чел.); среди них было очень мало сирот (родители отсутствуют, проживают только с бабушкой/дедушкой или в детском доме) – 0,26% (20 чел.) и подростков, которых воспитывают приемные родители/опекуны – 1,87% (142 чел.). В неполных семьях (имеется только мать или только отец) выросло в 3,8 раза меньше детей этой группы (1556 чел.), чем в полных.

В то же время, в группе систематически употребляющих ПАВ процент подростков, которые живут с приемными родителями/опекунами (41,20%) или в детском доме либо только с бабушкой и/или дедушкой (3,24%) достоверно выше, чем в первой группе ($p < 0,05$).

Во второй группе процент подростков, которые проживают в неполной семье (только с матерью или отцом) или с приемными родителями/опекунами также выше, чем в первой (27,37 и 2,11% соответственно). Также во 2-й группе в 2 раза выше процент детей, которые являются сиротами и живут в детском доме либо с бабушкой и/или дедушкой (0,53%), чем в первой (0,26%).

Согласно трёхмерной теории интерперсонального поведения американского психолога У.К. Шутца (1958), одним из условий развития спо-

способности индивида к качественному социальному функционированию является удовлетворение трех межличностных потребностей в детском и подростковом возрасте: потребность включения, потребность в контроле, потребность в любви. По мнению автора, нарушение баланса в удовлетворении хотя бы одной из вышеперечисленных межличностных потребностей может привести к развитию психических расстройств. Так, ситуации, когда подросток растет в условиях полного отсутствия внимания и контроля со стороны родителей, приводят к нарушениям социализации, что способствует развитию девиантных форм поведения, поиску комфортного общения вне дома с целью получения ощущения защиты и безопасности, понимания и заботы, и т.п. В дальнейшем у ребенка нарастают негативные психологические последствия, которые проявляются в виде раздражительности, озлобленности, разнообразных нарушений в эмоциональной и когнитивной сферах, и др., что замыкает «порочный круг» фиксации индивида на негативных переживаниях.

В связи с вышеизложенным, нами были изучены некоторые аспекты внутрисемейных взаимоотношений подростков, которые приняли участие в тестировании. Среди опрошенных детей на отсутствие теплых, близких отношений со всеми членами семьи указали 56,94% подростков систематически употребляющих ПАВ, что достоверно выше ($p < 0,05$), чем в группах никогда не употреблявших ПАВ (5,19%) и принимавших ПАВ эпизодически (14,74%). Также в 3-й группе выявлены: 1) в 2 раза меньший ($p < 0,05$) процент лиц, имеющих доверительные отношения с матерью (20,83%) по сравнению с 1-й и 2-й группами (59,97 и 53,68% соответственно); 2) в 1,5 раза меньший процент подростков, которые считают отношения с отцом теплыми и близкими (6,94%), аналогичные показатели в 1-й и 2-й группах – 11,59 и 10,53% соответственно; 3) существенно меньший процент подростков, которые имеют доверительные отношения со своими братьями и/или сестрами (7,87% в 3-й группе, что в 1,3 раза меньше, чем во 2-й – 10,00% и в 1,7 раза меньше, чем в 1-й – 13,37%).

На наш взгляд, интересным представляется и сравнительный анализ данных показателей внутри каждой группы. Так, в группе подростков, никогда не принимавших ПАВ, наиболее теплые и доверительные отношения у детей сложились с матерями – 4543 чел. (59,97%; $p < 0,05$); существенно ниже был процент близких отношений с остальными родственниками: с отцом 878 чел. (11,59%), с братьями/сестрами – 1013 чел. (13,37%) и с бабушками/дедушками – 748 чел. (9,88%). Ситуации, когда близкие отношения не сложились ни с кем из родственников, установлены в очень небольшом проценте случаев – 5,19%.

В группе подростков, систематически употребляющих ПАВ, прослеживается противоположная тенденция – на отсутствие доверительных, теплых отношений со всеми членами семьи указали более половины детей (123 чел., 56,94%); наименьшей теплотой характеризовались отношения подростков с отцом (15 чел., 6,94%); процент, выделивших как самых близких людей братьев/сестер и бабушек/дедушек, был практически одинаков (7,87% и 7,41% соответственно). Однако и в этой группе наибольшее понимание дети встречали со стороны матерей (45 чел., 20,83%).

Вторая группа также характеризовалась большим процентом подростков, считающих своим самым близким человеком мать (53,68%, 102 чел.) и достаточно высоким процентом детей, которые не смогли установить доверительные отношения ни с кем из членов семьи (14,74%, 28 чел.). Показатели, которые касались доверительных отношений с братьями/сестрами, отцом и дедушками/бабушками, почти не отличались (19 чел. – 10%, 20 чел. – 10,53% и 21 чел. – 11,05% соответственно).

Таким образом, на основании проведенного исследования можно сделать вывод о том, что отсутствие полноценной традиционной семьи с гармоничными внутрисемейными взаимоотношениями может рассматриваться как один из облигатных предикторов формирования аддиктивного поведения подростка. Результаты исследования могут быть использованы для разработки программ первичной профилактики и ранней диагностики химических зависимостей, методов раннего выявления групп риска по формированию зависимого поведения, при работе с неблагополучными семьями, в ходе повседневной деятельности психологов в детских дошкольных учреждениях и школах, а также сотрудниками центров медицинской и социальной реабилитации при работе с зависимыми подростками и их родными и близкими, в группах для созависимых и др.

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ С ИГРОВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

г. Ташкент, Республика Узбекистан

sayorababaraximova2010@gmail.com

По современным представлениям зависимость от интернета и мобильных средств доступа к нему занимает промежуточное положение между зависимостями и расстройствами влечений. Однако выраженность влияния социальной среды на формирование этого патологического состояния заставляет все в большей степени склоняться к тому, что мы имеем дело преимущественно с аддиктивным типом патогенеза интернет-зависимости (Пережогин Л.О., 2015).

Бесконтрольная игровая компьютерная деятельность сопровождается повышенной раздражительностью, склонностью к противоправным действиям, враждебным восприятием окружающего мира (Ernes С., 2012). Анализ научной литературы показывает, что наиболее уязвимой группой населения при формировании компьютерной зависимости, как одного из видов нехимической аддикции, являются подростки. По данным Американской академии педиатров, этот вид зависимости отмечается у каждого десятого подростка.

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей тревожно-депрессивных расстройств у подростков с зависимостью от ролевых компьютерных игр.

Объектом исследования были выбраны 35 посетителей интернет-клубов г. Ташкента в возрасте от 12 до 17 лет, играющих в ролевые компьютерные игры. Специально разработанная анкета содержала перечень вопросов для выявления стадии психологической зависимости от компьютерной игры, для выявления тревожно-депрессивных нарушений применялась «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS). Первое тестирование по шкале HADS проводилось после окончания игры, повторное тестирование через день после последнего сеанса игры.

В ходе исследования было установлено, что 60% обследованных увлеклись компьютерными играми в возрасте 12–14 лет, 25% опрошенных – в 15 лет, и лишь 15% подростков начали играть в компьютерные игры в возрасте 16–17 лет.

В ролевые компьютерные игры «от первого лица» играло 80% опрошенных, остальные 20% играли в ролевые компьютерные игры «от третьего

лица». Потребность в этой форме игры опрошенные объясняли желанием уйти от реальности и потребностью в принятии более значимой социальной роли.

У 14 исследуемых (40%) выявлена социализированная форма зависимости. Эти подростки всегда играют с другими, мотивация игры носит соревновательный характер, в отсутствие компании в другие игры не играют, неудовлетворенность испытывают в случае проигрыша команды. 60% исследованных имеют индивидуализированную форму зависимости, всегда играют в одиночку, потребность в игре высокая, в отсутствие игры испытывают неудовлетворенность, негативные эмоции, тревогу.

