

**ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ**

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ  
ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ**

**ПОСВЯЩЕННАЯ 40-ЛЕТИЮ  
ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЕВОГО  
НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА**

**МАТЕРИАЛЫ**

**г. Чита  
29-30 октября 2020 г.**



**ФГБУ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР  
ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ ИМ. В.П. СЕРБСКОГО МИНЗДРАВА РОССИИ  
ФГБНУ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ТНИМЦ РАН  
ФГБОУ ВО ЧИТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ МИНЗДРАВА РОССИИ  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ  
ГАУЗ ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ КРАЕВОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР  
ГКУЗ КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМ. В.Х. КАНДИНСКОГО  
ЗРОО АССОЦИАЦИЯ НАРКОЛОГОВ ЗАБАЙКАЛЬЯ  
РОО ЗАБАЙКАЛЬСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ПСИХИАТРОВ**

# **АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

**Материалы всероссийской научно-практической конференции,  
посвященной 40-летию Забайкальского краевого  
наркологического диспансера**

**г. Чита  
29-30 октября 2020 года**

**УДК 616.89**  
**ББК 56.1**

## **НАУЧНОЕ ИЗДАНИЕ**

**Актуальные проблемы психиатрии и наркологии в современных условиях:** материалы всероссийской научно-практической конференции, посвященной 40-летию Забайкальского краевого наркологического диспансера (Чита, 29-30 октября 2020 года). - Чита: РИЦ ЧГМА, 2020. - 141 с.

Материалы всероссийской научно-практической конференции "Актуальные проблемы психиатрии и наркологии в современных условиях", посвященной 40-летию Забайкальского краевого наркологического диспансера представляют собой сборник научных работ участников конференции.

Цель конференции определена как обмен современными научными достижениями и обсуждение актуальных проблем психиатрии, наркологии и психотерапии. Широка тематика работ, изданных в рамках проведения данного мероприятия:

1. Современные подходы к организации психиатрической и наркологической помощи: обсуждение "новых" тенденций и перспектив их внедрения.
2. Актуальные проблемы эпидемиологии и диагностики психических и наркологических расстройств.
3. Современный взгляд на вопросы терапии, прогноза и профилактики психических и наркологических заболеваний.
4. Современные аспекты психофармакотерапии.
5. Биологические основы психических и наркологических расстройств.
6. Актуальные вопросы и клинической психологии.

В настоящем сборнике представлены 72 научные публикации специалистов разных регионов России и стран СНГ.

Для психиатров, наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов.

Члены редакционной коллегии:  
**А.В. Сахаров** (научный редактор)  
**О.П. Дубинин, О.П. Ступина**

Ответственные за выпуск:  
**А.В. Сахаров, С.Е. Голыгина**

## СОДЕРЖАНИЕ

|  |    |
|--|----|
| <b>Алигаева Н.Н.</b> ( <i>Калуга, Россия</i> )<br>Психотерапия осужденных-инвалидов, страдающих эмоциональными нарушениями.....  | 8  |
| <b>Балакина О.Ю., Тверская Е.А.</b> ( <i>Новокузнецк, Россия</i> )<br>Опыт организации работы амбулаторного наркологического отделения<br>в условиях пандемии COVID-19.....  | 10 |
| <b>Боброва Н.И.</b> ( <i>Чита, Россия</i> )<br>Особенности социальной работы с пациентами<br>отделения медицинской реабилитации.....   | 12 |
| <b>Богданов А.А.</b> ( <i>Улан-Удэ, Россия</i> )<br>Синтетические психоактивные вещества.....  | 14 |
| <b>Бодагова Е.А.</b> ( <i>Чита, Россия</i> )<br>Анализ психического здоровья детей, оставшихся без попечения родителей.....  | 15 |
| <b>Болдовская А.В.</b> ( <i>Чита, Россия</i> )<br>Анализ основных показателей деятельности кабинета активного<br>диспансерного наблюдения и амбулаторного принудительного лечения<br>за 2014-2019 годы.....  | 18 |
| <b>Бочкарёва Т.К.</b> ( <i>Чита, Россия</i> )<br>Номенклатура наркотических средств и психотропных веществ,<br>выявленных при подтверждающих химико-токсикологических исследованиях<br>в 2017-2019 годах в ГАУЗ "Забайкальский краевой наркологический диспансер"..... | 20 |
| <b>Бубаев Б.А., Сансанова Л.Б., Тышкенова М.С., Доржиева О.А.</b> ( <i>Улан-Удэ, Россия</i> )<br>Вопросы формирования контакта и мотивационной терапии<br>в наркологическом диспансере.....  | 23 |
| <b>Буйлова Е.В., Якимова И.Ю.</b> ( <i>Чита, Россия</i> )<br>Организация помощи пациентам с расстройствами<br>аутистического спектра и психологическая поддержка их родителей<br>в условиях дневного стационара.....   | 25 |
| <b>Булдина М.В.</b> ( <i>Чита, Россия</i> )<br>Анализ деятельности детской психиатрической службы Забайкальского края.....   | 27 |
| <b>Бутина М.А., Шингареева Ю.В., Викулова Е.А.</b> ( <i>Чита, Россия</i> )<br>Мониторинг наркоситуации в Забайкальском крае за 2019 год.....   | 31 |
| <b>Быченко И.В., Докукина Т.В., Адрианова Р.М.</b> ( <i>Минск, Беларусь</i> )<br>Актуальность адаптации Миннесотского многофазного личностного<br>опросника - 2 в Республике Беларусь.....   | 33 |
| <b>Варнакова Ю.В., Казарбина М.А.</b> ( <i>Чита, Россия</i> )<br>Значение и особенности психодиагностического исследования пациентов,<br>имеющих химическую зависимость, в условиях отделения<br>медицинской реабилитации.....   | 34 |
| <b>Васянина Ю.Ш., Пашко Е.В., Мальфина И.Ю., Северина О.С., Горбунова З.Х.</b><br>( <i>Краснодар, Россия</i> )<br>Влияние медико-социальных факторов на эпидемиологию и сопровождение лиц<br>с расстройствами аутистического спектра.....                              | 37 |
| <b>Вербицкая М.С., Кренкель Г.Л.</b> ( <i>Москва, Россия</i> )<br>Атипичные депрессии: клинические особенности при аффективных расстройствах.....  | 39 |
| <b>Габдрашитова Л.И., Федорова П.С., Абитов И.Р.</b> ( <i>Казань, Россия</i> )<br>Взаимосвязь суеверности и защитных механизмов личности.....  | 41 |

|   |    |
|---|----|
| <b>Гармаев Б.Б.Ш. (Чита, Россия)</b> Полиморбидность как предиктор тяжести соматической патологии при синдроме зависимости.....   | 43 |
| <b>Гильбурд О.А., Филоненко А.Э. (Сургут, Россия)</b><br>Невербальное поведение пациентов с депрессией и тревогой алкогольного генеза.....  | 44 |
| <b>Глушеников А.А. (Чита, Россия)</b><br>Организация комплексных мероприятий по профилактике употребления психоактивных веществ среди несовершеннолетних.....   | 47 |
| <b>Голыгина С.Е., Сахаров А.В., Золтуев Д.В. (Чита, Россия)</b><br>Оценка склонности к возникновению враждебных установок у студентов.....  | 48 |
| <b>Голыгина С.Е., Сахаров А.В., Федорчук Е.А., Асланова А.Т., Анникова С.Е., Анагдаева Е.Н., Дульбеева А.В. (Чита, Россия)</b><br>Механизмы психологической защиты у пациентов психиатрического и наркологического стационаров в сравнительном аспекте..... | 50 |
| <b>Гребень Н.Ф., Григорьева И.В. (Минск, Беларусь)</b><br>Особенности проявления агрессивности у мужчин с синдромом зависимости от алкоголя.....  | 52 |
| <b>Григорьева И.В., Адамчук Т.А. (Минск, Беларусь)</b><br>Преимущества проведения арт-терапии у лиц с зависимостью от алкоголя.....   | 54 |
| <b>Давыдова Ю.Д., Казанцева А.В., Еникеева Р.Ф., Мустафин Р.Н., Лобаскова М.М., Малых С.Б., Хуснутдинова Э.К. (Уфа-Москва, Россия)</b><br>Вовлеченность генов IL1B и CRB в развитие агрессивного поведения.....   | 56 |
| <b>Дашиева Б.А., Гончикжапова Э. Б. (Томск, Россия)</b><br>Социально-демографическая и клиническая характеристика подростков - пациентов наркологического диспансера республики Бурятия.....  | 58 |
| <b>Днепровский В.С., Головнев А.А. (Чита, Россия)</b><br>Анализ распространенности алкогольных расстройств среди взрослого населения Забайкальского края.....   | 61 |
| <b>Доржиева О.А., Сансанова Л.Б., Тышкенова М.С., Бубаев Б.А. (Улан-Удэ, Россия)</b><br>Особенности копинг-стратегий у пациентов с алкогольной зависимостью.....  | 62 |
| <b>Дубинин О.П. (Чита, Россия)</b><br>Реализация регионального проекта "Укрепление общественного здоровья".....   | 64 |
| <b>Дубинин О.П. (Чита, Россия)</b><br>Реализация концепции государственной антиалкогольной политики в Забайкальском крае.....   | 67 |
| <b>Дубинин О.П. (Чита, Россия)</b><br>Немедицинское потребление наркотиков в Забайкальском крае и наркопреступления.....  | 70 |
| <b>Дубицкая Е.А., Носачев Г.Н. (Самара, Россия)</b><br>Значение понимания уровней сознания для общей психопатологии.....  | 72 |
| <b>Захарова Н.М., Цветкова М.Г. (Москва, Россия)</b><br>Особенности психических расстройств у вторичных (косвенных) жертв чрезвычайной ситуации (на примере пожара в ТРЦ "Зимняя вишня", г. Кемерово).....  | 75 |
| <b>Зюзина Н.В., Мухаметрахимова Д.М., Шарыпов А.А. (Красноярск, Россия)</b><br>Актуальные проблемы назначения посмертных комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз в уголовном процессе.....   | 76 |
| <b>Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К. (Ташкент, Узбекистан)</b><br>Факторы риска церебрально-гемодинамических нарушений у больных параноидной шизофренией.....   | 78 |
| <b>Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К. (Ташкент, Узбекистан)</b><br>Параноидная шизофрения и хроническая соматическая патология.....  | 79 |

|   |     |
|---|-----|
| <b>Клинова М.А., Косенок Р.Р., Цырендашиев Г.Т., Мищенко В.С. (Чита, Россия)</b><br>Невротические и аддиктивные расстройства у призывников<br>с психическими расстройствами.....  | 80  |
| <b>Колесников Д.А., Свиная И.В., Борщ Д.В., Туренко С.А.,<br/>Кондуфор О.В. (Луганск, ЛНР)</b><br>Нарушение вербальной памяти при шизофрении в сочетании<br>с бессонницей неорганической природы.....   | 82  |
| <b>Кравцов А.С. (Чита, Россия)</b><br>Опыт применения личностно-ориентированной реконструктивной психотерапии<br>в отделении медицинской реабилитации.....  | 83  |
| <b>Крохалев М.И. (Чита, Россия)</b><br>Выявляемость алкогольного и наркотического опьянения у лиц,<br>управляющих транспортным средством (по материалам Забайкальского краевого<br>наркологического диспансера).....  | 84  |
| <b>Кузьмина Т.М., Баева А.С. (Москва, Россия)</b><br>Опыт оказания психолого-психиатрической помощи пострадавшим в ДТП,<br>произошедшем в Нижегородской области 15.12.19 г.....   | 85  |
| <b>Лазо Ю.В., Ахметова В.В., Тарасова Т.П. (Чита-Москва, Россия)</b><br>Анализ факторов, способствующих развитию нарушений интеллекта<br>у детей Забайкалья.....  | 86  |
| <b>Лобаева О.П. (Чита, Россия)</b><br>Расстройство пищевого поведения у детей и подростков<br>в амбулаторной практике врача-психиатра.....  | 88  |
| <b>Нафиков А.Р., Уваров И.А., Иванов А.С., Шелковая Н.С., Калашникова Е.С.,<br/>Черенков А.А., Кондратьев А.В., Дюжева Е.В. (Ижевск, Россия)</b><br>Изменение структуры выявляемых психоактивных веществ<br>в Удмуртской Республике по результатам химико-токсикологических исследований<br>за период 2013-2019 гг..... | 90  |
| <b>Нечаева Л.Л. (Чита, Россия)</b><br>Оказание наркологической помощи несовершеннолетним в Забайкальском крае.....  | 91  |
| <b>Нечаева Т.О. (Чита, Россия)</b><br>Медицинская реабилитация наркологических больных в Забайкалье.....  | 93  |
| <b>Никитина В.Б., Карауш И.С., Дашиева Б.А. (Томск, Россия)</b><br>Предикторы затяжного течения расстройства адаптации,<br>коморбидного с патологией щитовидной железы.....   | 95  |
| <b>Новикова А.С. (Чита, Россия)</b><br>К вопросам организации обучения среднего медицинского персонала.....   | 97  |
| <b>Носачев И.Г., Носачев Г.Н., Киселева Ж.В. (Самара, Россия)</b><br>Роль динамики когнитивных расстройств в диагностике синдрома деменции<br>в клинических нейронауках.....  | 99  |
| <b>Носачев И.Г., Носачев Г.Н., Киселева Ж.В. (Самара, Россия)</b><br>Наркология: поведение и личность, критичность и жизненная позиция.....   | 102 |
| <b>Озорнин А.С., Говорин А.В., Сахаров А.В. (Чита-Москва, Россия)</b><br>Исследование адипокинов крови у больных с первым эпизодом шизофрении.....  | 105 |
| <b>Озорнин А.С., Озорнина Н.В. (Чита, Россия)</b><br>Первый опыт лечения новой коронавирусной инфекции у лиц<br>с психическими расстройствами в Краевой клинической<br>психиатрической больнице им. В.Х. Кандинского.....   | 106 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>Парамонов А.А., Ишеков Н.С. (Архангельск, Россия)</b><br>Новый подход к оценке индивидуализированного подхода<br>при реабилитации пациентов.....  | 108 |
| <b>Петрова И.В. (Чита, Россия)</b><br>Медицинская реабилитация пациентов наркологического профиля<br>в амбулаторных условиях.....  | 109 |
| <b>Письменный А.В. (Чита, Россия)</b><br>Организация проведения медицинского освидетельствования<br>на состояние опьянения в Забайкальском крае.....   | 110 |
| <b>Пляскина Е.В., Кучменко В.А. (Чита, Россия)</b><br>Опыт лечения пациента с органической патологией головного мозга,<br>резистентного к психофармакотерапии.....   | 111 |
| <b>Полутова А.Г., Иванова Е.А. (Чита, Россия)</b><br>Опыт организации проведения медицинских освидетельствований<br>и выдачи медицинских заключений для получения водительских прав<br>и разрешения на оружие.....                             | 114 |
| <b>Порцева И.А., Уваров И.А., Лекомцев В.Т., Захаров Р.И.,<br/>Семенова Е.А., Семенов А.А. (Ижевск, Россия)</b><br>Клинико-социальные особенности больных с инвалидностью вследствие<br>алкогольной зависимости в Удмуртской Республике.....   | 115 |
| <b>Раменская Н.М. (Чита, Россия)</b><br>Обследование пациентов отделения медицинских осмотров<br>на карбогидрат-дефицитарный трансферрин.....  | 117 |
| <b>Рогов А.В., Абдуллаева В.К. (Ташкент, Узбекистан)</b><br>Особенности социальной адаптации и качество жизни больных<br>параноидной шизофренией, сочетанной с хроническими вирусными гепатитами.....  | 118 |
| <b>Рогов А.В., Абдуллаева В.К. (Ташкент, Узбекистан)</b><br>Особенности проблемно-решающего поведения у больных<br>параноидной шизофренией с сопутствующими вирусными гепатитами.....  | 119 |
| <b>Сансанова Л.Б., Бубаев Б.А., Доржиева О.А., Тышкенова М.С. (Улан-Удэ, Россия)</b><br>Социальные сети как инструмент медицинской профилактики.....   | 120 |
| <b>Сахаров А.В., Голыгина С.Е. (Чита, Россия)</b><br>Нейромаркеры и когнитивные нарушения у пациентов при синдроме отмены алкоголя.....  | 122 |
| <b>Сахаров А.В., Клинова М.А. (Чита, Россия)</b><br>Факторы, влияющие на формирование психических расстройств<br>и противоправного поведения у лиц подросткового возраста Забайкальского края.....   | 125 |
| <b>Сахаров А.В., Озорнин А.С., Голыгина С.Е. (Чита, Россия)</b><br>Полиморфизм генов Эндотелина-1 (Lys198Asn)<br>и E-селектина (Leu544Phe, Ser128Arg) у больных с шизофренией.....   | 127 |
| <b>Сахаров А.В., Ступина О.П. (Чита, Россия)</b><br>Суицидальное поведение жителей Забайкальского края в период самоизоляции,<br>обусловленной ограничительными мероприятиями в связи<br>с распространением новой коронавирусной инфекции..... | 129 |
| <b>Сидельникова Е.В. (Чита, Россия)</b><br>Организация работы участкового врача психиатра-нарколога диспансерного отделения<br>Забайкальского краевого наркологического диспансера.....  | 130 |
| <b>Ступина О.П., Честикова З.И. (Чита, Россия)</b><br>Показатели психического здоровья населения Забайкальского края.....  | 131 |
| <b>Тимкина О.А., Дундукова Н.А., Григорьева К.С., Галимов Г.А. (Чита, Россия)</b><br>Особенности стрессонаполненности жизненных событий.....   | 134 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>Толстов Д.А.</b> ( <i>Чита, Россия</i> )  |     |
| Нравственный компонент и его роль в формировании зависимости.....  | 135 |
| <b>Тышкенова М.С., Сансанова Л.Б., Бубаев Б.А., Доржиева О.А.</b> ( <i>Улан-Удэ, Россия</i> )                                  |     |
| "Ярмарки здоровья" - универсальная профилактическая интервенция<br>в различных целевых аудиториях.....                         | 136 |
| <b>Шейфер М.С., Камышанская А.И., Шнырева И.Н., Медведева Э.В.,<br/>Назарцева М.А., Яшихина А.А.</b> ( <i>Самара, Россия</i> ) |     |
| Организационные аспекты психологической помощи в Самарском регионе<br>детям и подросткам с психическими расстройствами.....    | 138 |



Алигаева Н.Н.

**ПСИХОТЕРАПИЯ ОСУЖДЕННЫХ-ИНВАЛИДОВ,  
СТРАДАЮЩИХ ЭМОЦИОНАЛЬ-НЫМИ НАРУШЕНИЯМИ**  
*Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского*  
*Калуга, Россия*

Осужденные-инвалиды, находясь в ситуации социальной изоляции, испытывают на себе особое давление не только общественных стереотипов, но и воздействие со стороны людей с преступной направленностью. Данным людям требуется особое повышенное внимание, как со стороны администрации учреждения, так и со стороны родственников и близких людей. Нахождение в местах лишения свободы оказывает сильнейшее влияние на их психоэмоциональное состояние и личностное развитие.

Долгое время данной категории осужденных не уделялось или уделялось незначительное внимание: они отбывали наказание в тех же условиях, что и осужденные без инвалидности. Помещения и места работы не были обустроены под людей с ограничениями и нарушениями здоровья. Это доставляло огромный дискомфорт для жизнедеятельности. В некоторых отдаленных регионах даже сейчас отсутствуют все необходимые для больного человека условия. На фоне бытовых затруднений у осужденных-инвалидов усугубляются эмоциональные и волевые нарушения. Незначительно облегчить их состояние могут краткосрочные и долгосрочные свидания с родственниками и близкими людьми. Но не редки случаи, когда на встречи к осужденному никто не приезжает. Немногие готовы принять обратно в семью родственника с инвалидностью и имеющейся судимостью, поэтому чаще всего им приходится рассчитывать на государство, на своих новых знакомых и приятелей в местах лишения свободы.

Часто в исправительных учреждениях осужденными, имеющими инвалидность, являются лица пожилого возраста (60 лет и старше) с неоднократной судимостью, большим криминальным опытом и устоявшейся системой взглядов и убеждений. В данном случае на их эмоциональное состояние оказывают влияния также и процессы старения. Поведение пожилого человека становится зависимым от актуального физического и психического состояния, настроения, качества и количества общения с другими. Эмоционально-волевая сфера характеризуется склонностью к враждебности и агрессивности по отношению к другим людям, скупостью, эгоцентризмом, обидчивостью, срывами при повышении конфликтных и стрессовых ситуациях. Самыми типичными проявлениями являются повышенная тревожность, раздражительность, угрюмость, подозрительность и недоверие (Менделевич В.Д., 2005).

Как отмечает Т.А. Маркова, проблема осознания смысла своего существования остро возникает у осужденных-инвалидов, многие из которых затрудняются в конструктивном планировании своего будущего: совершенно не знают, как будут жить и чем заниматься после освобождения (Маркова Т.А., 2018). Чаще всего именно это состояние безнадежности лежит в основе их демонстративного поведения, используемого для достижения определенных выгод.

На эмоции и эмоциональное состояние человека с инвалидностью в местах лишения свободы огромное влияние оказывает тюремная субкультура: занимаемый статус, традиции и обычаи. В данном случае эмоциональные проявления могут граничить между нормой и патологией. Встречаются осужденные с эмоциональной односторонностью, эмоциональной тупостью, с повышенным эмоциональным возбуждением и неуравновешенностью, с низкой эмоциональной отзывчивостью, искажением чувств, эмоциональной напряженностью под воздействием стрессовых факторов, фрустрации.

Сами условия отбывания наказания в исправительных учреждениях отличаются однообразием и бедностью обстановки, низким общекультурным уровнем окружающих людей, что часто является причиной низкой эмоциональной отзывчивости осужденных.

На эмоциональное состояние оказывает огромное влияние и период отбывания наказания. Трудности отмечаются в начальном периоде отбывания наказания, когда коренным образом изменяются условия жизни и деятельности осужденных, а также перед освобождением. Осужденные, оказавшись в новом учреждении, начинают испытывать различные эмоциональные нарушения: от повышенной возбудимости до депрессии.

Эмоциональные нарушения являются также следствием так называемого тюремного стресса. Он связан не только с самим фактом пребывания в местах лишения свободы, но и с получением неблагоприятных новостей из дома или их отсутствием, насильственным вступлением в гомосексуальную связь, пребыванием в одиночной камере, конфликтами с другими осужденными и сотрудниками учреждения и т.д. (Дмитриев Ю.А., 2007).

Диагностика эмоциональных состояний проводится в ходе наблюдения, беседы с осужденным, сбора независимых характеристик, а также с помощью психологических методик: методики САН (самочувствие, активность, настроение); методики Спилбергера (изучение тревожности); теста на эмоциональную устойчивость; цветового теста М. Люшера; методики РНЖ (рисунок несуществующего животного); тестов руки Вагнера и Басса-Дарки.

Важным моментом в реабилитации и ресоциализации осужденных-инвалидов является психотерапия и психопрофилактика эмоциональных нарушений. Психологические мероприятия могут проводиться как в индивидуальной, так и групповой форме.

Психотерапия строится в основном на базе следующих подходов и техник: творческое самовыражение (рисование, театрализация), телесная терапия, гештальт-техники, психоаналитическая терапия.

Выделяют два основных способа терапии и коррекции негативных эмоциональных состояний - уменьшение их силы (по методике систематической десенсибилизации) и выработка альтернативных реакций (в форме тренинга релаксации или уверенности).

Учитывая, что неадаптивное поведение человека часто определяется тревогой, целесообразно использование специальных методик, например, систематической десенсибилизации, автором которой является Д. Вольпе. Систематическая десенсибилизация состоит из трех основных этапов: обучение глубокой мышечной релаксации; выстраивание иерархии стимулов, вызывающих тревогу; предложение клиенту, пребывающему в состоянии релаксации, воображать объекты из иерархий, вызывающие тревогу (Змановская Е.В., 2003).

С помощью воспитания нравственных чувств и поддержания эмоционального состояния, оказывающего положительное влияние на самопринятие и самооценку, возможно регулирование поведения осужденного, и его адаптация к условиям мест отбывания наказания.

Значимую роль играют учеба и работа, которые позволяют осужденному интегрироваться в общество, устанавливать новые межличностные отношения, повышать свой социальный статус и лично развиваться. Поддержание или установление новых отношений с родственниками и близкими посредством переписки, телефонных звонков и свиданий позволяют осужденным почувствовать свою значимость, возможность создания благополучного будущего. Важным также является установление позитивных отношений в среде осужденных, а также положительных взаимоотношений с сотрудниками исправительного учреждения.

Таким образом, работа с эмоциональным состоянием и его нарушениями заключается в нравственно-психологической подготовке осужденного; в профилактике конфликтных отношений; в закреплении положительных состояний в процессе индивидуальной и групповой работы с осужденными. Проводимая психологической службой учреждения плановая и комплексная индивидуальная и групповая работа, обращение к положительным чертам осужденных, формирование уверенности в будущем позволяет осужденным-инвалидам научиться контролировать свое эмоциональное состояние с помощью различных техник саморегуляции.

Балакина О.Ю., Тверская Е.А.

## **ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ АМБУЛАТОРНОГО НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19**

*Новокузнецкий наркологический диспансер*

*Новокузнецк, Россия*

В России распространенность злоупотребления наркотическими и другими психоактивными веществами возросла за последнее десятилетие настолько резко, что в настоящее время ситуация приняла характер эпидемического процесса как по темпам нарастания, так и по степени распространенности наркологических заболеваний.

Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (United Nations Office on Drugs and Crime - UNODC) во время пандемии COVID-19 также разработало и представило общественности "Предложения УНП ООН по улучшению, уходу и реабилитации лиц с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, в условиях пандемии COVID-19". Расстройства, связанные с употреблением наркотиков, часто сопровождаются такими соматическими состояниями, как ВИЧ/СПИД, гепатит В и/или С, туберкулез, легочные или сердечно-сосудистые заболевания, инсульт, рак и травмы, в частности, людям, употребляющим наркотики и страдающим расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, труднее обезопасить себя, и они находятся в группе повышенного риска заболевания COVID-19.

Поэтому стоит согласиться, что именно в период пандемии COVID-19 необходимо обеспечить максимальную непрерывность соответствующего доступа к медицинским и социальным услугам для людей, употребляющих наркотики и страдающих расстройствами, связанными с употреблением наркотиков. А также обеспечить непрерывность оказания необходимой медицинской помощи, как это описано в Международных стандартах лечения таких расстройств (УНП ООН/ВОЗ, 2020 год).

Во время пандемии COVID-19 главный внештатный специалист психиатр-нарколог Министерства здравоохранения Российской Федерации Е.А. Брюн обратил внимание на развитие ситуации с потреблением наркотиков без назначения врача: "Люди, употребляющие наркотики, больше других подвержены заражению коронавирусом, а наличие гепатита и ВИЧ повышает вероятность летального исхода. При наркотической зависимости психические нарушения еще более выражены, чем при злоупотреблении алкоголем, образ жизни еще более дезорганизован и десоциализирован, а иммунитет еще слабее".

**Цель исследования:** провести анализ показателей работы структурного подразделения государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Новокузнецкий наркологический диспансер" (ГБУЗ КО ННД) в условиях пандемии COVID-19.

**Материал и методы.** Основным методом является статистический анализ деятельности взрослого диспансерного отделения ГБУЗ КО ННД за аналогичные периоды 2019 и 2020 годов. В данной работе нами проанализированы такие показатели, как количество обратившихся на прием пациентов, количество впервые обратившихся пациентов, распределение пациентов обратившихся с целью лечения в стационаре и амбулаторно.

**Результаты и их обсуждение.** Оказание наркологической помощи в ГБУЗ КО ННД организовано в соответствии с приказом МЗ РФ от 30 декабря 2015 г. № 1034н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "психиатрия-наркология" и порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ". И предусматривает реализацию единой методологии, направленной на совершенствование методики профилактических мероприятий, своевременное выявление наркозависимых лиц, проведение диагностики, диспансерного наблюдения, а также обеспечение адекватного

поэтапного лечения и реабилитации больных. В связи с необходимостью соблюдения мер по недопущению распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) с марта 2020 года посещение пациентов подразделений ГБУЗ КО ННД было организовано в соответствии с утвержденными в Российской Федерации нормативно-правовыми актами, регламентирующими санитарно-гигиенические требования к профилактике распространения COVID-19.

В результате нашей работы был проведен сравнительный анализ показателей работы взрослого диспансерного отделения за 6 месяцев 2020 года и аналогичный период прошлого года. При анализе количества посещений выявлено, что за 6 месяцев 2020 года во взрослое диспансерное отделение обратились 1698 человек, что на 159 человек (10,3%) больше, чем за 6 месяцев 2019 года, когда количество посещений составило 1539 человек. В январе 2020 года произошло увеличение количества посещений на 6 человек (2,2%), в феврале - на 12 человек (4,3%), в марте - на 14 человек (5,4%), в апреле - на 17 человек (6,5%), в мае - на 30 человек (11,9%), в июне - на 79 человек (32,5%). При проведении сравнительного анализа количества первично обратившихся пациентов с целью обследования и лечения в ГБУЗ КО ННД за период с января по июнь 2020 года и аналогичный период 2019 года отмечено, что произошло как общее снижение количества первично обратившихся пациентов (на 11 человек в апреле, на 20 человек в мае и на 21 человек в июне), так и снижение количества первичных пациентов, направленных органами МВД с целью прохождения диагностики (на 7 человек в апреле, на 11 человек в мае и на 10 человек в июне), что может быть связано с общей нестабильной обстановкой в стране в связи с распространением новой коро-навирусной инфекции, введением в регионе режима повышенной готовности.

За анализируемый период отмечается тенденция к снижению госпитализаций в стационарные отделения. Так на 100% прекращена госпитализация в дневные наркологические стационары в апреле и мае текущего года, на 71,7% снизилась доля направленных на лечение в стационарное наркологическое отделение, при этом доля поступивших составила 30% за период с марта по июнь 2020 года.

Максимальное количество пролеченных амбулаторно было в апреле 2020 года, что, в сравнении с апрелем 2019 года, составило 94%, при этом в сравнении с анализируемым периодом предыдущего года на 50% возросло количество пациентов, получающих поддерживающее лечение, т.к. в соответствии с приказом Минздрава Кузбасса от 15.04.2020 г. № 887 "О временной приостановке госпитализации в медицинские организации Кемеровской области - Кузбасса" временно приостановлена плановая госпитализация в стационарные отделения.

**Выводы.** В данной работе проанализирована организация деятельности амбулаторного подразделения Новокузнецкого наркологического диспансера в период пандемии COVID-19, проведен сравнительный анализ работы за аналогичный период 2019 года по таким показателям, как количество обращений в диспансер, в том числе первично обратившихся, количество пациентов, направленных в стационары и получающих амбулаторную помощь.

По результатам исследования выявлено, что, несмотря на снижение количества пациентов, обратившихся первично, в период пандемии возрастает количество пациентов, обратившихся с целью лечения. Таким образом, в период пандемии возрастает роль первично звена при оказании специализированной медицинской помощи.

В условиях пандемии каждая медицинская организация в соответствии с профилем оказываемой им медицинской помощи должно быть готово к проведению противоэпидемических мероприятий, для чего должна быть подготовлена соответствующая внутренняя нормативная база, клинические рекомендации и алгоритмы действий.

Боброва Н.И.

**ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ  
С ПАЦИЕНТАМИ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

*Забайкальский краевой наркологический диспансер*

*Чита, Россия*

Основным направлением медико-социальной работы в наркологии является комплексная помощь лицам, входящим в группу повышенного риска развития наркологических заболеваний, и лицам, страдающим зависимостью от психоактивных веществ.

В отделении медицинской реабилитации ГАУЗ "Забайкальский краевой наркологический диспансер" помощь пациентам в области социальной поддержки и социального сопровождения ведется на протяжении всего этапа реабилитации в тесном сотрудничестве с государственными и общественными организациями. Специалист по социальной работе включен в бригадный метод реабилитации наравне с врачами-наркологами, психотерапевтами и психологами.

Можно выделить несколько сфер деятельности специалиста по социальной работе. Прежде всего, это непосредственная работа с наркологическими больными, оказание им социальной помощи при условии соблюдения общей психотерапевтической тактики в рамках разработанной реабилитационной программы, решение четко обозначенных личностных и социальных задач. Далее это работа с окружением пациента - восстановление связи с семьей, трудоустройство, работа с правоохранительными органами, КДН и ЗП и другими ведомствами и структурами с целью решения вопросов социализации пациента в обществе.

Первичная социальная диагностика реабилитанта дает ясную картину его экономического, жилищного положения, наличия обязательных документов, отношений с семьей, общий социальный статус. Так, в 2019 году было проведено обследование у 119 пациентов, поступивших в отделение. При этом 81% диагностированных (96 человек) нуждался в решении социальных вопросов.

План социального сопровождения для каждого пациента определяется индивидуально, исходя из того, что на данный момент является первичным, от чего следует оттолкнуться в дальнейшей работе, к какому периоду реабилитант будет готов самостоятельно ориентироваться в общественной жизни, возобновлять утраченные связи, способности, знания.

Пациентам, утратившим документы, предлагается помощь в их восстановлении. Денежные средства на оплату государственных пошлин, услуг фотографа изыскиваются путем привлечения родственников, бывших реабилитантов, уже имеющих постоянное место работы, служащих православной церкви, негосударственных организаций. В 2019 году отсутствие необходимых документов было выявлено у 23 пациентов, при этом восстановили документы 19 лицам или 74,2% от числа нуждавшихся. Из числа не получивших - 1 человек отказался от помощи, 2 пациента прервали лечение на первых неделях пребывания в отделении в связи с отказом от лечения.

Взаимодействие с краевыми Комиссиями по делам несовершеннолетних и защите их прав, реабилитационными центрами для несовершеннолетних, органами опеки края, домами ребенка занимает важное место в работе специалиста по социальной работе реабилитационного отделения. В 2019 году по направлению КДН и ЗП за помощью в отделение реабилитации обратилась 31 женщина. Работа специалиста заключается в сборе информации о состоянии детей в учреждениях социальной защиты, оперативном сборе пакета документов для восстановления в родительских правах, обмене информации с Комиссиями о месте пребывания родителей и т.д.

Отработана схема взаимодействия с Министерством труда и социальной защиты населения Забайкальского края и подведомственными ему учреждениями. Комплексные цен-

тры социального обслуживания охотно оказывают помощь в поиске родственников тех реабилитантов, у которых связь с родными потеряна. А также оказывают сопровождение по вопросу получения жилья пациентам категории сирот. В 2019 году в отделении из 119 обследованных выявлено 6 человек из числа детей-сирот, которым было оказано содействие в организации консультации со специалистом отдела социальной защиты по вопросу получения жилья. Помощь в сборе пакета документов была оказана в 100% случаев.

Следующим этапом социальной поддержки является работа с группой наркологических больных, имеющих общие проблемы. Например, преодоление трудностей в восстановлении социальных навыков, в частности, трудовых или образовательных, в приобретении профессии, устройстве на работу, возобновлении учёбы.

В соответствии с законодательством о занятости населения, с целью оказания помощи в трудоустройстве пациентов с алкогольной и наркотической зависимостями и прошедшими курс реабилитации, заключено Соглашение между Забайкальским Краевым центром занятости населения и ГАУЗ ЗКНД. Взаимное сотрудничество сторон дает возможность трудоустройства пациентов, прошедших реабилитацию, имеющих длительный перерыв в работе или не имеющих опыта работы. Еще находясь на лечении в отделении, пациенты устраиваются на предложенную специалистами работу, встав на учет в Краевой центр занятости, получают пособие по безработице, осваивают курс новых специальностей. За 2019 год 68 пациентов из 93 выявленных безработных (73%), были направлены в центр занятости населения.

В сотрудничестве с Пенсионным фондом специалист по социальной работе оказывает помощь в сборе и подаче пакета документов для оформления пенсии по потере кормильца. Женщины, проходившие лечение в 2019 году, получили такую помощь в полном объеме.

Работа с группой позволяет специалисту по социальной работе экономить время и лучше узнать своих подопечных. На фоне группы хорошо видно, кто из больных действительно стремится восстановиться, а кто относится к реабилитационному процессу формально. Естественно, это возможно только в тех случаях, если специалист по социальной работе сумел создать в группе атмосферу дружбы, доброжелательности, партнёрства, основанных на общем стремлении избавиться от зависимости и реабилитироваться в личном и социальном планах. Работа в группе обладает ещё одной важной особенностью. Больные приучаются меньше психологически зависеть от специалиста по социальной работе, они находят поддержку в самой группе, и в сложной для себя ситуации либо самостоятельно решают свои проблемы, либо обращаются за помощью к наиболее авторитетным членам группы. Поэтому большое значение приобретает положительный социальный опыт неформальных лидеров группы. Специалист по социальной работе уделяет особое внимание подготовке таких лидеров, так как именно они являются его непосредственными помощниками, а также привлечение консультантов для работы по программе и ориентированию пациентов на посещение групп само- и взаимопомощи и интеграция его в одну из групп анонимных алкоголиков (АА) или анонимных наркоманов (АН). Консультативная работа ведется с пациентами ежедневно, 10 проходящих консультантов работают по установленному графику посещений.

Деятельность специалиста по социальной работе предполагает хорошее знание местной социальной инфраструктуры и активное взаимодействие с государственными, общественными организациями, частными учреждениями и предприятиями, что позволяет обеспечить оптимальную занятость наркологических больных, их социальную поддержку и правовую защиту, а также тесную взаимосвязь с группами само- и взаимопомощи наркологических больных.

Специалист по социальной работе способствуют формированию в обществе более адекватного и гуманного отношения к наркологическим больным и понимания тех про-

блем социального характера, без решения которых невозможна их реабилитация и возвращение в общество. В свою очередь, с реабилитантами проводится работа, затрагивающая духовные и культурные аспекты, которые чрезвычайно важны для развития системы ценностей, представлений о духовном мире, философии, этике, традициях и убеждениях. В этом направлении специалистом по социальной работе организуются экскурсии в Кафедральный собор, совместно с библиотекой им. А.С. Пушкина проводятся мероприятия в рамках культурно-просветительной и досуговой работы, выездные концерты с представлением кукольного театра в социальные и медицинские учреждения для пожилых граждан и детей. За 2019 год организовано 11 выездных концертов и экскурсий, в которых приняли участие 87 человек из 119 всех пациентов, т.е. 73%.

Таким образом, социальная помощь способствует оптимизации функционального состояния пациента и обеспечивает ему возможность вести самостоятельный образ жизни, исключая барьеры во взаимодействии с окружающей средой.

Богданов А.А.

### **СИНТЕТИЧЕСКИЕ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА**

*Республиканский наркологический диспансер,*

*Улан-Удэ, Россия*

В нашей стране внимание к проблеме распространения синтетических психоактивных веществ (ПАВ) возросло после массовых отравлений осенью 2014 года. В общей сложности за медицинской помощью обратились более 2000 человек, употребивших курительные смеси, свыше тысячи были госпитализированы, более 40 человек погибли. Наиболее пострадавшими регионами оказались Ханты-Мансийский автономный округ, Кировская область, Краснодарский край и республика Башкортостан. Причиной послужило появление нового на тот момент вещества с неизвестным механизмом действия (Бойко О.А., Панов С.Л. и др., 2016).

За период 2013-2015 гг. список наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, оборот которых в Российской Федерации запрещен, был дополнен 47 новыми видами синтетических психоактивных веществ. Прежде всего, происходил рост потребления так называемых "дизайнерских" наркотиков, определяемых как психоактивные вещества, разрабатываемые с целью обхода действующего законодательства, синтетические заменители натурального вещества, полностью воспроизводящие наркотические свойства последнего. В России "дизайнерские" наркотики принято связывать с так называемыми "курительными смесями", "спайсами" - синтетическими каннабиноидами, получившими широко распространение в нашей стране с 2009 года, количество которых непрерывно увеличивается, так как данные вещества легально производятся в Китае и других странах в промышленных масштабах, их реализация приносит баснословную прибыль (Шаров М.И., 2016).

Одной из особенностей незаконного оборота синтетических ПАВ является то, что они предлагаются, распространяются и приобретаются посредством использования средств массовой информации либо электронных или информационно-телекоммуникационных сетей (включая сеть Интернет). Анализ сферы незаконного оборота синтетических наркотиков на территории Российской Федерации показал, что особо остро проблема их распространения стоит в северо-западном и центральном районах России, в таких крупных городах, как Москва, Санкт-Петербург, Новосибирск, Казань. Кроме того, из-за географической близости с Китаем остро стоит данная проблема и в субъектах Дальневосточного федерального округа.

Среди синтетических ПАВ лидирующие позиции занимают "спайсы" и "соли" (Мрыхин В.В., Анцыборов А.В., 2017). В курительных смесях чаще содержатся синтетические

каннабиноиды, которые являются агонистами имеющихся в ЦНС каннабиноидных рецепторов. Большинство синтетических каннабиноидов, входящих в состав спайсов, оказывают на организм более выраженное воздействие, по сравнению с теми, что содержатся в каннабисе (Головкин А.И. и др., 2015).

Под названием "соли" скрываются синтетические аналоги алкалоидов с психоактивными свойствами, содержащихся изначально в листьях вечнозеленого кустарника, произрастающего в Восточной Африке и Аравийском полуострове - ката. В листьях ката содержится алкалоиды катинон и катин. Ввиду более выраженного психоактивного воздействия на организм, именно катинон является объектом интереса производителей наркотиков. На нелегальном рынке Европы насчитывается более 40 наименований синтетических аналогов катинона, обладающих ярко выраженным психоактивным действием (Karch's Pathology of Drug Abuse Fifth Edition, 2016). "Соли" состоят из смеси нескольких синтетических катинонов, реже - из одного вещества.

Помимо указанных смесей к "дизайнерским" наркотикам относятся и другие стимуляторы - производные аминорекса, дизайнерские опиоиды, синтетические аналоги кокаина. Особую группу представляют собой применение препаратов на основе гамма-оксимасляной кислоты, которые были разработаны в качестве анестезирующего средства около 50 лет назад. В среде потребителей наркотических веществ на основе гамма-оксимасляной кислоты, получили название "жидкий экстази" (Мрыхин В.В., Анцыборов А.В., 2017).

Анализ ситуации в России показывает, что во многих регионах уровень потребления различных синтетических ПАВ сохраняется высоким, особенно среди мужчин.

Республика Бурятия не является исключением. Так, за последние три года произошел рост больных наркоманией синтетическими ПАВ. В Республиканском наркологическом диспансере в 2017 году было пролечено 7 таких пациентов, в 2018 году - 19, а в 2019 году - 21 человек.

Таким образом, данная проблема является актуальной в настоящее время. Ее решение требует нового систематизированного подхода, выработки новых адекватных мер по препятствию распространения синтетических ПАВ, информирования о негативных последствиях их употребления. Перед врачами специалистами ставятся задачи по диагностике, лечению, и реабилитации пациентов с зависимостью от синтетических ПАВ.

Бодагова Е.А.

**АНАЛИЗ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ,  
ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ**  
*Читинская государственная медицинская академия*  
*Чита, Россия*

Состояние здоровья детей, оставшихся без попечения родителей, отличается от здоровья детей общей популяции и является крайне неудовлетворительным. Специалисты отмечают в динамике сиротства негативные тенденции, а именно, увеличение количества детей со сложными, комплексными видами отклонений, с трудностями в развитии, в обучении и поведении. Поэтому психическое здоровье детей-сирот было и остается актуальной проблемой.

**Цель работы:** оценить состояние психического здоровья детей Центров помощи детям, оставшимся без попечения родителей.

**Материал и методы.** Было проведено клинико-психопатологическое обследование 247 воспитанников шести Центров помощи детям, оставшимся без попечения родителей Забайкальского края. Дополнительно было проведено электроэнцефалографическое исследование детей с использованием переносного портативного электроэнцефалографа-реги-



стратора "Энцефалан-ЭЭГ" с использованием шапочки с 21 электродом и с применением функциональных проб "открытие-закрывание глаз" и гипервентиляция. Для психометрического обследования использовались стандартизированные скрининговые методики: опросники Басса-Дарки, Спилбергера-Ханина, М. Ковач, Леонгарда-Шмишека, опросник суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой) и тест Равена. Статистическая обработка полученных в ходе выполнения работы результатов осуществлялась при помощи стандартного пакета программ "Statistica 10.0 for Windows" с применением хи-квадрата Пирсона ( $\chi^2$ ).

**Результаты.** Из 247 обследованных воспитанников 64,8% (n=160) составили мальчики и 35,2% (n=87) - девочки в возрасте от 11 до 17 лет (средний возраст составил  $13,6 \pm 2,2$  лет).

Анализ личных дел и медицинской документации воспитанников показал, что практически 90% детей имеют наследственную отягощенность по алкоголизму родителей (алкоголизм матери - 41,7% (n=103); обоих родителей - 47,4% (n=117)). Отягощенность по шизофрении имеет небольшой процент обследуемых - 0,4% (n=1), по умственной отсталости - 0,4% (n=1); у остальных детей наследственность неизвестна - 10,1% (n=25).

Данный анализ также показал, что в 20,3% (n=50) случаев у воспитанников отмечалась патология антенатального периода (фетоплацентарная недостаточность, задержки внутриутробного развития плода, угроза прерывания беременности, внутриутробные инфекции); в 59% (n=146) случаев - перинатального периода (асфиксия плода в родах, стремительные, затяжные или преждевременные роды, родовые травмы). В 40,5% (n=100) случаев имелось перинатальное повреждение ЦНС.

Оценивая микросоциальный статус детей, было выявлено, что 62,7% (n=155) воспитывалось в полной семье и 36% (n=89) воспитывалось только матерью (отец неизвестен у 31,6% детей, умер - у 15,8%, лишен родительских прав - у 48,6%). При этом у 98,7% (n=244) детей родители были лишены родительских прав по причине асоциального образа жизни, остальные - 1,3% (n=3) - это дети-сироты. Практически каждый ребенок воспитывался в малообеспеченной семье в условиях безнадзорности. У 39,6% (n=98) братья или сестры также находились в детских домах. У 10,1% (n=25) детей один из родителей имел судимость: в 9,3% (n=23) случаев - отец и в 0,8% (n=2) случаев - мать.

При оценке макросоциального статуса выявляются признаки школьной дезадаптации: 45,4% (n=116) детей имеют низкую успеваемость в школе (высокую успеваемость имеют лишь 3,6% детей), 53,8% (n=132) - проявляют безразличное отношение к обучению. Эти данные также согласуются с другими исследованиями и свидетельствуют о трудностях в учебной деятельности этих детей, низкой учебной мотивации, что в свою очередь приводит к нарушению их социализации - проблемам с дисциплиной, конфликтам с учителями и сверстниками, тем самым ещё больше усугубляя их дезадаптацию: так, у 55,5% (n=137) детей были отмечены антиобщественные и антидисциплинарные поступки (конфликты с учителями, драки с учащимися, хулиганство, вандализм, воровство).

У каждого второго воспитанника имелись следующие расстройства поведения и характера - 59,5% (n=147): конфликтность и жестокость - 32,4% (n=80), негативизм - 13% (n=32), лживость и леность - 7,3% (n=18), бродяжничество - 6,8% (n=17). Лишь у 40,5% (n=100) детей поведение было без особенностей на период их обследования, хотя и у них периодически отмечались поведенческие расстройства. 16,6% (n=41) воспитанников обследованных детских домов состоят на учете по делам несовершеннолетних за совершенные правонарушения (ст. 158, 115-116, 161 УК РФ).

Структура психической патологии по данным клинко-психопатологического обследования представлена следующим образом: 65,6% (n=162) детей имеют психические расстройства: у 33,4% (n=54) выявлено социализированное расстройство поведения (F91.2), у 29% (n=47) детей имеются задержки психического развития (F80-83), у 24,7% (n=40) - органические легкие когнитивные расстройства (F06.7), у 8,6% (n=14) - смешанное рас-

стройство поведения и эмоций (F92) и у 4,3% (n=7) - органическое непсихотическое расстройство в связи со смешанными заболеваниями. Лишь 34,4% (n=85) детей не имеют диагноза по психическому расстройству. На учёте у нарколога состоят 5,3% (n=13) детей.

В неврологическом статусе 65,6% (n=162) детей имеют диагноз - резидуальная энцефалопатия (G93.4), 34,4% (n=85) детей не имеют неврологического диагноза.

Электроэнцефалографическое обследование воспитанников детских домов показало, что 61,2% (n=151) имеют легкие диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга, у 10,5% (n=26) - умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности. 45,8% (n=113) имеют дисфункцию дизэнцефальных структур либо усиление активирующего влияния неспецифических срединных структур головного мозга. Лишь у 15,8% (n=39) детей ЭЭГ была в пределах возрастной нормы.

На втором этапе осуществлялось психопатологическое обследование детей. При оценке уровня тревожности (опросник Спилбергера-Ханина) были получены следующие результаты: личностная тревожность низкого уровня выявлена всего лишь у 12,5% (n=31), среднего уровня - у 57,5% (n=142) и высокого уровня - у 30% (n=74) детей.

Реактивная (ситуационная) тревожность низкого уровня выявлена у 15,4% (n=38), среднего уровня - у 65,2% (n=161) и высокого уровня - у 19,4% (n=48) детей. Так как наиболее значимыми представлялись показатели реактивной и личностной тревожности высокого уровня, поэтому, анализ этих данных проводился с учетом пола. Так, личностная тревожность высокого уровня была выявлена у 43,7% девочек, что достоверно больше по сравнению с мальчиками, показатель которых составил 22,5% ( $p = 0,0005$ ).

Анализ уровня агрессивности (опросник Басса-Дарки) показал, что большинство воспитанников имеют агрессию низкого уровня - 65,6% (n=162), в то время как враждебность за счет показателей "обида" и "подозрительность" у детей была выявлена среднего уровня - 34,4% (n=85). Отличий по полу по данным показателям не выявлено.

Оценивая депрессивное состояние воспитанников (опросник М. Ковач), было выявлено, что 31,6% (n=78) детей имеют депрессию легкой степени, состояние субдепрессии - у 6% (n=15), а выраженное депрессивное состояние выявлено у 13,4% (n=33) детей. Согласно опроснику суицидального риска, антисуицидальный фактор присутствует лишь у 28,7% (n=71) воспитанников. Суицидальный риск выявлен у 30,4% (n=75): у 39% (n=33) девочек и 27,5% (n=42) мальчиков, в основном за счет таких факторов как "социальный пессимизм, слом культурных барьеров и максимализм".

При исследовании личностных особенностей (опросник Леонгарда-Шмишека) выявлено, что 40,9% (n=101) детей имеют выраженную акцентуацию характера. Воспитанники имеют в подавляющем большинстве случаев гипертимный, тревожный, демонстративный и лабильный типы акцентуации характера: 54% (n=47) девочек и 33,8% (n=54) мальчиков, при этом девочки являются более акцентуированными, чем мальчики ( $p=0,002$ ). Среднюю степень акцентуации имеют 52,6% (n=130) детей. Лишь 6,5% (n=16) воспитанников не имеют акцентуаций и тенденций к ним.

Анализ уровня интеллекта (тест Равена) показал, что только 12,2% (n=30) детей имеют уровень интеллекта выше среднего (IQ=100-110); средний уровень (IQ=90-100) выявлен у 18,6% (n=46), ниже среднего (IQ=80-90) - у 32,8% (n=81), пограничный (IQ=70-80) - у 24,7% (n=61) и уровень легкой степени умственной отсталости (IQ=50-70) выявлен у 11,7% (n=29) детей.

Необходимо отметить, что такой неблагоприятный психоэмоциональный фон детей-сирот в новых микро и макросоциальных условиях может усилить уже имеющуюся дезадаптацию и привести к нарушению их социализации.

**Выводы.** Таким образом, воспитанники обследованных Центров помощи детям, оставшимся без попечения родителей, имеют отягощенную наследственность по алкоголиз-

му родителей (90%), низкую успеваемость в школе (45%), различные расстройства поведения (60%) и антидисциплинарные поступки (55%).

Практически каждый второй ребенок имеет тот или иной психиатрический (66%) и неврологический (66%) диагнозы.

Психоэмоциональное состояние воспитанников детских домов оставляет желать лучшего: у подавляющего большинства детей имеется тревожность среднего и высокого уровня: ситуативной - у 85%, личностной - у 88%. При этом девочки являются более тревожными, чем мальчики ( $p = 0,0005$ ). У 51% детей имеется депрессивное состояние от легкого до выраженного уровня. У каждого третьего ребенка выявлен суицидальный риск - 31%. Агрессивность среднего уровня присутствует также у каждого третьего воспитанника детского дома - 35%. 41% детей имеют ту или иную выраженную акцентуацию характера, при этом девочки являются более акцентуированными, чем мальчики ( $p=0,002$ ).

В связи с полученными данными имеет значение организация ранней диагностики и ранней терапии психических расстройств у детей, оставшихся без попечения родителей.

Болдовская А.В.

**АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАБИНЕТА  
АКТИВНОГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И АМБУЛАТОРНОГО  
ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗА 2014-2019 ГГ.**

*Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского  
Чита, Россия*

Активному диспансерному наблюдению (АДН) подлежат пациенты, страдающие хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, склонные к общественно опасным действиям, а равно больные, направленные судом на принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях.

В Забайкальском крае за период работы кабинета АДН с 2014 по 2017 гг. отмечается рост количества пациентов на 32,7%. Увеличение произошло за счет создания группы первичной профилактики общественно-опасных действий (ООД). В дальнейшем в 2018-2019 гг. шло незначительное снижение общего числа пациентов на 4,5% в связи с активным снятием наблюдавшихся на АДН в группу диспансерного наблюдения.

Так в 2014 году на конец года в кабинете АДН состояло 628 человек, из них: женщин 12,1%, мужчин - 87,9%, средний возраст которых составлял 39,7 лет; из них проживали в городе Чите - 159 (25,3%), в сельской местности - 469 (74,7%). В 2019 году состояло 891 человек, из них женщин - 14,0%, мужчин - 83,3%, детей и подростков - 2,7%, средний возраст пациентов составил 36,1 лет, проживающих в Чите было 198 человек (22,2%), в сельской местности - 688 (77,8%).

В исследуемом периоде за 2016-2019 гг. превалирует группа пациентов с расстройствами психотического спектра 61,5%, второе место занимают пациенты, страдающие непсихотическими заболеваниями 20,2%, на третьей позиции располагаются больные, имеющие в клинике умственный дефект 18,1% и наименьший процент в группе активного диспансерного наблюдения составляют лица с заболеваниями, связанными с употреблением психоактивных веществ 0,2%.

Группа первичной профилактики кабинета АДН была сформирована в 2015 году, доля пациентов данной группы составляла - 2,1% (16 человек), в 2016 году - 12,5% (117 человек), в 2017 году - 21% (196 человек), в 2018 году - 25,1% (234 человека), в 2019 году - 27,1% (241 человек). Таким образом, наблюдается рост группы первичной профилактики за прошедшие 5 лет на 25,0%. Это обеспечивается повышением преемственности между амбулаторным и стационарным этапами лечебно-диагностического процесса.

В 2014 году количество пациентов, совершивших новое ООД, составило 151 чел. - 23,4% (начало работы кабинета АДН), в 2015 году число таких пациентов было 211 чел. - 27,1% (накопление опыта и формирование целостной базы и картотеки к. АДН); в 2016 году - 186 чел. (19,5%). В дальнейшем осуществлялась активная работа, направленная на снижение риска совершения повторных ООД, что наглядно отражается в цифрах: в 2017 году 150 человек - 15,9%, в 2018 году 106 чел. - 11,4%, в 2019 году 102 человека или 11,5%. Относительные цифры за последний год повышены за счет активного снятия с наблюдения пациентов, находившихся под наблюдением в группе вторичной профилактики АДН более 5 лет. Таким образом, создание группы первичной профилактики привело к снижению числа пациентов, совершивших новое ООД на 11,9%.

Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение (АПНЛ). Принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях может быть назначено при наличии оснований, предусмотренных статьей 97 Уголовного Кодекса Российской Федерации, если лицо по своему психическому состоянию не нуждается в помещении в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях. Пациенты, в отношении которых исполняется АПНЛ, подлежат включению в группу активного диспансерного наблюдения без представления на врачебную комиссию на основании приказа Минздрава РФ и МВД РФ от 30 апреля 1997 г. № 133/269.

Пользовалось АПНЛ в 2014 году - 171 человек, в 2015 году - 166 человек, в 2016 году - 158 человек, в 2017 году - 103, в 2018 году - 87 человек, в 2019 году - 118 человек. Увеличение числа больных на АПНЛ на конец 2019 года объясняется увеличением числа выписанных пациентов после изменения им вида принудительного лечения со стационарного на амбулаторное. В свою очередь, возросшая нагрузка на стационарное звено принудительного лечения, объясняется необходимой длительностью пребывания на койке и невозможностью применения ПММХ в амбулаторных условиях по месту жительства в тех районах, где отсутствуют врачи-психиатры, этот факт принимают во внимание специалисты судебно-психиатрической экспертизы при вынесении заключения.

Из общего числа больных, находящихся на конец года на АПНЛ, число больных, длительность принудительного лечения которых (включая пребывание в стационаре) более пяти лет составило в 2014 году - 27 человек, в 2018 году - 9 человек (снижение данного показателя объясняется созданием кабинета АДН и проведением комиссионных осмотров на основании Приказа МЗ Забайкальского края от 06.04.2017 г. № 147 "О телемедицинской системе дистанционных консультаций Забайкальского края"; Приказа МЗ Российской Федерации от 30.11.2017 г. № 965н "Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий", осмотров районных пациентов на базе ГКУЗ "ККПБ им. В.Х. Кандинского"). В 2019 году отмечается возрастание этого показателя до 13 человек, что объясняется активной выпиской с принудительного лечения общего и специализированного типов на АПЛ пациентов, длительно проходивших лечение (от 4 до 13 лет), в том числе в ПБСТИН.

После создания кабинета АДН происходит постепенное снижение среднего числа дней, проведенных на АПНЛ, прекратившим амбулаторное принудительное наблюдение и лечение по решению суда, так в 2014 году среднее число дней составило 1100,8, в 2015 году - 960 дней, а в 2016 году - 663,5 дней, тогда как в 2017 году наблюдается увеличение до 772,3 дней, и затем снова снижение: в 2018 году - 741,3 дней, в 2019 году - 537,8 дней.

Выводы. Анализ работы кабинета АДН за период с 2014 по 2019 гг. показал увеличение числа пациентов за счет создания и активного взятия в группу первичной профилактики лиц, склонных к совершению ООД, т.е. наблюдается рост группы первичной профилактики за прошедшие 5 лет на 25,0%, это обеспечивается, в том числе, повышением ответственности между амбулаторным и стационарным этапами лечебно-диагностического

процесса. При этом уменьшение количества больных за 2019 год объясняется снятием с наблюдения пациентов, находившихся под наблюдением в группе вторичной профилактики АДН более 5 лет. Кроме того создание группы первичной профилактики привело к снижению числа пациентов, совершивших новое ООД на 11,9%. Увеличение числа больных на АПЛ на конец 2019 года объясняется увеличением числа выписанных пациентов, после изменения им вида принудительного лечения со стационарного на амбулаторное по месту жительства. В свою очередь, возросшая нагрузка на стационарное звено принудительного лечения, объясняется необходимой длительностью пребывания на койке и невозможностью применения ПММХ в амбулаторных условиях по месту жительства в тех районах, где отсутствуют врачи-психиатры.

Бочкарёва Т.К.

**НОМЕНКЛАТУРА НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ  
И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ, ВЫЯВЛЕННЫХ ПРИ ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ  
ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ В 2017-2019 ГОДАХ  
В ГАУЗ "ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ КРАЕВОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР"**

*Забайкальский краевой наркологический диспансер*

*Чита, Россия*

Все химико-токсикологические исследования (ХТИ) биологических объектов в Забайкальском крае проводятся в 3-х специализированных лабораториях: ГУЗ "Забайкальское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы" выполняет химико-токсикологические исследования трупного материала; ГУЗ "Городская клиническая больница № 1" выполняет исследования биологических объектов пациентов, поступивших с отравлением наркотическими средствами и психотропными веществами; ГАУЗ "Забайкальский краевой наркологический диспансер" (ГАУЗ ЗКНД), выполняет химико-токсикологические исследования биологических объектов по направлениям: из кабинета медицинского освидетельствования (в рамках медицинского освидетельствования на состояние опьянения); из стационарных отделений диспансера; из поликлиники для динамического наблюдения за пациентами, состоящими на диспансерном наблюдении; из краевых лечебных учреждений, осуществляющих предварительные ХТИ для подтверждения.

При проведении ХТИ в химико-токсикологической лаборатории ГАУЗ ЗКНД применяются предварительные (скрининговые) исследования, выполняемые на иммунохимическом анализаторе "Рефлеком". В случае получения положительного результата предварительного исследования проводится подтверждение на двух газовых хромато-масс-спектрометрах.

Химико-токсикологические исследования составляют самую большую долю от всех проводимых лабораторией ГАУЗ ЗКНД исследований (30,2%), занимая по трудовым ресурсам первое место. За анализируемый период с 2017 по 2019 годы произошли изменения как в количестве, так и в структуре проводимых исследований. В 2017 году было проведено 49352 исследования, в 2018 году - 60691 (увеличение на 22,9%), в 2019 году - 68119 (увеличение на 12,2%).

Количество исследований на алкоголь и суррогаты уменьшается с каждым годом: с 1819 в 2017 году до 478 в 2019 году. Уменьшение связано со вступлением в силу Порядка медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического) (Приказ Минздрава России от 18 декабря 2015 года № 933н), который предусматривает проведение исследования выдыхаемого воздуха на алкоголь с применением алкометра. В настоящее время биологические объекты с целью проведения исследований на алкоголь и суррогаты направляются в ГАУЗ ЗКНД из краевых лечебных

учреждений в том случае, когда исследование с помощью алкометра невозможно в связи с тяжелым состоянием пациента, в основном из отделений хирургического профиля и интенсивной терапии.

Количество исследований на наркотические средства и психотропные вещества ежегодно увеличивается. В 2017 году проведено 47533 исследования, в 2018 году - 60173 (увеличение на 26,6%), в 2019 году - 67641 (увеличение на 12,4%).

Если проанализировать проводимые в ГАУЗ ЗКНД химико-токсикологические исследования по группам обследуемых, то можно отметить, что самую большую группу составляют пациенты отделения медосмотров. Обследование проводится отдельными категориями граждан в соответствии с регламентирующими документами (иностранцы граждане, сотрудники вневедомственной охраны и др.). ХТИ в этом случае осуществляются не в лаборатории, а в процедурном кабинете медсестрой отделения медицинских осмотров на анализаторе для проведения предварительных иммунохимических исследований "Рефлексом". В случае положительного предварительного результата проба направляется в лабораторию для подтверждения. Всего в процедурном кабинете в 2019 году обследовано 22906 человек. Обследование остальных групп проводится в химико-токсикологической лаборатории. Самую многочисленную группу составляют пациенты, состоящие под наблюдением в диспансерном отделении - 10729 человек. Значительное количество исследований проводится по направлениям из краевых лечебных учреждений (1583), чуть меньше из кабинета медицинского освидетельствования ГАУЗ ЗКНД (1371), менее всего по направлениям из стационарных отделений диспансера (373).

Если проанализировать различные группы обследуемых на процент обнаружения психоактивных веществ, то можно отметить, что самый низкий процент положительных проб (0,44%) наблюдается в группе лиц, проходящих обследование в отделении медицинских осмотров: из более чем 22 тысяч обследованных подтвержденные положительные пробы выявлены только в 102 случаях, при этом в 5 случаях обнаружен тетрагидроканнабинол, в 4 - диазепам, в 2 - декстрометорфан (синтетический аналог кодеина), в остальных случаях - фенobarбитал. При количественной оценке содержания фенobarбитала обнаружено, что доза принятого вещества не превышает терапевтические пределы. Фенobarбитал включен в список психотропных веществ, оборот которых ограничен в Российской Федерации, однако, фармацевтические компании включают его в качестве основного действующего вещества в состав некоторых лекарственных препаратов, которые продаются в безрецептурном отпуске в аптечной сети. В наших случаях обнаружение фенobarбитала было связано с приемом препаратов "Андипал", "Корвалол", "Валокордин".

В группе направленных из диспансерного отделения в 2019 году процент положительных проб невысокий (4,2%), что вполне объяснимо мотивацией пациентов, состоящих под динамическим наблюдением, однако, этот процент выше, чем в 2018 году (2,3%). В кабинете медицинского освидетельствования обследуются лица, направленные в основном правоохранительными органами. В группе освидетельствуемых процент положительных проб достаточно высокий (40,9%), что объясняется целенаправленной работой правоохранительных органов по выявлению лиц, употребляющих запрещенные вещества. В группе обследуемых по направлениям из краевых лечебных учреждений процент положительных проб так же достаточно высокий (43%).

Анализируя получение положительных результатов ХТИ по возрастным категориям, можно отметить, что в группе несовершеннолетних количество потребителей самое меньшее (6%). Одну треть этой группы составили дети, поступившие в краевую детскую клиническую больницу с отравлениями различной степени тяжести. В возрастной категории 0-14 лет отмечается рост числа выявленных потребителей с 12 человек в 2017 году до 19 в 2019 году. Впервые за 3 года в этой группе обнаружен алкоголь (9 случаев), впервые обна-

ружены каннабиноиды (2 случая) и барбитураты (2 случая). В остальных случаях отмечено употребление карбамазепина, атропина, баклофена. В возрастной категории 15-17 лет также впервые за 3 года отмечено употребление алкоголя (13 случаев). Употребление опиатов увеличилось с 2 случаев в 2018 году до 4 в 2019 году. В то же время отмечено снижение употребления каннабиноидов на 46,8% (94 случая в 2017 году, 59 в 2018 году, 50 в 2019 году). Употребление нового синтетического наркотика альфа-пирролидиновалерофенона значительно возросло в этой возрастной категории (на 61,5%) с 10-ти до 26-ти случаев в динамике за 3 года. В целом рост потребителей в группе детей и подростков в 2019 году составил 43,2% по сравнению с прошлым годом. В категории взрослых потребителей рост составил 8,6%.

Во всей номенклатуре обнаруженных наркотических средств и психотропных веществ на первом месте традиционно расположены каннабиноиды (46,2% в 2019 году против 64,8% в 2018 году). Необходимо отметить, что впервые в этой группе произошло снижение до уровня менее 50% за счет того, что новые синтетические наркотики и опиаты вытесняют марихуану на наркотическом рынке.

На втором месте по частоте обнаружения расположен новый синтетический наркотик альфа-пирролидиновалерофенон: он выявлен в 15,5% случаев в 2017 году, в 15,8% в 2018 году и в 16,6% в 2019 году.

В группе опиатов и опиоидов наблюдается ежегодный значительный рост: в 2017 году они составляли 1,6% от всех обнаруженных психоактивных веществ, в 2018 году 6,1%, в 2019 году уже 15%. Таким образом, в этой группе произошло увеличение потребления почти в 9 раз за три года. В основном эта группа представлена трамадолом, героином, кодеином, морфином и декстрометорфаном.

В группу психотропных веществ вошли лекарственные препараты, в ней так же отмечен рост (от 12,3% в 2018 году до 16,6% в 2019 году), эта группа представлена карбамазепином, аминамином, бензодиазепинами, баклофеном, дицикловерином и прочими препаратами.

Меньше всего случаев обнаружения отмечено в группе фенилалкиламинов. В 2017 году зафиксировано 2 случая, в 2018 году эти вещества не были обнаружены, в 2019 году отмечено 4 случая употребления МДМА (экстази) и в 1 случае - употребление мефедрона.

При проведении химико-токсикологических исследований нередко встречаются комбинации наркотических веществ в одной пробе. В 2019 году мы наблюдали 152 комбинации. Потребители чаще всего сочетают каннабиноиды и альфа-пирролидиновалерофенон, героин и декстрометорфан, который, вероятнее всего, является примесью в составе героина, встречаются сочетания каннабиноидов и карбамазепина, каннабиноидов и трамадола и прочие сочетания.

**Заключение.** Анализируя наркотическую ситуацию в целом, можно отметить характерные для Забайкальского края особенности: отмечен значительный рост положительных проб среди несовершеннолетних в основном за счет марихуаны, альфа-пирролидиновалерофенона, лекарственных препаратов и алкоголя; основным употребляемым наркотиком по-прежнему остается марихуана, хотя за последние 3 года наблюдается тенденция к снижению ее потребления. Отмечается сезонная корреляция потребления марихуаны: сезонное увеличение активности потребления летом и в начале осени совпадает со временем созревания конопли; рост потребления синтетических наркотиков за счет альфа-пирролидиновалерофенона, особенно значительный в возрастной категории 15-17 лет; значительный рост потребления наркотиков опийной группы (в 9 раз); рост потребления психотропных веществ во всех возрастных категориях, преимущественно за счет карбамазепина.

Бубаев Б.А., Сансанова Л.Б., Тышкенова М.С., Доржиева О.А.

**ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОНТАКТА И МОТИВАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ  
В НАРКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ**

*Республиканский наркологический диспансер*

*Улан-Удэ, Россия*

Основная проблема лечения пациентов с наркологическими расстройствами - это их низкая мотивация к отказу от употребления психоактивных веществ (далее - ПАВ) и наличие других внешних обстоятельств. Обусловлено это тем, что большая часть пациентов направлены на лечение принудительно, по решению суда или другими органами (социальными или правоохранительными). Тем самым наркологическая служба воспринимается у пациента как звено пенитенциарной системы, а лечение как одна из форм наказания. Если учесть, что пациенты с наркологическими расстройствами не считают употребление ПАВ чем-то плохим, то в результате человек, направленный на лечение в наркологическую службу, скорее всего, считает свое наказание необоснованным и незаслуженным.

Поэтому основная проблема для большинства пациентов наркологического профиля состоит в слабой мотивации к лечению и последующей реабилитации. Мотивация при этом выражается в степени готовности к изменению существующего положения и предусматривает: желание начать лечение, активное сотрудничество в достижении терапевтических целей во время лечения и вплоть до его запланированного завершения, стремление избежать рецидивов после окончания лечения.

Исходя из этого, первоочередной задачей в данном контексте стоит: доведение до пациента понимания, что здесь он не для "искупления вины", а для лечения. Так как при наркологических заболеваниях важно, чтобы пациент осознал неотложность проблемы и согласился добровольно на лечение, то это становится одной из важнейших задач, которую предстоит решить специалистам, а именно, изменение у пациентов негативного отношения к наркологической службе.

Важным этапом в терапии является установление контакта с пациентом. Если у пациента нет доверия к медицинскому работнику, то и к его методам и формам лечения также не будет доверия. Поэтому установление доверительных отношений медработник-пациент является ключевой в самой структуре лечения.

Одним из препятствий к установлению психологического контакта является стигматизация наркологических больных. В обществе существует большое количество стереотипных суждений о лицах употребляющих ПАВ, большинство из них сводится к осуждению этих лиц, а также в том, что они неизлечимы. Предвзятое отношение приводит к отсутствию контакта в первичной сети и правовой системе. Зачастую по этой причине люди с алкоголизмом или наркоманией не обращаются за медицинской помощью. Негативный вклад вносят и имеющиеся социальные ограничения у пациентов с установленным наркологическим диагнозом (например, при трудоустройстве, получении водительского удостоверения). Отсутствие контакта с пациентом, формальное взаимоотношение "медработник-пациент" и слабая мотивационная работа приводит к игнорированию пациентом своей болезни, и самого процесса лечения в дальнейшем.

Мотивация на лечение зависимости строится на убеждениях и умелой аргументации специалиста, проводящего работу. Как правило, первым шагом становится доверительная беседа, в ходе которой специалисту необходимо определить степень зависимости, вид употребляемых веществ; построить конструктивный диалог, попробовать установить причины, приведшие к зависимости; объяснить суть лечения; дать рекомендации близким и родным. Данные задачи может решить метод мотивационного интервью (Rollnick S., Miller W.R.). Мотивационное интервью (далее - МИ) - это универсальная методика, может оди-



наково успешно применяться и как самостоятельный метод, и как подготовка или дополнение к другим методам помощи или терапии. Применяется на разных этапах оказания наркологической помощи. Метод направлен на стимулирование собственных ресурсов клиента для изменения, может использоваться на однократных встречах, иногда этого бывает достаточно для запуска процесса изменений. Поэтому МИ может проводиться как в контексте больших терапевтических программ, так и в профилактических программах, предполагающих непродолжительное общение с пациентом. Мотивация пациента служит надежным показателем возможности его изменений. Именно по этой причине такое большое внимание уделяется мотивации к изменениям. Таким образом, даже если пациент получает краткосрочную помощь (например: в рамках проведения выездных "ярмарок здоровья", при прохождении диспансеризации, медицинских осмотров), в ходе нескольких первых встреч со специалистом он получает поддержку, которая может сыграть немаловажную роль в дальнейшем. В связи с этим, стоит острая необходимость обучения методу МИ медицинских работников первичного звена здравоохранения, осуществляющих диспансеризацию взрослого населения, педагогических работников, работающих с подростками из группы риска, сотрудников правоохранительных органов (УИИ, ПДН). МИ как метод поможет устанавливать контакт с пациентом. В результате пациент соглашается на обследование, или обращается в наркологическую службу за медицинской помощью.

Экспресс-вариант технологии мотивационной терапии (W. Miller, S. Rollnick) - экспресс-мотивационное собеседование (МЕТ). МИ -это особая техника консультирования, в которой специалист становится помощником в процессе изменений и выражает принятие клиента. При использовании мотивационного интервью самое главное - создать у собеседника (пациента) ощущение безопасности, понимания и поддержки. Надо стремиться к тому, чтобы мотивация к изменению поведения возникала у самого клиента, а не навязывалась ему извне, то есть активное продуцирование. Пытаясь помочь пациенту разобраться со своим поведением с помощью МИ, специалист старается следовать таким основным принципам: сопереживать клиенту; выявлять противоречия (колебания и сомнения по поводу проблемы) и работать с ними; избегать споров, прямого убеждения и попыток доказать; поддерживать, развивать самостоятельность клиента в принятии и реализации решений; выслушивать клиента и демонстрировать ему, что стараетесь понимать его поведение, мотивы и персональную ситуацию; приводить в порядок то, что говорит клиент, чтобы помочь ему разобраться; привносить в разговор альтернативы решения проблем и обсуждать их с клиентом; оставлять за клиентом право выбора на основе тщательного анализа того, как лучше поступить.

Основными приемами МИ являются, по сути, все элементы контакта (Ялтонский В.М., Ялтонская А.В.): открытые вопросы; отражающее слушание; подкрепление (поощрение и поддержка); обобщение ("подытоживание"); формулирование выводов об изменении поведения.

Цель подхода мотивационного интервьюирования состоит в том, чтобы стимулировать и направлять процесс, в ходе которого пациент обдумывает и принимает решение, ведущее к изменению его "проблемного" поведения, помогая ему учитывать все "за" и "против" возможных изменений. Решение такой задачи требует определенного стиля работы специалиста. При использовании данного подхода ответственность за поведение и возникающие в связи с этим проблемы возлагается на самого пациента. Специалист должен принять это, и у него не должно быть готовых представлений о том, какие именно решения должен принимать пациент. Морализаторское отношение неуместно. Контакт между пациентом и специалистом должен быть направлен на повышение самооценки, самостоятельности и уверенности пациента в собственных силах. Специалисту полезно представить себя в качестве человека, ведущего пациента к принятию решений. Эффективным является дискуссия, в ходе которой продуцируется анализ сложившейся ситуации, соб-

ственного отношения к фактам употребления ПАВ, выясняются мнения самого пациента относительно того, какие виды помощи наиболее подходят для него. Такие психологические интервенции помогают избежать морализаторства и авторитарного стиля врача или психолога - носителя уже готовых решений по изменению.

Существуют конкретные модели поведения, которым специалист может научиться в ходе практики и постоянной работы над собой. Наиболее характерные из них указаны ниже: Отслеживать, как пациент реагирует на то, что происходит в процессе беседы, внимательно выслушивая его высказывания. Стараться понять "систему координат" клиента, в частности путем отражающего слушания. Выразить клиенту свое принятие и поддержку. Выявлять и выборочно усиливать высказывания клиента, направленные на побуждение самого себя - выражения осознания проблемы, озабоченности, желания и намерения к изменению. Постоянно отслеживать степень готовности пациента к изменениям и избегать возникновения сопротивления, связанного с тем, что Ваши действия опережают готовность пациента обдумывать и действовать. Старайтесь постоянно подчеркивать свободу выбора и самостоятельность клиента.

Искреннее и доброжелательное отношение к пациенту, к его проблемам и переживаниям, контакт с первых сессий являются залогом формирования интегрированной мотивации, а в дальнейшем успешной терапии. Эмпатия, принятие и конгруэнтность специалиста (триада по К. Роджерсу) согласно принципам гуманистической психологии как нельзя лучше отражают наиболее эффективную терапевтическую позицию специалистов наркологической службы в работе с пациентами.

Буйлова Е.В., Якимова И.Ю.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С РАССТРОЙСТВАМИ  
АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ИХ  
РОДИТЕЛЕЙ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА**

*Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского,  
Чита, Россия*

Одно из направлений деятельности дневного стационара Диспансерного отделения Краевой клинической психиатрической больницы им. В.Х. Кандинского является работа с пациентами с расстройствами аутистического спектра. За период наблюдения (2017-2020 гг.) удельный вес пациентов с РАС составил в 2017 году - 19,1%, в 2018 году - 19%, в 2019 году - 12,7%, за 6 месяцев 2020 года - 11% от общего числа пролеченных пациентов в отделении.

По гендерному признаку пациенты с РАС распределились следующим образом: в 2017 году мальчики составили 66%, девочки - 34%, в 2019 году 78% и 22% соответственно. Городских жителей среди пациентов с РАС в 2017 году было 55%, сельских жителей - 45%, в последующие годы соотношение практически не изменилось. За 6 месяцев 2020 года в отделении получили помощь 81% городских жителей с РАС и 19% сельских, что связано с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой в текущем году. Процент первичного выхода на инвалидность с диагнозом РДА в 2017 году составил 13% от общего числа инвалидизированных, в 2018 году - 13%, в 2019 году - 10%.

Специалисты отделения используют в работе оборудование, приобретенное за счет средств гранта, полученного в 2017 году от Федерального Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. За счет этих средств модернизировали работу кабинетов дефектолога, психолога и логопеда, приобрели оборудование для сенсорных комнат. Закупили необходимый дидактический материал, а также портативное устройство talk-up для реализации методики французского физиолога-отоларинголога Альфреда. За

счет средств Гранта полностью оснащены сенсорные комнаты (светлая и темная), в которых психолог отделения проводит групповые и индивидуальные коррекционные занятия для детей, в частности, для пациентов с РАС проводятся стимуляция кинестетических, слуховых, зрительных анализаторов, психоэмоциональная коррекция. Использование интерактивного оборудования у 75% детей позволяет значительно легче добиться эффекта произвольной релаксации: оптические эффекты сенсорной комнаты позволяют переключать внимание детей с РДА.

Нами разработаны, апробированы и используются программы для детей раннего возраста, дошкольного и младшего школьного возраста. Можно выделить два основных вида психологической коррекции с использованием Сенсорной комнаты: психокоррекция эмоционального развития ребенка; психокоррекция сенсорно-перцептивной и интеллектуальной деятельности. В зависимости от проблемы, решаемой при коррекционной работе, применяются различные приемы игровой, групповой, индивидуальной работы. Основную группу детей, получающих коррекционную помощь в сенсорной комнате, составляют дети раннего, дошкольного и младшего школьного возраста. Разработаны индивидуальные бланки для детей раннего и дошкольного возраста, где отражаются результаты индивидуальной коррекционной работы. По окончании цикла занятий родителям даются рекомендации по дальнейшей работе с детьми.

Многофункциональный логопедический тренажер, приобретенный в кабинет логопеда, позволяет работать с любыми речевыми единицами от звука до текста и решать разнообразные логопедические задачи: от коррекции речевого дыхания и голоса до развития лексико-грамматической стороны речи. Он вносит игровые моменты в процесс коррекции речевых нарушений, использует различный стимульный материал, позволяет работать на разных уровнях сложности, в зависимости от возможности ребенка. Коррекционная система EduQuest, приобретенная за счет средств гранта для педагога-дефектолога, рассчитана на детей с ограниченными возможностями по здоровью. Данная система включает в себя мультимедийное программное обеспечение, интерактивный рабочий стол с двумя пультами управления, дидактические материалы и планы занятий.

В 2019 году психолог отделения прошла обучение по методике "нейропсихологическая диагностика и реабилитация детей, имеющих нарушения высших психических функций различного генеза", было приобретено необходимое оборудование. С сентября 2020 года в отделении приступил к работе психотерапевт для интеллектуально сохранных детей-аутистов школьного возраста, он проводит сказкотерапию, на которой помогает детям развивать логическое мышление, понимать абстрактные понятия, взаимодействовать друг с другом в группе, учиться понимать эмоции других людей.

В 2019 году Федеральный Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, выделил денежный грант на реализацию программы психологической помощи членам семей детей-инвалидов, детей с ОВЗ с использованием элементов АВА-терапии, в сочетании с методикой арт-терапии, музыкотерапии, игротерапии, психотерапевтической коррекции. Программа рассчитана на 2019-2020 гг., на денежные средства гранта приобретена оргтехника, дидактический материал, разработана и внедрена в практику отделения программа психологической помощи "Рука в руке" для родителей и членов семей детей-инвалидов, детей с ОВЗ с использованием элементов АВА-терапии в сочетании с методикой арт-терапии, музыкотерапии, игротерапии, психотерапевтической коррекции. В рамках данной программы проводятся теоретические занятия, просмотр презентации, заполнение анкет, проходят занятия родителей и детей. Специалисты отделения обращают внимание родителей на поведение ребенка в той или иной ситуации, предоставляется, по возможности, объяснение такого поведения, помимо прочего, родителям демонстрируют дидактический материал для занятий дома, проводится обучение для домашних

занятий. Осуществляется консультирование о фильмах, книгах, способных снизить напряжение у родителей и помочь разобраться в особенностях своего ребенка.

В начале занятий родители заполняют опросник "Ваш ребенок", опросник родительского отношения Варга, Столина; шкалу депрессии Бека; Опросник "Самочувствие, активность, настроение". По завершении занятий методики повторяются с целью отслеживания динамики в эмоциональном состоянии родителей и уровня понимания проблем в отношении с ребенком. За период с 11.04.2019 по 02.03.2020 года в программе участвовало 68 детей с РАС вместе с родителями (опекунами или другими родственниками), из которых 19 пациентов с впервые установленным диагнозом.