Исследование аффективных расстройств показало, что их наличие и выраженность связаны с формой и стадией зависимости от ролевых компьютерных игр. Так у лиц с социализированной формой зависимости в 25% случаев выявлена стадия легкой увлеченности компьютерными играми, в 75% случаев – стадия увлечения. У подростков с этой формой зависимости аффективные расстройства выявлены у 14 опрошенных (40,6%), они отличались длительным игровым стажем. По шкале HADS субклинически выраженная тревога и депрессия выявлена у лиц со второй стадией зависимости от компьютерных игр.

У подростков с первой стадией зависимости отмечалось снижение настроения и появление чувства вины в случае проигрыша команды, при повторном тестировании по шкале HADS отмечалось наличие субклинически выраженной тревоги.

При второй стадии зависимости вне игры подростки жаловались на скуку, снижение настроения, подавленность, в случае появления возможности провести командную игру отмечалась эйфория, усиление воображения, повышение настроения, фантазии об игре. У лиц со второй стадией зависимости повторное тестирование показало сохранение субклинически выраженной тревоги и депрессии. У лиц с индивидуализированной формой зависимости в 100% случаев выявлены тревожно-депрессивные расстройства.

В соответствии со стадией зависимости меняется выраженность эмоциональных расстройств. У 18 подростков была выявлена стадия увлечения компьютерными играми, в 83% случаев по шкале HADS в первом тестировании определялась субклинически выраженная тревога, в 27% случаев выявлена субклинически выраженная депрессия. Эти подростки испытывали чувство тревоги из-за отсутствия возможности проводить время за компьютерными играми, при появлении такой возможности уровень тревоги значительно снижался. Повторное тестирование изменения уровня депрессивных расстройств не выявило, эти подростки связывали свое со-

стояние с постоянными конфликтами с родителями, с их непониманием и завышенными требованиями к учебе. У 3 подростков была выявлена третья стадия зависимости от компьютерных игр. В этой группе при первом и втором тестировании по шкале HADS выявлена клинически выраженная тревога и депрессия. Эти подростки плохо контролируют себя, становятся эмоционально неустойчивыми, снижается критика к поведению, в случае прерывания игры отмечается агрессивность, грубость. Для обследуемых лиц с третьей стадией зависимости от компьютерных игр, характерными были частые уходы из дома, рассеянность, отмечалось наличие импульсивности в поступках, склонность ко лжи, нарушение поведения, резкая смена эмоций в их крайнем проявлении, нежелание учиться, отсутствие полноценного сна, некоторые подростки отмечали наличие сновидений со сценами из компьютерных игр, навязчивые мысли об игре. У этих подростков отсутствовал эмоциональный и поведенческий самоконтроль. В ряде случаев у подростков с индивидуализированной формой зависимости отмечалась астения, безразличие ко всему, что не касается увлечения, пропуски уроков, снижение успеваемости. Поведенческие нарушения у лиц с компьютерной игровой зависимостью проявлялись в виде патохарактерологических реакций оппозиции и протеста, демонстративно-шантажным суицидальным поведением в результате конфликтов с родителями.

Таким образом, тревожно-депрессивные расстройства являются ведущими в клинической картине зависимости и усиливаются по мере развития интернет-аддикции, приводят к уязвимости в развитии эмоциональной саморегуляции, неспособности справляться со стрессовыми ситуациями, развитию выраженных астено-депрессивных состояний и патологического формирования личности.

СЕМЕЙНЫЕ КЛУБЫ ТРЕЗВОСТИ КАК ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ И ИХ СОЗАВИСИМЫХ РОДСТВЕННИКОВ

Бабурин А.Н.^{1,3}, Соборникова Е.А.^{2,3}, Магай А.И.^{1,3}, Казьмина Е.А.¹

¹ Научный центр психического здоровья, г. Москва

² Российская медицинская академия последипломного образования, г. Москва

³ Межрегиональное общественное движение в поддержку
семейных клубов трезвости, г. Москва
pskt.doctor@yandex.ru

Проблема злоупотребления психоактивными веществами в настоящее время чрезвычайно актуальна. По данным ВОЗ за 2014 г. Россия занимает пятое место по употреблению алкоголя в мире. Решением насущной проблемы озабочены как специалисты государственной системы наркологической помощи, так и общественные и конфессиональные организации и институты. Исследователи и практики отмечают недостаточную эффективность традиционных медицинских методов помощи (Валентик, 2001). Поэтому требуется внедрение иных, альтернативных методов лечения и реабилитации.

Для решения этой задачи важным является концептуальный взгляд на природу алкоголизма и наркомании. В истории наблюдалась смена научных взглядов от морализаторского подхода к подходу исключительно медицинскому (Худолин, 1991). В последние десятилетия преобладающим становится новое понимание, включающее в себя как биологическое, так и психо-генетическое, а также социально-духовное измерение. Новый подход, обозначаемый как биопсихосоциодуховный, нашел поддержку и свое последовательное развитие в научных исследованиях российских специалистов (Валентик, 2002; Соборникова, 2012).

Согласно предположению югославской научной школы, занимающейся исследованиями проблем зависимостей с 60-х годов XX в. (Худолин, 1994), алкоголизм является не столько медицинским заболеванием, но последствием определенного образа жизни или стиля поведения, то есть результатом патологического жизненного уклада. Такое предположение справедливо, если рассматривать алкоголизм как состояние, где имеют место медицинские проблемы (Альтшулер, 2002), нарушения в области межличностных и внутрисемейных отношений (Москаленко, 2009), нарушение системы социальных связей в социальной сети (Казьмина, 1997), а

также особое ценностно-смысловое или духовное восприятие жизненных смыслов (Ларичев, 2003).

В связи с этим особое значение представляет выбор методов воздействия и влияния на сложившуюся систему разноуровневых нарушений. Сложности представляют трудности в принятии ответственными и членами их семей ответственности за свое поведение, а также ее перенос на близких значимых людей. Выбор трезвенной позиции часто воспринимается ими только лишь как трезвость химическая и не сопровождается глубоким переосмыслением ценностных и смысловых установок личности. Это в конечном итоге приводит к непродолжительным ремиссиям и частым срывам.

В длительной комплексной реабилитации важнейшим направлением деятельности является формирование установок на качественное изменение всего образа жизни пациента и членов его семьи, а также изменение стиля поведения всей семьи в целом (Бабурин, 2008; Nastasic, 2012). Рядом исследователей отмечено, что реабилитационные мероприятия в изолированных друг от друга сообществах зависимых людей или членов их семьи (характерно для англосаксонской традиции реабилитации, в том числе духовной направленности, например, 12-ти шаговая программа), способствуют разобщению членов семьи друг от друга и не могут включать совместный компонент семейной реабилитации (Zoričić, 2016). Практический опыт европейской школы по вопросам преодоления зависимостей показывает, что использование семейно-ориентированных программ помощи в большей степени способствует процессу установления гармоничных отношений в семье и коллективе за счет интенсивной актуализации естественных защитных механизмов семьи (Худолин, 1994).

С 1992 года в России действует программа семейной амбулаторной реабилитации людей, пристрастившихся к употреблению алкоголя и других психоактивных веществ и действий «Православные приходские семейные клубы трезвости» (ППСКТ). Программа возникла на стыке объединения усилий Русской Православной Церкви и мирового научного опыта в области реабилитации зависимых и членов их семей и получила поддержку среди научной общественности, специалистов различных областей знаний, представителей духовенства. Разрешительной базой для осуществления деятельности семейных клубов трезвости в России являются основополагающие государственные медицинские и церковные документы. Профессиональное сопровождение программы, построенной на принципах терапевтического сообщества, осуществляет мультидисциплинарная команда специалистов (Бабурин с соавт., 2016). Мультидисциплинарный

принцип работы и практическое применение семейного подхода (Бабурин с соавт., 2015) сочетаются с использованием религиозных копинг-стратегий (Магай, Казьмина, 2015).