Родители обращаются из районов Забайкальского края и г. Читы с целью обследования, лечения, уточнения диагноза, получения помощи в плане коррекции поведенческих расстройств, эмоционального состояния ребенка, улучшения школьных навыков, социального взаимодействия. Чаще всего, по месту жительства квалифицированную помощь детям с РАС оказать не могут, за исключением Читы и некоторых других крупных населенных пунктов.

Специалист отделения обучает родителей внедрению поощрений детей при проведении домашних занятий, разъясняет роль родителей в развитии ребенка. В динамике многие родители с детьми поступают в отделение повторно. И на данном этапе была проведена оценка результатов развития, социализации детей, в 80% случаев результаты были минимальными, т.к. родители, прошедшие консультирование у специалистов, не смогли реализовать полученные знания в домашних условиях, что и привело к негативным или нейтральным результатам у детей с РАС. В 15% наблюдалось ухудшение по ряду внешних и внутренних факторов (возрастные кризисы ребенка, отсутствие занятий с ребенком, ситуаций в семье и других), в 5% зарегистрирован стойкий положительный эффект.

Таким образом, о результатах реализации данной программы говорить рано, учитывая непродолжительный период наблюдения, но по предварительному опросу многие родители заинтересованы в занятиях-практикумах и отмечают положительные результаты при регулярном применении знаний и умений, полученных во время обучения специалистами отделения.

Бунина М.В.

**АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКОЙ  
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**  
*Краевая клиническая психиатрическая больница им.В.Х. Кандинского*  
*Чита, Россия*

Психическое здоровье детей и подростков является предметом особого внимания в любом цивилизованном обществе. Нарушение психического состояния может оказывать существенное влияние на здоровье и развитие несовершеннолетних. В более широком смысле это связано с целым рядом негативных последствий, как для здоровья, так и для социального поведения, таких как пропуски занятий в школе и совершение правонарушений, более высокие уровни употребления психоактивных веществ, подростковая беременность. Все большее число фактических данных свидетельствует о том, что здоровое развитие в детстве и подростковом возрасте имеет весомое значение для хорошего психического здоровья и предотвращения проблем в области психического здоровья. На настоящий момент ВОЗ в глобальном масштабе оценивает долю детей с теми или иными проблемами психического здоровья примерно в 20%.

**Цель работы:** проведение анализа деятельности работы детской психиатрической службы Забайкальского края за период с 2017 по 2019 годы.

**Материал и методы.** В соответствии с поставленной целью произведен анализ работы детской психиатрической службы Забайкальского края, оценены основные показатели, определяющие состояние психического здоровья детей.

**Обсуждение результатов.** Детская психиатрическая служба Забайкальского края в 2019 году была представлена стационарной и амбулаторно-поликлинической помощью. Численность детского населения (от 0 до 14 лет) по Забайкальскому краю на 01.01.2017 г. составила 232408 человека, на 01.01.2018 г. - 231843 человек; на 01.01.2019 г. - 230057 человек, из них по краевому центру (г. Чита) 64832, 66105 и 66702 человек соответственно.

Общая болезненность детского населения Забайкальского края психическими расстройствами в 2019 году составила 2146,9; в 2018 году - 2153,2; в 2017 году - 2258,5 на 100 тыс. детского населения, что ниже такового по РФ (2475,3 на 100 тыс. за 2016 год). Болезненность непсихотическими расстройствами в 2019 году составила 1454,9, в 2018 году - 1485,5; в 2017 году - 1639,8. При этом показатель по краю ниже общероссийского (1955,7 на 100 тыс. в 2016 году). Болезненность умственной отсталостью повысилась за три последних года 2017 - 525,4; 2018 - 557,7; 2019 год - 570,3 на 100 тыс. населения. Показатель по краю в 2019 году был значительно ниже общероссийского (721,3 на 100 тыс. за 2016 год). Болезненность психотическими расстройствами за анализируемый период выросла и составила в 2019 году - 121,7; из них детская шизофрения - 7,4, РАС (расстройства аутистического спектра) - 99,5; в 2018 году - 108,3, из них детская шизофрения - 8,2, РАС - 85,8; в 2017 году - 93,4, из них детская шизофрения - 8,2; РАС - 76,2 на 100 тыс. нас. При этом показатель болезненности детской шизофренией в течение трех последних лет остается относительно стабильным, однако возрос показатель РАС - с 76,2 в 2017 году до 99,5 в 2019 году. Общая болезненность психотическими расстройствами и болезненность шизофренией в Забайкальском крае приближается к показателям по РФ (90,5 за 2016 год).

Соотношение детей, состоящих под диспансерным и консультативным наблюдением у психиатра, в Забайкальском крае в 2019 году - 1/5,2; в 2018 году - 1/5,2; в 2017 году - 1/5,6; т.е. значительно преобладают дети, состоящие под консультативным наблюдением. Диспансерное наблюдение чаще оформляется детям с психотическими расстройствами (в частности, детской шизофренией, расстройствами аутистического спектра), реже - с умственной отсталостью и непсихотической патологией. При этом в РФ количество детей, состоящих под диспансерным наблюдением кратно выше.

Структура болезненности психическими расстройствами детского населения края за последние три года остается стабильной: значительно преобладают непсихотические расстройства, составляя в среднем за три последних года 66,8% (главным образом, это органические непсихотические расстройства с интеллектуально-мнестической недостаточностью), далее следует умственная отсталость (в среднем 26,2%) и лишь незначительную часть (7% в общей структуре) составляют психотические расстройства. При этом структура психических расстройств в целом близка к таковой в РФ.

Необходимо отметить, что произошло снижение показателя болезненности детского населения Забайкальского края за последние 3 года на 5%, данное обстоятельство связано с тем, что дети с психическими расстройствами и расстройствами поведения при отсутствии наблюдения у врача психиатра в течение года передаются в "архивную" группу. Структура болезненности психическими заболеваниями по г. Чите и Забайкальскому краю в 2019 году существенно отличается. Так, среди детей - жителей краевого центра доля расстройств непсихотического регистра выше, а умственной отсталости, напротив, - ниже, чем в целом по Забайкалью.

Анализ болезненности детского населения районов Забайкальского края позволил выявить таковые с наиболее высокими показателями: Газ-Заводский район - 2798,2 на 100 тыс.; Каларский район - 2849,6; Карымский район - 2692,7; Петровск-Забайкальский рай-

он - 2504,9; Сретенский район - 3037,6; КБ №3 - 3809,0 на 100 тыс.; Читинский район - 2914,6; Агинский район - 2617,4; Дульдургинский район - 2633,5, что в целом не существенно отличается от аналогичных показателей последних 3-х лет. При этом в указанных районах отмечены высокие показатели болезненности по всем нозологическим формам (непсихотические расстройства и умственная отсталость), что наглядно отражает некачественную работу врачей-психиатров. В данных районах дети после 14-летнего возраста не переводятся в подростковую группу наблюдения или не снимаются с наблюдения в связи необращаемостью в течение года. Вероятен низкий уровень оказания психиатрической помощи при психических расстройствах у детей и, соответственно, можно видеть рост заболеваемости у подростков, при этом впервые выявляется психическое заболевание только при ППГВУ, либо на призывной комиссии.

Общий показатель заболеваемости психическими расстройствами детского населения Забайкальского края в 2019 году составил 535,5 на 100 тыс. детского населения, что значительно выше по сравнению с 2017-2018 гг. (2018 год - 501,2 на 100 тыс.; 2017 год - 361,9 на 100 тыс. детского населения). Заболеваемость непсихотическими расстройствами в 2019 г. составила 436,4 (2017 г. - 271,1, 2018 г. - 398,1). Показатель заболеваемости умственной отсталостью в 2019 году составил 85,6 (2018 год - 91,9, 2017 год - 81,8). Таким образом, заболеваемость умственной отсталостью уменьшилась по сравнению с 2018 годом, но выше показателя 2017 года, при этом остается ниже общероссийского показателя - 96,1 на 100 тыс. в 2016 году. Показатель заболеваемости психотическими расстройствами вырос до 13,5 (2017 г. - 9,0; 2018 г. - 11,2). Показатель в РФ в 2016 году составил 12,5. Таким образом, заболеваемость психотическими расстройствами примерно на одном уровне с показателями последних трех лет и незначительно выше показателя по РФ.

В структуре заболеваемости психическими расстройствами у детей Забайкальского края за последние три года произошло незначительное увеличение показателя умственной отсталости (от 81,8 в 2017 году до 85,6 в 2019 году) и одновременно произошло значительное увеличение показателя непсихотических расстройств (от 271,1 в 2017 году до 436,4 в 2019 году). Указанная динамика, безусловно, является положительной. В 2018 году на основании распоряжения Министерства здравоохранения Забайкальского края начал формироваться региональный регистр детей с впервые выявленной психической патологией. Кроме того в 2018 году было выполнено 6 командировок в районы края, за 2019 год выполнено 6 командировок в районы края детских врачей психиатров ГКУЗ "ККПБ им. В.Х. Кандинского" с целью оказания психиатрической помощи детскому населению. Соответственно к концу 2019 года работу по формированию регистра можно признать результативной. Активизировали работу врачи психиатры районов, по каждому случаю выявленной психической патологии у детей по защищенному интернет-каналу отправлялись данные о детях, что позволило значительно увеличить показатель заболеваемости. Но сохраняется прежняя проблема: значительная доля детей консультируются в частных медицинских организациях, в организациях министерства социальной защиты населения и министерства образования Забайкальского края. Дети, осмотренные в данных организациях, не подлежат постановке под наблюдение (консультативная и диспансерная группы наблюдения), сведения о них не передаются, согласно Закону РФ "О защите персональных данных". В целом структура психической патологии у детей в 2018 году близка к таковой по РФ, даже в части диагностики детской шизофрении и диагностики РАС на 100 тыс. населения.

В краевом центре (г. Чита) значительно преобладает доля непсихотических расстройств - 82,5%, а доля умственной отсталости составила 13,4%, что существенно ниже, чем в целом по Забайкальскому краю. Показатель психотических расстройств по г. Чите составил 19,5 на 100 тыс. нас., а по Забайкальскому краю в целом - 13,5 на 100 тыс. Наиболее высокие показатели заболеваемости психическими расстройствами у детей отмечены в

Балейском, Забайкальском, Каларском, Калганском, Карымском, Могочинском, Нер-Заводском, Нерчинском, Оловянинском, Сретенском, Читинском, Дульдургинском районах края. Наиболее низкие показатели заболеваемости отмечены в Алек-Заводском, Газ-Заводском, Красночикийском, Петровск-Забайкальском, Тунгокоченском районах. Внешние совместители -врачи психиатры остаются в Калганском, Хилокском, Нер-Заводском, Могочинском, Акшинском, Алек-Заводском, Газ-Заводском, Шелопугинском, Карымском, Оловянинском, Тунгокоченском районах, при этом врачи совместители выезжают в данные районы только по субботам или воскресеньям, что является недостаточным для выявления у детского населения психических расстройств и расстройств поведения. Вследствие недостаточного выявления психической патологии у детей, происходит ее выявление только в подростковом возрасте при прохождении подростками ППГВУ, таким образом дети и подростки в районах края не получают психиатрической (медикаментозной) помощи в полном объеме.

За последние три года отмечено увеличение общего показателя инвалидности детского (0-17 лет) населения Забайкальского края по психическим заболеваниям - от 413,5 в 2017 году до 453,3 в 2019 году (РФ 2018 г. - 509, ДФО 2018 г. - 573,6). Первичный выход на инвалидность так же увеличился и составил в 2019 году 58,5, в 2018 г. - 52,4, в 2017 г. - 56,5; что в принципе, соответствует общероссийским показателям: в ДФО 2018 г. - 58,5; РФ 2018 год - 57,7. Ведущей причиной инвалидности по психическим расстройствам в детском возрасте, как и в прошлые годы, остается умственная отсталость, при этом в динамике показатель первичного выхода на инвалидность уменьшился от 31,2 в 2017 году до 25,3 в 2019 году. Показатель первичного выхода на инвалидность по шизофрении уменьшился с 2,2 в 2017 г. до 0,4 в 2019 г. Показатель при органических непсихотических расстройствах вырос от 9,3 в 2017 г. до 10,4 в 2018 г. Показатель первичного выхода на инвалидность вследствие психических расстройств при эпилепсии вырос от 0,4 в 2017 г. до 1,5 в 2019 г. Показатель первичного выхода на инвалидность по РАС остался на уровне 9,3 в 2017-2019 гг. Указанные данные в целом согласуются с динамикой показателей болезненности и заболеваемости детского населения края за период с 2017 по 2019 гг. В структуре инвалидности детского и подросткового населения значительно преобладает умственная отсталость. Однако за последние три года отмечено снижение доли умственной отсталости и увеличение органических непсихотических расстройств и значительное увеличение показателя РАС. Низкой по сравнению с данными по РФ остается инвалидность по шизофрении, что согласуется с показателями болезненности - заболеваемости детского населения.

Всего по Забайкальскому краю штатных должностей врачей-психиатров детских - 10,00; занятых штатных должностей - 7,75; штатных должностей в амбулаторных условиях - 9,75; занятых - 7,50; штатных должностей в стационарных условиях - 0,00, занятых - 0,00; число физических лиц основных работников на занятых должностях - 3, из них в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях - 3. Ведущая роль в оказании амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению Забайкальского края принадлежит диспансерному отделению ГКУЗ "Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского". Из 32-х районов Забайкальского края штатные занятые должности детских психиатров имеются в Нерчинском (0,5) районе, в Петровск-Забайкальском (0,25) районе. Чита - 5 занятых должностей; 0,25 должностей в Доме ребенка, ДКМЦ - 1,5 должности. Всего занятых должностей по краю - 7,75. В 7 районах - Калганском, Нер-Заводском, Могочинском, Алек-Заводском, Газ-Заводском, Шелопугинском, Карымском районах оказанием специализированной психиатрической помощи детскому населению занимаются районные врачи-психиатры и психиатры-наркологи по совместительству. В Акшинском, Оловянинском, Хилокском, Тунгокоченском районах врачебные ставки врачей психиатров на конец 2019 года остаются не занятыми. В целом за период с 2017 по 2019 гг. показатели работы амбулаторной детской психиатрической службы ухуд-

шились. Число посещений врачей-психиатров детских за отчетный период уменьшилось от 34501 в 2017 году до 25088 в 2019 году. Удельный вес посещений по поводу заболеваний уменьшился и составил в 2017 г. - 8998 посещений, в 2019 г. - 7159 посещений. Однако дети и подростки осматривались и взрослыми врачами психиатрами: всего посещений взрослыми психиатрами детям составило 41013 из них по поводу заболеваний 8381. На дому 21 чел. также по поводу заболеваний.

**Выводы.** Впервые за последние годы увеличился показатель заболеваемости у детей, практически в 2 раза. Это стало возможно благодаря систематическому и постоянному контролю за работой врачей психиатров районов края на основании распоряжения Министерства здравоохранения Забайкальского края. Сформирован региональный поименный регистр заболеваемости у детей за 2018-2019 годы. Значительно улучшилось качество оказания специализированной помощи детям с РАС, внедрены методы talk-up, ТОМАТИС, коррекционная система EduQuest. Выполнено 6 командировок в районы Забайкальского края врачами психиатрами ГКУЗ "ККПБ им. В.Х. Кандинского" с целью выявления психических расстройств и расстройств поведения у детей.

Для обеспечения оптимального уровня медико-социальных показателей, с целью совершенствования организации психиатрической помощи детскому населению Забайкальского края необходимо продолжить выявление детей с психическими расстройствами и расстройствами поведения врачами психиатрами районов Забайкальского края, организовывать и проводить научно-практические конференции, семинары по актуальным вопросам оказания практической психиатрической помощи детскому населению края, провести рабочие совещания со специалистами министерств социальной защиты населения и образования Забайкальского края для обсуждения приоритетных направлений оказания психиатрической помощи детскому населению. Необходимо выполнить запланированные по графику командировки в районы края с целью повышения доступности детской психиатрической помощи населению.

Бутина М.А., Шингареева Ю.В., Викулова Е.А.

### **МОНИТОРИНГ НАРКОСИТУАЦИИ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ ЗА 2019 ГОД**

*Забайкальский краевой наркологический диспансер*

*Чита, Россия*

В 2019 году Министерством здравоохранения Забайкальского края продолжена работа по осуществлению мониторинга наркоситуации в Забайкальском крае в соответствии с Положением о государственной системе мониторинга наркоситуации в Российской Федерации.

Несмотря на некоторую стабилизацию в развитии наркоситуации и положительные тенденции показателей здоровья населения, наркозависимые лица продолжают формировать высокий спрос на наркотики, тем самым создавая условия для наркопреступности в Забайкальском крае. По-прежнему, одной из причин распространения наркомании на территории Забайкальского края является наличие собственной сырьевой базы.

В 2019 году состояние наркоситуации в Забайкальском крае по показателю общей заболеваемости (распространенности) наркоманией и обращаемости лиц по поводу пагубного употребления наркотиков оценивалось как "предкризисное", по показателю первичной заболеваемости наркоманией и первичной обращаемости лиц по поводу пагубного употребления наркотиков - "удовлетворительное".

В соответствии с данными мониторинга наркоситуации в 2019 году в Забайкальском крае зарегистрировано 5898 потребителей наркотических веществ, что в структуре всех наркологических расстройств составляет 28,9% (в 2018 году - 28,2%; РФ - 20,8%).

В структуре потребителей наркотических веществ: 86,7% - потребители каннабиноидов, 9,9% - опийных наркотиков, 3,4% - психостимуляторов и других наркотиков.



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. Впервые было зарегистрировано 150 человек с наркоманией.

На 01.01.2020 года по поводу пагубного употребления наркотических веществ зарегистрировано 4581 человек, на 71 человек меньше, чем в 2018 году (4652). Впервые было зарегистрировано 909 человек по поводу пагубного употребления наркотиков.

С учетом коэффициента латентности, количество потребителей наркотических веществ составляет более 7 тысяч человек.

В 2019 году показатель первичной заболеваемости наркоманией по краю составил 14,1 на 100 тысяч населения, что превышает показатель за 2018 год в 1,4 раза (10,3), выше показателя по РФ (10,2) в 1,4 раза, ниже показателя по ДФО (19,0) в 1,3 раза.

Общая заболеваемость (болезненность) наркоманией в Забайкальском крае увеличилась на 10,9% по сравнению с 2018 годом (111,4) и составила 123,6 на 100 тыс. населения, данный показатель ниже показателя РФ (171,0) на 27,7% и на 39,8% ниже показателя ДФО (205,3).

Показатель заболеваемости употребления наркотических веществ с вредными последствиями в сравнении с 2018 г. (93,5) снизился на 8,8% и составил в 2019 г. 85,3 на 100 тыс. населения. Данный показатель выше российского (22,9) в 3,7 раза, выше показателя по ДФО (58,8) в 1,4 раза.

Суммарный показатель общей заболеваемости (болезненности) наркоманией и употребления наркотических веществ с вредными последствиями в 2019 году по краю составил 553,4 на 100 тыс. населения (в 2018 г. - 545,0), он превышает показатель по РФ (288,6) на 91,7% и показатель по ДФО (472,8) на 17,0%.

В 2019 году зарегистрировано 7 случаев смертельных отравлений психотропными веществами (в 2018 г. - 3 случая) и 7 случаев смертельных отравлений наркотическими средствами (в 2018 году - 2 случая).

В 2019 году умерло 14 пациентов с наркоманией. В сравнении с 2018 годом число лиц с наркоманией, снятых с наблюдения в связи со смертью увеличилось в 1,8 раза.

В 2019 году зарегистрировано 176 потребителей наркотических веществ, состоящих под наблюдением в наркологических учреждениях края, имеющих ВИЧ-положительный статус, из них 122 - потребители инъекционных наркотиков; 579 потребителей наркотических веществ, имеющих положительный статус по гепатиту В и С, из них 208 - потребители инъекционных наркотиков.

Стационарная медицинская реабилитация пациентов с наркологическими расстройствами оказывается на базе отделения медицинской реабилитации ГАУЗ "Забайкальский краевой наркологический диспансер" (далее - ГАУЗ ЗКНД). В 2019 году 48 пациентов с наркоманией находились на стационарной реабилитации (в 2018 году - 26), из них 34 успешно завершили реабилитацию. Амбулаторная реабилитация пациентов с наркологическими расстройствами оказывается в 34 кабинетах врача психиатра-нарколога при центральных районных больницах, ГУЗ "Краевая больница № 3", ГАУЗ "Краевая больница № 4", а также в ГАУЗ ЗКНД. В 2019 году 108 пациентов с наркоманией были включены в программы амбулаторной реабилитации, из них 52 успешно завершили реабилитационную программу (48,1% от числа включенных), 47 пациентов (43%) продолжили мероприятия программы на конец года.

Показателями эффективности и качества наркологической помощи являются показатели ремиссии и снятия с наблюдения в связи с выздоровлением. В 2019 году снято с учета в связи с длительным воздержанием 862 потребителя наркотических веществ, из них 75 пациентов с наркоманией и 787 пациентов, употребляющих наркотики с вредными последствиями. Показатель снятия с наблюдения в связи с выздоровлением (длительным воздержанием) увеличился у пациентов с наркоманией с 6,6 в 2018 году до 7,6 в 2019 году.

**Заключение.** Проведенный статистический анализ подтверждает тот факт, что проблема распространения и употребления наркотиков в регионе по-прежнему остается актуальной.

С целью снижения потребления наркотических веществ населением, необходимо продолжать работу по следующим направлениям: обеспечить реализацию государственной программы Забайкальского края "Комплексные меры по улучшению наркологической ситуации в Забайкальском крае" с финансированием мероприятий Программы в полном объеме; совершенствовать кадровую политику: осуществлять дополнительное профессиональное образование по программам повышения квалификации и профессиональную переподготовку по специальности "психиатрия-наркология"; укреплять материально-техническую базу ГАУЗ ЗКНД, кабинетов врачей психиатров-наркологов медицинских организаций районов Забайкальского края; осуществить дооснащение клиничко-диагностической химико-токсикологической лаборатории ГАУЗ ЗКНД лабораторным оборудованием; продолжить внедрять в лечебно-диагностический процесс современные методы и средства для лечения наркомании; укреплять межведомственное взаимодействие по профилактике, лечению и реабилитации потребителей наркотических веществ; продолжить осуществлять раннее выявление потребителей наркотических средств и психотропных веществ в образовательных организациях Забайкальского края.

Быченко И.В., Докукина Т.В., Адрианова Р.М.

**АКТУАЛЬНОСТЬ АДАПТАЦИИ МИННЕСОТСКОГО МНОГОФАЗНОГО  
ЛИЧНОСТНОГО ОПРОСНИКА - 2" (ММРІ-2) В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**  
*Республиканский научно-практический центр психического здоровья  
Минск, Беларусь*

Проблема адаптации шкал, личностных опросников, тестов и методик представляет одну из основных и актуальных задач психодиагностики личности на современном этапе в Республике Беларусь. В настоящее время большинство опросников и методик, которые используются в клинике, не имеют ценности при интерпретации полученных данных, так как основанные на неадаптированных тестах результаты, являются ошибочными и "индивидуально" интерпретируемыми для диагноста. Другая проблема представляет собой использование личностных опросников, которые утратили свою ценность и диагностическую эффективность за длительное отсутствие обновления старой версии.

Одним из известных и часто применяемых в клинической психодиагностике является "Миннесотский многофазный личностный опросник" (ММРІ). ММРІ получил широкую популярность среди медицинских психологов и врачей психиатрического профиля, а так же в диагностике нормы. Однако данный опросник разрабатывался в далеких 30-40-х гг. XX века, адаптирован был также в 60-70-х гг. Березиным Ф.Б. и др., позже Собчик Л.Н. Оба варианта опросника представляют модифицированный вариант ММРІ. Любая модификация затрудняет сопоставление полученных данных с оригиналом, первая версия ММРІ на настоящий момент считается устаревшей как по причине того, что ряд формулировок не отвечает требованиям современности, так и в связи с ограниченным набором шкал (Рассказова Е.И., 2017).

Краткое описание второй версии опросника и его изменений в сравнении с первой. ММРІ-2 состоит из 567 пунктов и более чем 120 шкал. Вопросы составляют: восемь шкал валидности, десять базовых шкал, шестнадцать дополнительных, пятнадцать содержательных, пять шкал PSY-5, 27 подшкал, относящимся к содержательным шкалам, 28 шкал, 3 подшкалы SI (социальной интроверсии). По сравнению с первой версией, по результатам статистической обработки репрезентативных выборок в популяции было исключено 13

пунктов, добавлено 16 пунктов и заменены формулировки 76 пунктов. При этом авторы сохранили сопоставимость старой и новой версии - с некоторыми ограничениями. Баллы, полученные при помощи первой версии, можно "перевести" в баллы второй версии и наоборот. Основные клинические шкалы ММПИ: Шкала ипохондрии (HS); Шкала депрессии (D); Шкала истерии (Hy); Шкала психопатии (Pd); Шкала маскулинности-феминности (Mf); Шкала паранойи (Pa); Шкала психастении (Pt); Шкала шизофрении (Sc); Шкала гипомании (Ma); Шкала социальной интроверсии (Si).

На сегодняшний день существует несколько версий опросника: ММПИ-2-RF, опубликованный в 2008 году, и ММПИ-А-RF 2016 года.

ММПИ-2-RF был не столько эволюцией, сколько новым творением, с первоначальной эмпирической, противопоставленной групповой стратегией построения шкалы. Несколько исследований продемонстрировали недостаточную чувствительность шкал RC, основных шкал ММПИ-2-RF, при выявлении психопатологии (Friedman A.F., Nichols D.S., 2017).

В ММПИ-2 и ММПИ-А корреляции между шкалами реструктурированной клинической (RC) и той или иной шкалы содержания ММПИ-2 или аналогичными шкалами, основанными на содержании, почти всегда превышают корреляции между шкалами RC и их аналогами по клинической шкале ММПИ-2 (Tellegen and Ben-Porath, 2008).

Lally and Williams (Lally and Williams, 2017) сообщили, что в 2016 году ММПИ-2 продолжает использоваться более широко, чем ММПИ-2-RF (от 61% до 39%), несмотря на годы продвижения ММПИ-2-RF как "нового стандарта", введение новых продуктов ММПИ-2-RF и прекращение производства продуктов ММПИ-2. Фактически, Бен-Порат (2017) сообщил, а Lally and Williams подтвердили аналогичные цифры за 2015 год: 63 процента использовали ММПИ-2 и только 37 процентов использовали ММПИ-2-RF. Согласно Mihura (Mihura et al., 2017), ММПИ-2 является наиболее популярным инвентарем самоотчетов взрослых в программах обучения клинической психологии 92%, а ММПИ-2-RF - 67% (Friedman A.F., Nichols D.S., 2017).

University of Minnesota Press анонсировала выход ММПИ-3 осенью 2020 года, она основана на методологии ММПИ-2-RF, которая вызывает спорные вопросы по ее построению. На наш взгляд актуальной и наиболее значимой является адаптация версии ММПИ-2, которая зарекомендовала себя с лучшей стороны.

Потребность в адаптации второй версии опросника исходит из того кризисного положения, в котором оказалась современная клиническая психодиагностика в Республике Беларусь. Из-за отсутствия проведения адаптации первой версии на белорусской популяции, проверки методики на валидность и надежность вызывает сомнения ввиду отсутствия стандартизации для Республики Беларусь.

Таким образом, адаптация ММПИ-2 откроет дополнительный широкий круг диагностических возможностей, использование методики в клинике позволит более качественно и точно производить психологическую диагностику, основываясь на научных данных.

Варнакова Ю.В., Казарбина М.А.

**ЗНАЧЕНИЕ И ОСОБЕННОСТИ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ  
ПАЦИЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ ХИМИЧЕСКУЮ ЗАВИСИМОСТЬ,  
В ОТДЕЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

*Забайкальский краевой наркологический диспансер*

*Чита, Россия*

Одним из направлений деятельности психолога в отделении медицинской реабилитации является психодиагностика, целью которой является комплексное изучение психических процессов и индивидуально-психологических особенностей пациента (внимание, память, мышление, эмоционально-личностная сфера, интеллектуальная деятельность), а также

определение уровня реабилитационного потенциала и выраженности анозогнозии.

При первичном психологическом исследовании используется стандартный набор методик, который дополняется с учетом целей исследования, поставленных врачом психиатром-наркологом, а также с учетом актуального психического состояния больного, его возраста, интеллектуального (образовательного) статуса и других характеристик.

В отделении медицинской реабилитации используются следующие методики: для исследования психических процессов - корректурная проба, таблицы Шульте, методика Мюнстерберга, методика "Заучивание 10 слов" (А.Р. Лурия), тест зрительной ретенции А.Л. Бентона, пиктограммы, тесты на сложные и простые аналогии, сравнения понятий, исключение, выявление существенных признаков, а также использование пословиц и метафор. С помощью теста Д. Векслера оценивается интеллект, а опросники применяются для исследования психических состояний - госпитальная шкала тревоги и депрессии, самооценка психических состояний по Айзенку. Исследование эмоционально-личностной сферы включает в себя изучение акцентуаций характера, уровня субъективного контроля, диагностики копинг-механизмов. Также используются специальные методики - опросник "Алкогольная анозогнозия" и определение уровня реабилитационного потенциала зависимых больных.

При наличии нарушений психической деятельности в заключении психолога отражается степень их выраженности, как в познавательной, так и эмоционально-потребностной, волевой сферах.

В 2019 году психологами отделения медицинской реабилитации ГАУЗ ЗКНД было проведено 119 первичных психологических исследований у пациентов, проходивших лечение в стационаре.

Среди часто встречающихся нарушений психических процессов у пациентов следует отметить снижение объема и концентрации внимания в 45% случаев, у 36 пациентов была отмечена неустойчивость внимания, неравномерность психомоторных процессов - у 23,5%, а также выраженное снижение психомоторного темпа и трудности переключения - у 16% и 10%, соответственно.

Объем кратковременной механической памяти соответствовал норме у 23% пациентов, на уровне умеренного и грубого снижения этот показатель был равен 47% и 31% соответственно. Подобное распределение нарушений долговременной механической памяти было выявлено у 87 пациентов - умеренно снижен показатель у 40% пациентов от числа всех обследованных, на низком уровне - у 35% пациентов.

Зрительно-пространственная память в норме у 21% пациентов, умеренно снижена у 41%, на уровне грубого снижения у 38%.

Патопсихологическое исследование мышления в 40% случаев показало нарушения операционального компонента в виде слабой или низкой способности к обобщению, переход на более низкий уровень категоризации (функциональный или конкретный), трудности в вербализации ответов. Таким пациентам зачастую не доступна классификация, они создают большое количество мелких групп на основании конкретного смысла между ними. Не могут усвоить смысла задания, часто подходят к данным заданиям изображения предмета с позиции жизненной пригодности. В 37% случаев выявлено нарушение динамического компонента мышления в виде инертности, с трудностью переключения или лабильностью мыслительного процесса в сочетании с колебаниями продуктивности памяти и внимания. Нарушения мышления на уровне мотивационного компонента и критичности у исследуемой группы обнаружены не были.

Важностью патопсихологического исследования является выявление нарушений либо в виде отдельных признаков, либо соотнесение их в виде определенных патопсихологических симптомокомплексов. Так, у 46 пациентов (39% от числа обследуемых) был выявлен органический патопсихологический симптомокомплекс, характеризующийся снижением ин-

теллектуальных процессов (уровня обобщения, оперативной и долговременной памяти, внимания), их инертностью, тугоподвижностью с явлениями аффективной лабильности и снижением критических способностей, ослаблением самоконтроля за поведением.

Пограничный уровень интеллекта был диагностирован у 2 обследованных, у 1 пациента был выявлен умственный дефект.

Клинически выраженные признаки тревоги при первичном патопсихологическом тестировании были выявлены у 40% респондентов, тогда как субклинические и клинические признаки депрессии наблюдались у большого числа исследуемых (у 77,3%). Этот показатель напрямую отражает непосредственное влияние психоактивных веществ на нейротрансмиттерную систему головного мозга при формировании зависимости. Под токсическим воздействием веществ возникает дефицит серотонина, что приводит к разнообразным нарушениям психической сферы, в числе которых - депрессия. При последующем резком снижении его концентрации, человек ощущает подавленность, апатию, мышечную слабость.

В отделении реабилитации успешно используется исследование копинг-стратегий у пациентов. С понятием "копинг" связывают разного рода процессы, направленные на возможно лучшее решение личностных, межличностных или профессиональных проблем, адаптацию человека к требованиям ситуации, вызывающей стресс, позволяющую овладение ею, ослабление или смягчение этих требований и восстановление психологического благополучия. В исследовании используется три широких типа копинг-стратегий: 1) стратегии когнитивной адаптации, 2) стратегии поведенческой адаптации и 3) эмоционально-ориентированные стратегии (Weiten, Lloyd, 2008).

Среди когнитивных копинг-стратегий у пациентов чаще встречаются такие адаптивные копинг-стратегии как установка собственной ценности (16,4%) и сохранение самообладания (6,7%), неадаптивные стратегии - растерянность (7,5%) и игнорирование (5,8%). Стратегии когнитивной адаптации связаны с использованием мышления и направлены на изменение отношения к ситуации, например, ее отрицание, ментальное дистанцирование, изменение целей и ценностей, обращение к юмору.

Среди поведенческих копинг-стратегий чаще всего диагностируются относительно адаптивные, такие как компенсация (18,4%) и отвлечение (10,9%), неадаптивные стратегии в виде отступления (7,5%) и активного избегания (6,7%), из адаптивных чаще выявляется стратегия обращения (4,2%). Проблемно-фокусированные стратегии направлены на работу с причиной проблемы, имея целью устранение или изменение ее источника, например, обращение к поиску информации, обучение новым умениям, способствующим решению проблемы, планирование ее решения.

Эмоционально-ориентированные стратегии направлены на работу с эмоциями, которые сопровождают восприятие стресса и включают активное их выражение, управление враждебными чувствами, медитации, процедуры систематической релаксации. Среди эмоциональных копинг-стратегий наиболее часто выявляются такие адаптивные копинг-стратегии, как оптимизм (15,9%); неадаптивные стратегии - подавление эмоций (10,9%), относительно адаптивные - пассивная кооперация (5,8%7).

На первом этапе мотивационной работы с пациентом необходимо выяснить степень нарушения осознания алкогольной или наркотической зависимости. Опросник, используемый при патопсихологическом тестировании, позволяет получать комплексную оценку уровня алкогольной анозогнозии по отдельным ее компонентам, которыми являются неинформированность, непризнание симптомов заболевания, непризнание заболевания в целом, непризнание последствий заболевания, эмоциональное неприятие заболевания, несогласие с лечением, неприятие трезвости. Так, повышенный уровень анозогнозии присутствовал у 70% пациентов отделения медицинской реабилитации, средний уровень анозогнозии у 30% пациентов.

Одним из важных опросников, используемых в батарее тестов, является определение уровня реабилитационного потенциала у пациентов, поступающих на лечение. Этот показатель определяется посредством интегральной характеристики, содержащей в себе отражение всех этапов формирования болезни и развития личности от преморбидных особенностей и индивидуальной предрасположенности до четко очерченного клинического диагноза, личностного и социального статуса. В случае работы с зависимыми от наркотических веществ людьми определение уровня реабилитационного потенциала позволяет изначально дать достоверный прогноз и предполагаемые результаты реабилитации, определить поступающего пациента в определенную группу лечения, индивидуализировать интервенцию убеждения в необходимости лечения и программу лечения для каждого больного. Следует отметить, что чем более высок уровень реабилитационного потенциала, тем благоприятнее прогноз пациента. Среди пациентов, получивших лечение в 2019 году, 76% составляли лица с низким уровнем реабилитационного потенциала, средний уровень был отмечен у 23,5%, пациентов с высоким уровнем не было выявлено.

Таким образом, результаты патопсихологического исследования являются важной составляющей в индивидуальной программе лечения пациента. Заключение используется в дифференциальной клинической диагностике, определении психотерапевтических мишеней, прогнозе заболевания, клинической динамической оценке пациента, оценке эффективности проводимой психотерапии, планировании и осуществлении лечебно-реабилитационных мероприятий.

Васянина Ю.Ш., Пашко Е.В., Мальфина И.Ю., Северина О.С., Горбунова З.Х.

### **ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ЭПИДЕМИОЛОГИЮ И СОПРОВОЖДЕНИЕ ЛИЦ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

*Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1*

*Краснодар, Россия*

В настоящее время эпидемиологическая оценка распространенности расстройств аутистического спектра затруднена, в информационном бюллетене ВОЗ за 2016 год отмечается, что распространенность РАС составляет до 1% детской популяции, при этом экспертами подчеркивается, что эти данные являются усредненными и значительно варьируют между исследованиями.

В настоящее время, по данным Росстата, распространенность РАС в детском возрасте составляет 0,06% детской популяции России (Макушкин Е.В., 2019). По предварительным результатам проводимого Минздравом скринингового эпидемиологического обследования детей раннего возраста в учреждениях первичного медицинского звена в 9 регионах РФ распространенность РАС в России составляет 4-5 на 10 тыс. (0,04-0,05%) (Иванов М.В., Симашкова Н.В., 2016).

Распространенность РАС у детей в Краснодарском крае составила 14,9 на 10 тыс. детского населения (0,15% детского населения края), данный показатель в Краснодарском крае в 3 раза выше, чем аналогичный средний показатель по РФ, что свидетельствует об активной работе специалистов психиатрической службы края по раннему и своевременному выявлению расстройств аутистического спектра.

По мнению ведущих экспертов в области психического здоровья, наблюдаемый в настоящее время рост распространенности РАС у детей, во многом, имеет искусственный характер. Снижение диагностических порогов в сочетании с расширением диагностических границ аутистических расстройств, началось с признания в DSM-III "атипичного аутизма", с последующим в DSM-IV, а затем в МКБ-10 и DSM-V включением в данную группу неуточненного общего расстройства развития, дезинтегративного расстройства детского

возраста, а также аутистической симптоматики, наблюдающейся в структуре других психических расстройств - шизофрении, умственной отсталости, детского церебрального паралича и др. (Мукаетова-Ладинска Е.Б., Симашкова Н.В. и др., 2018). Вслед за широким отказом от диагноза ранней детской шизофрении наметилось увеличение показателя распространенности детского аутизма (Башина В.М., Скворцов И.А., 2013). Рост распространенности аутизма за 1992-2005 гг. можно также отнести на счет изменения диагноза "задержка психического развития" на диагноз "аутизм" (M. King, P. Bearman, 2009).

Отчасти увеличение числа диагнозов аутизма может быть обусловлено влиянием социальных факторов, включая повышенную осведомленность общества об особенностях аутизма - феномен "смещения обнаружения" (Lilienfeld S. O., Arkowitz H., 2007) и растущие материальные стимулы для школьных округов сообщать о признаках аутизма у обучающихся (Gernsbacher M.A., Dawson M., Goldsmith H.H., 2005).

Субъективные гипотезы, постулируемые отдельными исследователями под видом научных фактов, несмотря на их последующее научное опровержение, активно формируют "особое" отношение общества к этому чрезвычайно сложному спектру расстройств, что подкрепляет повышенную осведомленность общества об особенностях аутизма, особенно ярко реализуемую электронными СМИ, группами в социальных сетях, активистами тематических благотворительных фондов и родительских организаций.

Ради высоких рейтингов на интернет-порталах и форумах, авторы, называющие себя "медицинскими журналистами", с завидной регулярностью публикуют различные статьи с броскими названиями, содержащими недостоверные сведения о недостаточной диагностике РАС специалистами психиатрической службы, при этом, не являясь специалистами, они избирательно публикуют, зачастую "вырвав из контекста", только те фрагменты высказываний медицинских экспертов, которые согласуются с их общим субъективным мнением.

Важно отметить, что диагноз психических расстройств и расстройств поведения (в том числе расстройств аутистического спектра) устанавливается врачом-психиатром (комиссией врачей-психиатров) - на момент проведения психиатрического освидетельствования, на основании текущего психического состояния пациента с учетом анамнеза, данных дополнительных обследований, в соответствии с общепринятыми научными знаниями в области психиатрии и критериями психических и поведенческих расстройств.

В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, при вынесении диагноза психического расстройства выносятся диагноз основного заболевания, симптомы которого являются ведущими в клинической картине, а вся имеющаяся иная симптоматика, не укладывающаяся в рамки основной нозологии, отражается в качестве симптомов и синдромов. При этом диагноз психического расстройства не может быть установлен однократно в раннем детском возрасте и являться пожизненным, так как в большинстве случаев, психическое состояние лица, страдающего психическим расстройством, в течение жизни значительно меняется (как в сторону улучшения, так и ухудшения), что закономерно находит отражение в диагнозе текущего психического состояния. Особенно часто изменяются диагнозы, установленные в раннем детском возрасте, в связи с наблюдающейся выраженной возрастной динамикой состояния психического здоровья, при этом решение об изменении диагноза преимущественно принимается комиссией врачей-психиатров.

В настоящее время сложилась негативная тенденция к оказанию давления на врачей-психиатров с требованием установления диагнозов РАС, что обусловлено отдельным финансированием реабилитационных мероприятий данной группы расстройств. Однако следует учитывать, что действующие нормы права запрещают дискриминацию граждан по любому признаку, в том числе наличие одного отдельного расстройства не может давать каких-либо преференций в проведении лечебных, реабилитационных, абилитационных мероприятий. Все психические расстройства, в том числе возникающие в детском возраст-

те, одинаково требуют проведения диагностических, лечебных, реабилитационных, абилитационных мероприятий, при сохранении реабилитационного потенциала у пациента.

Внесение диагнозов РАС в Перечень заболеваний, дающих инвалидам, страдающим ими, право на дополнительную жилую площадь (в соответствии с приказом МЗ РФ от 5 сентября 2019 г. №728н), также усилило давление на врачей-психиатров с требованиями как первичного установления диагнозов РАС, так и изменения ранее установленных диагнозов в пользу РАС.

Крайне популярными в СМИ являются также тиражируемые тематическими фондами многочисленные публикации об исключительном преимуществе методов прикладного поведенческого анализа в сопровождении и реабилитации лиц с РАС, с призывом родителей отказываться от медикаментозного лечения и медицинской реабилитации детей.

Как "панацея", родителям навязывается необходимость многолетней интенсивной работы с ребенком (40 часов в неделю), в ходе индивидуальных занятий АВА. Однако большинство семей просто не могут себе это позволить (ни финансово, ни логистически).

Кроме того, "растиражированная" прессой успешность данных методов раннего вмешательства при аутизме явно преувеличена. Более того, некоторые взрослые, страдающие аутизмом, вспоминая о том, как в детстве их принуждали воспроизводить поведение обычных сверстников, говорят, что этот травмирующий опыт обернулся для них пожизненным чувством тревоги. Джулия Баском пишет в своих воспоминаниях: "В детстве я страдала аутизмом. А для аутиста хуже всего не плохое обращение окружающих, а терапия" (Сильберман С., 2015).

В Краснодарском крае после проведения необходимого клинического и функционального обследования углубленной дифференциальной диагностики дети с верифицированными врачами-психиатрами диагнозами РАС по медицинским показаниям, в соответствии со стандартами и клиническими рекомендациями получают в амбулаторных или стационарных условиях обоснованную с клинико-биологических позиций персонализированную медикаментозную терапию, направленную на купирование эмоциональных, психосоматических нарушений, повышенной возбудимости, агрессивного и аутоагрессивного поведения и расстройств адаптации, при этом в практике предпочтение отдается современным лекарственным препаратам с улучшенным профилем безопасности и переносимости. Помимо осуществления медикаментозной терапии пациентам проводится немедикаментозная коррекция. Врачи-психиатры осуществляют динамическое наблюдение за ребенком и проводят мероприятия медицинской реабилитации лицам с расстройствами аутистического спектра в строгом соответствии с требованиями действующего законодательства.

Нам представляется важным, наряду с углубленным исследованием медицинских факторов, определяющих динамику психических расстройств, с целью разработки эффективных методов лечения и реабилитации пациентов проводить дальнейшее изучение влияния социальных факторов на распространенность и сопровождение лиц с расстройствами аутистического спектра.

Вербицкая М.С., Кренкель Г.Л.

**АТИПИЧНЫЕ ДЕПРЕССИИ: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ  
ПРИ РАЗЛИЧНЫХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ**

*Первый московский государственный медицинский университет им И. М. Сеченова  
Клиника психиатрии им. С.С. Корсакова  
Москва, Россия*

Около 300 млн. человек в мире страдают депрессивными расстройствами (WHO, 2018). По существующим прогнозам ВОЗ и Национального института США (Depression Guideline Panel) к 2030 году депрессии займут первое место по распространенности среди других



расстройств во всем мире. По данным американского Journal of Clinical Psychiatry (2015), ежегодные экономические потери, связанные с клинической депрессией, выросли за последние 5 лет на 21%. При этом, несмотря на многочисленные работы, посвященные изучению депрессий, недостаточное внимание уделяется атипичной депрессии, при том, что по ряду исследований атипичная депрессия встречается более чем у 40% пациентов только с рекуррентным депрессивным расстройством (Klein D.F., 1993). До сих пор нет единого представления о психопатологическом содержании атипичной депрессии. В отечественной психиатрии атипичность традиционно рассматривается либо как транс-формация классической структуры депрессивного синдрома с изменением соотношения его компонентов, либо как дополнительное присоединение к депрессии психопатологических образований неаффективного регистра. Таким образом, актуальность исследования подтверждается необходимостью уточнения диагностических критериев атипичной депрессии, ее систематизации и выработке терапевтических подходов в связи с отсутствием единых стандартов, а также противоречивостью данных в отечественной литературе, касающихся атипичной депрессии в рамках различных нозологий.

**Цель:** на основании анализа литературных источников отечественных и зарубежных авторов изучить современное состояние проблемы, особенностей диагностики, клиники, течения и терапии атипичной депрессии в рамках рекуррентного и биполярного аффективных расстройств, а также психогенных заболеваний.

**Материал и методы:** в обзор было включено более 70 отечественных и зарубежных источников с 1948 по 2019 гг., в том числе научно-исследовательские статьи, литературные обзоры, учебно-методическая литература, клинические рекомендации, авторефераты диссертаций.

**Результаты.** Выделение атипичной депрессии (АД) в качестве самостоятельной нозологии относится к середине XX века, когда P.E. Huston и L.M. Locker использовали это определение для описания пациентов с депрессией, сопровождающейся возбуждением, психотическими эпизодами и более выраженным положительным реагированием на электросудорожную терапию (ЭСТ), чем у пациентов с классической депрессией без психотических эпизодов (Huston P.E., Locker L.M., 1948). С тех пор термин "АД" претерпел ряд изменений, не получив при этом единого диагностического стандарта ни в России, ни за рубежом, что в свою очередь приводило к неправильному лечению и ухудшению прогноза подобных состояний.

Несмотря на небольшой удельный вес АД в общем числе депрессивных расстройств, существуют данные о высокой частоте суицидальных мыслей и попыток у пациентов с АД (1/4 больных совершает суицидальную попытку в течение жизни). В основном этот вопрос был исследован в рамках БАР (Colom F., Man S A, Romero G., Sugranyes E., 2009). Был выявлен высокий риск инвалидизации и социальной дезадаптации (в 2 раза выше уровень безработицы, в 3 раза выше частота разводов в семьях, по сравнению с общей популяцией). В среднем больные с БАР теряют 9 лет продолжительности жизни, 12 лет трудоспособности и 14 лет нормального здоровья.

В связи со сложностью правильной и своевременной постановки диагноза АД, сведения о распространенности в популяции данной нозологии широко варьируют и составляют до 29% от числа пациентов с диагностированной депрессией (Davidson R.T., 2007; Петрунько О.В., Швецова А.В. и др., 2009). При этом соотношение распространенности АД в рамках различных нозологий отличается: на первом месте БАР, на втором - рекуррентная депрессия, где до 20% пациентов с АД (Шепенев А.М., 2009) и последнее место занимают психогенные заболевания, в рамках которых до настоящего исследования АД не изучалась в должном объеме.

Проявления АД в рамках различных нозологий имеют ряд существенных отличий, требующих более глубокого изучения и анализа, исходя из которых может быть предложен

персонализированный подход к выбору приоритетного лечения. Тем не менее, существуют описанные в большинстве исследований данные, касающиеся клинических особенностей АД, которые зачастую содержат в своей структуре: тревожные состояния, ипохондрические включения, обсессии, панические атаки, различные алгии, реактивность настроения, гиперсомнию, гиперфагию и/или повышение массы тела, свинцовый паралич (Иванец Н.Н., Кренкель Г.Л., Тартынский К.М., 2017).

При общей размытости диагностических критериев АД, тем не менее, существуют описанные в большинстве источников общие черты данных состояний, касающиеся преморбиды и течения заболевания. Таким образом, для АД характерны: наибольшая распространенность в рамках БАР II типа у женщин (Тювина Н.А., Коробкова И.Г., 2016), более ранний возраст начала заболевания по сравнению с типичной депрессией, большая частота обострений, при этом меньшая продолжительность эпизодов, сезонные и суточные колебания, психастенический преморбид и отягощенная аффективными заболеваниями наследственность.

**Выводы.** Таким образом, проблема изучения атипичной депрессии остается актуальной для современной психиатрии, что обусловлено ее высокой распространенностью и социально-экономической значимостью. Несмотря на то, что ряд зарубежных и отечественных исследований посвящен проблемам дифференциальной диагностики атипичного депрессивного синдрома в рамках различных нозологий, в частности РДР и БАР, однако, эти данные противоречивы и не сопровождаются соответствующими рекомендациями по лечению атипичной депрессии с учетом структуры и нозологической принадлежности, в том числе при психогенных заболеваниях. Можно отметить большое количество перспектив исследований для уточнения диагностических критериев, определения нейробиологического субстрата и разработки тактики лечения для данной нозологической единицы.

Габдрашитова Л.И., Федорова П.С., Абитов И.Р.

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ СУЕВЕРНОСТИ И ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ ЛИЧНОСТИ**

*Казанский (Приволжский) федеральный университет*

*Казань, Россия*

От черных кошек до стуков по дереву и несчастливых чисел, большинство из нас знакомы с той или иной формой суеверных убеждений. Суеверие - предрассудок, представляющий собой веру в какие-либо потусторонние силы. Содержит допущение, часто неосознанное, что от этих сил можно найти защиту или достигнуть с ними приемлемого для человека компромисса. Как правило, проявляет себя на поведенческом уровне в редуцированных обрядовых формах: использовании талисманов, татуировке, магических жестах и пр.

Особое место занимают приметы: определенным событиям приписывается прогностическое значение. В русском языке слово "суеверие" означает слепую веру во что-либо, то есть "суетная вера". С феноменом суеверий знаком каждый, однако отношение к суевериям различается. Суеверия транслируются из поколения в поколение и вряд ли можно встретить человека, который сможет сказать, что никогда в своей жизни не находил связи между абсолютно не связанными явлениями. Как бы ни были распространены суеверные убеждения и поведение, они, как правило, основаны на системах убеждений, которые не могут быть доказаны эмпирически. Вера в неудачу, такую как несчастливые числа или случаи (такие как разбитое зеркало) может привести к беспокойству, которое, в свою очередь, может привести к снижению производительности и даже стрессу и проблемам со здоровьем. Суеверные верования также были связаны с усилением беспокойства о здоровье, которое может повлиять на иммунную систему человека и уровень стресса.

Вера в явления, которые не доказаны научно, необыкновенные и чаще даже магические, характерна для людей различного пола, возраста, социального статуса. Суеверность

людей резко возрастает, когда общество переживает кризис. В наше время, когда социально-экономический кризис коснулся всего мира и, по некоторым данным, еще не закончился, изучение суеверий становится еще актуальнее.

В данной работе исследуется взаимосвязь между суеверностью и защитными механизмами личности. В частности, вопрос о том, может ли суеверность выполнять защитную, компенсаторную функцию в стрессовой ситуации. Соответственно гипотеза нашего исследования будет звучать так: существует ли взаимосвязь суеверности и защитных механизмов личности.

В данном исследовании приняли участие 50 испытуемых (17 мужчин и 33 женщины) в возрасте от 25 до 50 лет. Методы и методики исследования: 1) тест "Индекс жизненного стиля" (ИЖС, LSI) предназначенный для диагностики механизмов психологической защиты "Я" и включающий 97 утверждений, требующих ответа по типу "верно - неверно". Измеряются восемь видов защитных механизмов: вытеснение, отрицание, замещение, компенсация, реактивное образование, проекция, интеллектуализация (рационализация) и регрессия. Каждому из этих защитных механизмов соответствуют от 10 до 14 утверждений, описывающих личностные реакции человека, возникающие в различных ситуациях. 2) "Шкала веры в паранормальное" Дж. Тобасика, которая содержит 26 вопросов и состоит из семи субшкал: традиционная религиозная вера, пси-способности, колдовство, суеверия, спиритизм, экстраординарные формы жизни и предсказания. Она представляется концептуально и психометрически обоснованным инструментом для измерения степени веры в паранормальное, в том числе и для проведения кросс-культурных исследований. 3) Опросник И.Р. Абитова, направленный на определение коэффициента суеверности.

**Результаты.** По методике "Шкалы веры в паранормальное" Дж. Тобасика у испытуемых преобладает традиционная религиозная вера. У них обнаруживаются низкие показатели веры в колдовство и веры в предсказания. По методике И.Р. Абитова коэффициент суеверности составляет 24, что является средним значением. По результатам методики ИЖС у испытуемых преобладают такие защитные механизмы как, проекция, отрицание и интеллектуализация. Под проекцией имеется ввиду неосознаваемый перенос собственных неприемлемых или неприятных чувств, мотивов, желаний на другого человека - приписывание другим людям собственных побуждений, в которых сам себе человек признаться не может или не хочет. Отрицание как игнорирование потенциально тревожной, неприятной информации за счет временного отвлечения внимания. Защита работает по принципу "все плохое - не для меня", "это не Я". Интеллектуализация проявляется как замена реального переживания или побуждения, которое некомфортно осознавать в данный момент, его вербальным, "словесным", рациональным эквивалентом.

Корреляционный анализ показал, что такие показатели как: вера в пси-способности и реактивное образование ( $r=0,29$ ;  $p<0,05$ ); суеверие и отрицание ( $r=0,34$ ;  $p<0,05$ ); суеверие и реактивные образования ( $r=0,28$ ;  $p<0,05$ ); показатель суеверности (по опроснику И.Р. Абитова) и отрицание ( $r=0,32$ ;  $p<0,05$ ); показатель суеверности (по опроснику И.Р. Абитова) и вытеснение ( $r=0,45$ ;  $p<0,001$ ); показатель суеверности (по опроснику И.Р. Абитова) и реактивные образования ( $r=0,34$ ;  $p<0,05$ ) имеют прямым статистически значимые взаимосвязи. То есть при увеличении показателей суеверности будут увеличиваться показатели защитных механизмов.

**Вывод:** на основании проведенного исследования можно говорить о взаимосвязи между суеверностью и защитными механизмами личности, что подтверждает выдвинутую нами гипотезу.

Гармаев Б.Б.Ш.

## **ПОЛИМОРБИДНОСТЬ КАК ПРЕДИКТОР ТЯЖЕСТИ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ СИНДРОМЕ ЗАВИСИМОСТИ**

*Забайкальский краевой наркологический диспансер*

*Чита, Россия*

Алкоголь и его наиболее токсичный метаболит ацетальдегид обладают широким спектром патофизиологических воздействий на организм, влияя на синтез и метаболизм белков, дыхание митохондрий, транспорт и связывание кальция, вызывают усиление экстракциитриглицеридов с одновременным уменьшением поглощения свободных жирных кислот.

Ацетальдегид является высокотоксичным промежуточным продуктом метаболизма этанола. Основным механизмом повреждающего действия ацетальдегида заключается в связывании его с каталитическими центрами ферментов и нарушении метаболизма клетки. Именно это определяет полиморфизм клинической картины поражения внутренних органов у больных с синдромом зависимости, ее тяжесть и трудности диагностики, терапии.

Частая задача в наркологической клинике - предупреждение тяжелых форм внебольничных, нозокомиальных пневмоний, сопровождающихся развитием острой дыхательной недостаточности, септического шока, больших объемов инфильтрации легочной ткани, нарушениями сознания, острой почечной недостаточностью, острым повреждением почек.

С целью уточнения наиболее значимых признаков проведен анализ 10 историй болезни. Выявлена роль обязательного проведения контрольной рентгенографии органов грудной клетки при поступлении, включая больных, находящихся в состоянии алкогольного делирия (как правило, нам не удавалось в первые 24 часа при первичной рентгенографии выявить инфильтрацию легочной ткани), раннего проведения КТ легких, мониторингового наблюдения, контроля уровня артериального давления, SpO<sub>2</sub>, почасового диуреза.

Представляется важным выделение наиболее сложной группы пациентов - это больные в состоянии алкогольного делирия с психомоторным возбуждением, гектической лихорадкой, нестабильностью артериального давления. Больные с гектической лихорадкой находятся в палате интенсивной терапии с постоянной ингаляцией O<sub>2</sub>, проводится контроль сатурации, АД, почасового диуреза. Контрольная рентгенография органов грудной клетки в первые часы поступления. Вопрос о показаниях раннего проведения компьютерной томографии органов грудной, по показаниям брюшной полости, решался в максимальные сжатые сроки на договорной основе в ГУЗ "Городская клиническая больница № 1" и ГУЗ "Краевая клинической больницы".

Важно отметить роль следующих моментов для тактики лечения и уточнения диагноза. 1. Дифференциальная диагностика туберкулезом легких (консультация фтизиатра, возможное представление больного с историей болезни на ЦВВК фтизиатрии, КТ органов грудной клетки, анализ мокроты методом люминисцентной микроскопии). 2. Роль ХОБЛ. Больные с выявленной буллезной формой ХОБЛ (эмфизематозный вариант) по данным компьютерной томографии с вероятностью развития спонтанного пневмоторакса; Больные ХОБЛ с дыхательной недостаточностью II-III ст. с субкомпенсацией хронического легочного сердца с постоянной формой фибрилляции предсердий и вероятностью фатальных нарушений ритма. Решение вопроса проведения эхокардиографии для определения уровня давления в легочной артерии, фракции выброса левого желудочка; 3. Роль микроателектазов в развитии пневмоний (рентгеннегативные пневмонии).

Таким образом, в общей картине полиморбидности соматической патологии при синдроме зависимости значимость поражения легких на вызывает никакого сомнения, поэтому ряд экспертов настаивают на выделении отдельной нозологической формы - алкогольной болезни легких.

Огромную опасность представляют тяжелые формы пневмоний у лиц с синдромом зависимости, где присутствует высокий процент смертности, особенно у мужчин молодого возраста. Необходимо учитывать, что за развернутой формой алкогольного психоза с выраженным психомоторным возбуждением может скрываться смешанный психоз при тяжелой пневмонии. В этих ситуациях фактор времени играет основополагающую роль в прогнозе больного.

Отсутствие инфильтрации легочной ткани в ранних рентгенологических снимках больного при поступлении (в первые часы) не должны быть поводом для успокоения врача. При сохраняющейся гектической лихорадке, немотивированной слабости больного, даже при нормальной картине крови и нормальной сатурации целесообразно проведение МСКТ легких в ранние сроки.

Сохраняется актуальным поражение легких специфической патологией (туберкулез) у больных с синдромом зависимости, при этом характерно разнообразие форм от легких до запущенных с бацилловыделением.

Особую настороженность вызывает рост числа больных с синдромом ВИЧ (в этой группе в последние годы отмечен рост числа больных, придерживающихся режима ВААРТ).

В группе больных с ХОБЛ, особенно с субкомпенсацией хронического легочного сердца, особого внимания требуют больные с постоянной формой фибрилляции предсердий вследствие угрозы фатальных нарушений ритма. Это обуславливает необходимость проведение эхокардиографии с контролем величины давления в легочной артерии, фракции выброса левого желудочка.

Гильбурд О.А., Филоненко А.Э.

**НЕВЕРБАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИЕЙ  
И ТРЕВОГОЙ АЛКО-ГОЛЬНОГО ГЕНЕЗА**  
*Сургутский государственный университет*  
*Сургут, Россия*

К алкогольной (вторичной) депрессии и тревоге принято относить те состояния пониженного настроения и беспокойства, которые преимущественно обусловлены многолетней алкогольной зависимостью. L. Boschloo et al. (2012) установили, что тяжесть алкоголизации является значимым линейным предиктором впервые возникающих депрессивных расстройств.

Специальное изучение психических нарушений при синдроме отмены показало, что настроение, как правило, характеризуется тревожно-тоскливым аффектом (Соловьёва В.М., 1989). Установлено, что тоска в структуре алкогольной абстиненции длится от 2 до 5 суток, тревога - от 1,5 до 3 суток, и встречаются они более чем у 96% больных алкогольной зависимостью (Крылов Е.Н., 2004). По данным Т.В. Агибаловой (2007), в состоянии алкогольной абстиненции наиболее значимыми факторами являются пониженное настроение, дисфория и тревога, а в постабстинентном периоде чаще встречались тревожно-депрессивный, тревожный и астено-депрессивный варианты аффективных расстройств. Вместе с тем, есть мнение, что депрессивный и тревожный синдромы как целостные симптомокомплексы встречаются при алкоголизме крайне редко (Агибалова Т.В., 2007; Кинкулькина М.А., 2007), в связи с чем проблема распознавания депрессии и тревоги алкогольного генеза остаётся весьма актуальной.

**Цель исследования:** объективизация и верификация депрессивного и тревожного статуса при алкогольной зависимости.

**Материал и методы.** Вначале с использованием клинико-психопатологического метода нами было обследовано 87 мужчин, уроженцев г. Сургута и переселенцев из других

регионов России, в возрасте от 29 до 45 лет с подтверждённым диагнозом активной алкогольной зависимости 2-й стадии. Среди них тяжёлый синдром отмены алкоголя у 35 больного стереотипно осложнялся депрессией продолжительностью 2-4 недели; у остальных 52 больных сходная по тяжести алкогольная абстиненция стереотипно осложнялась ундулирующей тревогой продолжительностью 1-3 недели.

Алкогольная депрессия распознавалась на основании таких симптомов, как стойко сниженное настроение, утрата интереса к чтению, просмотру телепередач, занятию спортом, общению с друзьями; ангедония, расстройства сна и аппетита, неуверенность в своем будущем, сниженная самооценка, ожидание неудач, пессимистические суждения, суточные колебания настроения с утяжелением к вечеру, переживание безысходности, тоски, чувство измененности окружающей действительности или собственного "Я", появление суицидальных мыслей и тенденций.

Алкогольная тревога характеризовалась такими симптомами, как неясное ощущение надвигающейся или вероятной угрозы, напряжённое ожидание неопределённой опасности, мышечное напряжение и неспособность к расслаблению, двигательное беспокойство, усиленное реагирование на неожиданности или испуг, затруднения в сосредоточении внимания или "пустота в голове", страх потери контроля над собой, страх смерти, страх несчастья, которое может произойти с близкими, переживание неустойчивости или предобморочного состояния, повышенная раздражительность, затрудненное (из-за беспокойства) засыпание, вариативные вегетативные симптомы: головокружение, усиленное или учащенное сердцебиение, потливость, тремор или дрожь, сухость во рту, затруднения в дыхании, чувство удушья, боль или дискомфорт в груди, тошнота, отрыжка, жжение в желудке, понос и другие признаки "абдоминального дистресса", приливы жара или озноб, онемение или ощущение покалывания.

Следует подчеркнуть, что тяжёлый, своевременно некупированный синдром отмены алкоголя во всех изученных случаях являлся клиническим триггером депрессии и тревоги.

Далее для объективизации и верификации депрессии и тревоги мы применили клинико-этологический метод, включающий в себя регистрацию мимических, жестовых, позных паттернов, паралингвистических и просодических компонентов речи и их оценку в сопоставлении с соматической, неврологической и психопатологической симптоматикой (Корнетов А.Н. и др., 1990; Гильбурд О.А., 2009). При этом использовался адаптированный к задачам исследования Глоссарий по исследованию невербального поведения человека (Самохвалов В.П., 1994; Eibl-Eibesfeldt I., 1985), включающий элементарные единицы, простые формы и сложные (контекстные) формы поведения, а также их динамику.

**Результаты и обсуждение.** Невербальное поведение пациентов с депрессией характеризовалось следующими признаками:

- в регистре элементарных единиц поведения наблюдались избегание контакта взором, взгляд в окно или рассматривание рук, надувание щек и губ, опущенные углы рта, "печальные" или нахмуренные брови, приподнятый внутренний край бровей, горизонтальные морщины на лбу, факультативно - складка Верагута (дополнительная диагональная складка, идущая от границы внутренней и средней третей верхнего века к наружному углу глазной щели); тусклые глазные яблоки, транзиторные элементы - слезы, мимика плача; жесты покорности (ладонь прижата к груди с полупоклоном и наклоном головы), прятание (прикрывание) паха руками, в позах стоя и сидя - голова опущена, руки заведены назад, уменьшение плеча, скрещение ног как элемент прятания паха; в положении стоя тенденция к сгибанию коленей и дальнейшему опусканию головы; в невербальных компонентах речи - голос тихий, тембр низкий, увеличение продолжительности пауз в ходе речевого контакта как свидетельство близости скрываемой (диссимулируемой) информации и намерений; тенденция к растягиванию гласных, увеличение числа речевых ошибок, нарастание числа речевых стереотипий на протяжении всего контакта;

- в регистре простых паттернов поведения - тенденция к увеличению индивидуального расстояния, редукция комплекса приветствия, ориентация в беседе по типу фототаксиса (избегание контакта с отворачиванием к источнику света), аутоагрессивные формы аутогрумिंगа (самоприхорашивания) - онихофагия и трихотилломания;
- в регистре сложных (контекстных) форм поведения - инверсия ритма сон-бодрствование, эмбриональная поза во сне, походка в замедленном темпе с сохранением элементов поз покорности, дезактуализация гигиенического, комфортного и поискового (исследовательского) поведения; в пищевом поведении - анорексия; редукция доминирования в границах индивидуальной и групповой территории, манкирование семейно-ролевыми функциями, отказ от игровой активности.

Невербальное поведение пациентов с тревожным синдромом характеризовалось следующими признаками:

- в регистре элементарных единиц поведения наблюдались "бегающий" взгляд по сторонам и немигающий (пристальный) взгляд, дрожание нижней губы, сжатые губы и губы внутрь, фиксация обеих рук на предмете (стуле и т.п.) или подмышками, сжимание одной рукой пальцев другой руки, поглаживание руки рукой, приподнятые плечи, напряжённая, периодически ускоренная речь, дрожь в голосе;
- в регистре простых паттернов поведения - напряжённая мимика тревоги, ожидания, настороженности; мимика с высокой подвижностью бровей, жест латентной тревоги (потирание рукой шеи с одновременным её вытягиванием), индивидуальное расстояние увеличено к началу беседы и сокращается к завершению беседы, ориентация при контакте пологовая, встряхивание или качание головой, реакция плеча (приподнимание плеч с опусканием головы - как признак испуга или элемент прятания), вздрагивание при внезапном раздражителе, яктация (раскачивание), интенсивный аутогруминг (приведение себя в порядок, прихорашивание, поправление одежды, причёски, стряхивание с плеч, потирание лица), интенсивное манипулирование предметом, частью тела (мочка уха, волосы), одеждой, "игра пальцами", обкусывание губ (хейлофагия);
- в динамике элементов и простых комплексов поведения отмечалось двигательное беспокойство в форме полиморфных стереотипий мимики, позы (яктация), головы (кивание, качание), рук (поглаживание, потирание, игра пальцами, ощупывание), манипулирования, жестов, груминга, моторики плеч, ног (шарканье, удары носком и пяткой и т.п.), невербальных компонентов речи;
- в регистре сложных комплексов поведения - сон с частой сменой поз, прерывистый, с ранним пробуждением; манипулирование пищей, облизывание, сглатывание, оральные движения вне речи, неразборчивость в еде, изменение ритма приема пищи; в исследовательском поведении - осматривание, неophobia; в территориальном поведении - осторожное посещение кабинета врача, челночная траектория перемещения в границах территории.

В тех клинических случаях, когда у больных имела место смешанная тревожно-депрессивная симптоматика, в их этологическом репертуаре наблюдалось сочетание соответствующих невербальных паттернов.

Следует подчеркнуть, что вышеуказанные невербальные паттерны приобретали особую диагностическую ценность в ситуациях языкового барьера, отказа от вербальной коммуникации, сурдомутизма.

Вывод. Полученные нами результаты показывают, что этологический анализ невербального поведения пациентов с депрессией и тревогой алкогольного генеза существенно повышает информативность клинического обследования больных, способствует объективизации и верификации клинико-психопатологических данных о наличии у них аффективной патологии и позволяет уверенно дискриминировать депрессивные и тревожные расстройства при отсутствии или затруднении вербального контакта с пациентом.

Глушенков А.А.

**ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ  
ПО ПРОФИЛАКТИКЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ  
СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ**

*Забайкальский краевой наркологический диспансер*

*Чита, Россия*

Переход социально-экономической системы России на новый уровень развития вызвал ряд дестабилизирующих процессов в обществе, которые не могли не отразиться на школьном образовании и потребовали изменения некоторых его функций. При смене экономической формации современная школа столкнулась с рядом социальных болезней: алкоголизмом, наркоманией, подростковым рэкетом и другими проявлениями девиантного поведения. Одной из самых актуальных и социально-значимых задач, стоящей перед современным обществом сегодня, является поиск путей снижения роста алкоголизации и наркотизации среди молодежи и повышение эффективности их профилактики.

Наркологическая ситуация в Забайкальском крае в последние десятилетия остается напряженной. Как следствие, отмечается все увеличивающийся шлейф медико-социальных последствий употребления психоактивных веществ (далее - ПАВ) населением Забайкальского края. Такая ситуация вызвала необходимость перестройки воспитательно-профилактической системы и смещения акцента с общевоспитательных мероприятий на постановку и решение задач профилактики деструктивных явлений в подростковой среде.

Главной причиной появления деструктивных подростков является неспособность родителей эффективно воспитывать своих детей, недостаток знаний у родителей о том, как заниматься их воспитанием, чрезмерная занятость, недостаток контроля с их стороны, частые конфликты в семье, алкоголизация и наркотизация родителей и т.д. Стратегия профилактики ПАВ обусловлена сложной этиологией этого явления. В специальной литературе выделяют сотни факторов формирования и развития зависимости от психоактивных веществ, которые действуют на индивидуальном, групповом и макросоциальном уровнях.

Сегодня ведущие международные организации, определяющие глобальную политику в отношении наркотиков и алкоголя, используют модель, разработанную специально для профилактики психических заболеваний, в том числе для наркомании и алкоголизма. Профилактическая работа наркологической службы строится в соответствии с Планом межведомственных мероприятий по реализации "Концепции профилактики злоупотребления психоактивными веществами детьми и молодежью в образовательном пространстве Забайкальского края на 2017-2021 годы", утвержденным распоряжением правительства Забайкальского края от 16 мая 2017 года № 217-р.

Эффективная профилактическая работа наркологической службы Забайкальского края невозможна без тесного взаимодействия с заинтересованными учреждениями и ведомствами. Ежегодно совместно с УНК УМВД России по Забайкальскому краю и Министерством образования, науки и молодежной политики Забайкальского края организуются краевые межведомственные антинаркотические профилактические акции: "Родительский урок", "Здоровье молодежи - богатство России", "Призывник", "Летний лагерь-территория здоровья", "Классный час" и "Правовой час". Врачи психиатры-наркологи края принимают активное участие в общероссийских профилактических акциях "Сообща, где торгуют смертью" и "Дети России". Проводятся краевые информационно-тематические декадни: к Всемирному дню без табачного дыма; Международному дню борьбы с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков; Всероссийскому дню трезвости и Международному дню отказа от курения.

В течение трех последних лет в средних общеобразовательных организациях города Читы проводится межведомственная профилактическая акция "Ярмарка здоровья" для уча-



щихся старших классов, организованная Комитетом образования города Читы. За 2019 год проведено более 1000 профилактических мероприятий для учащихся образовательных организаций с охватом около 18000 человек.

За 2018-2019 гг. специалисты ГАУЗ "Забайкальский краевой наркологический диспансер" приняли участие в 32 телевизионных сюжетах, 53 радиоэфирах на радиостанциях ГТРК "Чита", в печатных изданиях края было опубликовано 89 печатных статей по актуальным вопросам наркологии.

В 2019 году Министерством физкультуры и спорта Забайкальского края совместно с Министерством здравоохранения Забайкальского края организована летняя профилактическая акция "Спортивный десант" для детей и подростков, находящихся в спортивных лагерях Читинского, Могойтуйского, Карымского и Шилкинского районов. Профилактическими мероприятиями было охвачено более 1500 человек.

Итоги проведения профилактических мероприятий отражаются на Интернет-ресурсах ГАУЗ "Забайкальский краевой наркологический диспансер", Министерства здравоохранения Забайкальского края.

Таким образом, организация комплексных профилактических мероприятий, проводимых в рамках межведомственного взаимодействия, играет определяющую роль в эффективности профилактической работы по противодействию употреблению психоактивных веществ среди всех категорий населения Забайкальского края.

Голыгина С.Е., Сахаров А.В., Золтуев Д.В.

**ОЦЕНКА СКЛОННОСТИ  
К ВОЗНИКНОВЕНИЮ ВРАЖДЕБНЫХ УСТАНОВОК У СТУДЕНТОВ**

*Читинская государственная медицинская академия*

*Чита, Россия*

Враждебные установки молодежи в настоящее время рассматриваются как основа склонности к экстремизму, который становится одним из основных источников угроз общественной безопасности и выражается в приверженности крайним взглядам и мерам, в противопоставлении обществу. Одной из уязвимых для экстремизма групп населения является молодежь. Под влиянием социальных, политических, экономических и иных факторов, наиболее подверженных деструктивному влиянию, в молодежной среде легче формируются радикальные взгляды и убеждения. Широкое распространение враждебных установок среди молодых людей является часто свидетельством недостаточной социальной адаптации, приводящей к негативизации общества, рост девиаций поведения, повышения уровня преступности, противоправным поступкам. Выявление склонности к враждебным установкам позволило бы избежать деструктивного поведения, что требует особого внимания и исследований.

**Цель работы:** определение склонности к формированию враждебных установок у студентов.

**Материал и методы.** Сплошным методом анонимно было проведено психологическое обследование студентов шестого курса Читинской государственной медицинской академии. На каждого респондента заполнялась специально разработанная карта. Склонность к насильственному экстремизму оценивалась при помощи диагностической методики "Шкалы склонности к экстремизму" (Violent Extremism Attitude Scales - VEAS; Давыдов Д.Г., Хломов К.Д., 2017). Всего в исследование было включено 83 студента в возрасте от 23 до 26 лет. Статистическая обработка результатов осуществлялась с применением методов описательной статистики пакета анализа Microsoft Excel.

**Результаты и обсуждения.** Анализируя полученные данные выявлено, что диспози-

ция "Культ силы" встречается у 31,3% опрошенных. Эта диспозиция связана с восприятием насилия как предпочитаемого способа достижения своих целей и разрешения противоречий, свойственна идентификация себя с образами, воплощающими силу, восприятие реальности в категориях сильный-слабый и господство-подчинение, вера в эффективность насилия как средства решения социальных проблем; его связь со статусом, авторитетом, честью.

У 67,4% обнаружена диспозиция "Допустимость агрессии", что предполагает не только осуществление насилия, но и личную готовность совершить его. Исследователи связывают данный тип диспозиции с накоплением фрустрации. К фрустрации может приводить как реальные финансовые проблемы семьи, отсутствие возможности социального продвижения, завышенными ожиданиями на фоне навязчиво транслируемых в СМИ, социальных сетях ценностей потребления и успеха, так и завышенные ожидания. Естественным следствием фрустрации является агрессия. Если непосредственно проявить агрессию в направлении фрустрирующих объектов человек не может вследствие ожидаемых негативных последствий, то агрессивные импульсы сдерживаются, что может явиться источником дополнительной фрустрации. Сдержанная агрессия обычно направляется не против непосредственного источника фрустрации, а на какой-либо другой объект.

"Интолерантность" определялась у 43,3% респондентов. Данная диспозиция характеризуется стремлением к однозначности образа мира, неприятию отличий других людей, отрицанию возможности инакомыслия и стремлением навязать окружающим свои взгляды любой ценой. Потребность, лежащая в основе интолерантности, отражает необходимость избегать когнитивный диссонанс, имея простой и непротиворечивый образ мира, снять ответственность за оценку других и выбор своего поведения в неоднозначных социальных ситуациях. Диспозиция "Конвенциональное принуждение" выражается в приоритете ценности восстановления справедливости над другими гуманистическими ценностями, причем осуществление этой цели предполагается путем повышения жесткости требований к себе и другим с введением цензуры, она выявилась у 45,7% анкетированных.

Диспозиция "Социальный пессимизм" описывает предрасположенность воспринимать мир как мрачный, непредсказуемый и опасный, верить в пессимистические прогнозы, в основе этой тенденции лежит проекция своих неосознанных, инстинктивных импульсов на внешний мир. Ее встречаемость составила 54,2%.

Наличие диспозиции "Мистичность" продемонстрировали 54,2% студентов, она характеризуется склонностью к уходу от ответственности и потребностью в защите ввиду страха перед реальностью. Стремление к объяснению явлений окружающего мира простыми, но эмоционально яркими схемами, потребности в романтизации и в устранении логических противоречий в своем поведении.

Диспозиция "Деструктивность и цинизм" проявляется в циничном отношении к людям и в очернении различных человеческих проявлений, склонность к ее формированию определена у 61,4% респондентов. Эта диспозиция проявляется как в снижении ценности жизни противников, так и невысокой ценности собственной жизни. Поэтому, жизнь окружающих с легкостью приносится в жертву "идеи", сами противники воспринимаются как неполноценные люди, к которым не следует применять сострадание и нормы человеческих отношений.

Диспозиция "Протестная активность" проявляется потребностью в неадаптивной активности, поиске ощущений, она регистрировалась у 50,6%. Неадаптивная активность, хотя и служит источником развития личности, всегда предполагает определенную вероятность девиаций поведения. Если социальная среда не дает возможности реализовать потребность в поисковой активности, следствием может стать немотивированная жестокость. Более чем для половины респондентов (51,8 %) свойственно игнорирование законов и социальных норм поведения, убежденность в том, что ради дела можно переступить через принятые в обществе нормы поведения (диспозиция "Нормативный нигилизм").

Диспозиция "Антиинтрацепция" выражается в неприятии субъективных проявлений: интроспекции, фантазии, чувственных переживаний и противопоставлении им "объективной" реальности, в ориентации на простые идеи и непосредственные действия она выявлена в 38,5% случаев. Диспозиция "Конформизм" отражает подверженность давлению группы сверстников, слабость внутренних регуляторов поведения, готовность совершить правонарушение "за компанию", она свойственна 51,8 % опрошенных.

**Заключение.** Таким образом, от 30 до 60% студентов имеют потенциальную склонность к формированию разных форм враждебных установок, что может в перспективе негативно сказываться на их социальной адаптации. Полученные результаты следует оценивать с позиции необходимости направленных профилактических мероприятий среди молодежи.

Голыгина С.Е., Сахаров А.В., Федорчук Е.А., Асланова А.Т.,  
Анникова С.Е., Анагдаева Е.Н., Дульбеева А.В.

**МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ  
У ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО И НАРКОЛОГИЧЕСКОГО  
СТАЦИОНАРОВ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ**

*Читинская государственная медицинская академия  
Чита, Россия*

На сегодняшний день все большее внимание уделяется изучению механизмов психологической защиты, т.к. защитные механизмы психики человека направлены на предупреждение расстройств поведения, уменьшение отрицательных и травмирующих переживаний и проявляются на бессознательном уровне. При возникновении психического или наркологического расстройства пациенты нередко без достаточных оснований ожидают от окружающих негативного отношения к себе из-за наличия у них данного расстройства, что влечет за собой нарушение их социальной адаптации, создание препятствий для реализации в социальной сфере, ухудшения качества жизни, снижение самооценки. Преодоление стигматизации лиц с психическими и наркологическими расстройствами признано международным психиатрическим сообществом одним из приоритетных направлений охраны психического здоровья в настоящее время. Именно механизмы психологической защиты позволяют избежать пациенту самостигматизации, поэтому данный вопрос требует особого внимания и исследования.

**Цель работы:** изучение механизмов психологической защиты у пациентов психиатрического и наркологического стационаров в сравнительном аспекте.

**Материалы и методы.** Сплошным методом анонимно было проведено психологическое обследование пациентов с алкогольной зависимостью отделения № 1 Забайкальского краевого наркологического диспансера (группа 1) и пациентов с шизофренией стационарных отделений Краевой клинической психиатрической больницы им. В.Х. Кандинского (группа 2). На каждого респондента заполнялась специально разработанная карта. Механизмы психологической защиты оценивались с помощью опросника Плутчика Келлермана Конте "Методика индекса жизненного стиля (Life Style Index, LSI). Всего в исследование было включено 60 респондентов, из них 30 пациентов наркологического стационара в возрасте от 25 до 53 лет (средний возраст составил  $41,3 \pm 1,7$  лет) и 30 пациентов психиатрического стационара в возрасте от 20 до 50 лет (средний возраст -  $30,9 \pm 1,9$  лет). Соотношение мужчин и женщин в группах было одинаковым, женщины составили 40%, мужчины - 60%. Статистическая обработка результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel и Statistica-10.0. Значимость различий между группами определялась при помощи критерия хи-квадрат Пирсона ( $\chi^2$ ).

**Результаты.** Анализируя полученные данные, выявлено следующее: у пациентов наркологического диспансера преобладают деструктивные механизмы психологической за-

щиты, такие как подавление (60%) и проекция (90%). Подавление или вытеснение - механизм защиты, посредством которого неприемлемые для личности импульсы, желания, мысли, чувства, вызывающие тревогу, становятся бессознательными. Типична ситуация, когда содержательная сторона психотравмирующей ситуации не осознается, и человек вытесняет сам факт какого-либо неблагоприятного поступка, но интрапсихический конфликт сохраняется, вызванное им эмоциональное напряжение субъективно воспринимается как внешне немотивированная тревога. В основе механизма проекции лежит процесс, при котором неосознаваемые и неприемлемые для личности чувства и мысли локализируются вовне, приписывается другим людям и таким образом становятся как бы вторичными. Негативный, социально малоодобряемый оттенок испытываемых чувств и свойств, например, агрессия приписывается окружающим, тем самым оправдывая свою собственную агрессивность или недоброжелательность, которая проявляется, по мнению человека, в защитных целях. Данные механизмы увеличивают риск конфликтного поведения и снижают их адаптационный потенциал.