Важным принципом работы, обеспечивающим успешное взаимодействие в группе специалистов, зависимых людей и членов их семей, является использование на практике принципов духовно-ориентированного диалога (Флоренская, 1998). Сочетанное применение диалогического общения и комплекса реабилитационных мероприятий делает возможным изменение ценностно-смысловых образований у зависимых людей и членов их семей. Обращение к духовному «Я» помогает глубокому переосмыслению личности, способствует конструктивному переживанию трудных жизненных ситуаций. Во время диалогического общения происходит актуализация естественного защитного семейного механизма (Hudolin, 1986).

Об эффективности работы в семейных клубах трезвости может свидетельствовать научное исследование, проведенное в НЦПЗ в 2012–2015 гг., в ходе которого оценивалось качество ремиссии у людей, прошедших реабилитацию в семейных клубах трезвости (Бабурин, 2015).

ПОКАЗАТЕЛИ ЭЭГ КАК КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕЛЕКАРСТВЕННЫХ МЕТОДОВ

Бизина Л.Н.¹, Агишев В.Г.²

¹ Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина,
г. Санкт-Петербург

² Психоневрологический диспансер №4, г. Санкт-Петербург
bizina_Lyubov@mail.ru

Для оценки эффективности комплексного лечения больных алкогольной зависимостью с применением нелекарственных методов при помощи ЭЭГ было обследовано 98 больных (32 женщины и 66 мужчин) с диагнозом «Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя» (F10 по МКБ-10), в возрасте от 30 до 55 лет, (средний возраст $47,3 \pm 2,3$ года), длительность заболевания от 7 до 15 лет (средняя длительность $9,6 \pm 0,5$ года). Обследованные больные были разделены на 4 группы согласно характеру применяемого терапевтического воздействия. В 1-й, 2-й и 3-й группах на фоне психофармакотерапии использовались инструментальные методы лечения. В 1-й группе (26 чел.) больные получали лечение инфракрасным лазером (ИК-лазер), методами транскраниальной электростимуляции (ТЭС) и биологической обратной связи (БОС) – группа комбинированной терапии. Во 2-й группе (22 чел.) лечение проводилось с использованием ИК-лазера. В 3-й группе (26 чел.) – ТЭС. 24 больных, получавших традиционную психофармакотерапию (ПФТ) – дезинтоксикационную, антидепрессанты, преимущественно селективные ингибиторы обратного захвата серотонина в среднетерапевтических дозах – составили контрольную группу. Все больные прошли полный курс лечения продолжительностью 46 суток (стационарно и амбулаторно). Методы обследования включали анамнестический, клинко-психопатологический, катamnестический, экспериментально-психологические методы (объективные клинические шкалы депрессии и тревоги Гамильтона, шкала тревожности Спилбергера, общая самооценочная шкала выраженности симптомов ААС, созданная на основе анкет А.Г. Гофмана и соавт. и И.В. Бокий и соавт.).

На фоне улучшения психосоматического состояния больных происходило увеличение интенсивности альфа-ритма и уменьшение интенсивности бета-ритма по данным ЭЭГ. На 18 сутки в группе с комбинированным лечением интенсивность альфа-ритма была достоверно выше ($41,1 \pm 1,4\%$), чем в группе, получавшей ИК-терапию ($40,5 \pm 1,8\%$) и в контрольной группе

($34,4 \pm 2,1\%$), а к 46-му дню выше, чем во всех остальных группах (соответственно $50,8 \pm 1,0\%$ – при комбинированной терапии, около 40% – в группе с ИК-терапией и ТЭС, $34,6 \pm 2,0\%$ – в группе с ПФТ). Показатели альфа-ритма достоверно увеличивались в процессе терапии только при комбинированном лечении. Параллельно происходило снижение интенсивности бета-ритма и к окончанию курса составило $34,3 \pm 0,9\%$ при комбинированном лечении, $44,3 \pm 2\%$ при ИК-терапии, $42,3 \pm 2\%$ при ТЭС и $47,4 \pm 2,7\%$ – в контрольной группе. Достоверные изменения бета-ритма наблюдались только при комбинированном лечении, в остальных группах достоверных различий между исходными показателями и последующими на разных этапах лечения в рамках одной группы не выявлено.

По сравнению с исходными данными к завершению курса лечения интенсивность альфа-ритма увеличилась на 43,8% в группе с комбинированной терапией, на 13,4% в группе с ИК-терапией, на 9,8% в группе с ТЭС, на 1,6% в контрольной группе; интенсивность бета-ритма уменьшилась на 24,4% в группе с комбинированной терапией, на 5,4% в группе с ИК-терапией, на 6,4% в группе с ТЭС, не изменилась в контрольной группе.

Динамика альфа- и бета-ритма достоверно коррелировала во всех группах с улучшением психического состояния, а именно, уменьшением тревожно-депрессивной симптоматики и дисфории. Отмечалась отрицательная корреляция уменьшения показателей депрессии по шкале Гамильтона, сниженного настроения и дисфории по самооценочным шкалам и увеличения интенсивности альфа-ритма. Отрицательная корреляция отмечалась так же при уменьшении показателей тревоги по шкале Гамильтона и самооценочной шкале, РТ по шкале Спилбергера и увеличении интенсивности альфа-ритма. Уменьшение показателей депрессии по шкале Гамильтона, сниженного настроения и дисфории по самооценочной шкале положительно коррелировало с уменьшением интенсивности бета-ритма. Снижение показателей тревоги по шкале Гамильтона и самооценочной шкале, реактивной тревожности по шкале Спилбергера положительно коррелировало со снижением интенсивности бета-ритма.

Таким образом, интенсивность альфа- и бета-ритма отражает динамику аффективных расстройств у больных алкоголизмом, эффективность терапии: уменьшение выраженности депрессии, дисфории, тревоги сопровождается повышением интенсивности альфа- и снижением интенсивности бета- ритма. Более выраженные позитивные изменения ЭЭГ и психического состояния произошли в группе больных, получавших комбинированное лечение: динамика показателей альфа- и бета-ритма достоверно коррелировала во всех группах с улучшением психического состояния.

ОСОБЕННОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ В ПОДРОСТКОВОМ ПЕРИОДЕ

Ванюшина Е.А., Черная Н.А., Кожанов А.В.

Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград
e.vanyushina@bk.ru

В настоящее время проблема раннего (подросткового) алкоголизма, как и аддиктивного поведения в целом, стала одним из важнейших аспектов исследовательской работы отечественных и зарубежных ученых, ввиду того что уровень алкоголизации подрастающего поколения в значительной степени может быть своеобразным индикатором психического здоровья нации. Под ранней алкоголизацией понимается регулярное употребление спиртных напитков в возрасте до 16 лет; под ранней алкогольной зависимостью понимают появление признаков первой стадии болезни до 18 лет.

С целью выявить современные тенденции и особенности ранней алкоголизации и сформировавшегося алкоголизма, изучить особенности злоупотребления спиртными напитками в пубертатном и постпубертатном периодах и выполнить сравнительный анализ раннего алкоголизма по половому признаку были проанализированы 68 случаев обращения в один из наркологических кабинетов г. Волгограда за период с 2014 по 2016 гг., в возрасте от 15 до 20 лет, что составило 8,9% от общего числа обратившихся за помощью больных с алкогольной зависимостью. В исследовании применялся клиничко-эпидемиологический метод с последующей статистической обработкой полученных результатов.

Среди обратившихся юноши составили 63,85% (46 чел.), девушки – 36,2% (22 чел.). Диагноз алкогольная зависимость был выставлен 40 (58,8%) пациентам, у остальных прием спиртного не достигал уровня алкоголизма и расценивался как ранняя алкоголизация (бытовое пьянство). Среди лиц с алкогольной зависимостью юноши составили 75% (30 чел.), девушки 25% (10 чел.). При этом алкогольная зависимость 1-й стадии была установлена у 30 чел. (75% от общего числа, 20 юношей, 10 девушек). Алкогольная зависимость 2-й стадии была выявлена у 10 чел. (25%, все юноши). Таким образом, соотношение между юношами и девушками, которым ставился диагноз алкогольной зависимости, в пубертатном периоде был 4 : 1, (среди взрослого населения Волгограда такое соотношение составляет 5 : 1).