При этом конструктивные механизмы психологической защиты выражены слабо - интеллектуализация (47%), компенсация (40%). Интеллектуализация проявляется в чрезмерном "умственном" способе преодоления конфликтной или фрустрирующей ситуации без переживаний. Человек пресекает вызванные неприемлемой или неприятной ситуацией переживания при помощи логических установок. При механизме психологической защиты "компенсация" происходит попытка поиска подходящей замены реального или воображаемого недостатка, с помощью фантазирования или присвоения себе достоинств, ценностей, поведенческих характеристик других людей.

У пациентов психиатрического стационара наблюдается обратное взаимоотношение с преобладанием конструктивных механизмов - интеллектуализация (73%,  $p=0,0350$ ), компенсация (53%), что способствует преодолению фрустрирующих обстоятельств, пресечению переживаний при помощи логических установок. Деструктивные механизмы - подавление (40%,  $p=0,0380$ ), проекция (50%,  $p=0,0007$ ) определяются на среднем уровне и значимо ниже, чем у больных алкоголизмом.

Кроме того, у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя часто встречаются следующие механизмы защиты: замещение (70%), регрессия (70%) и отрицание (67%). Механизм психологической защиты "замещение" проявляется в разрядке подавленных эмоций, таких как враждебность или гнев, которые направляются на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, что вызвали отрицательные эмоции и чувства. При форме психологической защиты как "регрессия" личность, подвергающаяся действию фрустрирующих факторов, заменяет решение субъективно более сложных задач на относительно более простые и доступные в сложившейся ситуации. Если личности свойственен такой механизм психологической защиты как "отрицание", тогда наблюдается отрицание тех аспектов внешней реальности, которые, будучи очевидными для окружающих, тем не менее, не принимаются, не признаются самой личностью. Таким образом, информация, которая тревожит или может привести к конфликту, не воспринимается.

У больных шизофренией часто регистрируются механизмы реактивного образования (57%) и отрицания (63%), но значимо реже, в сравнении с 1 группой - замещение (30%,  $p=0,0019$ ). Реактивные образования - это вид психологической защиты нередко воспринимают как гиперкомпенсацию. Выражение неприятных или неприемлемых мыслей, чувств или поступков личность предотвращает путем преувеличенного развития противоположных стремлений. Другими словами, происходит трансформация внутренних импульсов в субъективно понимаемую их противоположность.

Общая напряженность всех методов психологической защиты находится на верхней границе нормы в группе 2 (50%) и незначительно превышает нормативные значения в

группе 1 (53%), что отражает реально существующие, но неразрешенные внешние и внутренние конфликты.

**Заключение.** Выявлено, что у пациентов психиатрического и наркологического профиля выражены механизмы психологической защиты, которые не способствуют их благоприятной социальной адаптации, увеличивают риск конфликтного поведения, отрицание аспектов внешней реальности, а также усиливают самостигматизацию больных. При этом выраженность деструктивных механизмов выше у больных наркологического стационара, что сочетается со сниженным уровнем компенсаторных механизмов, это в свою очередь может приводить к нарушению социальных норм, поведенческим нарушениям и совершению противоправных действий.

Гребень Н.Ф., Григорьева И.В.

### **ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ АГРЕССИВНОСТИ У МУЖЧИН С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ**

*Республиканский научно-практический центр психического здоровья  
Минск, Беларусь*

Отличительной особенностью пациентов с синдромом зависимости от алкоголя являются нарушения социального поведения, которые часто протекают в форме агрессивных действий, что приводит к криминальным деяниям. Согласно различным данным, от 40 до 60% случаев преступлений с применением насилия совершается в состоянии алкогольного опьянения (Разводовский Ю.Е., 2005).

А.С. Дмитриев и соавт. приводят следующие возможные варианты взаимосвязи алкогольной зависимости и агрессивности: агрессивные тенденции могут быть присущи пациенту изначально; агрессивный тип реагирования может возрасти в рамках измененного алкогольного опьянения; к агрессивному поведению приводят изменения личности больных алкоголизмом в результате формирования органического синдрома; агрессивные действия сопровождаются обострением патологического влечения к алкоголю в рамках абстинентного синдрома (Дмитриев А.С., 2008).

На основании проведенных исследований было установлено, что у лиц с алкогольной зависимостью модель поведения "агрессивные действия" выражена на более высоком уровне, чем в выборке здоровых людей (Чхиквадзе Т.В., Беляева Е.Н., 2018); у алкогользависимых отмечается превышение показателей "склонности к раздражительности и гневу как личностной особенности", "экспрессии гнева внутрь"; у зависимых от алкоголя с неоднократным обращением за медицинской помощью отмечается выраженное проявление "вербальной агрессии" и "сиюминутного состояния гнева" (Илюк Р.Д. и соавт., 2012). Исследование соотношения гетеро- и аутоагрессивности показало, что наличие выраженной гетероагрессии не уменьшает, а повышает риск и частоту аутоагрессивных действий у мужчин с алкогольной зависимостью (Меринов А.В., Меденцева Т.А., 2016).

Практический опыт показывает, что при изучении агрессивности у лиц, страдающих алкогольной зависимостью, мы имеем дело с данными диагностического исследования пациентов в трезвом состоянии после купирования абстинентного синдрома. В таком состоянии тестируемые часто ориентируются на социально желаемые ответы, замалчивают, или необъективно оценивают свойственные им проявления агрессивности. Опираясь на данные исследования важно понять, в какой степени агрессивность характерна для лиц с синдромом зависимости от алкоголя.

**Целью** данного исследования было изучение агрессивности и особенностей ее проявления у мужчин с синдромом зависимости от алкоголя. В рамках данного исследования агрессивность рассматривалась как структурное личностное образование, проявляющееся

склонностью к деструктивному поведению, аффективным состояниям (гнев, злость, ярость, раздражительность) и враждебным отношениям.

**Материал и методы исследования.** Всего было обследовано 100 мужчин в возрасте от 24 до 63 лет (средний возраст  $40,7 \pm 8,9$ ). Критерием включения в исследование являлось наличие диагноза синдрома зависимости от алкоголя (F10.2). В выборку вошли лица, совершившие агрессивные и неагрессивные противоправные деяния, привлекавшиеся к уголовной и административной ответственности. Для выявления особенностей агрессивного поведения были применены следующие методики: "Опросник уровня агрессивности Басса-Перри" (в адаптации С.Н. Ениколопова, Н.П. Цибульского), "Виды агрессивности" (Л.Г. Почебут), "Метод Диагностики межличностных отношений" (в модификации Л.Н. Собчик). Статистическая обработка данных включала в себя подсчет описательных статистик, частотный анализ. Статистический анализ данных осуществлялся с применением программы Microsoft статистического пакета SPSS 17.0.

**Результаты исследования и их обсуждение.** По данным теста "Опросник Басса-Перри" у 41% лиц с синдромом зависимости от алкоголя отмечен высокий уровень агрессивности, у 55% - средний, и у 4% - низкий. Значение выше нормативного зафиксировано только по шкале Враждебность ( $M=23,9 \pm 6,1$ ). Также Враждебность оказалась наиболее выраженным фактором в структуре агрессивности, в то время как значения по шкалам Гнев ( $M=19,8 \pm 6,9$ ) и Физическая ( $M=25,1 \pm 7,7$ ) агрессия выражены меньше и примерно в одинаковой степени. Следует отметить, что у мужчин с алкогольной зависимостью в большей степени выражен когнитивный компонент агрессии - враждебность, проявляющаяся как подозрительность и обидчивость.

В определенной степени понять, на что направлена агрессия у зависимых от алкоголя лиц позволяет опросник "Виды агрессивности", согласно которому было получено следующее частотное распределение. У 68% был выражен средний уровень агрессивности, у 20% - высокий, и у 12% - низкий. При этом в структуре агрессивности была наиболее выражена вербальная агрессия ( $M=4,2 \pm 1,9$ ), проявляемая в форме оскорблений, ненормативной лексики. Несколько в меньшей степени, но также достаточно сильно, выражена самоагрессия ( $M=4,1 \pm 1,9$ ), указывающая на ослабление механизмов психологических защит, недовольство собой и склонность к саморазрушению. Далее следует физическая агрессия ( $M=3,8 \pm 2,4$ ), заключающаяся в способности применять физическую силу по отношению к другим людям, животным. Указанные виды агрессивности выражены у лиц с синдромом зависимости от алкоголя в пределах пограничных значений относительно высокого уровня. На среднем уровне зафиксированы предметная ( $M=3,5 \pm 1,7$ ) и эмоциональная агрессии ( $M=2,8 \pm 1,9$ ), предполагающие разрушение предметов и переживания эмоции гнева и ее производных. В целом можно говорить, что доминирует направленность агрессии на других людей (вербальная и физическая) и на самих себя (самоагрессия).

Анализ данных по тесту "Диагностика межличностных отношений" показал, что примерно у половины мужчин, страдающих алкоголизмом, наблюдаются признаки социальной дезадаптации и дисгармоничные межличностные отношения. Согласно представлениям исследуемых о самих себе, наиболее выраженным типом межличностных отношений у них, является Альтруистический (1 ранг,  $M=9,3$ ). Это характеризует их как людей готовых помогать другим и даже приносить в жертву свои интересы, добрых, бескорыстных, способных сострадать. Также опрошенные считают, что им присущи и черты Дружелюбного типа (2 ранг,  $M=8,6$ ): выраженность ориентации на социальное одобрение и принятие, желание заслужить любовь и признание, стремление "быть хорошим" без учета ситуации, общительность, развитость механизмов вытеснения и подавления. Вместе с тем лица с синдромом зависимости склонны быть властными, требующими к себе уважения - Авторитарный тип межличностных отношений (3 ранг,  $M=7,9$ ). Несмотря на то, что в про-

филе межличностных отношений исследуемой группы явно выражен вектор доминирования, достаточно высокие баллы были получены и по шкалам Зависимый (4 ранг,  $M=7,6$ ) и Подчиняемый (5 ранг,  $M=7,5$ ) типы межличностных отношений. Последнее указывает на наличие конфликта разнонаправленных установок - между потребностью в доминировании и необходимостью занимать подчиняемую и зависимую позиции. Это может выступать фактором, провоцирующим агрессивное поведение, а также недовольство собой как самоагрессию. Собственно Агрессивный тип межличностных отношений (6 ранг,  $M=7,1$ ) мужчины не отрицают, но он не столь значимый в общей структуре. Согласно частотному анализу, дезадаптивное проявление агрессивности характерно для 22% лиц с синдромом зависимости от алкоголя. Меньше всего оказались выраженными среди опрошенных Подозрительный (7 ранг,  $M=7,0$ ) и Эгоистичный (8 ранг,  $M=6,5$ ) типы межличностных отношений.

**Заключение.** Таким образом, сопоставив полученные данные, можно заключить, что у порядка 30% мужчин с синдромом зависимости от алкоголя наблюдается высокий уровень агрессивности, детерминирующий риск асоциального и антисоциального поведения. В структуре агрессивности наиболее выражен и превышает нормативные значения когнитивный компонент, по сравнению с эмоциональным и поведенческим. В большей степени мужчины с алкогольной зависимостью склонны проявлять вербальную агрессию и аутоагрессию, направляя ее на других людей и самих себя. Полученные данные обладают практической значимостью и могут быть ориентиром при построении психотерапевтических, реабилитационных и профилактических программ.

Григорьева И.В., Адамчук Т.А.

**ПРЕИМУЩЕСТВА ПРОВЕДЕНИЯ АРТ-ТЕРАПИИ У ЛИЦ  
С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ**

*Республиканский научно-практический центр психического здоровья*

*Минск, Беларусь*

Для лечения и реабилитации зависимых от алкоголя лиц в настоящее время применяются различные методы. В последнее время все большее внимание уделяется применению психотерапевтических методик, в том числе отмечается успешность использования арт-терапии (Schmanke L., 2017; Brooke S.L., 2009; Horay B.J., 2006).

Арт-терапия помогает людям в лечении зависимости от алкоголя выражать те чувства, которые трудно вербализовать. С помощью арт-терапии можно активнее исследовать такие проблемы, как травмы детства, способствующие появлению зависимости, проблемы, связанные с появлением депрессии и тревоги, негативных чувств, связанных с состоянием "падения на дно", понимания того, как зависимость от алкоголя повлияла на отношения с семьей и друзьями. Арт-терапевт может наблюдать за изменениями в настроении и поведении зависимых от алкоголя лиц, за эффектами лечения и реабилитации, отражающимися в изобразительной продукции, которая нередко оказывается чутким индикатором происходящих или грядущих личностных изменений (Копытин А.И., 2000).

Применяемый для этого арт-подход дает возможность сепарироваться от зависимости, выполнять предлагаемые задания заинтересовано и в позитивном расположении. Такой эффект достигается за счет наполнения бессознательной сферы пациента положительными образами, создающими ощущение безопасности.

Методы арт-терапии и психотерапии искусством (терапии творческим самовыражением) могут применяться в работе с наркозависимыми пациентами на базе различных государственных и негосударственных учреждений. На сегодняшний день в Российской Федерации имеется опыт арт-терапевтической помощи наркозависимым пациентам в условиях психиатрических учреждений (Копытин А.И., 2002), наркологических диспансеров, а также специализированных реабилитационных центров.

Разработка повышения качества комплексной медицинской реабилитации в Республике Беларусь и трудовой адаптации лиц с синдромом зависимости от алкоголя, находящихся в лечебно-трудовых профилакториях (ЛТП) требует разработки новых подходов и решений, каким является арт-психокоррекционный подход.

Учитывая актуальность этого направления, нами разработана собственная арт-программа, которая апробирована на контингенте лиц с синдромом зависимости от алкоголя, находящихся в условиях ЛТП. Занятия по арт-терапии носили как диагностический, так и терапевтический характер. Тематика занятий зависела от состояния пациентов и от актуальных для них вопросов.

Практический опыт показывает, что при психокоррекционных вмешательствах зависимых от алкоголя лиц мы сталкиваемся с проявлениями анозогнозии, алекситимии и значительных психологических защит. Высокий уровень алекситимии проявляется в эмоциональных и поведенческих особенностях личности зависимых лиц, выраженных в затруднениях при идентификации и вербализации собственных эмоций и телесных ощущений, бедности воображения и фиксации на внешних событиях в ущерб внутренним переживаниям. Это приводит к хронической дисфории, аффективным вспышкам гнева и проявлениям нонкомплаенса в процессе реабилитации данных лиц. Неустойчивая адаптация и алекситимия являются значимыми факторами риска фиксации синдрома зависимости от алкоголя, так как они используют паттерн копинг-механизма злоупотребления алкоголем для эмоциональной саморегуляции и совладания, создавая одновременно значительный алкогольный дистресс. Недостаток субъективного самоконтроля в эмоциональной сфере приводит к необходимости использования внешних средств, способных повлиять на эмоциональное состояние и прием алкоголя. Применение ими для описания своих эмоциональных переживаний и телесных ощущений метафор, техник визуализации позволяет удерживать аффекты на переносимом уровне и включить осмысление и сопоставление со своим жизненным опытом. Арт-подход позволяет зависимым лицам одновременно получать максимум информации о своих внутренних переживаниях и модулировать свои аффекты, научиться включать защитные механизмы от негативных переживаний и сдерживание патологического влечения к алкоголю.

**Цель** исследования: изучить эффективность применения арт-терапии у зависимых от алкоголя лиц, находящихся в условиях изоляции.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 41 пациент с синдромом зависимости от алкоголя, которые пребывали в условиях изоляции и прошли в процессе комплексной медицинской реабилитации арт-программу "Мудрые перемены". Использовались методики: Торонтская шкала алекситимии (TAS-20); Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги; Шкала депрессии Бека. Основная форма работы - групповой психокоррекционный тренинг в группах от 8 до 12 человек, включающих 30 занятий, от 60 до 90 минут каждое. В арт-программу входят следующие методы: образные метафоры, притчи, сказки, направленная визуализация, технология праймингового программирования, техники оригами, метод кайдзен "Принцип минуты в эффекте Домино" и работа с иррациональными убеждениями. Пациенты на первых этапах групповой работы, получили возможность преодолеть собственное сопротивление и проекции посредством вовлечения в творческий процесс, в безопасной обстановке проработать межличностные конфликты в метафорической форме, осознать свои деструктивные паттерны поведения и выработать новый подход к решению сложных вопросов.

**Результаты.** До проведения арт-терапии "алекситимический" тип личности отмечался у 81% лиц, риск алекситимии отмечен у 9,5% лиц, отсутствие признаков у 9,5% лиц. Показатели до и после проведения арт-терапии изменились: по шкале трудности идентификации чувств с  $27,8 \pm 7,8$  до  $22,0 \pm 9,2$  ( $p=0,001$ ); по шкале трудности с описанием чувств



другим людям с  $16,7 \pm 4,7$  до  $14,7 \pm 6,8$  ( $p=0,018$ ); по шкале внешне-ориентированный тип мышления с  $25,7 \pm 5,7$  до  $21,9 \pm 4,8$  ( $p=0,03$ ).

После проведения отмечено значительное снижение показателей проявления алекситимии: алекситимический тип был выявлен у 52,4% лиц, риск алекситимии отмечен у 23,8%, отсутствие признаков у 23,8%. Таким образом, снижение проявления алекситимического типа на 28,6% подтверждает эффективность применения арт-терапии и повышения уровня субъективного контроля в эмоциональной сфере данных лиц.

Анализ психодиагностического исследования у большинства пациентов показал, что у 73% пациентов выявлены различного уровня нарушения настроения. До проведения арт-программы общее количество депрессивных состояний различной степени тяжести по шкале Бека отмечалось у 73% лиц группы: у 2,4% пациентов выявлено наличие депрессии тяжелого уровня, у 12,2% - выраженная депрессия, у 22% - умеренной депрессии, у 36,6% пациентов отмечалась легкая степень депрессии и только у 26,8% - проявлений депрессии выявлено не было. После реализации арт-программы проявления депрессии отсутствовали у 68,3%, легкая степень депрессии наблюдалась у 26,8% и умеренная - у 4,9%. Отсутствие депрессии у 68,3% лиц свидетельствует об эффективности проведенного арт-терапевтического подхода. Общие показатели до и после проведения арт-терапии по шкале депрессии Бека показали снижение уровня депрессии с  $14,9 \pm 8,7$  до  $8,9 \pm 3,3$  ( $p=0,01$ ).

Показатели до и после проведения арт-терапии по HADS продемонстрировали снижение уровня по шкале тревоги с  $10,8 \pm 2,3$  до  $5,6 \pm 2,7$  ( $p=0,0006$ ) и по шкале депрессии с  $11,0 \pm 3,9$  до  $3,8 \pm 3,1$  ( $p=0,0008$ ).

Выявленные корреляционные связи показали, что алекситимия у лиц с синдромом зависимости от алкоголя по шкале "трудности оценки чувств" прямо взаимосвязана с тревогой, со шкалой безнадежности по Беку ( $R=0,55$   $p=0,02$ ), что указывает на увеличение дистанцированности по отношению к собственному опыту при зависимости от алкоголя.

**Заключение.** Таким образом, выраженное негативное отношение к собственному будущему зависимых лиц прямо связано с невозможностью идентифицировать собственные чувства. Следовательно, арт-терапия позволяет улучшить качество жизни лиц, с синдромом алкогольной зависимости, познать себя, найти способ адекватной переработки негативных эмоций через создание художественных образов.

Арт-терапевтическая программа выхода из зависимости от ПАВ направлена на снижение сопротивления и формирование альтернативной модели нового жизненного сценария, основанного на трезвой жизненной концепции

Давыдова Ю.Д., Казанцева А.В., Еникеева Р.Ф., Мустафин Р.Н.,  
Лобаскова М.М., Малых С.Б., Хуснутдинова Э.К.

### **ВОВЛЕЧЁННОСТЬ ГЕНОВ IL1B И CRP В РАЗВИТИЕ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

*Институт биохимии и генетики Уфимского федерального  
исследовательского центра Российской академии наук  
Башкирский государственный медицинский университет  
Психологический институт Российской академии образования  
Уфа, Москва, Россия*

Несмотря на интенсивные молекулярно-генетические исследования, проводимые в течение последних десятилетий, природа агрессии в человеческом обществе всё ещё остаётся не до конца изученной, что в определённой степени обусловлено сложностью взаимодействия как генетических, так и средовых факторов, лежащих в основе развития данного личностного конструкта.

Одной из гипотез формирования агрессивного поведения (АП) представляется гипотеза о наличии воспалительного процесса в организме, о чём свидетельствуют данные о повышенной агрессивности у пациентов, которые проходили иммунотерапию цитокинами (Pesce M. et al., 2011). Увеличение концентрации цитокинов в крови, как известно, сопровождается повышением проницаемости гематоэнцефалического барьера, что может приводить к способности циркулирующих в крови воспалительных медиаторов проникать в мозг, запускать нейровоспалительные реакции, что может способствовать развитию различных психопатологий, в том числе АП (Давыдова Ю.Д. и др., 2019).

Кроме того, повышение концентрации цитокинов у здоровых индивидов может быть связано с различными стрессовыми воздействиями, к которым относятся: неблагоприятная обстановка в семье, низкий уровень материального состояния, жестокое обращение в детстве, депрессия и курение матери, а также ряд воздействий в период пренатального развития. Так, перенесенный в детстве стресс вызывает долговременное эпигенетическое перепрограммирование, изменяющее экспрессию многих генов не только в головном мозге, но и в других системах, включая нейроэндокринную и иммунную, влияя, таким образом, на поведение во взрослой жизни (Мустафин Р.Н. и др., 2019).

В связи с этим, целью данного исследования является оценка основного эффекта полиморфных локусов генов интерлейкина-1 $\beta$  (IL1B, rs16944) и С-реактивного белка острой фазы воспаления (CRP, rs3093077), а также ген-средовых взаимодействий в развитии агрессивного поведения у психически здоровых индивидов.

**Материал и методы исследования.** В исследовании приняли участие 999 индивидов (80,55% женщин) без наследственной отягощённости психическими заболеваниями (средний возраст 19,98 $\pm$ 1,80 лет), из них: русских-327, татар-242, удмуртов-233, башкир-112, метисов-85.

Для определения уровня агрессивности был использован опросник Басса-Перри (Buss-Perry Aggression Questionnaire, BPAQ-29). Генотипирование полиморфных локусов осуществлялось методом ПЦР в реальном времени.

Статистическая обработка данных включала линейный регрессионный анализ (PLINK v.1.9). Для коррекции на множественность сравнений была осуществлена процедура FDR (False Discovery Rate).

**Результаты и обсуждение.** Результаты оценки распределения частот аллелей и генотипов полиморфных локусов генов IL1B (rs16944) и CRP (rs3093077) соответствовали распределению Харди-Вайнберга ( $p=0,11$  и  $p=0,83$ , соответственно). В результате линейного регрессионного анализа не было выявлено ассоциации полиморфных локусов генов IL1B и CRP с вариациями уровня агрессивности ( $p>0,05$ ). Последующий стратификационный анализ показал, что носители аллеля rs16944\*А гена IL1B в этнической группе татар демонстрировали повышенный уровень агрессивности ( $\beta=3,98$ ,  $r^2=0,02$ ,  $p=0,02$ ).

Но, как известно, источниками популяционной стратификации являются как различия в частотах аллелей и генотипов полиморфных маркеров генов-кандидатов, так и вариации в традициях, социальных нормах, религии между этническими группами, а также определенный национальный стереотип поведения (Малых С.Б. и др., 2020). Согласно исследованию Е.В. Сараевой (2010), национально-психологическими особенностями татар, предрасполагающими к проявлению АП, являются: острое национальное самолюбие, настойчивость, резкая прямота суждений, групповая и национальная сплочённость, а также другие качества, связанные с волевыми характеристиками личности.

В ходе анализа ген-средовых взаимодействий было отмечено влияние сезона рождения на ассоциацию аллеля rs16944\*А гена IL1B с агрессивностью. Так, носители аллеля rs16944\*А, родившиеся летом, характеризовались более высоким уровнем агрессивности ( $\beta=5,63$ ,  $r^2=0,04$ ,  $p=0,03$ ). Предполагается, что вовлеченность "сезона рождения" в вари-

ции агрессивности и других свойств личности может быть опосредована сезонными изменениями в частоте некоторых инфекционных заболеваний, различиями в рационе питания в период пренатального развития и другими особенностями. Данные факторы могут оказывать влияние на возникновение врожденных структурных и функциональных изменений мозга, а также на уровень активности нейромедиаторных систем (Малых С.Б. и др., 2020).

Заклучение. Таким образом, в настоящем исследовании установлен модулирующий эффект этнической принадлежности и сезона рождения на ассоциацию полиморфного локуса rs16944 гена IL1B с развитием агрессивности, что может быть обусловлено изменениями в эпигенетической регуляции гена под действием данных факторов, которые в определенных условиях могут выступать в качестве стрессовых.

Работа выполнена в рамках государственного задания Минобрнауки РФ (№АААА-А16-116020350032-1) при частичной поддержке грантов Республики Башкортостан молодым учёным на 2020 г. (договор №9ГР) и РФФИ (№17-29-02195 офи\_м). Образцы ДНК взяты из ЦКП "Коллекция биологических материалов человека" ИБГ УФИЦ РАН, поддержанного Программой биоресурсных коллекций ФАНО России (соглашение №007-030164/2).

Дашиева Б.А., Гончикжапова Э.Б.

## **СОЦИО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОДРОСТКОВ - ПАЦИЕНТОВ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ**

*Научно-исследовательский институт психического здоровья,  
Томский научный исследовательский медицинский центр Российской академии наук  
Томск, Россия*

По данным за 2018 год о наркологической ситуации в Республике Бурятия (РБ), отмечается увеличение распространенности наркологическими расстройствами среди несовершеннолетних по сравнению с 2017 годом на 11,3% (с 39,7 на 100 тыс. нас. до 44,2, в абсолютных числах - с 103 человек до 116), в т.ч. по г. Улан-Удэ - на 18,4% (с 45,2 на 100 тыс. нас. до 53,5 - с 46 подростков до 60). В последние годы в России имеется уверенная тенденция приобщения подростков к употреблению новых "дизайнерских" наркотиков (Егоров А.Ю., Кошкина Е.А., 2019), однако в РБ, по-прежнему, ведущие позиции занимает употребление продуктов растений каннабисной группы. В настоящее время при, несомненно, большом вкладе врачей-наркологов и сотрудников заинтересованных ведомств в первичную профилактику наркоманий у подростков, недостаточно внимания уделяется изучению клинко-психопатологических и социо-демографических особенностей подростков - пациентов наркологического профиля.

**Целью** исследования явилось изучение социо-демографических, клинических и психологических характеристик подростков Республики Бурятия, прошедших стационарное лечение в Республиканском наркологическом диспансере.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 47 историй болезни подростков - пациентов Республиканского наркологического диспансера (г. Улан-Удэ) с диагнозами кластера F1 (по МКБ-10) за период с 01.2016 по 07.2019г.

Из 47 историй болезни 5 подростков госпитализировались дважды, один - трижды и один - шестикратно. Также в исследуемой группе были два мальчика 8 и 9 лет, по формальным признакам не относящиеся к подросткам. Тем не менее, анализ данных случаев приобретает ценность в плане дальнейшей качественной практической работы с подростками и их родителями на ранних этапах формирования аддиктивной патологии. Таким образом, в анализируемую группу вошли 35 подростков (32 мальчика и 3 девочки в возрасте от 8 до 17 лет), средний возраст составил  $14,9 \pm 2,5$  лет. Среди госпитализированных

подростков преобладали лица славянской национальности, был лишь один подросток-бурят и две метисированные девочки. В районах проживали 24 подростка (69%), в городе Улан-Удэ - 11(31%). В средней школе обучались 63% исследуемых, среднее специальное образование получали 28,5% респондентов, нигде не учились 8,5%.

Согласно сведениям, отраженным в историях болезни, каждый второй подросток (57%) совершал противоправные действия и привлекался к уголовной ответственности, многие - неоднократно по одной и той же статье, а 40% из них - одновременно по двум статьям. По структуре статей УК преобладают корыстные преступления, на них приходится 80%, в том числе 55% - кража (ст. 158) и 25% - грабеж (ст. 161). По ст. 228 ч. 2 (употребление, приобретение и распространение растений, содержащих наркотические вещества, в особо крупных размерах) привлекался каждый четвертый (25%), именно с данным правонарушением связан рецидивность противоправных действий. На статьи 116, 166 и 217 приходятся единичные случаи.

Большинство подростков (52%) росли в полных семьях, из них 18% проживали с родными родителями, почти столько же (20%) - в семье с неродным родителем (мачехой/отчимом), с приемными родителями проживали 14%. Треть подростков (34%) воспитывались одним родителем, в детском доме - 11% и 1 респондент (3%) воспитывался прародителями. Для изучения наследственной отягощенности по алкогольной зависимости оценивались сведения о злоупотреблении алкоголем среди биологических родителей (n=70) и ближайших родственников пациентов (родные сестры/братья, тети/дяди и дедушки/бабушки, n=35). Выявлено, что 80% отцов и 16% матерей имели проблемы с алкоголем, случаи семейного алкоголизма составили 19%. При этом отсутствуют какие-либо сведения по 9% отцов и 3% матерей, обычно, это касается детей из приемных семей. В приемных семьях отмечаются единичные случаи эпизодического употребления спиртных напитков. Среди ближайших родственников с высокой долей вероятности злоупотребляли алкоголем 57% из числа тех, по которым имелись подобного рода сведения. Об отсутствии признаков алкогольной зависимости у матери сообщают 51% подростков, у отца - лишь 11%. Сведения о соматической патологии фиксировались в истории болезни со слов подростка и/или законного представителя. О перенесенной черепно-мозговой травме сообщили 37% подростков, патологии желудочно-кишечного тракта - 11%, патологии органов дыхания - 9%, патологии органов кровообращения (ВПС) - 3%, инфекционные болезни (герпес, ВИЧ-инфекция и гепатит С) - по 3%. Заявили о себе как о "здоровых" 31% подростков.

**Результаты.** Средний возраст первой пробы наркотика у респондентов составил 12±2,8 лет. Средний возраст начала регулярного употребления 13±2,8 лет. Синдром отмены сформирован у 11 обследуемых, из них 9 подростков перенесли психотический эпизод на фоне употребления ПАВ. В группах, разделенных по полу, синдром зависимости выявлен у 10 мальчиков и одной девочки (27,5% от общего количества подростков). Структура синдрома зависимости у мальчиков представлена в 70% случаев - от каннабиноидов (n=7), по 10% - от алкоголя, стимуляторов и летучих углеводородов. У девочки диагноз синдрома зависимости вызван употреблением стимуляторов. Диагноз пагубного употребления отмечен у 25 мальчиков: на каннабиноиды приходится 36% (n=9), далее следует потребление респондентами летучих углеводородов - 32% (n=8), проблема употребления алкоголя выявляется у 28% подростков (n=7) и 4% (n=1) - отмечены последствия потребления галлюциногенов. Также данный диагноз выявлен у 2 девочек с употреблением алкоголя и каннабиноидов. Сочетанная наркологическая патология диагностирована у трех пациентов мужского пола.

В качестве коморбидного психического расстройства отмечена только такая "заметная" психическая патология, как умственная отсталость (F70) - в двух (4%) из 47 историй болезни. При этом в двенадцати историях имеются психологические описания, свидетельствующие о снижении когнитивных функций, не связанном с употреблением психоактив-

ных веществ (ПАВ); у одной пациентки при психологическом исследовании отмечен выраженный клинический уровень тревоги и депрессии; у двух подростков при поступлении в стационар указываются аффективные симптомы, подтверждаемые в дальнейшем при психологическом обследовании, у одного из этих подростков - актуальная психотравмирующая ситуация (суицид отца); у 4 подростков имеются указания на суицидальные попытки в анамнестических сведениях, у двоих из этих подростков в период пребывания в стационаре описаны в дневниках наблюдения суицидальные попытки. Все эти симптомы, не являющиеся проявлениями аддиктивной патологии, не находят отражения в квалификации психического статуса подростков, находящихся на лечении в наркологическом диспансере.

По результатам психологического обследования типов акцентуаций (по классификации К. Леонгарда) наиболее часто выявляются аффективно-экзальтированный (29%), гипертимный (23%) и демонстративный (14%) типы, далее с одинаковой частотой встречаются возбудимый, застревающий и интравертированный типы (по 11%), реже всего у подростков встречаются акцентуации аффективно-лабильного и эмотивного типов (по 3%).

Заключение. Социо-демографические характеристики исследуемой группы не имеют существенных различий с данными, представленными в работах ведущих отечественных исследователей в сфере наркотизма у подростков (Пятницкая И.Н., Григорьева Н.Н., 2002; Иванец Н.Н., Надеждин А.В., 2002; Егоров А.Ю., 2018). Тем не менее, в практической работе с данным контингентом больных в наркологическом отделении должны учитываться выявленные клинические особенности, а именно: преобладание в структуре наркопотребления препаратов каннабисной группы (36% - при пагубном употреблении и 70% - при синдроме зависимости), что объясняется легкодоступностью данного вида ПАВ. Употребление ПАВ подростками в 57% случаев сопряжено с совершением ими противоправных действий со склонностью к их повторению. Прогностически неблагоприятными являются характеристики: пагубное употребление летучих углеводородов (у 25% респондентов), особенно подростками младшего возраста; большая представленность сочетанного употребления различных видов ПАВ среди сельских подростков из числа респондентов исследуемой группы.

**Выводы.** В ходе данного исследования выявлены следующие характеристики пациентов наркологического профиля подросткового возраста: это, преимущественно, мальчики (91%), проживающие в сельской местности (69%), обучающиеся в средней школе (63%), воспитываемые в дисфункциональных семьях (82%), где оба родителя (19%) или отец (80%), злоупотребляют алкоголем и чьи ближайшие родственники (57%) употребляют алкоголь и/или наркотики. В клинической составляющей преобладают диагнозы пагубного употребления (72,5%), в большинстве случаев от употребления каннабиноидов (36%), летучих углеводородов (32%) и алкоголя (28%). Диагноз синдрома зависимости представлен в 70% у потребителей каннабиноидов. Отмечается ранний возраст начала активного употребления ( $13 \pm 2,8$  лет) с момента первой пробы ( $12 \pm 2,8$  лет) ПАВ. Наличие синдрома отмены протекает с большей встречаемостью (81%) психотического эпизода на фоне употребления наркотика в анамнезе. Развитие личности преимущественно по аффективно-экзальтированному и гипертимному типу. В анамнезе достаточно часто отмечается черепно-мозговая травма. Симптомы аффективной патологии, невротических, органических и поведенческих расстройств не находят отражения в диагностике коморбидной патологии.

Результаты могут служить основанием для разработки мероприятий по лечебной и профилактической деятельности наркологической службы в Республике Бурятия. Большое значение приобретают преемственность психиатрической и наркологической служб, активизация профилактической работы среди сельских жителей с учетом этносоциокультурных условий, межведомственное взаимодействие служб, работающих с подростками и семьей, в сельской местности - повышение родительской компетентности и привлечение к взаимодействию с сельскими подростками представителей местных администраций и общественных деятелей. Необходимым также является изучение этнокультурного аспекта наркотизма у подростков.

Днепровский В.С., Головнев А.А.

## **АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**

*Забайкальский краевой наркологический диспансер*

*Чита, Россия*

Проблема распространения наркологических расстройств актуальна для отдельных регионов и для России в целом, так как каждая группа таких расстройств имеет большие социальные последствия и наносит колоссальный вред здоровью населения страны.

**Цель исследования:** провести эпидемиологический анализ показателей заболеваемости и болезненности алкогольных расстройств среди взрослого населения Забайкальского края.

**Материалы и методы:** изучены статистические данные ГАУЗ "Забайкальский краевой наркологический диспансер" (далее - ГАУЗ ЗКНД) в динамике за 16 лет (2004-2019 годы). Обработка данных проводилась при помощи пакета программ "STATISTICA-10".

**Результаты.** Анализ данных проводился по четырем нозологическим формам: 1) синдром зависимости от алкоголя, включая алкогольные психозы; 2) алкогольные психозы; 3) употребление алкоголя с вредными последствиями; 4) алкогольные расстройства (всего).

Заболеваемость синдромом зависимости от алкоголя, включая психозы, в 2019 году в Забайкалье составила 96,7 на 100 тыс. взрослого населения, что выше показателя по РФ (52,8 в 2018 г.) ( $p < 0,001$ ) и соответствует таковому по ДФО 94,1 ( $p > 0,1$ ). Показатель болезненности синдромом зависимости, включая психозы, в 2019 году составил 1204,3 на 100 тыс. взрослого населения, что выше показателя РФ (937,1 в 2018 г.) ( $p < 0,001$ ) и ниже показателя ДФО (1328,7 в 2018 г.) ( $p < 0,001$ ). В динамике за 16 лет показатель заболеваемости в крае снизился в 2,1 раза; болезненности - в 1,5 раза. Указанные данные свидетельствуют о формировании положительных тенденций в крае. Но, несмотря на снижение показателей в динамике за 16 лет, в 2019 году они существенно выше данных показателей по России.

Заболеваемость алкогольными психозами в крае в 2019 году составила 19,5 на 100 тыс. взрослого населения, что выше, чем по РФ в 2018 г. (12,6) и соответствует таковой по ДФО в 2018 г. (21,2) ( $p > 0,1$ ). Показатель болезненности алкогольными психозами в 2019 году в Забайкалье составил 25,1 на 100 тыс., что ниже такового по России (32,1) ( $p > 0,1$ ) и по ДФО (44,6) ( $p < 0,01$ ). В динамике за 16 лет показатель заболеваемости снизился в 4,7 раза, болезненности в 3,7 раза. Данная динамика является положительной и характеризует снижение показателей заболеваемости алкогольными расстройствами в целом.

Употребление алкоголя с вредными последствиями как показатель является важным, поскольку отражает начальные стадии алкогольных расстройств; диагностически он позволяет оказать своевременное лечение и предотвратить развитие зависимости и ее осложнений.

В 2019 году показатель заболеваемости употреблением алкоголя с вредными последствиями в Забайкалье составил 39,7 на 100 тыс. взрослого населения, оказался несколько выше такового по РФ (31,5,  $p < 0,02$ ), и соответствует показателю по ДФО. Краевой показатель заболеваемости в динамике за 16 лет был не стабилен, однако, имеет четкую тенденцию к снижению (уменьшился в 2 раза). Показатель болезненности в 2019 году в крае составил 153,1 на 100 тыс. взрослого населения и соответствует показателю по России (2018 г.) и ДФО (2018 г.) ( $p > 0,1$ ). Динамика показателя болезненности употреблением алкоголя с вредными последствиями нестабильна, и за 16-ти летний период имеет два периода роста: с 2004 по 2009 годы и с 2014 по 2019 годы; и один периода спада - с 2009 по 2014 годы. Периоды роста, безусловно, являются положительными, так как они обуславливают своевременную диагностику ранних донозологических форм алкоголизма.

Впервые зарегистрированные случаи алкогольных расстройств в совокупности в Забайкалье в 2019 году составили 136,4 на 100 тыс. взрослого населения, что выше соответствующего по России ( $p < 0,001$ ), и ниже по ДФО ( $p < 0,001$ ). В динамике за 16 лет показатель уменьшился в 1,8 раза. Распространенность общей заболеваемости алкогольными расстройствами (всего) в 2019 году в крае составила 1357,4, что соответствует таковому по РФ ( $p < 0,001$ ), но по ДФО данный показатель в 2018 году оказался выше и составил 1968,0 на 100 тыс. взрослого населения ( $p < 0,001$ ). В динамике по краю показатель болезненности всеми алкогольными расстройствами уменьшился в 1,8 раза.

**Заключение.** Таким образом, анализируя показатели распространенности алкогольных расстройств среди взрослого населения в Забайкалье, можно сделать следующие выводы: показатели заболеваемости и болезненности синдромом зависимости от алкоголя, включая психозы, в крае снизились за 16 лет, однако в 2019 году выше общероссийского; показатели заболеваемости и болезненности алкогольными психозами в динамике за 16 лет снизились, но в 2019 году соответствуют таковым по РФ; показатель заболеваемости употреблением алкоголя с вредными последствиями в 2019 году выше такового по РФ, но в динамике за 16 лет также снизился. Вышеперечисленное свидетельствует об эффективности работы наркологической службы Забайкальского края.

Доржиева О.А., Сансанова Л.Б., Тышкенова М.С., Бубаев Б.А.  
**ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ У ПАЦИЕНТОВ  
С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**  
*Республиканский наркологический диспансер  
Улан-Удэ, Россия*

Злоупотребление алкоголем является одной из актуальных проблем современного общества. Доступность и "популярность" алкогольной продукции, социально-экономическая нестабильность, психологическая напряженность, неорганизованность досуга и адаптивных форм отдыха, а также других социально значимых факторов способствуют росту алкоголизации населения. Последствия заболевания значительны: глобальные поражения центральной нервной системы, органические изменения головного мозга, что в итоге приводят к деформации и деградации личности, ее морально-нравственных устоев, ценностных ориентаций, а также формированию целого ряда хронических заболеваний, социальных и зачастую правовых последствий.

В настоящее время большое внимание уделяется комплексному подходу в терапии данного заболевания. Алкоголизм нельзя рассматривать лишь как узко медицинскую проблему, эта болезнь поражает не только отдельно взятые личности, но и общество в целом. Причин алкоголизации населения множество, это может быть следствие социально-психологической дисфункции, влияние различных факторов микро- и макросреды зависимого. В вопросе оказания помощи пациентам, страдающим зависимостью от алкоголя и других психоактивных веществ, в наркологическом диспансере Республики Бурятия предусмотрен мультибригадный подход. Пациент, оказавшийся в трудной жизненной ситуации, связанной со злоупотреблением психоактивных веществ, получает не только медикаментозную, но также психологическую и социальную помощь.