Существенные различия в типе употребляемых спиртных напитков позволили распределить подростков на две группы. Первую группу составили лица, предпочитающие слабоалкогольные напитки (до 8–9% чистого

алкоголя). В эту группу вошло абсолютное большинство подростков – 73,5% (50 чел.: 30 юношей и 20 девушек). У половины из них (16 юношей и 9 девушек) выявлена алкогольная зависимость 1-й стадии. Таким образом, соотношение юношей и девушек, злоупотребляющих слабоалкогольными напитками, было 3 : 2, а среди пациентов с алкогольной зависимостью из этой группы – менее 2 : 1, эти данные свидетельствуют об увеличении доли девушек, злоупотребляющих слабоалкогольными напитками. Вторую группу составили подростки, предпочитающие крепкие спиртные напитки. Их оказалось меньшинство – 26,5% (18 чел., 16 юношей и 2 девушки). Диагноз алкогольной зависимости (в эту группу вошли все больные со 2-ой стадией зависимости) был поставлен 12 юношам и 2 девушкам (88,8%).

Важным представляется, что у 36 чел. (52,9%) отмечалось эпизодическое сочетанное употребление алкоголя с наркотическими или токсическими веществами. Табакокурение отмечалось у 55 (81%) подростков. В группе подростков, сочетано употребляющих алкоголь и наркотики, преобладали юноши – 30 чел. (83,3%). Абсолютное большинство (88,8%) совмещали наркотики именно со слабоалкогольными напитками.

Выводы:

1. Современные подростки предпочитают слабоалкогольные напитки, которые они могут сочетать с «легкими» наркотиками и транквилизаторами. Это является одной из важных особенностей аддиктивного поведения.

2. Соотношение юношей и девушек среди злоупотребляющих слабоалкогольными напитками выравнивается, что свидетельствует о вероятном росте женского алкоголизма в будущем.

3. Полная анозогнозия, отмечающаяся у подростков употребляющих слабоалкогольные напитки, требует разработки современных подходов профилактики и психотерапии этой формы ранней алкоголизации.

ПЕРИПЕНИТЕНЦИАРНАЯ НАРКОЛОГИЯ: АКТУАЛЬНОСТЬ, МЕТОДОЛОГИЯ И КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Глушко А.А., Брюн Е.А., Копоров С.Г., Трифонов О.И., Копоров Д.С., Булкина Е.А.

Московский научно-практический центр наркологии, г. Москва
gaa.glu@mail.ru

У истоков создания медико-социальной и трудовой реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманиями, в Советском Союзе стоял Эдуард Семенович Дроздов. При его активном участии была создана эффективная и научно-обоснованная система лечения и ресоциализации наркологических больных в структуре лечебно-трудовых профилакториев (ЛТП).

Основным недостатком ЛТП того времени было практически полное отсутствие, а порой недостаточно адекватное применение судебной исполнительной власти. Она не была интегрирована в лечебно-реабилитационный процесс, что привело к значительным искажениям самого понятия «принцип обязательного лечения», который трактовался как «принцип принудительного лечения», что не одно и то же.

Системные нарушения принципа обязательного лечения и межведомственная дезинтеграция фактически способствовали созданию двух моделей принудительного (а не обязательного) лечения с подчинением Минздраву и МВД. Ведомственная разобщенность, отсутствие должной координации и взаимодействия между структурами МВД и лечебными учреждениями влияли на эффективность и результативность работы ЛТП.

Анализ опыта зарубежных стран показывает, что во многих странах (США, Китай, Европа, Индонезия и др.) отношение институтов власти к больным, страдающим зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ), тактика и стратегия лечения, значительно отличаются. Жесткое, а чаще жестокое отношение с применением высшей меры наказания практикует Китай и ряд азиатских стран, так сложилось исторически.

«Двойные стандарты» не только в политике и дипломатии, но также и по отношению к лицам с зависимостью от ПАВ практикуются в США. Департамент здравоохранения США оказывает помощь только на этапе острой интоксикации и интенсивной терапии, а дальнейшее лечение, реабилитация и профилактика существуют самостоятельно, вне государственных институтов в виде сообществ «анонимных наркоманов и алкоголиков». После 3-5-7 дневного периода детоксикации дальнейшая судьба

наркомана для системы здравоохранения США уже не актуальна. В США даже нет профессии врач психиатр-нарколог.

Ряд европейских стран услужливо поглядывают на США или исповедуют крайние псевдолиберальные, а порой и «перверзивные», в клиническом смысле психопатологические ценности, противоречащие *jus naturale* – естественному праву человека, дарованному природой и здравому смыслу.

В Европе практикуются «оазисы легких наркотиков» (Голландия), открытая пропаганда приема наркотиков посредством программы «снижения вреда» с раздачей кондомов и шприцев. Заместительная терапия метадонном (пролонгированный наркотик опийного ряда), которая не имеет ни научного обоснования, ни морально-этического и деонтологического права на существование.

В связи с особой социальной значимостью болезней зависимости в современном обществе, угрожающих национальной безопасности, способствующих вырождению и деградации нации, возникла цивилизационная необходимость развития перипенитенциарной наркологии.

Peri (гр.) – возле, около, вокруг; *poenitentiarius* (лат.) – исправительный, относящийся к наказанию, преимущественно уголовному. Пенитенциарная (уголовно-исполнительная) система – государственный институт, ведающий исполнением уголовных наказаний, наложенных на граждан в соответствии с законом и решением суда. Под пенитенциарной наркологией следует понимать уголовное наказание с реальным осуждением по статьям УК, связанным с оборотом наркотических средств и оказанием медицинской помощи в лечебных учреждениях закрытого типа при исполнении наказаний.

Перипенитенциарная наркология исключает реальное осуждение, а включает в себя условное наказание по приговору суда с обязательным лечением в лечебных учреждениях открытого типа на общих основаниях, причем с обязательным письменным согласием больного, осужденного условно, на лечение по решению суда. Таким образом, права и свободы гражданина защищаются дважды. Сначала при вынесении приговора суда с формулировкой «условное осуждение с обязательным лечением» и затем уже при непосредственном лечении гражданин также дает согласие на медицинское вмешательство на общих основаниях.

Таким образом, под перипенитенциарной наркологией следует понимать комплекс мер медицинского, юридически-правового, судебного и репрессивного (пенитенциарного) характера, направленных на обязательное и осознанное по умолчанию, а не принудительное лечение болезней зависимости, которое практиковалось в эпоху ЛТП.

К социально значимым заболеваниям относятся особо опасные инфекции, среди которых в качестве примера можно выделить туберкулез. Лечение и профилактика туберкулеза осуществляется без решения суда и принуждения, а по умолчанию.

Конечной целью перипенитенциарной наркологии также является обязательное лечение по умолчанию, однако для этого должно измениться социальное самосознание граждан и институтов власти. На начальном (переходном) этапе развития и внедрения перипенитенциарной наркологии в качестве важного инструмента формирования зрелого и ответственного самосознания граждан в восприятии болезней зависимости, как особо опасных заболеваний, является активное вовлечение судебной исполнительной власти.

На начальном этапе внедрения перипенитенциарной наркологии только суд позволит формировать у граждан и в обществе в целом зрелое самосознание и осознание социальной значимости болезней зависимости.

Первые шаги в выработке принципиально нового подхода в лечении и профилактике болезней зависимости, а также повышении их социальной значимости в 2013 г. были сделаны совместно Департаментом Здравоохранения Москвы (ДЗМ), Московским научно-практическим центром наркологии (МНПЦ наркологии) и Управлением Федеральной службы исполнения наказаний (УФСИН) по городу Москве.