Проводя работы по исследованию вопросов, связанных с алкоголизмом, Американская медицинская ассоциация более 25 лет назад классифицировала алкоголизм как серьезное заболевание с ярко выраженными и прогрессирующими симптомами. В МКБ-10 синдром зависимости определяется как комплекс соматических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление психоактивного вещества или класса психоактивных веществ начинает занимать более важное место в системе ценностей человека,

чем другие формы поведения, которые ранее были более важными для него. Основной описательной характеристикой синдрома зависимости является желание (часто сильное, иногда непреодолимое) употреблять психоактивные вещества: алкоголь табак и т.д. В совокупности определение алкоголизма в большинстве случаев - это болезненное пристрастие к этиловому спирту, развивающееся на основе привычного его употребления, а в дальнейшем регулярного и длительного, ведущее к изменениям степени его переносимости и к утрате человеком социально ценных духовных, моральных и физических качеств.

Учет психологических аспектов наркологического заболевания являются важным в оказании медицинской помощи. В вопросе "обращения" человека к алкоголю, как способу "разрешения" стрессовой ситуации, а именно неадаптивной формы поведения, важно отметить копинг-стратегии человека. Копинги (копинг-стратегии, копинг-механизмы) - это способы действий, которые совершает человек, чтобы справиться со стрессом. Эти стратегии используются, чтобы справиться с запросами обыденной жизни. Впервые термин появился в психологической литературе в 1962 году, Л. Мэрфи применил его, изучая, каким образом дети преодолевают кризисы развития. Четыре года спустя, в 1966 году Р. Лазарус в своей книге "Психологический стресс и процесс совладания с ним" обратился к копингу для описания осознанных стратегий совладания со стрессом и с другими порождающими тревогу событиями.

Следует отметить, что копинг - это процесс, который все время изменяется, поскольку личность и среда образуют неразрывную, динамическую взаимосвязь и оказывают друг на друга взаимное влияние. В нашей работе использована методика копинг-поведения Е. Heim, позволяющей исследовать 26 ситуационно-специфических вариантов копинга, распределенных в соответствии с тремя основными сферами психической деятельности на когнитивный, эмоциональный и поведенческий копинг-механизмы. По степени адаптивных возможностей данные копинг-механизмы разделены на адаптивные, относительно адаптивные и неадаптивные. Согласно инструкции пациентам предлагается опросник с тремя блоками (когнитивные, эмоциональные и поведенческие копинг-стратегии), в каждом из которых они выбирают по одному наиболее близкому варианту разрешения трудной ситуации.

Мы исследовали особенности копинг-стратегий у пациентов с алкогольной зависимостью, получающих амбулаторную медицинскую помощь в ГАУЗ "Республиканский наркологический диспансер" МЗ РБ. Всего в исследовании приняло участие 70 человек с установленным диагнозом F 10.2 согласно МКБ-10, в период с 2019 по 2020 годы. В результате мы получили следующие статистические данные: варианты адаптивного копинг-поведения - у 57% пациентов, относительно адаптивные варианты- у 26%, неадаптивные варианты- у 16%. Однако, большая часть из адаптивных вариантов копинг-поведения - это эмоциональная сфера, а именно оптимизм "Я всегда уверен, что есть выход из трудной ситуации", всего 80% опрошенных выбрали данный вариант ответа. Среди когнитивных способов чаще всего выбирают неадаптивный копинг диссимуляцию - "Это несущественные трудности, не все так плохо, в основном все хорошо" (20%). Среди поведенческих способов совладания с трудными ситуациями 30% пациентов выбрали отвлечение "Я погружаюсь в любимое дело, стараясь забыть о трудностях", что является относительно адаптивным копингом. В меньшей степени были выбраны неадаптивные формы поведения - смирение, растерянность, подавление эмоций, самообвинение, агрессивность, отступление, что в свою очередь, тоже является одним из возможных факторов срыва ремиссии. Выбранные копинги зачастую совпадали со способами совладания с трудными жизненными ситуациями, которые описывали пациенты при сборе анамнеза.

Копинги являются одним из показателей адаптивности человека, его защитно-компенсаторной системы. Анализ полученных результатов позволяет сделать вывод, что у пациентов с алкогольной зависимостью на эмоциональном уровне присутствует позитив-



ный настрой, который рассогласован с копингами на уровне мышления (когнитивной сферы) и поведения. То есть оптимизм, присущий пациентам с диагнозом F 10.2, не подкреплен адаптивными когнитивными стратегиями, например, "проблемным анализом" или такими поведенческими стратегиями как "сотрудничество", "обращение за помощью". Особенно в периоды спонтанных ремиссий или после краткосрочного дезинтоксикационного лечения в наркологическом стационаре у многих пациентов наблюдается оптимистичный настрой, сопровождающийся некой эйфорией и наличием нереалистичных планов на будущее. Несформированность адаптивных способов совладания со стрессовыми ситуациями является одной из психологических причин рецидива. Учитывая биопсихосоциальную парадигму болезни, можно говорить о взаимном влиянии биологических факторов и социально-психологических особенностей. Пациентам с алкоголизмом присущи различные дисфункциональные когниции (глубинные убеждения), касающиеся их самооценки, взаимодействия с другими людьми - "я слабый, никчемный", "у меня не получится", "я ни на что не гожусь", "я хуже других" и др. Возможно, эти дисфункциональные когниции способствуют формированию когнитивных копингов диссимуляции, игнорирования, растерянности. Ригидный ответ в ситуациях дистресса выражается в неадаптивных или относительно адаптивных поведенческих стратегиях - избегании, отвлечении, что становится почвой для срыва. Психологические аспекты провоцируют биологические механизмы зависимости и наоборот. Мультибригадная модель в наркологии обеспечивает решение этой гетерогенной клинической проблемы.

Как уже было указано ранее, копинг-стратегии - это непрерывно меняющиеся попытки справиться с жизненными трудностями, и потому обучение новым адаптивным способам является одной из основных задач в оказании психологической помощи пациентам, страдающим алкогольной и другими видами зависимости. Причем информирование о влиянии копинг-стратегий на психологическое и физическое здоровье, обучение широкому спектру способов совладания со стрессовыми ситуациями являются важными терапевтическими подходами. Большую ценность представляет богатый арсенал когнитивно-поведенческих методов психотерапии в рамках динамического наблюдения пациентов с алкогольной зависимостью.

Дубинин О.П.

**РЕАЛИЗАЦИЯ РЕГИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА  
"УКРЕПЛЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ"  
Забайкальский краевой наркологический диспансер  
Чита, Россия**

Одним из новых национальных проектов федерального масштаба, принятых в России на период с 2019 по 2024 годы, выступает национальный проект "Демография", который является продолжением части приоритетных проектов из направления "Здравоохранение", в том числе "Формирование здорового образа жизни", реализуемого с 2017 года.

Целью проекта является увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни до 67 лет; снижение смертности населения старше трудоспособного возраста, а также увеличение суммарной рождаемости. Также одними из основных целей являются увеличение доли граждан, ведущих здоровый образ жизни, увеличение доли граждан до 55 процентов, систематически занимающихся физической культурой и спортом.

В целях реализации национального проекта "Демография" в 2019 году началась реализация регионального проекта "Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая отказ от вредных привычек (Укрепление общественного здоровья)". Главной задачей данного проекта является создание системы мотивации граждан к

здоровому образу жизни, включая отказ от вредных привычек, формирование системы общественного здоровья, охватывающей все сферы жизни человека посредством эффективного межведомственного и междисциплинарного взаимодействия на уровне региона и муниципалитетов. Дополнительное финансирование мероприятий регионального проекта не предусмотрено, реализация осуществляется в рамках текущего финансирования медицинских организаций.

В соответствии с утвержденным региональным проектом, в 2019 году в Забайкальском крае была реализована информационно-коммуникационная кампания по продвижению идей здорового образа жизни с использованием краевых телекоммуникационных каналов телевидения и радио, официальных интернет-сайтов и групп в социальных сетях, периодических печатных изданий, через трансляцию аудио и видеорекламы социального характера в супермаркетах, в медицинских организациях. По данным ГУЗ "Краевой центр медицинской профилактики", на телевидении вышло более 150 сюжетов, на радио более 500 эфиров, в периодической печати и на сайтах размещено порядка 1500 материалов, в социальных сетях 480 материалов. В рамках реализации мероприятий по формированию приверженности граждан к здоровому образу жизни с привлечением социально ориентированных некоммерческих организаций и волонтерских движений проведено 27 краевых межведомственных информационных акций для населения с привлечением 276 волонтеров из различных образовательных организаций, НКО "Трезвое Забайкалье", НКО "За здоровое Забайкалье", "Союз женщин Забайкальского края". Волонтерам зачтено 112 часов участия, ими охвачено работой более 12 тысяч благополучателей. Общий охват медико-гигиеническим обучением по формированию здорового образа жизни всех возрастных контингентов по краю составил порядка 750 тыс. человек (68% населения), тираж наглядных тематических материалов, выданных населению 410 тысяч экземпляров.

Распоряжением Губернатора Забайкальского края от 14 декабря 2018 № 497-р "Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая отказ от вредных привычек (Укрепление общественного здоровья)" утвержден паспорт проекта, в котором предусмотрено 4 целевых показателя: розничные продажи алкогольной продукции на душу населения (в литрах); смертность мужчин в возрасте 16-59 лет (на 100 тыс. населения); смертность женщин в возрасте 16-54 лет (на 100 тыс. населения); обращаемость в медицинские организации по вопросам здорового образа жизни (тысяч человек).

Целевой показатель регионального проекта "Розничные продажи алкогольной продукции на душу населения (в литрах)" предусматривает снижение продаж с 5,2 литра в 2019 году до 4,9 литра в 2024 году. Данный показатель в 2019 году составил 5,2 литра, что соответствует запланированным цифрам.

Целевой показатель "Смертность мужчин в возрасте 16-59 лет (на 100 тыс. населения)" предусматривает снижение смертности в 2019 году с 760,4 до 592,1 в 2024 году. Данный показатель в 2019 году был превышен на 15%, и составил 879,0.

Целевой показатель "Смертность женщин в возрасте 16-54 лет (на 100 тыс. населения)" также предусматривает снижение смертности с 267,5 в 2019 году до 245,3 в 2024 году. Данный показатель в 2019 году также был превышен на 11%, и составил 301,0.

Справочно. В Забайкальском крае показатель смертности от всех причин в 2019 году составил 12,4 на 1000 человек населения, что на уровне среднего показателя по России (12,4) и на 3,3% выше показателя по ДФО (12,0). Число умерших в 2019 году составило 13 172 человека, в 2018 году 13 146 человек. В структуре смертности в Забайкальском крае, смертность от внешних причин находится на 3 месте, после смертности от заболеваний сердечно-сосудистой системы и смертности от новообразований. Всего в Забайкальском крае в 2019 году от внешних причин умерло 1790 человек, что на 228 человек (или на 15%) больше, чем в 2018 году. Показатель по краю (кол-во умерших на 100 тыс. населения) 167,9,

в 1,9 раза превышает средний показатель по России - 87,4 и в 1,2 раза показатель по ДФО (137,5). При этом причины смерти, обусловленные алкоголем, были у 651 человека. В структуре смертноститрудоспособного населения смертность от внешних причин в 2019 году была на 1 месте, после смертности от заболеваний сердечно-сосудистой системы и смертности от новообразований. Показатель по краю 197,6 на 100 тыс. населения в 1,6 раза превышает средний показатель по России - 123,7 и в 1,1 раза показатель по ДФО (170,9).

Целевой показатель "Обращаемость в медицинские организации по вопросам здорового образа жизни (тысяч человек)" предусматривает увеличение обращаемости с 2,9 тысяч человек в 2019 году до 4,4 тысяч человек в 2024 году. Благодаря активной реализации мероприятий проекта в 2019 году фактическая обращаемость граждан по вопросам здорового образа жизни в профилактические структуры медицинских организаций увеличилась и составила 46 тысяч человек.

В рамках регионального проекта "Укрепление общественного здоровья" в Забайкальском крае разработана и находится на согласовании региональная программа "Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек в Забайкальском крае на 2020-2024 годы". Целью программы является увеличение продолжительности жизни населения Забайкальского края за счет снижения преждевременной смертности от основных хронических неинфекционных заболеваний, улучшение качества жизни населения. Одной из задач программы является проведение мероприятий, направленных на снижение потребления табака и алкоголя в Забайкальском крае. В результате реализации программы планируется снизить распространенность потребления табака среди взрослого населения к 2025 году до 28%, розничные продажи алкогольной продукции на душу населения к 2025 году до 4,9 литров. Реализация кампании с участием спортивных организаторов по обеспечению доступностью граждан для широкого пользования сети спортивных сооружений, а также информирование граждан о пользе физических упражнений и их положительном влиянии на показатели здоровья в перспективе позволят увеличить долю граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом к 2025 году до 39%. Реализация профилактических мероприятий по формированию здорового образа жизни с привлечением волонтеров (добровольцев) к 2025 году в плане позволит увеличить долю граждан, информированных и приверженных здоровому образу жизни до 73% и 20% соответственно.

Кроме того, в Забайкальском крае планируется внедрение муниципальных и корпоративных программ сохранения здоровья населения. За период реализации программы планируется увеличить долю муниципальных образований, внедривших программы сохранения общественного здоровья с 20% и более в 2020 до 100% в 2024 году. Реализация муниципальных программ общественного здоровья вместе с внедрением корпоративных программ позволит максимально охватить целевую аудиторию трудоспособной части населения, повысив осведомленность граждан о принципах здорового образа жизни. В четвертом квартале 2020 года запланировано открытие Центра общественного здоровья, который станет учреждением методологической поддержки в части реализации программ общественного здоровья с использованием современных коммуникационных форматов.

Таким образом, реализация проекта позволит объединить меры, направленные на формирование системы мотивации граждан к ведению здорового образа жизни. Основной задачей проекта является формирование среды, способствующей ведению гражданами здорового образа жизни, включая создание центров общественного здоровья, которые должны стать центральным элементом в координации программ популяционной профилактики, реализуемых с участием представителей муниципальных властей, крупного и среднего бизнеса, волонтерских движений и НКО, специализирующихся в сфере общественного здоровья и здорового образа жизни. Предусматриваемые проектом мероприятия носят ком-

плексный характер по формированию здорового образа жизни и включают разработку ряда мер, в том числе по дальнейшему ограничению потребления алкоголя, снижению смертности, как среди мужчин, так и женщин, особенно в трудоспособном возрасте.

Дубинин О.П.

**РЕАЛИЗИЦИЯ КОНЦЕПЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ  
АНТИАЛКОГОЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ**

*Забайкальский краевой наркологический диспансер*

*Чита, Россия*

Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года (далее Концепция) была утверждена Распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2009 г. № 2128-р.

Целью Концепции является значительное снижение уровня потребления алкоголя, повышение эффективности системы профилактики злоупотребления алкогольной продукцией, сокращение уровня смертности, а также повышение эффективности регулирования алкогольного рынка.

Для реализации Концепции в Забайкальском крае был принят ряд нормативно-правовых актов. В целях охраны здоровья граждан и формирования здорового образа жизни в Забайкальском крае был принят Закон от 7 декабря 2009 г. № 290 - ЗЗК "О профилактике незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, наркомании и алкоголизма в Забайкальском крае" (в редакции Законов Забайкальского края от 11.06.2014 № 989 - ЗЗК, от 31.10.2014 № 1064 - ЗЗК, от 24.12.2014 № 1126 - ЗЗК, от 18.07.2017 № 1499 - ЗЗК).

Настоящий Закон регулирует правоотношения в области комплексной профилактики незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, наркомании и алкоголизма на территории Забайкальского края, а также устанавливает полномочия органов государственной власти Забайкальского края в области профилактики незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, наркомании и алкоголизма.

В соответствии с Законом Забайкальского края от 3 июля 2009 года № 199 - ЗК "О профилактике правонарушений в Забайкальском крае", а в последующем в Законе Забайкальского края от 14 марта 2018 года № 1569-ЗЗК "Об отдельных вопросах профилактики правонарушений в Забайкальском крае", для координации деятельности субъектов профилактики правонарушений образована комиссия по профилактике правонарушений в Забайкальском крае, осуществляющая свою деятельность постоянно. Положение о комиссии, ее состав утверждены Постановлением Правительством Забайкальского края. На комиссии рассматриваются вопросы, профилактики алкоголизма и наркомании, и связанной с ними преступности.

Закон Забайкальского края от 23 июля 2014 года № 1023 - ЗЗК "О комиссиях по делам несовершеннолетних и защите их прав в Забайкальском крае"(с изменениями на 22 октября 2019 года) установил порядок создания и порядок осуществления деятельности комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав в Забайкальском крае. В полномочия краевой комиссии входит профилактика безнадзорности, беспризорности, алкоголизма, наркомании и правонарушений несовершеннолетних, реабилитацию и ресоциализацию несовершеннолетних, допускающих незаконное потребление наркотических средств и психотропных веществ, защиту семьи с несовершеннолетними детьми.

Распоряжением Правительства Забайкальского края от 24 октября 2017 года № 466-р утвержден Комплекс мер по исполнению в Забайкальском крае плана мероприятий на 2017-2020 годы по реализации Концепции развития системы профилактики безнадзорно-

сти и правонарушений несовершеннолетних на период до 2020 года. Данный план предусматривает реализацию комплекса мероприятий, направленных, в том числе, на профилактику потребления алкоголя и наркотиков среди несовершеннолетних.

На уровне субъектов Российской Федерации Концепцией предусмотрено осуществить разработку и реализацию региональных программ учетом специфики традиций употребления алкогольной продукции и масштабы алкоголизации различных слоев населения. В социальной сфере на основе инициатив общественных и религиозных организаций предусматривается создание общественных движений, обществ, клубов, специализированных общественных фондов, в том числе ассоциированных с международными организациями.

Используя механизм программно-целевого метода и комплексного подхода в Забайкальском крае Постановлением Правительства Забайкальского края от 30 июля 2009 года № 301 была утверждена краевая долгосрочная целевая программа "Комплексные меры противодействия табакокурению, злоупотреблению наркотиками, их незаконному обороту и алкоголизации населения (2009-2013 годы)".

Программа представляла комплекс взаимоувязанных профилактических мероприятий, а также мероприятий, направленных на пресечение незаконного оборота наркотиков, суррогатных спиртосодержащих жидкостей, выявление, лечение и реабилитацию лиц, потребляющих наркотики без назначения врача, а также злоупотребляющих алкогольными напитками. Система мероприятий была направлена на поэтапное сокращение распространенности наркологических расстройств и связанных с ними преступности до уровня минимальной опасности для общества.

С 2014 года на территории края реализуется государственная программа Забайкальского края "Комплексные меры по улучшению наркологической ситуации в Забайкальском крае (2014-2020 годы)". Ответственным исполнителем программы является Министерство здравоохранения Забайкальского края. Соисполнителями программы являются Министерство труда и социальной защиты населения Забайкальского края; Министерство образования, науки и молодежной политики Забайкальского края; Министерство физической культуры и спорта Забайкальского края; Министерство культуры Забайкальского края и Министерство сельского хозяйства Забайкальского края. Программа предусматривает широкий комплекс профилактических мероприятий, а также мероприятия по раннему выявлению, лечению и реабилитации наркологических больных.

Постановлением Правительства Забайкальского края от 30 июня 2014 года № 383 утверждена государственная программа Забайкальского края "Совершенствование государственного управления Забайкальского края". Программа реализуется в 2014-2021 годах в один этап. В подпрограмму "Профилактика правонарушений" включено мероприятие "Профилактика алкоголизма, наркомании и токсикомании", исполнителем которого является Министерства Здравоохранения Забайкальского края.

В целях реализации Концепции Распоряжением Губернатора Забайкальского края от 21 января 2010 года № 45-р создан Совет по противодействию пьянству и алкоголизму в Забайкальском крае под председательством Губернатора Забайкальского края. Совет являлся постоянно действующим совещательным консультативным органом, обеспечивающим взаимодействие органов государственной власти Забайкальского края, территориальных органов федеральных органов исполнительной власти, органов местного самоуправления, общественных объединений, средств массовой информации в данной сфере деятельности. В 2016 году работа Совета была временно приостановлена.

В соответствии с распоряжением Губернатора Забайкальского края от 28 сентября 2017 года № 447-р, в целях противодействия распространению пьянства и алкоголизма, пропаганде ценностей здорового образа жизни среди населения края Совет по противодействию пьянству и алкоголизму в Забайкальском крае продолжил свою работу. Был утвержден но-

вый состав Совета. В настоящее время основными задачами деятельности Совета являются участие в формировании и проведении государственной политики в сфере противодействия пьянству и алкоголизму в Забайкальском крае; подготовка предложений по вопросам противодействия распространению пьянства и алкоголизма Губернатору Забайкальского края, Правительству Забайкальского края; выявление и анализ проблем в сфере противодействия пьянству и алкоголизму; содействие пропаганде здорового образа жизни, формированию общественного осуждения пьянства и алкоголизма. На Совете рассматриваются проблемные вопросы в сфере противодействия пьянству и алкоголизму в Забайкальском крае, принимаются организационные решения по уменьшению негативных последствий злоупотреблением алкоголем.

В целях совершенствования оказания наркологической помощи населению Забайкальского края в 2009 году приказом Министерства здравоохранения был создан краевой экспертный координационный Совет по наркологии. Основной задачей Совета является координация деятельности медицинских организаций края по вопросам наркологии. Совет по наркологии рассматривает вопросы состояния наркологической ситуации в крае, прогноз ее изменения, анализ эффективности проводимых мероприятий, организации профилактики и раннего выявления наркологических расстройств среди населения; организации амбулаторного и стационарного лечения наркологических больных, диспансерного наблюдения лиц, состоящих на учете; организации медицинского освидетельствования на состояние опьянения; лекарственного обеспечения наркологической службы; укрепления материально-технической базы наркологической службы.

28 января 2014 было в поселке Оловянная Забайкальского края было проведено выездное заседание Правительства Забайкальского края, посвященное стабилизации ситуации в крае со злоупотреблением алкоголем. На заседании обсуждался комплекс мер, которые необходимо предпринять для снижения уровня алкоголизма среди населения, а также ущерба от связанных с пьянством медико-социальных и иных проблем. По итогам совещания Губернатором было подписано распоряжение Правительства Забайкальского края от 04 марта 2014 года № 100-р "О комплексе мероприятий по стабилизации, снижению уровня пьянства и алкоголизма среди населения". Исполнителями данных мероприятий выступили органы исполнительной власти Забайкальского края, а также правоохранительные органы.

Для обеспечения доступности наркологической помощи населению в крае была сформирована 3-х уровневая система оказания медицинской помощи и утвержден перечень медицинских организаций, оказывающих специализированную наркологическую помощь. Это кабинеты амбулаторной помощи, межрайонные отделения и краевой наркологический диспансер в Чите. В рамках модернизации наркологической службы в 2013 году в краевом наркологическом диспансере было открыто отделение медико-социальной реабилитации. В крае развернуто 156 наркологических коек и работает 51 врач-нарколог. Показатель обеспеченности населения Забайкальского края наркологическими койками на 10 тыс. населения составил 1,46 (РФ 2019 г. - 1,35, ДФО - 1,62). Показатель обеспеченности населения врачами психиатрами-наркологами составил 0,48 на 10 тысяч населения (РФ 2019 г. - 0,35, ДФО - 0,44). За период реализации Концепции с 2010 года заболеваемость алкоголизмом с алкогольными психозами в Забайкальском крае снизилась на 28,5% - со 135,2 на 100 тыс. населения в 2010 году до 96,7 в 2019 году. Однако данный показатель превышает в 1,8 раза показатель по РФ (51,86) и на 4 % - показатель по ДФО (92,62). С 2010 года смертность от случайных отравлений алкоголем в Забайкальском крае снизилась в 3 раза - с 29,4 в 2010 году до 9,7 в 2019 году. Показатель по Забайкальскому краю превышает показатель по РФ года на 29% и показатель по ДФО года - на 43%.

Таким образом, во исполнение Концепции в Забайкальском крае была активизирована политика формирования здорового образа жизни у населения: приняты соответствующие

щие законы, программные документы. Приоритетным направлением государственной политики по стабилизации наркологической ситуации в Забайкальском крае является дальнейшее развитие профилактического направления в здравоохранении; формирование здорового образа жизни у населения, включая профилактику зависимости; развитие инфраструктуры здравоохранения, расширение ее доступности для населения.

Дубинин О.П.  
**НЕМЕДИЦИНСКОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ  
В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ И НАРКОПРЕСТУПЛЕНИЯ**  
*Забайкальский краевой наркологический диспансер*  
*Чита, Россия*

Потребление наркотиков с немедицинской целью сопряжено с медицинскими, социальными и нравственными потерями и является актуальной проблемой современного общества. Потребление наркотиков неразрывно связано с нарушением законодательства в сфере оборота наркотических средств и психотропных веществ.

По данным медицинской статистики в Забайкальском крае в 2019 году 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%).

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 23,2% ниже среднего показателя РФ (161,0) и на 38,3% ниже среднего показателя ДФО (200,5).

Общая заболеваемость (болезненность) употребления наркотических веществ с вредными последствиями в Забайкальском крае в сравнении с 2018 г. (433,6) незначительно снизилась (0,8%), показатель в 2019 году составил 429,8 на 100 тыс. населения. Данный показатель в 3,8 раза выше российского (112,4) и в 1,7 раза среднего показателя по ДФО (256,7).

В 2019 году в Забайкальском крае было впервые выявлено 1059 потребителей наркотических веществ с немедицинской 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%).

Показатель впервые выявленной заболеваемости синдромом зависимости от наркотических веществ по краю в 2019 году составил 14,1 на 100 тыс. населения, что в 1,4 раза превышает показатель за 2018 год (10,3) и средний по РФ (9,9), однако на 28,1% ниже показателя по ДФО (19,6).

Первичная заболеваемость употребления наркотических веществ с вредными последствиями в сравнении с 2018 г. (93,5) снизилась на 8,8% и составила в 2019 году 85,3 на 100 тыс. населения. Данный показатель выше российского (19,9) в 4,3 раза и на 66% превышает показатель по ДФО (51,4).

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 2 раза выше российского показателя (11,8) и в 3 раза выше показателя по ДФО (7,5).

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 3 раза показателя по РФ (99,4) и в 1,9 раза показателя по ДФО (163,4). 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 2,4 раза выше показателя по РФ (3,2) и в 2,6 раза - показателя по ДФО (3,0).

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 2,4 раза был выше среднего по РФ (43,1) и на 33,6% выше среднего показателя по ДФО (77,9).

Немедицинское потребление наркотиков неразрывно связано с рядом негативных последствий криминального плана. Наркопотребители совершают правонарушения и преступления в состоянии опьянения, в связи с необходимостью приобретения и оборота наркотиков, в том числе в организованных формах в крупном и особо крупном размере.

За 2019 год правоохранительными органами Забайкальского края всего зарегистрировано 23 573 преступления, что на 768 преступлений меньше, чем в 2018 году. Показатель по краю 2211,8 на 100 тыс. населения в 1,6 раза превышает показатель по России (1354,5) и на 16,5% показатель по ДФО (1896,2).

Количество преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков в крае в 2019 году снизилось на 18 преступлений (1,1%) по сравнению с 2018 годом (1655). При этом показатель по краю 153,6 на 100 тыс. населения на 24,5% превышает показатель по России (123,3) и на 7,5% ниже показателя по ДФО (166,0).

На 2,75% уменьшилось количество тяжких и особо тяжких преступлений (с 1015 в 2018 году до 987 в 2019 году). Уменьшилось количество наркопреступлений в крупном и особо крупном размере (с 830 до 700). При этом на 24,6% увеличилось количество выявленных на территории края фактов сбыта наркотиков (с 288 до 359). По-прежнему, наибольшее их количество регистрируется на территории города Читы (325), на районы края приходится всего 9,5% от всех фактов наркоторговли. К уголовной ответственности за наркопреступления в Забайкальском крае в 2019 году привлечено 1276 человек (2018 год - 1320).

Наряду с уголовными преступлениями, административные правонарушения в Забайкальском крае также находятся на высоком уровне. Так, количество лиц, привлеченных к административной ответственности по статье 6.8. КоАП РФ "Незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов и незаконные приобретение, хранение, перевозка растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества" в Забайкальском крае увеличилось со 160 человек в 2018 году до 165 человек в 2019 году; показатель 15,5 на 100 тысяч населения в Забайкальском крае на 20% превышает показатель по России (12,9) и на 32% ниже показателя по ДФО (22,9).

Количество административных правонарушений по статье 6.9. КоАП РФ "Потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ" в Забайкальском крае увеличилось с 1827 человек в 2018 году до 1910 человек в 2019 году; показатель 180,1 на 100 тыс. населения в Забайкальском крае в 2,6 раза превышает показатель по России (69,2) и на 40% показатель по ДФО (128,8).



Высока преступность несовершеннолетних в Забайкальском крае. Удельный вес преступлений несовершеннолетних, от взрослого населения снизился с 7% в 2018 году до 6,1% в 2019 году, при этом, показатель по краю в 1,7 раза превышает показатель по России (4,1%) и на 18,6% выше показателя по ДФО (5,9%).

На 01 января 2020 года на профилактическом учете в ПДН территориальных органов УМВД России по Забайкальскому краю состоит 79 несовершеннолетних за употребление наркотических веществ, 36 - за употребление психотропных веществ, 121 - за употребление алкоголя.

Таким образом, представленные статистические данные об общей заболеваемости (болезненности) наркоманией и употребления наркотических веществ с вредными последствиями, а также данные о впервые выявленной патологии свидетельствуют о высоком уровне немедицинского потребления наркотиков в Забайкальском крае, как среди взрослого населения, так и среди подростков, который неразрывно связан с высоким уровнем уголовных наркопреступлений и административных правонарушений.

Дубицкая Е.А., Носачев Г.Н.

### **ЗНАЧЕНИЕ ПОНИМАНИЯ УРОВНЕЙ СОЗНАНИЯ ДЛЯ ОБЩЕЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ**

*Самарская городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова  
Самарский государственный медицинский университет  
Самара, Россия*

Общая психопатология (семиотика, пропедевтика психических расстройств) - основа клинической психиатрии, диагностики, терапии и реабилитации, следовательно, и всех разделов "большой" и "малой" психиатрии. Казалось бы, все основные психопатологические синдромы описаны и легко могут быть диагностированы, но, к сожалению, это не так. Широкое внедрение междисциплинарного использования психиатрической терминологии в клинических нейронауках (неврология, клиническая психология, в первую очередь) существенно затрудняет синдромальную диагностику, особенно при органических психических расстройствах.

Синдромальная диагностика психического состояния происходит в "системе врач - пациент", т.е. два субъекта вступают во взаимодействие (общение) с разными целями, знаниями, опытом и так далее (на разных уровнях осознания).

Сознание - основа индивидуальной и социальной жизни человека, в том числе биологических, в первую очередь, медицинских и социальных наук. Но до сих пор в медицине, в том числе, и в нейронауках, в психологии оно остается "падчерицей" познания. В качестве иллюстрации можно привести национальное руководство "Неврология" (М., 2009), в главе 2, где автор пишет о синдромах патологии сознания: "... определения этих понятий у разных авторов могут не вполне совпадать" (с. 522) и тут же приводит "оригинальное" понятие: "Затемнение сознания - при незначительном снижении уровня бодрствования снижается и искажается восприятие и оценка окружающего. Возможны возбуждение, бред, галлюцинации, различные аффекты..." (по существу, здесь описан делирий). Единой классификации количественных и качественных расстройств сознания практически не существует, в частности, из соматической медицины исчезло понятие "легкое оглушение" (обнубиляция), а из судебной психиатрии - понятие "кома" (в контексте процессуальной дееспособности).

Наибольший вклад в общую психологию и психопатологию сознания внесли труды В.М. Бехтерева "Сознание и его границы", Казань (1888) и К. Ясперса (1911), и они не потеряли значения до настоящего времени.

В.М. Бехтерев предлагает стройную, хорошо операционализируемую уровневую сис-

тему сознания, включающую все возможные направления его "интервенции". В.М. Бехтерев считает возможным говорить о "специальных видах сознания" и выделяет шесть форм сознания, которые определяют также различные степени развития содержания сознания (от низшей к высшей): сознание своего существования; сознание своего тела; сознание окружающего пространства; сознание времени; сознание своей личности; сознание своего сознания. К. Ясперс, не зная работ В.М. Бехтерева, выделяет ставшие классическими для общей психопатологии критерии диагностики качественных расстройств сознания, которые не потеряли значения и для современной диагностики. Об этом же пишет в национальном руководстве "Психиатрия" (2009) А.С. Тиганов: он указывает, что до настоящего времени "не утратили своей значимости описанные К. Jaspers общие признаки синдромов помрачения сознания, поскольку отдельные признаки могут быть компонентом других психопатологических симптомокомплексов, не имеющих никакого отношения к синдрому помрачения сознания" (с. 326-327).

Цель работы - привлечь внимание специалистов клинических нейронаук к рефлексии (самосознанию) в процессе диагностики легкого оглушения в системе "врач - пациент".

В качестве теоретической основы анализа используем классификацию уровней сознания Ф.Е. Василюка (1998), который предлагает схему "диалога" установок: наблюдатель (субъект) - наблюдаемый (объект), т.е. и в системе "врач - пациент". Таким образом, выделяет четыре состояния: субъект - субъект (рефлексия); субъект - объект (сознавание); объект - субъект (переживание); объект - объект (бессознательное).

Высшую степень (форму) сознания (самосознание) В.М. Бехтерев определяет как "то состояние внутреннего мира, когда человек, с одной стороны, обладает способностью по произволу вводить в сферу сознания те или другие из бывших прежде в его сознании представлений, с другой - может давать отчет о происходящих в его сознании явлениях, о смене одних представлений другими, иначе говоря, может анализировать происходящие в нем самом психические процессы". Автор называет сознание этого уровня способностью самопознания и считает ее "характерным признаком полного сознания" (в современной терминологии это рефлексия). Обращает на себя внимание также выделение В.М. Бехтеревым в сфере осознаваемых явлений "темного поля сознания" (смутно припоминаемые впечатления, едва достигающие сферы сознания) и поля ясного сознания, которое существенно затрудняет рефлекссию.

Практической основой данного анализа стала диагностика и дифференциальная диагностика обнубления клиницистами, преимущественно неврологами, в крупной соматической больнице. Синдром "Легкое оглушение" (обнубление) выбран, во-первых, в связи с исчезновением его из всех классификаций, в том числе из скринингового теста - шкалы комы Глазго (Glasgo Coma Scale, 1974), во-вторых, по нашему мнению, как синдром, наиболее часто встречающийся при ургентных состояниях и стоящий первым между нормой и патологией. Термин "обнубление" (легкое оглушение) в настоящее время полностью исчез из соматической и неврологической литературы (сохраняется лишь в психиатрии). В-третьих, из-за ундулирующего течения это состояние требует от врача постоянного наблюдения.

Беседа (осмотр, интервью, психиатрическое освидетельствование) в "системе врач - пациент" осуществляется двумя субъектами, имеющими свое восприятие, мышление, опыт и т.д., а, следовательно, свой внешний и внутренний мир с их интерпретацией.

До настоящего времени идет дискуссия между психиатрами и психологами о субъективности психопатологических симптомов. Между тем, И.Н. Осипов и П.В. Копнин полагают, что наиболее правильной и логически оправданной является классификация симптомов по способу их обнаружения и степени достоверности. Авторы выделили субъективные (жалобы пациента, его анамнестические сведения о болезни и их субъективная интерпретация) и объективные (информация о больном, полученная врачом с помощью

объективных методов исследования) симптомы. Субъективные и объективные симптомы, в свою очередь, подразделили на достоверные и вероятные, а последние - на достаточно вероятные и маловероятные и считают, что субъективные симптомы в значительной мере должны быть отнесены к категории вероятных, но недостоверных, так как они не могут быть объективно проверены и воспроизведены. Но то, что правильно для соматических болезней (симптомов), верно, (но не полностью) для психопатологических, так как последние отражают субъективные симптомы психической болезни. Анализ субъективных симптомов психических расстройств осуществляется на совершенно другой методологической и теоретической основе.

Многие психиатры видят преодоление субъективности в феноменологическом подходе. Так, К. Ясперс с позиций феноменологии выделяет объективные и субъективные симптомы психических заболеваний. "Объективными симптомами, - пишет Ясперс, - являются все процессы пациента, которые психиатр может воспринимать через свои органы чувств, например, рефлекторные регистрируемые движения, мимика, моторные проявления, лингвистические выражения, продукты письма, действий и поведения. Объективные симптомы также включают все измеряемые проявления, например, работоспособности, способность заниматься гимнастикой и способность запоминать. И, наконец, они включают рациональное содержание того, что пациент готовит, т.е. различные бредовые идеи и нарушения памяти. Психиатр не может чувственно постигнуть симптомы третьего вида. Их можно только понять. Психиатр осмысливает их через логическое рассуждение о них", т.е. по существу через рефлексию.

Ю.С. Савенко (2013) считает необходимым использовать преимущественно феноменологическое описание неотрефлексированных переживаний.

Диагностика обнубления врачом, в первую очередь, проводится в процессе интервью (диалога, беседы) в системе "врач (субъект, наблюдатель) и пациент (объект, наблюдаемый)" и осмотра (психопатологического, неврологического, соматического), т.е. по Ф.Е. Василюку - сознание (собственно сознания) с учета критериев К. Ясперса (по нашему мнению, это возможно использовать и при количественных расстройствах сознания).

Но, вступая в диалог с пациентом, врач вольно или невольно может переходить на уровень субъект - субъект (рефлексия) и (или) объект - субъект (переживание). Для пациента это естественное состояние для коммуникации с врачом для передачи текущей информации. На это указывают В.А. Ганзен и А.А. Гостев (1989), которые различают "актуальное сознание, под которым подразумевается прохождение определенного психического содержания через фокус сознания, и потенциальное сознание - запас содержания психического, который всегда присутствует в памяти в любой момент актуального сознания и при определенных условиях может стать фактом последнего (проблематика неосознаваемого психического)".

В рефлексии референты (врач и пациент) находятся в неравных отношениях. Так, врач обладает медицинской информацией (запасом знаний, навыков, т.е. опытом) и, на основании информации, полученной от пациента, может провести диагностику, а пациент может предлагать свое "видение" болезни или отсутствие этого видения. А с учетом наличия расстройства сознания это видение будет разнонаправлено, неадекватно или просто в виде отрицания болезни, а, соответственно, может быть неправильно оценено врачом в диагностическом и организационно-правовом отношении. Следует помнить, что при обнубления изменить информированность пациента невозможно.

Врач должен знать симптомы обнубления ("облачковидное", ундулирующее оглушение), т.е. врача интересует сознание "здесь и теперь" (субъект - объект) у конкретного человека и в конкретный момент времени в данной ситуации. В частности, выявить субъективные и объективные симптомы конкретного времени, временной ориентировки в теку-

щем дне (часе, времени суток), поведении, индивидуальном времени и т.д. Такова медицинская парадигма врача для обнубления, т.е. индивидуальный уровень сознания человека в его сиюминутном бытии в болезни.

Итак, междисциплинарный характер клинических нейронаук требует от специалиста междисциплинарных знаний привлекаемой науки, единообразия основной терминологии, и особенно - расстройств сознания, как синдромов экстренной медицины, влекущих за собой решение не только диагностических, но и организационно-правовых вопросов. - Знание описанных выше уровней сознания не только обогащает теоретически, но позволяет четко понимать (осознавать), на каком уровне происходит конкретное общение (диагностика) в "системе врач - пациент".

Захарова Н.М., Цветкова М.Г.

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ  
У ВТОРИЧНЫХ (КОСВЕННЫХ) ЖЕРТВ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ  
(НА ПРИМЕРЕ ПОЖАРА В ТРЦ "ЗИМНЯЯ ВИШНЯ", Г. КЕМЕРОВО)**

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

Любая чрезвычайная ситуация (ЧС), связанная с гибелью людей, наносит огромный вред психическому здоровью общества в целом. Опыт оказания психолого-психиатрической помощи при ЧС показывает, что значительное количество обратившихся к психиатрам и психологам не являются непосредственно пострадавшими, однако масштабное освещение событий в средствах массовой информации, слухи и постоянное обсуждение случившегося в социальных сетях, в семьях, на работе, в транспорте и т.д., приводят к всеобщей "охваченности" психотравмирующей ситуацией в обществе и развитию у части населения постстрессовых психических расстройств.

**Цель исследования:** изучение психических нарушений у вторичных (косвенных) жертв, обратившихся за помощью в острый период после воздействия ЧС.

**Материал и методы.** Обследованы 53 жителя города Кемерово в возрасте от 20 до 65 лет (19 мужчин и 34 женщины), так называемые вторичные жертвы чрезвычайной ситуации, самостоятельно обратившиеся за медико-психологической помощью в первые 2 недели после пожара в ТЦ "Зимняя вишня": родственники (второй и последующей группы родства) пострадавших и погибших; жители г. Кемерово, не понесшие какого-либо измеримого ущерба, узнавшие о трагедии из СМИ и от знакомых; специалисты, участвовавшие в ликвидации медико-психологических последствий ЧС (медработники, психологи, социальные работники); волонтеры; сотрудники Администрации пострадавшего региона.