Разработана новая методология лечения и профилактики болезней зависимости, которая ни каким образом не ущемляет права и свободы граждан, а направлена на повышение самосознания и снижения порога чувствительности общества и отдельной личности к болезням зависимости и их тяжелым социальным и индивидуальным последствиям с прогрессирующей инвалидизацией и деградацией личности.

В связи с либерализацией законодательства РФ в части смягчения статей УК РФ применительно к лицам, совершившим правонарушения и страдающим зависимостью от психоактивных веществ, значительно возросла роль врача психиатра-нарколога в организации и практической реализации лечебно-реабилитационного процесса.

При участии ДЗМ, МНПЦ наркологии и УФСИН по г. Москве при непосредственном участии Копорова С.Г. разработана и эффективно применяется с 2013 г. модель обязательного лечения лиц с зависимостью от ПАВ по решению (приговору) суда (Приказ №647/62 от 28 мая 2013 г.).

В процессе разработки комплексной и высоко координированной межведомственной программы лечения и реабилитации наркозависимых лиц по решению суда учтен негативный опыт прошлого, когда решение судеб-

ных органов власти не всегда учитывалось при направлении на лечение в ЛТП и реализации лечебно-реабилитационных программ.

Работа ЛТП строилась на недостаточно эффективном взаимодействии между личностью больного, лечебным учреждением и структурами МВД, что привело к отсутствию юридически-правовой, гражданской (соблюдение прав и свобод граждан), медицинской (клиническое обоснование) и уголовно-процессуальной (решение суда) координации и последующей ликвидации всех институтов ЛТП.

С методологической и клинико-терапевтической точки зрения, лечение больных по приговору суда и добровольно осуществляется врачами психиатрами-наркологами в соответствии с утвержденными «Стандартами» оказания многопрофильной и специализированной помощи наркологическим больным, включая стандарты лечения, профилактики и реабилитации.

Таким образом, перипенитенциарная наркология является клинической отраслью медицины, в которой главную роль играет врач психиатр-нарколог. Судебные и пенитенциарные органы, включая уголовно-исполнительную инспекцию УФСИН, при осуществлении контроля осужденных условно с обязательным лечением по суду руководствуются, прежде всего, медицинскими критериями.

Основополагающим принципом перипенитенциарной наркологии является «принцип условного ограничения свободы» с целью принуждения больной личности к лечению и ресоциализации.

С целью оптимизации оценки восстановления интегрального и дифференциального функционирования личности в биологической, психической и социально-психологической сферах нами выделены следующие критерии эффективности лечения и реабилитации лиц, проходящих многоцелевую лечебно-реабилитационную программу в перипенитенциарных условиях:

Клинико-нозологический критерий подразумевает полный отказ от психоактивного вещества и отрицательное решение проблемы «культурного питания» при резидуальных органических расстройствах, эпилептиформном синдроме и эндогенных коморбидных состояниях.

Клинико-синдромологический критерий включает редукцию или компенсацию негативных и позитивных психических расстройств зависимой личности.

Персонологический (личностный, поведенческий, психологический) критерий определяет степень редукции патологических аддиктивных стереотипов поведения, разрыв с патологической «аддиктивной средой», а

также восстановление нормативных поведенческих паттернов личности в социуме.

Оккупационный критерий (занятость и труд) включает обретение профессии, вид занятости (полная, частичная) и степень вовлеченности в социальные, производственные отношения. Трудовая активность гражданина.

Микросоциальный или нуклеарный (семейный) критерий отражает формирование зрелых и ответственных семейных отношений. Способность создать семью, основанную на традиционных культурных популяционно-этнических ценностях.

Макросоциальный критерий включает интегрированность больного в многообразную созидательную (не деструктивную) жизнь гражданского общества, включая восстановление и дальнейшее развитие высших личностно-социальных категорий. Экстрапсихический, социоцентрический (статусный) личностный рост.

Аксиологический критерий. Обретение смысла и ценности жизни без психоактивных веществ во всем её многообразии, включая экзистенциальные, гносеологические и личностно-духовные категории. Интрапсихический (трансцендентный, трансперсональный) личностный рост.

Перипенитенциарная наркология на первом этапе допускает меры принуждения по суду, что позволяет формировать в обществе зрелое медицинское правовое самосознание, которое позволит в будущем лечить больных с синдромом зависимости в обязательном порядке, не прибегая к судебной практике, а по умолчанию, как сейчас организовано лечение и профилактика туберкулеза, включая другие особо опасные заболевания.

Главным принципом перипенитенциарной наркологии является не мера уголовного наказания, а пенитенциарно опосредованное принуждение больной личности к здоровому образу жизни. Это тяжело, но выполнимо в эволюционной перспективе, по мере формирования в обществе зрелого самосознания болезней зависимости, как особо опасных неинфекционных токсико-наркогенных поражений индивида, способных уничтожить не только отдельную личность, но привести к депопуляции и вымиранию целых цивилизаций.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ШИЗОФРЕНИИ, ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХОЗОВ И ИНТОКСИКАЦИОННЫХ ПСИХОЗОВ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ

Гуреева Д.А.¹, Гуреев Г.А.², Уваров И.А.³, Лекомцев В.Т.³

¹ Республиканская клиническая психиатрическая больница МЗ Удмуртской Республики,
г. Ижевск

² Республиканский наркологический диспансер МЗ Удмуртской Республики, г. Ижевск

³ Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России, г. Ижевск
iauvarov@yandex.ru

В последние годы распространение новых психоактивных веществ является весьма актуальной проблемой. По данным Управления ФСКН России по Удмуртской Республике начиная с 2011 г. по настоящее время было выявлено более 700 видов новых психоактивных веществ, являющихся аналогами или производными наркотических средств и психотропных веществ.

Только в сентябре 2014 г. во многих субъектах Российской Федерации отмечен всплеск массовых отравлений и интоксикационных психозов, в том числе со смертельными исходами, новыми психоактивными веществами – курительными смесями («спайсами») [2].

Первые опыты по синтезу классических каннабиноидов в западных лабораториях были начаты в 1960-х годах. В 1964 г. израильские химики Р. Мешулам и Й. Гаони открыли формулу тетрагидроканнабинола (ТГК) – основного психоактивного вещества в составе марихуаны. Целью дальнейших лабораторных исследований был синтез ТГК и других действующих веществ в составе соцветий конопли. В 1970-80-х годах американской фармацевтической компанией Pfizer были впервые синтезированы циклогексилфенолы (каннабиноиды серии CP) [1].

Большая часть синтетических каннабиноидов, известных сегодня как нафтоиндолы (серия JWH), была синтезирована американским химиком Джоном Хаффманом (John W. Huffman) в лаборатории университета Клемсон с 1995 г. Все каннабиноиды, которые разработал и запатентовал Хаффман, маркируются инициалами его имени – JWH. Летом 1995 г. студентами Хаффмана впервые было изготовлено 100 мг синтетического каннабиноида JWH-018. Его действие долгое время тестировали в лабораторных условиях на мышах.

В ходе исследований Хаффман выяснил, что JWH-018 связывается с рецептором каннабиноида (CB1) мозга в 4 раза, а с периферическими (CB2)

рецепторами в 10 раз сильнее, чем тетрагидроканнабинол, и предположил, что это может привести к сильнейшей зависимости от этого вида ПАВ. Джон Хаффман прекратил работу над JWH-018 вместе со своей исследовательской группой, но в итоге JWH-018 появился в составе курительной смеси, которая заменяет другие ПАВ.

Сложностью, актуальной по сегодняшний день, является возможность легко видоизменять формулу синтетических каннабиноидов, получая тысячи комбинаций различных по химической структуре веществ с одинаковым действием. Когда определенный вид синтетического наркотика попадал в списки запрещенных веществ, нарколаборатории химическим путем незначительно изменяли его формулу и таким образом получали вещество с такими же психоактивными свойствами, но принципиально новой формулой. В настоящее время большая часть синтетических каннабиноидов включена в списки запрещенных наркотических и психотропных средств во многих странах мира. Из-за новизны наркотика, влияние синтетических каннабиноидов на организм человека изучено сегодня недостаточно [5; 4].

Отравления данными веществами нередко сопровождаются психотическими расстройствами, которые трудно дифференцировать от психозов при других психических заболеваниях [6]. Особенно этот вопрос остро стоит перед врачами-наркологами и психиатрами для определения дальнейшей тактики оказания экстренной помощи и дальнейшего лечения пациента, анамнез которого порой невозможно собрать из-за тяжести психосоматического состояния в момент поступления [3]. В связи с этим на современном этапе изучение данной проблемы представляется важной и актуальной задачей.

Нами был проведен сравнительный анализ и дифференциальная диагностика острых психотических состояний в наркологической и психиатрической практиках. Результаты работы представлены в нижеприведенной *таблице*.

Дифференциальная диагностика шизофрении, органических психозов и интоксикационных психозов вследствие употребления синтетических каннабиноидов

Критерии / Нозологическая форма	Интоксикационный психоз вследствие употребления синтетических каннабиноидов	Шизофрения	Органический психоз
Возраст дебюта	12–20 лет	20–30 лет	Любой

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИЙ

Нозологическая форма Критерии	Интоксикационный психоз вследствие употребления синтетических каннабиноидов	Шизофрения	Органический психоз
Роль наследственности	Не установлена	Заболевание с полигенным типом наследования	Не установлена
Провоцирующий фактор	Экзогенный (ПАВ)	Эндогенный (экзогенный лишь как пусковой момент)	Экзогенный
Длительность психоза	Скоротечное (1–3 сут.)	Чаще длительное	Длительное
Инициальные симптомы	Помрачение сознания, галлюцинации, бред, дереализация-деперсонализация	Психическая астения Дереализация-деперсонализация Формирование аутистической установки	Церебрастения
Базовые синдромы	Галлюцинаторно-бредовый Делириозный Синдромы выключения сознания (оглушение, сопор, кома) Синдром дереализации-деперсонализации Сенесто-ипохондрический	Дисфренический (синдром расщепления психики): аутизм и схизис в сфере эмоций, воли, мышления; синдром Кандинского-Клерамбо (психические автоматизмы, псевдогаллюцинации, бред воздействия). В отличие от прочих психозов симптоматика протекает на фоне аутистической установки Апатобулический	Церебрастенический Синдромы выключения сознания (оглушение, сопор, кома) Синдромы помрачения сознания (делирий, сумерки, аменция, онирический синдром) Галлюциноз Психоорганический синдром Корсаковский синдром Деменция
Бред	Яркий чувственный (образный) бред со страхом, тревогой на фоне нарушенного восприятия (галлюцинации)	Чаще интерпретативный бред преследования (отношения, воздействия, значения), экспансивный бред (величия, могущества, богатства, изобретательства, религиозный)	Паранойяльный Бред отношения малого размаха (кухонный) Депрессивно-параноидный
Восприятие	Истинные галлюцинации (фантастические, угрожающие, тактильные). Сенестопатии	Псевдогаллюцинации	Истинные галлюцинации

Нозологическая форма Критерии	Интоксикационный психоз вследствие употребления синтетических каннабиноидов	Шизофрения	Органический психоз
Аффективная сфера	Страх, тревога, беспокойство, переживания ужаса (реже экстаза) соответствующие галлюцинаторно-бредовой симптоматике	Амбивалентность, неадекватность	Эмоциональная лабильность, дисфория, раздражительная слабость
Память	Конградная амнезия (период выключенного сознания)	Не нарушена	Фиксационная амнезия, прогрессирующая амнезия, парамнезии
Интеллект	Сохранен	Сохранен	Снижен
Прогноз	При отказе от употребления ПАВ-благоприятный	Чаше неблагоприятный, усиление негативной симптоматики	Нарастание психоорганического синдрома, деменции
Основа лечения	Дезинтоксикационная терапия, транквилизаторы, нейролептики	Нейролептики	Сосудистые, ноотропные препараты

Таким образом, в последние годы в наркологической практике наблюдается разнообразие структуры психозов за счет постоянного изменения химической структуры ПАВ, что еще более усложняет дифференциальную диагностику данных состояний и связанную с этим дальнейшую тактику лечения. В связи с этим необходимо углубленное изучение этой проблемы и расширение критериев для максимально ранней диагностики, выбора терапии, последующего наблюдения и реабилитации соответствующей категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Всероссийская научно-практическая конференция «Проблемы наркологической токсикологии: от токсикологической реанимации до наркологической реабилитации», Санкт-Петербург, 31 мая – 1 июня 2016 г. : тезисы / под общ. ред. д-ра мед. наук А.Н. Лодягина и проф. А.Г. Софронова. – СПб.: Альта Астра, 2016. – 115 с.
2. Карпов Я.С. Дизайнерские наркотики и новые прекурсоры наркотических средств и психотропных веществ: вопросы правового статуса. // Наркоконтроль. – 2013. – №1. – С. 35–37.
3. Кербиков О.В. Острая шизофрения. – М.: Медгиз, 1949. – 177 с.

4. *Менделевич В.Д.* Наркология: учебник / В.Д. Менделевич, Ю.П. Сиволап. – Ростов н/Д.: Феникс, 2016. – С. 338–340.
5. *Рохлина М.Л.* Наркомании. Токсикомании: психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ. – М.: Литтерра, 2010. – 256 с.
6. Руководство по психиатрии / под ред. Г.В. Морозова. – В 2-х т. – Т. 1. – М.: Медицина, 1988. – С. 610–639.

АЛКОГОЛЬНЫЙ АБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕМ БАРБИТУРАТАМИ

Уваров И.А.¹, Нафиков А.Р.², Лекомцев В.Т.¹

¹ Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России, г. Ижевск

² Республиканский наркологический диспансер Минздрава Удмуртской Республики,
г. Ижевск
iaubarov@yandex.ru

В последнее время как психиатры-наркологи, так и врачи других специальностей, в силу тех или иных обстоятельств занимающиеся лечением больных алкогольной зависимостью, все чаще стали сталкиваться с тяжелыми осложнениями у этих больных, вызванными злоупотреблением барбитурат-содержащими препаратами. Употребляются, как правило, барбитураты, входящие в состав сложных лекарственных препаратов (корвалол, валокордин), которые не подлежат рецептурному контролю. Вышеуказанные средства применяются с целью облегчения симптомов алкогольной абстиненции, а именно диссомнических расстройств, тревоги, беспокойства, пониженного настроения, предотвращения алкогольных психозов, а также потенцирования действия алкоголя.

Длительный период полувыведения барбитуратов (у взрослых в среднем до 79 часов), опасное действие при применении высоких доз препарата (угнетение и снижение чувствительности дыхательного центра к углекислому газу, угнетение сосудодвигательного центра, миотропное сосудорасширяющее свойство), а также схожая алкогольным опьянением клиника значительно отягощают течение и усложняют терапию алкогольной абстиненции, осложненной злоупотреблением барбитуратами.

Нами был проведен анализ результатов лечения двух групп больных. В начале исследования обследуемые были разделены на две группы: больные алкогольной зависимостью, осложненной злоупотреблением барбитуратами (основная, I группа, 25 больных) и больные алкогольной зависимостью, не осложненной злоупотреблением барбитуратами (контрольная, II группа, 25 больных). Больные выбирались методом сплошной выборки. Все пациенты были мужского пола и были дополнительно обследованы терапевтом и неврологом.

Проведенное исследование показало, что по возрасту группы статистически не различались. Достоверные различия наблюдались у группы больных алкоголизмом, злоупотребляющих барбитуратами, в наличии токсического гепатита ($p < 0,05$), эписиндрома ($p < 0,05$), а также более длительном и тяжелом течении абстинентного синдрома ($p < 0,05$).