В исследовании использовался клиничко-психопатологический метод, дополнительно количественная оценка информации осуществлялась с помощью шкал: Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ) - диагностика острой реакции на стресс (ОПС, F 43.0); Impact of Event Scale-Revised (IES-R) - выявление симптомов, характерных для посттравматического стрессового расстройства и оценка степени их выраженности.

**Результаты исследования.** Средний возраст всех обследованных составил 38 лет. Средний возраст женщин оказался выше (40,3 лет), чем у мужчин (34,5 года).

Жалобы при обращении: нарушения сна, снижение когнитивных функций, преимущественно в виде нарушения концентрации внимания, раздражительность, вспышки гнева, повышенная эмоциональность в сочетании со слезливостью, страхи, относящиеся в основном к посещению магазинов и общественных мест. При обследовании были выявлены снижение настроения (77,4% всех обследованных), тревога и постоянное беспокойство (58,5% всех обследованных), чувство неспособности справиться с ситуацией, невозмож-

ности нормального функционирования и планирования (67,9% всех обследованных), снижение продуктивности в ежедневных делах (100% случаев). Данная симптоматика соответствовала диагностическим критериям Расстройства приспособительных реакций (F 43.2), в виде депрессивных и тревожно-депрессивных реакций.

Однако, уже на ранних этапах ликвидации последствий ЧС, при оценке влияния травматического события на психику пострадавших, у большинства обратившихся выявлялась симптоматика, характерная для формирующегося Посттравматического стрессового расстройства (ПТСР):

- симптомы "избегания" (77% обследованных): усилия по избеганию мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой, неспособность вспомнить отдельные моменты происходящего (психогенная амнезия), снижение интереса к ранее значимым видам деятельности, чувства отстраненности или отделенности от остальных людей;
- симптомы повторного переживания травмы (94% обследованных): повторяющееся и навязчивое мысленное воспроизведение произошедшего события, образов, вызывавших тяжелые эмоциональные переживания, ночные кошмары;
- симптомы повышенной возбудимости (64% обследованных): повышенный уровень настороженности, сверхбдительность, состояние постоянного ожидания угрозы.

По результатам обследования 43 человека (81,1% обратившихся): 15 муж. (78,9%), 28 жен. (82,4%) оказались в "группе риска" развития ПТСР.

Заключение. Проведенное исследование подтвердило, что влияние чрезвычайной ситуации вызывает значительный дистресс и, как следствие, психопатологические нарушения не только у непосредственно пострадавших при ЧС, но и у группы лиц, относящихся к вторичным (косвенным) жертвам.

Выраженность постстрессовой симптоматики соответствует диагностическим критериям Расстройства приспособительных реакций, однако у большинства обратившихся за помощью вторичных жертв было выявлено формирование признаков ПТСР.

Таким образом, исследование показало, что у лиц, не являющихся непосредственными жертвами ЧС (у вторичных жертв), формирование симптомов ПТСР можно наблюдать в ранний (не характерный для данного вида нозологии) период психотравмы. Указанное наблюдение представляет чрезвычайную значимость в вопросах превенции затяжных постстрессовых расстройств, показывая необходимость проведения профилактических мероприятий среди населения пострадавшего региона уже на ранних этапах разрешения ЧС.

Зюзина Н.В., Мухаметрахимова Д.М., Шарыпов А.А.

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ НАЗНАЧЕНИЯ ПОСМЕРТНЫХ  
КОМПЛЕКСНЫХ СУДЕБНЫХ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ  
В УГОЛОВНОМ ПРОЦЕССЕ**

*Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1*

*Красноярск, Россия*

В уголовном процессе периодически возникает необходимость оценить психическое состояние умершего или погибшего лица. При этом в последнее время отмечается расширение круга вопросов, интересующих следствие и суд. В литературе освещается следующий круг вопросов в рамках посмертных СПЭ в уголовном процессе: диагностика предполагаемого или доказанного самоубийства с целью оценки психического состояния погибшего в период, предшествовавший его смерти, а также для квалификации следствием и судом ст. 110 УК РФ ("Доведение лица до самоубийства путем угроз, жестокого обращения или систематического унижения человеческого достоинства потерпевшего"), либо, п. "б" ст. 63 УК РФ (определение обстоятельств, отягчающих ответственность обвиняемого, в

виде "наступления тяжких последствий в результате совершения преступления"); производство посмертных СПЭ по ч. 2 ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей); экспертиза в реабилитационных целях (ст. 24 УПК), т.к. к реабилитирующим основаниям относят и неменяемость лица на момент совершения правонарушения; посмертная экспертиза способности потерпевших или свидетелей, успевших перед смертью сообщить сведения об обстоятельствах преступления, правильно воспринимать события и давать о них показания.

**Цель исследования:** изучение динамики назначения посмертных судебно-психиатрических экспертиз в уголовном процессе в отделении амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы Красноярского краевого психоневрологического диспансера № 1 с определением основных интересующих следствие вопросов при назначении данного вида экспертиз.

Были проанализированы назначения посмертных судебно-психиатрических экспертиз в уголовном процессе на материале 161 посмертной экспертизы, проводившейся в отделении амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы ККПНД № 1 с 2015 по 2019 гг. В качестве основного метода использовался статистический анализ.

**Результаты.** Количество посмертных экспертиз по уголовным делам составило 0,6% от общего количества экспертиз (27971), проведенных в отделении за 5 проанализированных лет (в том числе в 2015: 3632 - 0,8%, 2016: 5214 - 0,5%, 2017: 6660 - 0,3%, 2018: 6296 - 0,7%, 2019: 6169 - 0,7%). При анализе 161 посмертной экспертизы по уголовным делам за 2015-2019 годы была получена следующая информация. Процентное соотношение по годам (относительно общего количества посмертных уголовных экспертиз) составляет: 2015 - 17%, 2016 - 15%, 2017 - 14%, 2018 - 27%, 2019 - 27%. Подавляющее большинство подобных экспертиз - комплексные психолого-психиатрические (94%). 79% экспертиз были назначены по факту самоубийства, установленного или предполагаемого (в абсолютном соотношении к общему количеству экспертиз, проведенных в отделении - 0,5%). 4,8% посмертных экспертиз по уголовным делам были назначены в отношении обвиняемых в убийстве либо причинении тяжкого вреда здоровью (ст. 105, 111 УК РФ) и погибших виновников ДТП: в 2015 - 0%, 2016 - 0,6%, 2017 - 0,6%, 2018 - 1,2%, 2019 - 2,4% (в абсолютном соотношении всего - 0,03%). Кроме того, 16,2% посмертных экспертиз в рассматриваемый период времени было назначено следствием в отношении потерпевших по ст. 105, 111 ч. 4 УК РФ для оценки их состояния во время причинения им телесных повреждений в рамках определения обстоятельств, отягчающих ответственность обвиняемого, в связи с "совершением преступления в отношении ... беззащитного или беспомощного лица": в 2015 - 2,5%, 2016 - 3%, 2017 - 1,2%, 2018 - 2,5%, 2019 - 7% (в абсолютном соотношении всего - 0,09%).

**Заключение.** Данные, полученные в результате проведенного исследования, позволяют говорить о тенденции к увеличению количества посмертных комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз в уголовном процессе и об отчетливой тенденции к расширению круга вопросов, подлежащих решению в рамках посмертной КСПЭ.

Преимущественно данный вид экспертизы назначался для диагностики предполагаемого или доказанного самоубийства с целью оценки психического состояния погибшего в период, предшествовавший его смерти, а также для квалификации следствием и судом ст. 110 УК РФ, либо, п. "б" ст. 63 УК РФ. Количество экспертиз в отношении обвиняемых для установления реабилитирующих оснований не такое большое, однако, прослеживается достаточно заметный рост их назначений в исследуемый период времени. При этом выявлено увеличение назначения количества посмертных КСПЭ в отношении потерпевших по ст. 105, 111 УК РФ, но не в связи с решением вопроса связанного с определением способности свидетеля или потерпевшего к правильному восприятию и воспроизведению важной для уголовного дела информации, а для определения обстоятельств, отягчающих ответственность обвиняемого, в связи с "совершением преступления в отношении

... беззащитного или беспомощного лица" (п. "з" ст. 63 УК РФ) и решением вопросов о способности потерпевшего оказывать сопротивление.

Несмотря на небольшое количество посмертных экспертиз в уголовном процессе относительно общего числа проведенных в отделении экспертиз, данный вид исследований является не только повышено трудозатратным, но и предъявляет особые требования к подготовке следственными органами материалов уголовного дела с предоставлением максимально полных материалов уголовного дела и медицинской документации (что способствует повышению уровня доказательности экспертных заключений), а также к экспертам психиатрам и психологам в плане повышения эффективности в работе исключительно с текстами с элементами контент-анализа и герменевтики.

Увеличение количества посмертных КСППЭ в уголовном процессе и круга вопросов, интересующих следствие и суд, указывает на расширение возможностей комплексной психолого-психиатрической экспертизы в современной совершенствующейся судебной следственной практике по уголовным делам.

Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К.

### **ФАКТОРЫ РИСКА ЦЕРЕБРАЛЬНО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

*Ташкентский педиатрический медицинский институт*

*Ташкент, Узбекистан*

Факторы риска сосудистых заболеваний головного мозга значительно выше у больных параноидной шизофренией, чем среди населения в целом. Это говорит о существовании многофакторной этиологии, смешанной предрасположенности, а также еще не определенных генетических детерминант.

**Цель исследования:** выявить наиболее значимые факторы риска сосудистых нарушений у больных шизофренией, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения.

**Материал и методы.** Обследовано 70 больных параноидной шизофренией (F 20.00 по МКБ-10) в возрасте от 20 до 50 лет, из которых 34 (48,6%) имели церебрально-гемодинамические нарушения. Исследование проводилось на базе городской клинической психиатрической больницы г. Ташкента. Использовались клинико-психопатологический, катamnестический, психометрический, параклинический и статистический методы исследования.

**Результаты.** Анализ распределения пациентов, перенесших церебрально-гемодинамические нарушения, по возрастному цензу показал преобладание лиц в возрастных пределах от 55 до 65 лет. Представители этой группы составили 42 пациента (66,6%). Преобладали лица с психомоторным возбуждением - 54 человека (85,7%). Далее мы провели анализ спектра сопутствующих заболеваний в соматическом статусе у обследованных пациентов, которые рассматривались нами в качестве факторов риска возникновения заболевания. В ходе исследования нами выявлено, что у 22 (34,0%) пациентов был диагностирован сахарный диабет I и II типов, причем 13 из них были "инсулинозависимыми", что сказывалось на более выраженных клинических проявлениях психоза. У 60 (95,2%) пациентов выявлена гипертоническая болезнь различной степени тяжести. При этом у 16 пациентов был зарегистрирован постинфарктный кардиосклероз. 9 (14,3%) пациентов общей группы страдало вирусным гепатитом С. Также нами выявлено, что 46 (73,0%) пациентов имели зависимость от табачной продукции. Необходимо отметить, что установленные нами предикторы в большинстве случаев были комбинированы между собой.

**Заключение.** Наиболее значимыми факторами риска развития психотических расстройств у больных с церебрально-гемодинамическими нарушениями явились мужской пол, возраст от 55 до 65 лет, наличие гипертонической болезни, сахарного диабета и таба-

кокурения, сочетание которых было связано с неблагоприятным исходом. Выявление этих факторов риска позволяет своевременно проводить профилактику церебрально-гемодинамических нарушений у больных параноидной шизофренией.

Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К.

**ПАРАНОИДНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ  
И ХРОНИЧЕСКАЯ СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ**  
*Ташкентский педиатрический медицинский институт*  
*Ташкент, Узбекистан*

**Цель работы:** изучить особенности клинического течения параноидной шизофрении, сочетанной с хроническими соматическими заболеваниями.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 70 больных параноидной шизофренией (F 20.00 по МКБ-10) в возрасте от 20 до 50 лет, из них 34 (48,6%) имели коморбидную соматическую патологию. Исследование проводилось на базе городской клинической психиатрической больницы г. Ташкента. Сочетанная соматическая патология - вне обострения. Длительность соматического заболевания составляла не менее 3 лет. Основным методом оценки психопатологической симптоматики явилась Шкала позитивных и негативных расстройств (PANSS). Психическое состояние больных оценивалось клинико-психопатологическим методом. Данные о наличии соматических и неврологических заболеваний были получены на основании амбулаторного и/или стационарного обследования терапевтом, неврологом, с использованием дополнительных методов исследования.

**Результаты.** В ходе исследования установлено, что чаще всего у пациентов отмечались заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца) - 44,1%. Заболевания органов пищеварения: хронические гепатит, холецистит, гастрит, колит были выявлены в 10 случаях (29,4%). У 5 пациентов (14,7%) отмечались заболевания органов дыхания (преимущественно хронический бронхит). На последнем месте (4 пациента - 11,8%) были представлены заболевания почек: мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит. Риск возникновения ишемической болезни сердца среди больных параноидной шизофренией был значительно выше у женщин старше 55 лет (77,6%), с сопутствующими соматическими заболеваниями (гипертоническая болезнь, сахарный диабет), избыточным (44,4%) или недостаточным (33,3%) весом. У больных параноидной шизофренией, сочетанной с сердечно-сосудистыми заболеваниями, отмечается схожесть показателей PANSS (среднее значение позитивных симптомов 52 балла). В клинической картине у них отмечается невыраженная бредовая симптоматика (3 балла), преобладает депрессивная (с тревогой при гипертонической болезни и апатией при ишемической болезни сердца) и галлюцинаторная (5 баллов) при значительном снижении критики (5 баллов) или неглубокий дефект (средние показатели шкалы негативных синдромов 46 баллов, анергии 46 баллов). Присоединившаяся соматическая патология сглаживает дефицитарную симптоматику за счет снижения анергии и нарастания тревожно-депрессивных расстройств. Церебрально-органическая недостаточность встречается достоверно чаще у больных параноидной шизофренией с позитивной симптоматикой, чем с негативной: дисциркуляторная энцефалопатия различного генеза - у 40% больных шизофренией с позитивной симптоматикой и у 16,9% больных с негативной ( $p < 0,05$ ). Родовая травма в анамнезе у 25% больных шизофренией с позитивной симптоматикой и у 7,7% больных с негативной ( $p < 0,05$ ) повышает риск возникновения неврологических осложнений у больных шизофренией с позитивной симптоматикой и требует дополнительного использования ноотропных препаратов. У всех пациентов отмечается сильное снижение критичности и осознания болезни (среднее значение по PANSS - 5 баллов) не только в



отношении к психическому заболеванию, но и к сопутствующей соматической патологии. Это может приводить к возникновению осложнений при назначении психотропной терапии и, в конечном итоге, снижать качество и продолжительность жизни данной категории больных.

**Выводы.** Таким образом, проведенное нами исследование позволило определить необходимость нового подхода к организации помощи больным с сочетанной психической и соматической патологией для его использования психиатрами и врачами общей практики.

Клинова М.А., Косенок Р.Р., Цырендашиев Г.Т., Мищенко В.С.  
**НЕВРОТИЧЕСКИЕ И АДДИКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА  
У ПРИЗЫВНИКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**  
*Читинская государственная медицинская академия  
Чита, Россия*

Актуальность проблемы психического здоровья лиц призывного возраста обусловлена высокими показателями психических расстройств у данной категории, являющимися причинами негодности для прохождения службы в Вооруженных силах РФ. Однако исследований, посвященных изучению коморбидности психических и наркологических расстройств среди лиц призывного возраста, проводится крайне недостаточно, в том числе на региональном уровне, что обуславливает своевременность и значимость изучения данной проблемы.

**Цель работы:** изучение частоты невротических и аддиктивных расстройств у призывников, проходивших стационарную военно-врачебную экспертизу.

**Материал и методы.** Работа проводилась методом сплошного анонимного обследования призывников, проходивших стационарную военно-врачебную экспертизу в Краевой клинической психиатрической больнице им. В.Х. Кандинского. По результатам экспертизы у всех обследованных призывников были диагностированы психические расстройства. Всего в исследование был включен 41 призывник в возрасте от 17 до 21 лет (средний возраст  $17,8 \pm 0,1$  лет). На каждого респондента была специально разработана карта исследования, включающая социально-демографические, онтогенетические и конституционально-биологические характеристики призывников, их наркологический анамнез. Дополнительно применялись: клинический опросник К.К. Яхина и Д.М. Менделевича (1998) для диагностики невротических расстройств, тест AUDIT (ВОЗ) для исследования потребления алкоголя и его последствий; тест Фагерстрема для оценки степени никотиновой зависимости; методика К. Янг для определения Интернет-зависимости. Для диагностики синдрома зависимости от алкоголя (F 10.2) или употребления алкоголя с вредными последствиями (F 10.1) применялись критерии МКБ-10. Статистическая обработка результатов осуществлялась с применением методов описательной статистики пакета анализа Microsoft Excel.

**Результаты.** Было установлено, что 36,6% призывников имели семейные случаи алкоголизма и суицидов среди близких родственников. 24,4% респондентов воспитывались в неполных семьях, 14,6% - родственниками, преимущественно в условиях опеки (61,0%). 14,6% респондентов ранее совершали суицидальные попытки путем нанесения самопорезов, в 66,7% - в состоянии алкогольного опьянения. В детском возрасте расстройства по органическому типу встречались в 12,2% случаев, невротические двигательные расстройства - в 7,3%, отставание в нервно-психическом развитии - в 26,8%, аффективные нарушения - 26,8% случаев. 39,0% респондентов до призыва на военную службу были вовлечены в асоциальные и полукриминальные компании сверстников, ввиду этого уже имели приводы в полицию (29,3%) и судимость за совершение преступлений той или иной степени тяжести (12,2%). Наблюдались у психиатра до призыва на военную службу 43,9% респондентов.

При анализе полученных результатов по клиническому опроснику К.К. Яхина и Д.М. Менделевича (1998) было выявлено следующее: в 85,4% случаев отсутствовали признаки

невротических нарушений, в 14,6% выявлены признаки невротических расстройств. Диагностированы болезненный характер невротических расстройств и предболезненные невротические состояния в 50,0% случаев соответственно. Структура невротических расстройств была представлена следующим образом: тревожные расстройства выявлены у 16,7% призывников. В 83,3% случаев показатели соответствовали норме. По шкале невротической депрессии в 33,3% случаев выявлено состояние болезни, пограничный уровень расстройств выявлен в 16,7% случаев, в 50,0% показатели являлись нормативными. У 100,0% призывников показатели по шкале астении соответствовали уровню психического здоровья. Конверсионные расстройства достигали уровня болезни и предболезни по 16,7% случаев соответственно, в 66,6% соответствовали норме. Обсессивно-фобические нарушения выявлены у 33,3% призывников, пограничный уровень - в 50,0% случаев. В 16,7% случаев показатели соответствовали уровню психического здоровья. Вегетативные нарушения выявлены в 16,7% случаев, показатели соответствовали пограничному уровню у 16,7% призывников. В 66,6% случаев показатели соответствовали норме.

При анализе наркологического анамнеза установлено, что курящими в настоящее время являются 100% респондентов. При оценке степени никотиновой зависимости по тесту Фагерстрема выявлено, что очень слабую степень никотиновой зависимости имеют 63,4% призывников, слабую зависимость - 17,1% обследованных, высокую степень никотиновой зависимости - 17,1% обследованных, очень высокую зависимость - 2,4%. Отметим, что когда-либо пробовали наркотические вещества 22,0% респондентов. В структуре употребления наркотических веществ представлены производные конопли, что отражает ее доступность на территории Забайкальского края. Интернет-зависимость по методике К. Янг не была выявлена у респондентов.

В 100% случаев обследуемые были знакомы с алкоголем. Средний возраст начала употребления спиртных напитков составил  $15,0 \pm 0,3$  лет. При проведении теста "AUDIT" набрали от 0 до 7 баллов (безопасное употребление алкоголя) 87,8% респондентов, от 8 до 15 баллов (опасное употребление алкоголя) - 7,3%, от 16 до 19 баллов (вредное употребление алкоголя) - 4,9%. По результатам углубленного обследования наркологическая патология, вызванная алкоголем, установлена в 4,9% случаев за счет употребления алкоголя с вредными последствиями.

**Заключение.** Таким образом, исследование выявило низкую распространенность невротических нарушений (7,3%) и предболезненных невротических состояний (7,3%) у призывников с психическими расстройствами. Структура невротических нарушений включала невротическую депрессию, обсессивно-фобические и тревожные расстройства. В анамнезе аутоагрессивные действия встречались в 14,6% случаев, при этом в 66,7% - в состоянии алкогольного опьянения. При анализе наркологического статуса выявлена высокая распространенность аддиктивного поведения среди лиц призывного возраста: курят 100% обследованных, имели опыт употребления наркотиков (преимущественно производных конопли) 22,0% респондентов. В 100% случаев обследованные знакомы с алкоголем, при этом у 4,9% призывников диагностировано употребление алкоголя с вредными последствиями. Полученные данные нуждаются в дополнительном уточнении, а также должны учитываться в процессе решения вопросов в рамках военно-врачебной экспертизы.

Колесников Д.А., Свиная И.В., Борщ Д.В., Туренко С.А., Кондуфор О.В.

**НАРУШЕНИЕ ВЕРБАЛЬНОЙ ПАМЯТИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ  
В СОЧЕТАНИИ С БЕССОННИЦЕЙ НЕОРГАНИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ**

*Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки  
Луганск, ЛНР*

В полиморфной клинической картине шизофрении особое место занимает нейрокогнитивный дефицит. Помимо характерных для расстройств шизофренического спектра нарушений мышления, работы последних лет все больше посвящаются патологии памяти. Так как человек получает значительное количество информации в словесной форме, нарушение вербальной памяти весьма затрудняет жизнь пациентов. В определенной степени это способствует большей отгороженности пациентов от внешнего мира и ухудшению их социального функционирования. Инсомния нередко сопровождает и усугубляет течение шизофрении, и также способна негативно влиять на когнитивные функции. Однако на сегодняшний день недостаточно данных о влиянии бессонницы на вербальную память и другие компоненты когнитивной сферы при шизофрении.

**Цель исследования:** определить влияние бессонницы неорганической природы на вербальную память у больных шизофренией.

**Материал и методы.** Работа проводилась на базе общих психиатрических отделений № 1 и № 5 ГУ "Луганская республиканская клиническая психоневрологическая больница" ЛНР, которая является клинической базой кафедры психиатрии и наркологии ГУ ЛНР "Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки". Всего было обследовано 27 пациентов с диагнозом шизофрения, параноидная форма, эпизодический тип течения со стабильным дефектом. Среди исследуемых пациентов: 8 мужчин и 19 женщин, средний возраст которых составил  $37,8 \pm 3,5$  лет. Манифестация заболевания отмечалась в возрасте  $35,3 \pm 3,8$  лет. В ходе исследования было выделено 2 группы: 1-я - пациенты без нарушений сна ( $n=15$ ), 2-я - пациенты с бессонницей неорганической природы ( $n=12$ ). С пациентами проводилось клиническое интервью, исследовался катамнез, состояние когнитивной сферы определяли с помощью шкалы ВАСС, позитивные и негативные симптомы - методикой PANSS, тяжесть бессонницы - ISI. Статистическая обработка данных произведена в программе Statistica 12.5. Для оценки достоверности применялся критерий Манна-Уитни. Анализ взаимосвязи между показателями проводился с использованием коэффициента Спирмена.

**Результаты и их обсуждение.** Показатель теста на оценку вербальной памяти был достоверно выше у 1-й группы по сравнению со 2-й группой на 3,9 балла ( $p < 0,05$ ). Суммарный балл по ВАСС в 1-й группе тоже имел более высокое значение на 48,4 балла ( $p < 0,05$ ). Композитный показатель ISI во 2-й группе в среднем превышал таковой у обследуемых 1-й группы на 12 баллов ( $p < 0,05$ ). Подобный результат представлен по субшкалам позитивных (на 5,4 балла  $p < 0,05$ ) и негативных (на 5,9 балла  $p < 0,05$ ) симптомов PANSS. Анализ взаимосвязей между показателями позволил установить среднюю прямую корреляцию суммарного балла ВАСС с субтестом на вербальную память ( $r = 0,649$ ,  $p < 0,05$ ). Взаимосвязь между суммарным показателем ISI была определена как средняя обратная с тестом на оценку вербальной памяти ( $r = -0,637$ ,  $p < 0,05$ ) и композитным баллом по ВАСС ( $r = -0,684$ ,  $p < 0,05$ ). В свою очередь с баллами субшкал негативных и позитивных симптомов показатель ISI имел высокую прямую взаимосвязь ( $r = 0,755$  и  $0,723$ ,  $p < 0,05$ ). Непосредственно с тестом на вербальную память и общим баллом по ВАСС субшкала негативных симптомов имела обратную среднюю корреляцию ( $r = -0,622$  и  $-0,657$  соответственно,  $p < 0,05$ ), как и шкала позитивной симптоматики ( $r = -0,611$  и  $-0,632$ ,  $p < 0,05$ ).

**Вывод.** Бессонница неорганической природы способна негативно влиять на когнитивную сферу пациентов с шизофренией, в частности на вербальную память, что также способно усугублять течение заболевания и ухудшать качество жизни пациентов.

Кравцов А.С.

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ  
РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ  
В ОТДЕЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ  
*Забайкальский краевой наркологический диспансер  
Чита, Россия***

В каком-то смысле зависимость является своеобразным вызовом врачу. В неё включены и правовые аспекты, и культурные, и семейные, и педагогические и многие другие. Поэтому медико-биологический подход к лечению ограничен лишь темпами снижения психопатологических проявлений. Однако это не является достаточным для решения других задач - преодоления алекситимии и анозогнозии, коррекции социально-значимых взаимоотношений пациента, работы с комплексами и заострениями характера, которые, в свою очередь, способствуют устойчивости к вовлечению в аддиктивное поведение. Это подчёркивается теоретическими концепциями зависимого поведения. Указанные выше мишени не достижимы без применения современных научно-медицинских подходов психотерапии, а применяемые часто психотерапевтами в психиатрии и наркологии, примитивные формы воздействия на психику - убеждение, морализация, внушение, наукообразные медитации и шаманизм - либо не оказывают никакого влияния на личность, либо их эффект сравним со спонтанными ремиссиями без лечения.

В отделении медицинской реабилитации используется личностно-ориентированная реконструктивная психотерапия (ЛОРП) (Ташлыков, Исурина, Карвасарский). Это отечественный подход к психотерапевтическому воздействию, основанный на работах отечественных учёных и врачей (Бехтерев, Мясищев, Басов, Лазурский). Он имеет свою теорию личности, представление о норме и патологии, строгий алгоритм и этапность лечения, и пока единственный имеет право называться клинической психотерапией. В стационаре проводится 3 формы ЛОРП: индивидуальная, групповая и средовая. Особый интерес представляет групповая форма (динамическая группа). ЛОРП прекрасно зарекомендовала себя в лечении невротических и пограничных расстройств, однако внедрение в наркологическую практику затрудняется несколькими причинами. Динамическая группа - психологически неприятный процесс, сопровождающийся сильным психоэмоциональным напряжением, что может привести к срыву ремиссии, если пациент проходит группу в амбулаторных условиях.

В отделении реабилитации группы ЛОРП ведутся уже около года, и результаты оказались отличными. Несмотря на неприятное напряжение в группе и слабую мотивацию пациенты отмечали, что их самочувствие заметно улучшалось, а в дальнейшем сами требовали проведение подобных групп. В результате 66 опрошенных из 70 участников группового процесса указали на несколько лечебных факторов. На группе в ходе транзакций они начинали лучше понимать свои мотивы и стиль межличностного взаимодействия, лучше понимать свои чувства к различным участникам группы, заметно лучше стали переносить высокоамплитудные конфликты и сохранять способность к продуктивному межличностному взаимодействию, пробовать новые модули поведения и получать обратную связь. Даже если участник группы не мог перенести психоэмоциональное напряжение во взаимодействии, то на индивидуальных консультациях он уже имел много информации для анализа и обсуждения с психотерапевтом. Также динамические группы зарекомендовали себя в качестве мотивирующего инструмента. Пациенты чувствовали в себе позитивные личностные изменения, которые гармонизировали их взаимоотношения с окружающими и, как следствие, повышали самооценку.

Для самого специалиста ЛОРП также имеет ряд плюсов. Главный - метод является научно-медицинским, использует медицинскую терминологию, что является важным плю-

сом при работе в бригаде. Ещё одним достоинством является то, что процесс психотерапии имеет чёткую структуру, последовательность воздействия и легко супервизируется. Это в свою очередь позволит контролировать качество оказания психотерапевтической помощи.

Крохалев М.И.

**ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ АЛКОГОЛЬНОГО И НАРКОТИЧЕСКОГО ОПЬЯНЕНИЯ  
У ЛИЦ, УПРАВЛЯЮЩИХ ТРАНСПОРТНЫМ СРЕДСТВОМ (ПО МАТЕРИАЛАМ  
ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЕВОГО НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА)**

*Забайкальский краевой наркологический диспансер*

*Чита, Россия*

Осуществление проведения медицинского освидетельствования лиц на состояние опьянения регламентируется постановлением Правительства РФ от 26 июня 2008 года № 475 (ред. от 10.09.2016 г.) и приказом Минздрава России от 18 декабря 2015 года № 933н (ред. от 25.03.2019 г.) "О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)".

Водители транспортных средств подлежат обязательному освидетельствованию в случае отказа от проведения освидетельствования на состояния опьянения, при несогласии с результатами освидетельствования на состояние опьянения, при наличии достаточных оснований полагать, что водитель транспортного средства находится в состоянии опьянения, и отрицательном результате освидетельствования на состояние алкогольного опьянения.

**Цель:** изучение частоты встречаемости подтвержденных случаев алкогольного и наркотического опьянения у лиц, управляющих транспортным средством, доставляемых на медицинское освидетельствование.

**Материал и методы:** сплошным методом проанализировано 995 заключений медицинских освидетельствований за период с 2017 по 2019 годы, поведенных в ГАУЗ "Забайкальский краевой наркологический диспансер", с подозрением на состояние опьянения у лиц, управлявших транспортным средством.

**Результаты.** В 2017 году на медицинское освидетельствование доставлялся 351 водитель транспортных средств, что составило 10,3% от числа лиц, направленных на медицинское освидетельствование. Опьянение установлено у 195 лиц, т.е. в 55,6% случаев. Наркотическое опьянение определено у 27 обследуемых (13,8%), состояние опьянение не установлено у 93 (26,5%), отказались от освидетельствования 63 водителя (17,9%).

В 2018 году на медицинское освидетельствование было направлено 248 водителей транспортных средств. У 215 (86,7%) подэкспертных было установлено состояние опьянения, у 30 человек подтверждено состояние наркотического одурманивания, что составляет 14% от общего количества установленных фактов опьянения, у 77 (31%), состояние опьянения не установлено, 56 (22,6%) отказались от проведения медицинского освидетельствования.

В 2019 году было направлено 300 водителей транспортных средств на медицинское освидетельствование. Состояние опьянения было установлено у 176 человек (58,3%), наркотическое опьянение подтверждено у 32 подэкспертных (18,3%), трезвость установлена у 74 исследуемых (25%), отказались от проведения освидетельствования 50 (17%).

**Выводы.** За последние три года общее количество лиц, доставляемых на медицинское освидетельствование, имеет тенденцию к снижению, при этом ежегодно более чем у половины подэкспертных определяется состояние опьянения. Частота встречаемости лиц, управляющих транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения, составляет более 80%, в состоянии наркотического опьянения - 14-18% в структуре всех установленных фактов опьянения. В 30-40% случаев от всех проведенных медицинских освидетельствований водители транспортных средств оказались трезвыми.

Кузьмина Т.М., Баева А.С.

**ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
ПОСТРАДАВШИМ В ДТП, ПРОИЗОШЕДШЕМ  
В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ 15.12.2019 Г.**

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

На современном этапе техногенные катастрофы, к которым относятся дорожно-транспортные происшествия, занимают особое место в структуре чрезвычайных ситуаций. По данным Госавтоинспекции, только с января по ноябрь 2019 года было зафиксировано 147 738 ДТП, в которых погибло 15 158 человек, пострадало 189 671. Известно, что чрезвычайная ситуация (ЧС) оказывает влияние не только на непосредственно пострадавших при ней, но и на так называемых "вторичных жертв"-свидетелей происшествия, население пострадавшего региона, специалистов, участвующих в ликвидации последствий ЧС и т.д.

**Цель:** продемонстрировать оптимальную систему мероприятий, необходимых для ликвидации психических последствий чрезвычайных ситуаций на примере опыта организации оказания медико-психологической помощи пострадавшим в дорожно-транспортном происшествии, произошедшем в Нижегородской Области 15.12.2019 г.

**Материал и методы.** В соответствии с поставленной целью были описаны виды и формы медико-психологической помощи при чрезвычайной ситуации, оказываемой как жертвам (9 человек, из них 1 беременная), так и опосредованно пострадавшим "вторичным жертвам" (3 родственника пострадавших), на начальных и последующих этапах ликвидации психических последствий ЧС

**Результаты и обсуждение.** Вне зависимости от этапа ликвидации медико-психологических последствий автокатастрофы, в задачи бригады входило: оказание специализированной диагностической, лечебно-профилактической, медицинской помощи пострадавшим.

В задачи специалиста входило: оказание специализированной диагностической, лечебно-профилактической, медицинской помощи пострадавшим, консультативная и психотерапевтическая помощь родственникам пострадавших, учебно-методическая помощь специалистам, участвующим в лечении и реабилитации пострадавших.

Работа проводилась в травматологическом отделении ГБУЗ НО "Балахинская центральная нижегородская больница", в отделении патологии беременности ГБУЗ НО "Дзержинский перинатальный центр". Было проконсультировано 12 человек: 4 пострадавших, госпитализированных в хирургический стационар в связи с полученными травмами (сотрясение головного мозга, субарахноидальное кровоотечение, травмы верхних и нижних конечностей); 1 пострадавшая (женщина, беременность 24 недели), госпитализированная в перинатальное отделение; 4 пострадавших, обратившихся за медицинской помощью в амбулаторном порядке; 3 родственника пострадавших.

У госпитализированных по поводу травм (4 пострадавших) были выявлены признаки острой реакции на стресс различной степени выраженности, с тенденцией к редукции.

У лиц, получающих амбулаторную помощь (4 пострадавших), отмечались аффективные колебания, вплоть до дисфорических проявлений, инсомния (нарушение инициации сна, частые ночные пробуждения, кошмарные сновидения).

У пострадавшей беременной женщины отмечались признаки ситуационной тревоги, корригируемые в ходе психотерапевтической беседы.

Всем пострадавшим и их родственникам была оказана адресная фармако- и психотерапевтическая помощь, направленная на стабилизацию психоэмоционального состояния и профилактику постстрессовых психических расстройств. Применялись следующие психо-

терапевтические методики: прогрессивная мышечная релаксация, "вентиляция" эмоций, эриксоновский гипноз, эмпатическое слушание.

По итогам работы были оформлены консультативные карты, прописаны рекомендации. Было проведено совещание с представителями администрации ГБУЗ НО "Балахинская центральная нижегородская больница", ГБУЗ НО "Дзержинский перинатальный центр", в ходе которого обсуждались вопросы клинко-психопатологической специфики пострадавших при чрезвычайных ситуациях и тактики оказания дальнейшей медико-психологической помощи.

По завершению начального периода ликвидации последствий ЧС и решением основных задач, поставленных перед специалистом ФГБУ "НИМЦПН им. В.П. Сербского" МЗ РФ, по согласованию с руководством ФГБУ "НИМЦПН им. В.П. Сербского" МЗ РФ, было принято решение делегировать дальнейшую медико-психологическую работу региональным специалистам. Обсуждена возможность дальнейшего дистанционного курирования пострадавших, специалистами ФГБУ "НИМЦПН им. В.П. Сербского" МЗ РФ на последующих этапах реабилитации.

**Заключение.** Таким образом, опыт показал, что своевременная и адекватная система мероприятий, реализуемая на ранних этапах ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций, позволяет осуществить своевременную диагностику пострадавших, выделить лиц, нуждающихся в неотложной специализированной помощи, а также провести профилактику острых психогенно-обусловленных нарушений и посттравматических расстройств на отдаленных этапах ЧС.

Лазо Ю.В., Ахметова В.В., Тарасова Т.П.  
**АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, СПОСОБСТВУЮЩИХ РАЗВИТИЮ  
НАРУШЕНИЙ ИНТЕЛЛЕКТА У ДЕТЕЙ ЗАБАЙКАЛЬЯ**  
*Читинская государственная медицинская академия,  
Российский университет дружбы народов  
Чита, Москва, Россия*

В научной литературе имеется достаточно большое число публикаций, посвященных анализу влияния различных факторов на формирование интеллектуальных нарушений у детей. Так, Т.Г. Горячева и М.С. Мисоченко (2017) установили, что последствия гипоксического поражения ЦНС в перинатальный период могут варьировать от истощаемости психических процессов до умственной отсталости. Также доказано, что среди детей дошкольного возраста, перенесших реанимационные мероприятия в неонатальный период, в 19% случаев выявляется умственная отсталость (Малинина Е.В. и др., 2016; Луговых Н.А., 2017). По данным И.Р. Лебедевой (2007) низкий социально-экономический статус, курение, ожирение и проявления нездорового образа жизни, сопровождают интеллектуальные нарушения у детей. Также обнаружена четкая взаимосвязь между тяжестью умственной отсталости детей и алкогольной болезнью их родителей (Максименко А.В., 2010). При этом именно факторный анализ должен быть основой планирования профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий для детей с нарушениями интеллекта в конкретном регионе (Игумнов С.А., Лапанов П.С., 2016).

**Цель исследования:** изучить факторы, способствующие развитию интеллектуальных нарушений у детей Забайкальского края, как региона с высокой распространенностью нарушений интеллекта (Злова Т.П., 2007; Ступина О.П., 2012).

**Материал и методы.** Сплошным методом были обследованы дети старшего дошкольного возраста (от 6 лет 0 месяцев до 7 лет 1 месяца), проживающие в различных районах Забайкалья: г. Чита (n=713); п. Агинское (где среди населения 61% лиц бурятской нацио-

нальности; n=259) и экологически неблагополучный пос. Первомайский (n=86). В целях исследования была разработана анкета, включающая анамнестические данные, оценку соматического, неврологического и психического статуса. Статистическую обработку проводили при помощи пакета программ "STATISTICA 10". Достоверность полученных данных оценивали по критерию Стьюдента.

**Результаты.** При сплошном обследовании все дети были разделены на 3 группы: 1) дети с диагнозом F7 (n=65); 2) дети с ПИН (F83 n=410; F06.7 n=72; 06.8 n= 14) (n=496); 3) здоровые дети (n=378). Кроме того, у ряда детей (n=119) выявлены другие психические расстройства, без нарушения интеллекта, и они исключены из исследования.

На первом этапе была изучена распространенность конкретных предполагаемых факторов риска в каждой группе расстройств (УО, ПИН), у здоровых детей и проведен клинико-эпидемиологический анализ (Петраков Б.Д., Цыганков Б.Д., 1996), позволяющий не только обозначить факторы риска развития изучаемого явления (в нашем случае нарушений интеллекта), но и оценить их силу, долю, степень влияния. Для этого производили расчет коэффициентов отношения правдоподобия (силы влияния фактора) по формуле:  $K=P2/P1$ , (K - коэффициент отношения правдоподобия; P2 - распространенность изучаемого фактора; P1 - распространенность фактора в группе психически здоровых детей). При  $K>1$ , признак расценивался как фактор риска.

Выявлено, что факторами риска формирования УО являются (в порядке убывания): алкоголизация матери; алкоголизация отца; другие дети в семье с F7; хронические заболевания отца; малообеспеченная семья; осложнения родов; осложнения беременности; бурятская национальность; низкое образование матери; хронические заболевания матери; низкое образование отца; мужской пол ребенка. Факторы риска для развития ПИН (также в порядке убывания): хронические заболевания отца; осложнения родов; низкое образование отца; малообеспеченная семья; низкое образование матери; бурятская национальность.

Далее определили долю влияния выявленных факторов риска в возникновении интеллектуальных нарушений. Чтобы рассчитать этот показатель, необходимо суммировать все факторы, где коэффициент отношения (K) был больше единицы и получившуюся сумму взять за 100%. Затем в процентном отношении к общей сумме определялась доля влияния каждого отдельного фактора.

Наибольшей долей влияния в возникновении УО у детей являются: алкоголизация родителей (24% матери и 18% отца); наличие в семье другого ребенка с УО (14,4%); малообеспеченная семья (9,6%); хронические заболевания отца (11,4%); осложнения беременности (4,3%) и родов (4,3%). В возникновении ПИН: хронические заболевания отца (30%); осложнения в родах (16,3%); низкое образование отца (11,2%); низкое образование матери (11%); малообеспеченная семья (11%); бурятская национальность (9,5%); мужской пола другие дети в семье с F 7 (по 5,5%).

Далее рассчитывался интегральный коэффициент (ИК) - степень значимости фактора риска в возникновении анализируемой психической патологии по формуле  $ИК=K(сила) \times Д(доля)$ . Для возникновения УО наиболее значимы факторы (в порядке убывания): алкоголизация матери и отца, другие дети в семье с F7, малообеспеченная семья, осложнения беременности, хронические заболевания матери. Для возникновения ПИН наиболее значимыми были следующие факторы: хронические заболевания отца, осложнения родов, низкое образование родителей, малообеспеченная семья, бурятская национальность, мужской пол и другие дети в семье с диагнозом УО.