Влечение к алкоголю было наиболее выражено у основной группы на 3 сутки абстинентного синдрома ($p < 0,02$), а наличие гипотимии и дисфорических расстройств — на 4 сутки терапии ($p < 0,01$). Диссомнические расстройства и нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы (как правило, это колебания артериального давления и признаки токсической миокардиодистрофии) отчетливее проявлялись у основной группы соответственно на 2 ($p < 0,01$) и на 3 сутки абстинентного синдрома ($p < 0,01$).

Все вышеизложенное диктует более тщательный сбор анамнеза у больных алкогольной зависимостью, проведения исследования биологических жидкостей на содержание барбитуратов, а при их наличии — постоянный мониторинг состояния сердечно-сосудистой системы. Терапия алкогольного абстинентного синдрома, осложненного злоупотреблением барбитуратами, требует назначения бензодиазепиновых транквилизаторов, антиконвульсантов-нормотимиков, а в постабстинентном периоде — корректоров поведения и антидепрессантов.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СОСТОЯНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Черенков А.А.

Республиканский наркологический диспансер МЗ Удмуртской Республики, г. Ижевск
an3rea@mail.ru

Увеличение количества больных наркологического профиля продолжает оставаться актуальной проблемой. Причины роста наркомании сложны и многообразны, к ним относятся социальные, экономические, психологические, биологические, бытовые и др. факторы. В последние годы была несколько «потеснена» героиновая наркомания. Хотя, наверное, правильнее вести речь о некоей трансформации опиоидной зависимости. В сельской местности и малых городах место героина занимает дезоморфин («крокодил»), маковая соломка, а в крупных городах — метадон. С воссоединением Крыма, где действовала украинская метадоновая программа, весьма вероятно увеличение потребителей метадона. В последние годы резко усилили свои позиции т.н. «дизайнерские наркотики» и часть «старых», героиновых наркоманов перешла на синтетические катиноны — т.н. «соли».

Целью исследования явилось изучение состояния дыхательной системы у разных категорий наркологических больных и ее влияние на течение и прогноз заболевания.

Исследование проведено в условиях отделения анестезиологии — реанимации (ОАРИТ) Республиканского наркологического диспансера (РНД). За 2007—2013 гг. через него прошло 982 пациента. Из них: с тяжелыми проявлениями алкогольной зависимости 507 (51,63%), опиоидной наркоманией 412 (41,96%) и отравлениями дизайнерскими наркотиками (ДН) 63 (6,41%). Мужчины составили 77,3% и женщины 22,7% соответственно. Средний возраст пациентов с наркоманией составил $32,14 \pm 7,91$ года и $43,78 \pm 9,07$ года у больных с алкогольными проблемами. Практически 4/5 больных (780 человек) поступили планово для проведения процедуры ультрабыстрой опиоидной детоксикации (УБОД) (у опиоидных наркоманов) и общей детоксикации у алкоголиков. Касаясь преморбидного фона у больных прошедших через ОАРИТ РНД: в 21,43% случаях у них имелась ВИЧ — инфекция различных стадий. У 44,62% имели место гепатиты С и В, при этом у 14,87% гепатит С сочетался с ВИЧ инфекцией.

За период 2014—2016 (2016 — 8 месяцев) гг. через ОАРИТ прошло 1418 пациентов т.е. за неполные 3 года прошло больных больше чем за предыдущие 7 лет. Качественно изменилась структура больных, так больные с

отравлением ДН составили почти 62% (879 пациентов), еще 32,37% (459 больных) составили алкоголики, всего лишь 2,8% (40 человек) составили больные с опиоидной наркоманией, оставшиеся 2,8% составили больные с отравлениями ПАВ растительного происхождения (семена дурмана, «индийская роза» и проч.). Изменился и средний возраст больных. Так средний возраст пациентов с отравлениями ПАВ составил $25,18 \pm 4,11$ лет, при этом несовершеннолетние составили 18% от их числа. 912 пациентов (64,38%) поступили по линии БСМП, еще 112 человек были переведены из подразделений МВД и других стационаров. Гендерные особенности пациентов не претерпели существенных изменений (мужчины 79,2% и женщины 20,8%).

Таким образом, в исследование включено 2410 пациентов, прошедших через ОАРИТ РНД в течение почти 10 лет. Из них с алкогольными проблемами 966 (40,08%), с отравлением ДН – 942 (39,09% – причем практически все в период 2014–2016 гг., и, в основном, по линии БСМП), «опиоидные» (в основном героиновые, и в период 2007–2011 гг.) наркоманы составили 18,76% (452 человека) и оставшиеся 50 человек (2,07%) с отравлениями ПАВ растительного происхождения.

Изменения со стороны дыхательной системы достаточно характерны для пациентов наркологического профиля. Так у больных с алкогольными проблемами, по результатам обязательного рентгенологического исследования при госпитализации, 517 пациентам (53,52%) были выставлены диагнозы: хронический бронхит различных стадий, пневмосклероз, эмфизема, фиброз. Т.е. у более половины больных алкогольного профиля имела место та или иная комприметация дыхательной системы. Следует, впрочем, отметить, что клинически дыхательная недостаточность проявлялась у них нечасто. Так лишь 43 (4,45%) пациента потребовали той или иной респираторной поддержки. 11 больным (1,14%) потребовалась интубация трахеи и ИВЛ в различных режимах.

Несколько иная картина имела место у опиоидных наркоманов. У 44 человек (9,73%) была найдена клинически и зафиксирована рентгенологически острая пневмония. Следует отметить, что по данным литературы еще в 70–80 гг. прошлого века зафиксировано специфическое поражение органов дыхательной системы при злоупотреблении опиоидами, появился даже термин «героиновая пневмония». В условиях XXI века при широком распространении ВИЧ-инфекции ситуация еще больше ухудшилась. Практически у всех больных с пневмониями она сочеталась с ВИЧ-инфекцией различных стадий. Ее интенсивная терапия потребовала респираторной поддержки (в том числе с ИВЛ), массивного применения антибактериальных препаратов. При этом приходилось назначать

несколько курсов антибиотикотерапии, в том числе с использованием цефалоспоринов IV поколения, фторхинолонов III поколения, и т.д. Особенно трудоемкой была терапия пневмоний у больных с наркоманией дезоморфином, где пневмония носила в основном септический характер. Этим больным приходилось назначать гликопептиды (ванкомицин в максимальных дозировках), линезолид (зивокс). Летальный исход имел место у 3 больных (6,82% из больных пневмонией). Все умершие больные имели терминальную фазу ВИЧ-инфекции. Еще у 17 пациентов (3,76%) из числа опиоидных наркоманов был диагностирован туберкулез легких различных форм.

Касааясь же «новых», дизайнерских наркоманов, следует отметить что, несмотря на ингаляционный путь введения у потребителей «спайсов» не было зафиксировано сколь либо серьезных изменений со стороны дыхательной системы. При потреблении «солей» пневмонии были зафиксированы у нескольких пациентов. По-видимому, это связано как с инъекционным путем их введения, так и с тем, что часть «старых» наркоманов, со своим преморбидным фоном перешла на потребление синтетических катинонов.

Интересным аспектом является нередкое проявление дыхательных расстройств у наркологических пациентов при использовании в лечении больших доз седативных препаратов и нейролептиков. Так, из общих наркологических отделений было переведено в ОАРИТ 163 пациента (6,76% от общего количества прошедших через ОАРИТ), у которых была клинически и рентгенологически зафиксирована пневмония, вероятнее всего, аспирационного характера. В пользу последнего утверждения говорит факт практически 100% двустороннего процесса в легких. Всем больным с пневмонией потребовалась респираторная поддержка в различных аппаратных режимах. Кроме того, назначалась массивная антибактериальная терапия с использованием мощных антибиотиков. Более оптимальный эффект антибактериальной терапии был зафиксирован при лимфотропном, ретростернальном ее применении. Кроме того, широко применялось наложение микротрахеостомы, с проведением через нее сеансов ВЧ — ИВЛ, кислородотерапии, введении антибиотиков, антисептиков и дезагрегантов. У пролеченных больных не допущено летальных исходов, однако интенсивная терапия пневмоний у наркологических пациентов потребовала всемерного напряжения.

Таким образом, патологические изменения дыхательной системы у наркологических пациентов представляют собой серьезную проблему, которая может усложнить проведение терапии основного заболевания и даже повлиять на прогноз *ad vitam*.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ

Шахова С.М.^{1,2}

¹ Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Министерства здравоохранения России, г. Москва

² Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва
svetlana_shakhova@mail.ru

Последние несколько лет в Российской Федерации наблюдается тенденция к увеличению числа лиц, потребляющих новые психоактивные вещества, в том числе синтетические каннабиноиды («спайс»). Высокая латентность наркологической заболеваемости, обусловленной потреблением новых ПАВ, подтверждается ростом числа госпитализаций пациентов с интоксикационными психозами вследствие потребления новых ПАВ. За 2 года наблюдения, начиная с 2014 г., 80 пациентов прошли лечение по поводу потребления синтетических каннабиноидов, из них только у 31 диагностирована зависимость от синтетических каннабиноидов («спайс») (F12.2). В остальных случаях устанавливался диагноз зависимости от нескольких ПАВ (F19.2). Чаще всего наряду с курением «спайс» наблюдалось потребление алкоголя, опиатов, либо психостимуляторов.

В обследованной выборке пациентов психотические расстройства на фоне острой интоксикации перенесли более половины пациентов. Развитие психозов коррелировало с наличием в анамнезе ранней постнатальной патологии, черепно-мозговых травм либо с передозировкой наркотика. Психозы протекали по типу онейроидного помрачения сознания с кататоническими расстройствами в виде ступора. Длительность психоза была различна: от 4 часов до 5–7 суток.

У всех пациентов вне зависимости от длительности употребления синтетических каннабиноидов наблюдались стойкие изменения личности. На основании данных кататонического наблюдения в течение 1 года было выявлено два основных пути формирования изменений личности, возникших даже после непродолжительного употребления «спайс»: 1) по органическому типу; 2) по эндогенному типу.

Среди пациентов, зависимых от нескольких ПАВ, включая синтетические каннабиноиды, достоверно чаще встречалось стремительное нарастание органического дефекта личности. У лиц с зависимостью только от синтетических каннабиноидов чаще наблюдались эндогенные расстройства, вплоть до острых полиморфных психотических состояний с симптомами шизофрении.

Проведенный клинико-динамический анализ позволяет предположить, что развитие психотического состояния является одним из непосредственных фармакологических свойств синтетических каннабиноидов, однако остается открытым клинический вопрос о дозировке, концентрации синтетических каннабиноидов в составе курительной смеси, длительности наркотизации, приводящей к возникновению психотического состояния, необходимости наличия индивидуальной предрасположенности.

В тоже время затруднительно объяснить, с чем связаны столь кардинально различные проявления воздействия синтетических каннабиноидов на личность. Зависит ли характер формирующего дефекта личности от длительности употребления «спайс», химической структуры наркотика, дозировки вещества, его концентрации в составе курительной смеси, явилось ли употребление синтетических каннабиноидов провокацией обострения уже имеющихся преморбидных личностных особенностей, либо курение «спайс» экзогенно стимулировало манифестацию ранее маскированных эндогенных расстройств, покажут лишь длительные клинические исследования.

УРОВЕНЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО РИСКА НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ЗДОРОВЫХ ПОДРОСТКОВ И ПОДРОСТКОВ С АДДИКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Яковлев А.Н.¹, Коростин М.И.¹, Витчинкина В.И.¹, Кибитов А.О.²

¹ Липецкий областной наркологический диспансер, г. Липецк

² Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского Минздрава России, г. Москва
yakovlev_an75@mail.ru

Склонность к формированию химической зависимости является полигенным состоянием, основную роль в котором играют гены дофаминергической системы. В настоящее время выделены основные гены-кандидаты и ранжирован их вклад в вероятность формирования химической зависимости, что позволяет рассчитывать индивидуальный риск развития наркологических заболеваний для конкретного индивидуума и облегчает практическое использование генотипирования в профилактике наркологических заболеваний. Однако гены-кандидаты для расчета генетического риска были выделены на основании изучения больных с зависимостью от ПАВ, распространенность маркеров риска среди здорового населения мало изучена.

Целью настоящей работы стало изучение прогностической значимости уровня генетического риска наркологических заболеваний при сравнении здоровых лиц и лиц с аддиктивными расстройствами подросткового возраста.

В исследовании приняли участие 50 подростков, обратившихся в Липецкий областной наркологический диспансер. У 26 чел. (52%, средний возраст $15,7 \pm 1,4$ года) установлены аддиктивные расстройства: 14 чел. (28%) – злоупотребление алкоголем (F10.1 МКБ-10), 6 чел. (12%) – злоупотребление каннабимиметиками (F12.1 МКБ-10), 3 чел. (6%) – злоупотребление летучими растворителями (F18.1 МКБ-10), 1 чел. – злоупотребление галлюциногенами (F16.1 МКБ-10), 1 чел. (2%) – синдром зависимости от опиатов (F11.2 МКБ-10), 1 чел. (2%) – злоупотребление седативными и снотворными веществами (F13.1 МКБ-10). В контрольную группу вошли 24 чел. (44%, средний возраст $16,4 \pm 0,95$ года), которые не имели аддиктивной патологии.

Для расчета индивидуального уровня генетического риска развития наркологических заболеваний использовалось 5 полиморфных локусов 3-х ключевых генов системы дофамина: дофаминовых рецепторов типов 2 (DRD2) и 4 (DRD4) и фермента тирозингидроксилазы (TH). Маркерами

общего риска считали генотипы A1/A2 локуса DRD2 Taq I и N1/N2 локуса DRD2 Nco I, генотипы 6.6, 7.9 и 8.10 локуса HUMTH01-VNTR; маркерами специфического риска: аллели A2, A4, A7, A8 локуса DRD4V48, аллели S локуса DRD4V120. Наличие каждого маркера общего риска оценивается в один балл, каждый маркер специфического риска – в 0,5 балла. Итоговый уровень генетического риска получали суммированием баллов. Уровни риска распределялись следующим образом: ниже среднего и средний – 0–1 балл, повышенный – 1,5 балла, высокий – 2–2,5 балла, крайне высокий – 3 и более балла. Для оценки различий в распространенности уровней риска использовался критерий Фишера ϕ .

В исследуемой выборке уровень генетического риска развития наркологических заболеваний риска колебался в пределах 0,5–4 балла. У подростков с аддиктивными расстройствами уровни риска распределялись следующим образом: ниже среднего и средний – 7 чел. (26,9%), повышенный – 3 чел. (11,55%), высокий – 9 чел. (34,65%), очень высокий – 7 чел. (26,9%). В контрольной группе уровень риска средний и ниже среднего найден у 12 чел. (50%), повышенный риск у 3 чел. (12,5%), высокий у 5 чел. (20,8%), очень высокий – у 4 чел. (16,7%). Различия в частотах встречаемости среднего и ниже среднего уровня генетического риска между подростками с аддиктивными расстройствами и контрольной группой достигли статистически значимого уровня ($p < 0,05$, $\phi_{\text{эмп}} = 1,696$). Можно предположить, что средний и ниже среднего уровень генетического риска является одним из факторов, препятствующих развитию аддиктивной патологии. Результаты исследования подтверждают прогностическую значимость оценки уровня генетического риска развития наркологических заболеваний у подростков в рамках первичной профилактики в наркологии.