На втором этапе проводили многофакторный пошаговый (стандартный) регрессионный анализ, который позволяет установить наличие связи между независимой переменной и одной или несколькими зависимыми переменными и позволяет определить эту зависимость количественно. В качестве зависимой переменной был определен диагноз пси-



хического расстройства: ПИН, УО. Независимые переменные были определены при помощи клинико-эпидемиологического анализа (описаны выше).

Установлено, что более тесную связь с УО имеют следующие факторы: бурятская национальность ребенка; алкоголизация отца; осложненное течение родов; наличие хронических соматических заболеваний у отца; наличие в семье других детей с умственной отсталостью ( $p < 0,001$ ); осложненное течение беременности; алкоголизация матери ( $p < 0,01$ ); низкое образование матери; мужской пол ( $p < 0,02$ ). Факторы, имеющие связь с возникновением ПИН: осложнение беременности; бурятская национальность ( $p < 0,001$ ); низкое образование матери; наличие в семье других детей с УО ( $p < 0,01$ ); мужской пол ( $p < 0,02$ ).

При добавлении других показателей к уже отобраным, нарастания значимой прогностической мощности не отмечалось. Для построенного уравнения регрессии коэффициент детерминации оказался  $> 0,75$ , а значимость критерия Фишера составила  $p < 0,001$ , что свидетельствует о статистической надежности составленной регрессионной модели и ее параметров.

**Заключение.** Таким образом, учитывая данные клинико-эпидемиологического и пошагового регрессионного анализа, установлена связь возникновения интеллектуальных расстройств у детей Забайкалья и следующих факторов: мужской пол респондентов, бурятская национальность, хронические заболевания матери, наличие в семье других детей с УО и осложнения беременности. Данные факторы в той или иной степени влияния были выявлены, как в возникновении ПИН, так и УО.

Лобаева О.П.

## **РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПСИХИАТРА**

*Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского*

*Чита, Россия*

Общеизвестно, что расстройствам пищевого поведения наиболее подвержены лица женского пола подросткового возраста. В последнее десятилетие исследователи, занимающиеся изучением данной проблемы, отмечают увеличение числа лиц обоих полов, страдающих расстройствами пищевого поведения, начало заболевания у которых приходится на более ранний возраст. Актуальность изучения данной проблемы обусловлена ростом указанной патологии среди лиц детско-подросткового контингента, трудностями диагностики и выбора терапевтического воздействия в связи со склонностью больных к диссимуляции имеющихся у них расстройств, несвоевременностью обращения за психиатрической помощью, преимущественно стационарированием в учреждения соматического профиля, где лица нередко выпадают из поля зрения психиатров и не получают специфического терапевтического воздействия.

**Цель работы:** изучение частоты и структуры расстройств пищевого поведения у детей и подростков в амбулаторной практике врача-психиатра.

**Материал и методы.** Работа проводилась на базе диспансерного отделения Краевой клинической психиатрической больницы им. В.Х. Кандинского за период с 2017 по 2019 гг. Всего было обследовано 9 респондентов обоих полов в возрасте от 13 до 17 лет (средний возраст  $15,2 \pm 0,4$  лет). Критерии включения в исследование: отказы от приема пищи, объективно отмечаемая потеря веса (от 15% от исходной массы тела), наличие болезненной убежденности в собственной полноте, несмотря на дефицит массы тела, и соответствующее поведение, направленное на устранение данной проблемы; повторные эпизоды переедания и выраженное беспокойство по поводу контроля за массой тела. Для диагностики расстройств пищевого поведения применялись критерии МКБ-10. Статистическая обработка результатов осуществлялась с применением методов описательной статистики Microsoft Excel.

**Результаты.** Было установлено, что 88,9% обследованных составили лица женского пола, 11,1% - мужского. В сельской местности проживали 44,4% респондентов, в городе - 55,6%. Среди лиц, страдающих расстройствами пищевого поведения, преобладали больные с синдромом нервной анорексии - 88,9%, синдром нервной булимии встречался в 11,1% случаев. Трудности диагностики расстройств пищевого поведения у детей и подростков в амбулаторной практике врача психиатра связаны с диссимуляцией имеющих у пациентов расстройств, что диктует необходимость установления доверительного контакта с больным, уточнением объективной причины болезни; необходимостью проведения диагностики и оценивания тяжести соматического и психического состояния больного; направлением на консультацию к врачам соматического профиля (гастроэнтерологу, кардиологу, эндокринологу) с проведением инструментальных и лабораторных методов диагностики с целью уточнения степени тяжести метаболических расстройств, а также определения дальнейшей тактики ведения и лечения больного.

Учитывая высокий летальный риск вследствие соматических причин и значительной частоты суицидального поведения при расстройствах пищевого поведения, стационарное лечение в большинстве случаев должно начинаться незамедлительно, в некоторых случаях и в недобровольном порядке (в случае категорического отказа пациента от лечения, наличия суицидальных тенденций). Все обследованные в амбулаторном порядке лица с расстройствами пищевого поведения после исключения тяжелой соматической патологии были направлены на стационарное лечение в ККПБ им. В.Х. Кандинского.

На амбулаторном приеме прицельно оценивается соматическое состояние больного, а также учитываются дезадаптирующие стрессовые факторы: семейные конфликты, постоянная критика и замечания в адрес больного со стороны родителей по поводу еды, выраженная социальная изоляция больного, самоиндуцированная рвота, использование клизм, слабительных и диуретических средств, различных диет. При наличии тяжелых сомато-эндокринных нарушений госпитализация пациентов с расстройствами пищевого поведения осуществляется в стационар соматического профиля с дальнейшим решением вопроса о переводе пациента в психиатрический стационар после стабилизации соматического состояния.

После выписки из психиатрического стационара пациент продолжает получать психиатрическую помощь в амбулаторном порядке с обязательным наблюдением у врачей соматического профиля (гастроэнтеролога, кардиолога, эндокринолога). Лечение больных с расстройствами пищевого поведения характеризуется комплексным подходом и определяется степенью тяжести синдрома и коморбидных расстройств. Помимо терапевтического воздействия, направленного на редукцию психопатологической симптоматики, важным является психотерапевтическая коррекция имеющих расстройств.

В лечении нервной булимии предпочтительным является назначение СИОЗС в сочетании с когнитивно-поведенческой терапией, Представитель СИОЗС препарат флуоксетин в дозе до 40 мг/сут. продолжительностью не менее 4 недель, доказал свою эффективность в лечении синдрома нервной булимии. Все возрастающую роль в терапии расстройств пищевого поведения, особенно при выраженных аффективных нарушениях, отводят назначению нормотимиков (препараты вальпроевой кислоты, карбамазепин).

В лечении нервной анорексии ведущую роль отводят назначению СИОЗС (сертралин), с целью купирования тревожных расстройств перед увеличением массы тела назначают анксиолитики как бензодиазепинового ряда (низкие дозы бромдигидрохлорфенилбензодиазепина, диазепам), так и небензодиазепинового ряда (гидроксизин). В последние годы появились работы, свидетельствующие об эффективности применения арипипразола в отношении редукции синдрома нервной анорексии у лиц разных возрастных групп, в том числе подросткового возраста.

Катамнестическое исследование показало, что у больных с расстройствами пищевого

поведения, преимущественно при синдроме нервной анорексии на фоне терапии появилась частичная критика к своему болезненному состоянию, в 66,7% случаев отмечалась нормализация веса и общего состояния, в 33,3% случаев восстановился менструальный цикл, дети и подростки обнаруживали достаточную социальную адаптированность. Рецидивы аноректического и булимического поведения нами зафиксированы не были. Результаты лечения и наблюдения детей и подростков с расстройствами пищевого поведения фиксируют значительное улучшение состояния пациентов в 66,7% случаев.

**Вывод.** Таким образом, исследование выявило сложности диагностики расстройств пищевого поведения у детей и подростков, с которыми сталкивается врач-психиатр на амбулаторном приеме ввиду диссимуляции имеющихся у них расстройств, определении тяжести соматических нарушений с выбором дальнейшей тактики обследования и лечения этой категории больных. После проведенного стационарного лечения, этап амбулаторного наблюдения достаточно длительный и включает в себя продолжение лекарственного воздействия с применением психотерапевтических методик, с обязательным наблюдением у врачей соматического профиля.

Нафиков А.Р., Уваров И.А., Иванов А.С., Шелковая Н.С.,  
Калашникова Е.С., Черенков А.А., Кондратьев А.В., Дюжева Е.В.

**ИЗМЕНЕНИЕ СТРУКТУРЫ ВЫЯВЛЯЕМЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ  
В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ  
ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЗА ПЕРИОД 2013-2019 ГГ.**

*Республиканский наркологический диспансер*

*Ижевская государственная медицинская академия*

*Научно-исследовательский институт федеральной службы исполнения наказаний  
Ижевск, Россия*

Изменение структуры рынка наркопотребителей формируется в основном за счет спроса на психоактивные вещества (ПАВ), тем самым показывая тенденцию, на которую необходима своевременная реакция наркологической службы и правоохранительных органов. Во Всемирном докладе о наркотиках Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (2018) отмечается, что требуется большое внимание к угрозам, связанным с употреблением новых психоактивных веществ (НПАВ). В современном понимании НПАВ, так называемые, "дизайнерские наркотики", включают в себя синтетические каннабимиметики и синтетические катиноны.

Известно, что прием НПАВ несет более тяжелые последствия для физического и психического здоровья, по сравнению с приемом т.н. "традиционных ПАВ". Последние тенденции, наблюдаемые в других регионах РФ, выявляют изменения структуры наркопотребления, а именно замещение опиатов синтетическими ПАВ, существенное увеличение потребления НПАВ (Нафиков А.Р., Уваров И.А., Черенков А.А., 2018).

Нами были изучены тенденции изменения структуры выявляемых ПАВ в Удмуртской Республике (УР) по результатам химико-токсикологических исследований за период 2013-2019 гг.

**Материал и методы.** Работа проводилась на базе Республиканского наркологического диспансера г. Ижевска. В исследование были включены все положительные пробы на ПАВ, полученные по результатам химико-токсикологических исследований в химико-токсикологической лаборатории РНД за 2013-2019 гг. Ретроспективно изучены и проанализированы группы ПАВ, гендерная принадлежность, возрастные группы и место жительства лиц, у которых выявлены положительные на ПАВ анализы.

**Результаты.** Анализ полученных данных свидетельствует, что количество выявленных психостимуляторов с 2013 по 2018 гг. увеличилось с 537 (2013) до 649 (2018) случаев,

т.е., прирост составил 20%. Максимальное количество психостимуляторов было выявлено в 2017 году (807 случаев). Количество выявленных опиатов уменьшилось с 507 (2013) до 335 (2018), т.е. на 30%. Группа каннабиноидов отметилась незначительным падением с 370 (2013) до 346 (2018) - снижение на 6%. Отмечается рост выявления седативно-снотворных веществ - с 84 (2013) до 112 (2018) -рост на 15%.

Количество "традиционных" наркотиков (опиоидов и амфетаминов) уменьшилось с 1142 (2013) до 769 (2018) - на 33%. Выявленные дизайнерские ПАВ увеличились с 133 (2013) до 487 (2018) - на 368%.

Особенно высокий рост НПАВ выявляется в группе психостимуляторов с 133 (2013) до 509 (2018) - на 382%, в основном за счет Альфа-PVP, который относится к синтетическим катинонам (психостимуляторам амфетаминового ряда) и вызывают выраженные психопатологические расстройства (Нафиков А.Р., Уваров И.А., Пушин Д.В., 2018).

В группе каннабиноидов отмечена резкая изменчивость структуры синтетических каннабимиметиков. Так, например, в 2015 году в положительных пробах синтетических каннабимиметиков в 77% случаев выявлялся АВ-СНМІNАСА, в 2016 году лидером стал АВ-FUBINACA (35%), а в 2017 году-XLR-11 - 70% случаев. Стоит отметить, что в 2019 году среди всех обнаруженных каннабиноидов преобладал дельта-9-тетрагидроканабинол, доля которого составила 25% всех положительных проб.

Отмечается рост количества положительных проб на ПАВ у лиц женского пола с 15,4% (2013) до 18,2% (2019). В возрастных группах начиная с 1985-1989 года рождения и моложе происходит увеличение количества положительных результатов на ПАВ, в основном за счет увеличения положительных тестов на синтетические катиноны.

Основное количество выявляемых ПАВ в течение исследуемого периода в Удмуртской Республике пришлось на г. Ижевск (более 50% выявленных ПАВ).

**Заключение.** Таким образом, в Удмуртской Республике за период 2013-2019 гг. продолжает снижаться количество выявляемых опиоидов, увеличивается группа НПАВ, в первую очередь синтетических катинонов (Альфа-PVP), при этом снижается количество положительных проб на амфетамины. Вызывают беспокойство резкая изменчивость структуры синтетических каннабимиметиков, что свидетельствует о постоянном изменении дизайна ПАВ, вследствие чего для качественного выявления необходимо постоянное обновление библиотек химико-токсикологических лабораторий и поставка соответствующего оборудования. Увеличивается количество наркопотребителей женского пола, молодых лиц. Полученные данные позволяют более четко сформировать группу риска для проведения профилактической работы и целенаправленно обучать специалистов для эффективной работы в новых реалиях.

Нечаева Л.Л.

**ОКАЗАНИЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ  
В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ**

*Забайкальский краевой наркологический диспансер*

Чита, Россия

Оказание наркологической помощи несовершеннолетним Забайкальского края осуществляется в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю "психиатрия-наркология", утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 2015 года № 1034н, и федеральными стандартами медицинской помощи по профилю "психиатрия-наркология".

Амбулаторная наркологическая помощь несовершеннолетним в Забайкальском крае оказывается в кабинетах врачей психиатров-наркологов на базе ГАУЗ "Забайкальский краевой наркологический диспансер" (далее - ГАУЗ ЗКНД) и в центральных районных боль-

ницах края. Стационарная наркологическая помощь оказывается в отделении № 1 ГАУЗ ЗКНД, а также на базе ГКУЗ "Краевая клиническая психиатрическая больница имени В.Х. Кандинского". При отравлениях помощь несовершеннолетним оказывается на базе ГУЗ "Краевая детская клиническая больница" и в отделении острых отравлений ГУЗ "Городская клиническая больница № 1".

Наркологическую помощь несовершеннолетним в крае в 2019 году оказывал 51 врач психиатр-нарколог. Показатель обеспеченности населения врачами психиатрами-наркологами составил 0,48 на 10 тысяч населения (РФ 2018 год - 0,35).

При анализе статистических показателей наркологического здоровья среди детей и подростков Забайкальского края за последние три года отмечено, что в 2019 году впервые выявлено 211 несовершеннолетних от 0 до 17 лет с наркологическими расстройствами. Показатель заболеваемости составил 78,6, что ниже показателя 2017 года на 14,1%. Показатель заболеваемости употребления алкоголя с вредными последствиями увеличился на 21,6% по сравнению с 2017 годом - с 41,7 до 50,7 на 100 тыс. населения соответствующего возраста. Показатель заболеваемости употребления наркотических веществ с вредными последствиями уменьшился на 47,7% по сравнению с 2017 годом - с 32,7 до 17,1 в 2019 году. Показатель заболеваемости употребления ненаркотических веществ с вредными последствиями снизился на 42,9% по сравнению с 2017 годом и составил 8,9 на 100 тыс. населения соответствующего возраста.

На 01.01.2020 года в Забайкальском крае зарегистрировано 457 подростков с наркологической патологией. Большинство зарегистрированных - потребители алкоголя - 265 человек (58% от общего числа зарегистрированных подростков), потребителей наркотических веществ было 127 человек (27,8%), потребителей ненаркотических веществ - 65 человек (14,2%). Показатель болезненности всеми наркологическими расстройствами среди подростков в 2019 году составил 1188,8 на 100 тыс. подросткового населения, что на 21,1% ниже соответствующего показателя 2017 года (1507,3), но выше на 17,5% показателя ДФО, выше показателя РФ на 46,9%. В 2019 году показатель заболеваемости всеми наркологическими расстройствами подростков 15-17 лет составил 385,0 на 100 тыс. подросткового населения, что на 29,7% ниже показателя 2017 года (548,1). Отмечается увеличение заболеваемости синдромом зависимости от наркотических веществ в 3 раза - с 2,7 в 2017 году до 7,8 в 2019 году. Заболеваемость употребления алкоголя с вредными последствиями остаётся практически на одном уровне. За последние 3 года идёт уменьшение числа потребителей наркотических веществ с вредными последствиями среди подростков на 55%. Данный показатель в 2019 году составил 104,1, что на 11,7% выше показателя по ДФО и в 2,3 раза выше показателя по РФ. Отмечается снижение потребителей ненаркотических веществ с вредными последствиями - с 46,6 в 2017 году до 15,6 в 2019 году.

На 01.01.2020 года в Забайкальском крае было зарегистрировано 138 детей с наркологическими расстройствами. Показатель болезненности (60,0) увеличился на 24,5% в сравнении с 2017 годом. Заболеваемость наркологическими расстройствами детей 0-14 лет в 2019 году составила 27,4 на 100 тыс. населения, что выше аналогичного показателя за 2017 год на 38,4%.

В 2019 году выявлен 1 ребенок с синдромом зависимости от ненаркотических веществ. Показатель заболеваемости составил 0,4 на 100 тыс. детей. Выявлено 38 детей с употреблением алкоголя с вредными последствиями, показатель составил 16,5 на 100 тыс. детей, что в 2,3 раза выше показателя 2017 года. Выявлено 6 детей с употреблением наркотических веществ с вредными последствиями, показатель составил 2,6 на 100 тыс. детей. Показатель употребления ненаркотических веществ с вредными последствиями в 2019 году составил 7,8, что на 28% ниже показателя 2017 года.

Большое внимание наркологической службой Забайкальского края уделяется межведомственному взаимодействию с государственными и негосударственными некоммерчес-

кими организациями по вопросам профилактики наркологических расстройств и раннего выявления потребителей психоактивных веществ среди населения, в том числе среди несовершеннолетних. Медицинские организации, оказывающие наркологическую помощь населению края, осуществляют взаимодействие с УМВД России по Забайкальскому краю, УФСИН, ФКУ УИИ УФСИН России по Забайкальскому краю, Краевой комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав, Читинской Епархией и другими заинтересованными учреждениями и ведомствами.

В рамках межведомственного взаимодействия по раннему выявлению наркологических расстройств ГАУЗ ЗКНД проводит совместную работу с комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав. Врачи психиатры-наркологи принимают активное участие в заседаниях комиссии, эта работа направлена на профилактику и раннее выявление потребителей психоактивных веществ, участие в рейдах. В муниципальных районах Забайкальского края в состав комиссий по делам несовершеннолетних входят районные врачи психиатры-наркологи.

Таким образом, в Забайкальском крае организована система оказания наркологической помощи несовершеннолетним в рамках межведомственного взаимодействия с целью профилактики и раннего выявления потребителей психоактивных веществ.

Нечаева Т.О  
**МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ  
В ЗАБАЙКАЛЬЕ**  
*Забайкальский краевой наркологический диспансер*  
*Чита, Россия*

Проблема зависимостей в настоящее время приобретает все большую значимость и актуальность. В связи с этим, подходы к лечению и сами методы разнятся по своей эффективности, продолжительности и результативности.

В результате проведенных исследований показано, что эффективность (длительность ремиссии, длительность участия больного в лечебных, психотерапевтических и реабилитационных программах) находится в прямой зависимости от числа пройденных этапов лечения. В этой связи, в спектре терапевтических подходов, большое внимание уделяется как амбулаторной, так и стационарной реабилитации наркологических больных.

В Забайкальском крае программа амбулаторной реабилитации для наркологических больных осуществляется на базе кабинетов врачей психиатров-наркологов, где пациенты получают амбулаторную медицинскую, психологическую, психотерапевтическую и социальную поддержку. В г. Чите при диспансерном отделении работает кабинет амбулаторной реабилитации, куратором которого является врач психотерапевт. Методологической основой программы является интегративная психотерапия, применяемая в русле личностно-ориентированной и когнитивно-поведенческой терапии, направленной на осознание зависимого поведения, коррекцию психических и поведенческих расстройств, достижение стабильной ремиссии, формирование реальной жизненной перспективы.

При организации стационарной реабилитации активно используется программа 12-шаговой ориентации зависимых людей, сочетающая в себе медицинские и социальные аспекты воздействия на болезнь. Лечебный процесс строится на системности оказания комплексной помощи больным алкоголизмом и наркоманией. Все этапы реабилитации проходят в специально созданной для личностного восстановления среде, основанной на системе ответственности, психологической поддержки, контроля, поощрения и порицания. Стационарная реабилитация в г. Чите представлена 2 видами программ - краткосрочной на базе отделения № 1 и среднесрочной в отделении медицинской реабилитации ГАУЗ ЗКНД.

Бригадный метод оказания помощи зависимым, используемый при проведении реабилитации, предусматривает работу врача-нарколога, психотерапевта, психолога, специалиста по социальной работе, труднinstrуктора, консультантов из общества анонимных алкоголиков и наркоманов, служителей церкви. Совместная деятельность специалистов направлена на коррекцию мировоззрения пациентов, стереотипов их зависимого поведения и мышления, патологического влечения к психоактивным веществам, а также на мотивацию поддержания трезвого образа жизни. Поскольку в настоящее время многие методы направлены лишь на одно из звеньев патогенеза заболевания, что в свою очередь и влияет на конечный результат и исход, усилия специалистов, включенных в бригаду, направлены на комплексное воздействие на зависимость, начиная с биологического уровня и постепенно переходя к духовной составляющей аддикции.

Всего в 2019 году амбулаторную реабилитацию в Забайкальском крае проходило 1201 человек, что составляет 7,8% от общего числа больных, состоящих под наблюдением у врачей психиатров-наркологов на конец 2019 года. Данный показатель на 4% больше, чем в 2018 году (7,5%), в 1,5 раза превышает средний показатель по России (5%), но почти на 30% ниже среднего показателя по ДФО (10,9%).

В структуре больных, проходивших амбулаторную реабилитацию, 590 пациентов, или 49,1% было с диагнозом "синдром зависимости от алкоголя". 108 пациентов, или 9% имели диагноз "синдром зависимости от наркотических средств". 4 пациента, или 0,3% было с диагнозом "синдром зависимости от ненаркотических средств". С диагнозом "употребление с вредными последствиями алкоголя, наркотических и ненаркотических психоактивных веществ" было 499 пациентов или 41,6%.

Из числа лиц, прошедших амбулаторную реабилитацию (1201) 679 пациентов, или 56,5% успешно завершили реабилитационную программу. Данный показатель по Забайкальскому краю на 5,5% больше, чем в 2018 году (53,6%), на 2% превышает средний показатель по России (55,8%), и на 13% выше среднего показателя по ДФО (49,9%).

В структуре больных, успешно прошедших амбулаторную реабилитацию, 323 пациента, или 54,8% имели диагноз "синдром зависимости от алкоголя". 52 пациента, или 48,2% - диагноз "синдром зависимости от наркотических средств". С диагнозом "синдром зависимости от ненаркотических средств" было 2 пациента, или 50%. У 302 пациентов или 60,5% был диагноз "употребление с вредными последствиями алкоголя, наркотических и ненаркотических психоактивных веществ".

Прервали амбулаторную реабилитацию (по причине отказа, лишения свободы, смерти и пр.) 125 человек, или 10,4%. С диагнозом "синдром зависимости от алкоголя" прервали реабилитацию 75 пациентов, или 12,7%; с диагнозом "синдром зависимости от наркотических средств" - 9 пациентов, или 8,3%; с диагнозом "синдром зависимости от ненаркотических средств" - 1 пациент или 25%. 40 человек или 8% от общего числа пациентов, прервавших реабилитацию, были с диагнозом "употребление с вредными последствиями алкоголя, наркотических и ненаркотических психоактивных веществ".

На конец 2019 года продолжили амбулаторную реабилитацию у врачей психиатров-наркологов 397 человек, или 33,1% от всех пациентов, проходивших программу амбулаторной реабилитации на начало 2019 года.

Стационарную медицинскую реабилитацию в 2019 году проходило 306 человек, что составляет 6,3% от общего числа больных, выбывших из стационара на конец 2019 года. Данный показатель по Забайкальскому краю находится на уровне 2018 года (6,2%), на 10,5% превышает средний показатель по России (5,7%), но почти в 1,8 раза ниже среднего показателя по ДФО (11,5%).

В структуре больных, проходивших стационарную медицинскую реабилитацию 258 пациентов, или 84,3% были с диагнозом "синдром зависимости от алкоголя". 48 пациентов, или 15,7% имели диагноз "синдром зависимости от наркотических средств".

Из числа лиц, проходивших в 2019 году стационарную медицинскую реабилитацию (306) 261 пациент, или 85,3% успешно завершили реабилитационную программу. Данный показатель по Забайкальскому краю на 3% больше, чем в 2018 году (82,8%), находится на уровне среднего показателя по России (85,5%), и на 3% выше среднего показателя по ДФО (82,5%).

В структуре больных, проходивших стационарную медицинскую реабилитацию 227 пациентов, или 87% были с диагнозом "синдром зависимости от алкоголя". Средний срок лечения данной категории больных составил 54,5 койко-дня. 34 пациента, или 13% были с диагнозом "синдром зависимости от наркотических средств", со средними сроками лечения 65 койко-дней.

Прервали стационарную медицинскую реабилитацию (по причине отказа, лишения свободы, смерти и пр.) 45 человек, или 14,7%. Из них 31 пациента, или 12% были с диагнозом "синдром зависимости от алкоголя". 14 пациентов, или 29,2% имели диагноз "синдром зависимости от наркотических средств".

Из числа лиц, успешно завершивших стационарную реабилитационную программу (261) 152 пациента, или 58,2% были направлены для дальнейшей амбулаторной реабилитации, их них 121 пациент (53,3%) был с диагнозом "синдром зависимости от алкоголя" и 31 пациент (91,2%) был с диагнозом "синдром зависимости от наркотических средств".

Таким образом, реализация в Забайкальском крае реабилитационных программ позволяет комплексно, с учетом медицинских, психологических, психотерапевтических и социальных мер осуществлять единый лечебно-реабилитационный процесс, как для амбулаторных, так и для стационарных больных, и направлена для достижения максимально возможного эффекта при терапии зависимостей.

Никитина В.Б., Карауш И.С., Дашиева Б.А.

**ПРЕДИКТОРЫ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ,  
КОМОРБИДНОГО С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Научно-исследовательский институт психического здоровья,  
Томский национальный исследовательский медицинский центр  
Российской академии наук*

*Томск, Россия*

При курации пациентов с непсихотическими психическими расстройствами приходится учитывать коморбидную соматическую патологию, которой принадлежит не последняя роль в патоморфозе психического заболевания. Так, в достаточно большом проценте случаев верифицируются различные патологические состояния эндокринной системы, в частности, гиподисфункция щитовидной железы.

Гипотиреоз может длительное время скрываться за симптомами анемии, депрессии, нефрита и полисерозита, ишемической болезни сердца, при этом больные длительно лечатся у врачей-кардиологов, неврологов, гематологов и др. (Подзолков А.В., Фадеев В.В., 2009; Петунина Н.А., Трухина Л.В., 2013). Наиболее частыми являются жалобы на сонливость, слабость, снижение памяти, запоры, боли в мышцах, зябкость, затруднение носового дыхания, снижение слуха, охриплость голоса. Различия клинических проявлений обусловлены длительностью и выраженностью дефицита гормонов щитовидной железы, возраста пациента и наличия сопутствующих заболеваний. Дефицит тиреоидных гормонов определяет нарушение их воздействия на пострецепторные механизмы, способствующие норадренергической и серотонинергической нейротрансмиссии, что обуславливает снижение скорости кровотока, угнетение анаболических процессов и метаболизма глюкозы в головном мозге (Панченкова Л.А., Юркова Т.Е., 2002).

При всем многообразии симптомов изменения со стороны психической сферы наблюдаются практически у всех пациентов (Bathla M., Singh M., Relan P., 2016), чаще всего они представлены астено-депрессивной симптоматикой.



У лиц с гипотиреозом, помимо депрессивных, отмечаются и другие нервно-психические расстройства: тревожные, органические (в т.ч. соматогенно-обусловленные), затяжные астенические состояния, которые маскируются симптомами гипотиреоза, что усложняет диагностику как психической, так и эндокринной патологии, утяжеляет течение заболевания и удлиняет период выздоровления (Шпрах В.В. и соавт. 2008; Jung S.J., 2018). Исследование влияния дисфункции щитовидной железы на течение и клинические проявления этих расстройств недостаточно представлено в научной литературе (Дудинская, 2018).

В качестве одного из дезадаптивных состояний с эмоциональными и/или поведенческими реакциями, возникающими в ответ на идентифицируемый личностью психосоциальный стресс, рассматривается расстройство адаптации. Распространенность данного расстройства варьируется - от 1-2% (Gradus J.L, 2009; Glaesmer H. et al., 2015) до 18-30% (Killikelly C., et al., 2019). Описано несколько типов течения расстройств адаптации (Шифнер Н.А., 2011). Помимо благоприятного течения со спонтанным или терапевтическим регрессом психопатологической симптоматики и выздоровлением, выделяют затяжной тип течения, проявляющийся затяжными дезадаптационными реакциями (от 6 месяцев до 2 лет), либо повторяющимися клишированными реакциями, возникающими после периода относительной нормализации состояния. В качестве исхода в таких случаях возможны утяжеление клинической симптоматики с переходом в хроническую аффективную патологию и/или формирование стойких изменений личности (неблагоприятный тип течения). Прогнозирование затяжного течения расстройства адаптации в таких случаях позволило бы своевременно скорректировать его терапию.

**Цель** - оценить возможности прогнозирования риска формирования затяжного течения расстройства адаптации на основе определения гормонов щитовидной железы.

**Материал.** Обследовано 34 женщины, проходившие курс лечения в клинике НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, средний возраст составил  $46,97 \pm 10,65$  лет. Пациентки были разделены на две группы: 1 - расстройство адаптации (F 43.2) с нарушением функции щитовидной железы (n=24); 2 - расстройства адаптации (F 43.2) без патологии щитовидной железы (n=15). У 46% женщин признаки патологии щитовидной железы впервые выявлены в период пребывания в психиатрическом стационаре при проведении ультразвукового обследования. У 24% пациенток субклинический гипотиреоз диагностирован по результатам лабораторных исследований.

**Методы:** клинический (клинико-психопатологический, клинико-динамический), психологический (определение уровня тревоги по госпитальной шкале тревоги HADS), лабораторный, статистический. Концентрацию гормонов щитовидной железы определяли в соответствии с инструкцией по применению наборов реактивов для иммуноферментного определения гормонов в сыворотке крови (ОАО "Вектор-Бест", Новосибирск, Россия) на автоматическом ИФА-анализаторе Lazurite Dynex Technologies (USA).

**Результаты.** При анализе частот встречаемости отдельных симптомов выявлено, что пациенты с сопутствующей патологией щитовидной железы значимо чаще предъявляют кардиоваскулярные ( $p=0,0286$ ) и нейровегетативные ( $p=0,0457$ ) симптомы. Для них же характерно большее количество предъявляемых симптомов - 7 [5,5; 8] в сравнении с пациентами из второй группы, в которой среднее количество симптомов у одного больного составило 4 [3;5] ( $p=0,00028$ ).

Клинические проявления со стороны эмоциональной сферы также были оценены с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). В группе с коморбидной патологией уровень тревоги был значимо выше ( $p=0,002249$ ) и соответствовал субклиническим значениям.

Сравнительный анализ результатов гормонального обследования пациентов выявил значимые различия в концентрации определяемых гормонов - повышение свободного трий-

одтиронины (Т3,  $p=0,006412$ ) и снижение свободного тироксина (Т4,  $p=0,002015$ ) у лиц с расстройством адаптации и сопутствующей патологией щитовидной железы. Концентрация ТТГ в группах значимо не отличалась.

**Заключение.** Таким образом, уровень концентрации гормонов щитовидной железы - свободного трийодтиронины, свободного тироксина, наряду с определением уровня тревоги отличаются при разных вариантах течения расстройства адаптации, и их определение может быть использовано для прогнозирования затяжного течения данного расстройства, что и было предложено в качестве патентной разработки (Патент (ru) № 2717307 С1, 2020). В качестве предикторов риска формирования затяжного течения расстройства адаптации рассматриваются: значения тревоги по шкале HADS более 8 баллов, концентрации свободного Т3 более 5 пмоль/л и свободного Т4 менее 11 пмоль/л.

При лечении пациентов с непсихотическими психическими расстройствами следует учитывать функциональное состояние щитовидной железы, которые определяют особенности клиники - полиморфность и клиническую "неяркость" симптомов. Своевременная диагностика непсихотических психических расстройств, коморбидных с патологией щитовидной железы обеспечивает индивидуализированную дифференцированную терапию, что имеет важное клинико-практическое значение.

Исследование осуществлено в соответствии с бюджетным финансированием в рамках комплексной темы НИР "Комплексное исследование клинико-психопатологических закономерностей и патобиологических механизмов формирования и прогрессивности социально значимых психических и поведенческих расстройств с разработкой инновационных методов ранней диагностики, персонализированных стратегий терапии и профилактики", регистрационный номер: АААА-А19-119020690013-2 0421-2020-0011 и в рамках поисковых научных исследований 0421-2020-0011-технологии комплексной персонализированной терапии больных с непсихотическими психическими расстройствами, номер госрегистрации АААА-А20-120041690008-9.

Новикова А.С.

**К ВОПРОСАМ ОРГАНИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ  
СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА  
Забайкальский краевой наркологический диспансер  
Чита, Россия**

В Забайкальском крае сестринское дело - важнейшая составная часть системы здравоохранения, располагающая значительными кадровыми ресурсами. На сегодняшний день в ГАУЗ "Забайкальский краевой наркологический диспансер" (далее - ГАУЗ ЗКНД) работают 70 средних медработников, по штатному расписанию - 86,25 штатных единиц, укомплектованность штатов составляет 79%.

ГАУЗ ЗКНД является специализированной медицинской организацией для лечения больных с алкоголизмом и наркоманией. Трудно переоценить роль медицинской сестры в лечебном процессе в условиях наркологического стационара. Выполнение назначений врача, уход за тяжелобольными, проведение разных и сложных манипуляций - все это является прямой обязанностью среднего медицинского персонала.

Медицинская сестра в условиях работы в наркологическом диспансере участвует в обследовании пациентов, их подготовке к диагностическим исследованиям, наблюдает за пациентами в состояниях разной степени тяжести, в том числе и за пациентами, которые находятся в палатах интенсивной терапии. Все это предъявляет высокие требования не только к профессиональным, но и к морально-этическим качествам медицинской сестры в условиях работы в ГАУЗ ЗКНД, ее умению найти правильный контакт с больными и их родственниками.

Обязательным качеством медицинской сестры в условиях работы диспансера, должно быть стремление к постоянному повышению своей квалификации, углублению знаний, приобретению новых навыков. Сегодня для многих работников предусмотрены разные курсы по повышению квалификации. В современных условиях непрерывного развития медицины, внедрения в медицинскую практику новых медицинских технологий, сестринское дело также непрерывно развивается. Поэтому организация повышения квалификации сестринского персонала является одной из важнейших задач в ГАУЗ ЗКНД. Для этого медицинские работники среднего звена проходят переподготовку и повышение квалификации в отделении дополнительного обучения ГПОУ "Читинский медицинский колледж" на выездных циклах каждые 5 лет. Выездные циклы по повышению квалификации проводятся на базе наркологического диспансера на плановой основе с использованием различных форм и методов обучения. Большую роль в обучении медицинского персонала играют учебно-методические мероприятия, организованные с привлечением врачей - специалистов для проведения теоретических и практических занятий со средним персоналом. На данных занятиях медицинские работники совершенствуют свои знания и профессиональные навыки, делятся опытом с коллегами, изучают новые нормативные акты и постановления, учатся правильно заполнять медицинскую и иную документацию, изучают новые способы по уходу за пациентами и пр. Особое внимание уделяется правилам оказания первой медицинской помощи, соблюдению санитарных правил и норм, этическим нормам поведения, освоению профилактической деятельности медработника. Благодаря курсам по повышению квалификации медработники не только освежают имеющиеся у них знания и умения, но и получают новые, более актуальные знания, которые призваны улучшить их работу, качество предоставляемых услуг.

Повышение квалификации специалистов со средним медицинским образованием регламентируется ст. 197 Трудового кодекса Российской Федерации, которая гарантирует работникам право на профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации, включая обучение новым профессиям и специальностям, а также Законом Российской Федерации "Об образовании" от 13.01.1996 № 12 - ФЗ. Курсы по повышению квалификации медицинских работников организуются в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 3.08.2012 № 66н. Содержание обучения, его сроки и формы определяет образовательное учреждение, организовывающее повышение квалификации.

По плану 2019 года обучение на цикле повышения квалификации прошли 35 специалистов со средним медицинским образованием, что составило 50% из общего числа физических лиц, работающих в ГАУЗ ЗКНД. Таким образом, сертификаты специалиста имеют 70 сотрудников (100%). Повышенный уровень сестринского образования имеют 6 сотрудников, 2 средних медработника имеют высшее сестринское образование. По плану аттестации средних медицинских работников на 2019 год подготовлены на аттестацию 11 средних медработников, из них 3 подтвердили высшую квалификационную категорию, 3 сотрудника получили высшую квалификационную категорию, первую категорию получило 3 сотрудника, 2 сотрудника получил вторую квалификационную категорию. Таким образом, 59 средних медработников ГАУЗ ЗКНД имеют квалификационную категорию, что составило 84%. Не имеют категории - 11 сотрудников, что составляет 16% от общего числа средних медработников. Высшую квалификационную категорию имеет 31 сотрудник, что составляет 44% от общего числа сотрудников с категорией; первую - 14, что составляет 20% и вторую - 14, что тоже составляет 20%.

Согласно годовому плану работы на базе краевого наркологического диспансера проводятся ежемесячные профессиональные курсы обучения для среднего и младшего медицинского персонала, в виде обучающих занятий и практикумов. Проводятся практические занятия и зачёты по алгоритмам: обработка рук медперсонала, работа с медицинскими

отходами, оказание первой доврачебной медицинской помощи т.д., практикуется тестирование медработников на различные темы. Ежемесячно проводятся занятия в отделениях, ведется санитарно-просветительная работа и пропаганда здорового образа жизни. За 2019 год по плану работы обучения персонала проведено 12 обучающих конференций с демонстрацией мастер-классов в соответствии с профессиональной компетентностью специалистов.

Также дополнительное профобразование медицинские сестры диспансера получают при ведении следующих видов образовательной деятельности: участие в разноуровневых научно-практических конференциях, мастер-классах, конкурсах, организаторами которых выступают Министерство здравоохранения Забайкальского края, Забайкальская региональная общественная организация "Профессиональные медицинские специалисты". В июне 2019 года состоялась ежегодная краевая научно-практическая конференция "Сестринское дело в психиатрии и наркологии", в работе которой приняли участие 56 специалистов из ГАУЗ ЗКНД. В течение двух дней медсестры участвовали в пленарных заседаниях, состоялись в профессиональном конкурсе "Лучшая медицинская сестра психиатрической и наркологической служб" и участвовали в мастер-классах. В ежегодном конкурсе "Лучшая медицинская сестра психиатрической и наркологической служб" приняли участие 3 медицинские сестры из краевого наркологического диспансера. Все конкурсантки творчески отнеслись к конкурсу и представили красиво оформленные папки - портфолио, которые вызвали интерес у присутствующих. На всех этапах они показали хорошую теоретическую подготовку, практические навыки, современный подход к решению проблем, творческую смекалку. В итоге третью ступень победителя конкурса "Лучшая медицинская сестра психиатрической и наркологической служб" заняла медицинская сестра ГАУЗ ЗКНД Федосеева Наталья Геннадьевна. Всем участникам по окончании конференции были выданы сертификаты с указанием зачетно - накопительных часов. Медицинские сестры ГАУЗ ЗКНД проходят обучение в системе непрерывного медицинского образования (НМО). За 2019 год обучение прошли 65 медицинских сестер, что составило 93%.

Таким образом, обучение средних медицинских работников необходимо рассматривать как важное условие для дальнейшей профессиональной деятельности.

Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А.

**РОЛЬ ДИНАМИКИ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ  
В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ДЕМЕНЦИИ В КЛИНИЧЕСКИХ НЕЙРОНАУКАХ**  
*Самарский государственный медицинский университет  
Самарская городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова  
Самара, Россия*

Познание теоретическое (научное) и практическое сопровождало человечество всегда, и будет существовать, пока живёт само человечество. Нарастание научно-технического прогресса обусловлено, в том числе, междисциплинарным и трансдисциплинарным взаимодействием наук, особенно естественных. Гуманистические науки существенно отстают, пытаются опираться на естественные, чаще всего по принципу междисциплинарности. Это, к сожалению, не дает ожидаемого практического результата, ещё более запутывает теоретические дисциплины, особенно в медицине, включая клинические нейронауки. Как ни прискорбно констатировать, но почти пятидесятилетнее использование когнитивной психологии в клинических нейронауках не привело к созданию философии и методологии данных дисциплин.

Когнитивная психология стала "новым" направлением психологической науки и начала широко использоваться в медицинских науках, придавая "научную междисциплинарность" исследованиям.

Особенностью современного периода развития нейронаук является их нарастающая междисциплинарность, создающая "цунами" новых нейронаук: нейропсихиатрия, нейропсихология, нейробиология, нейропсихоанализ, социальная нейронаука, интерперсональная нейробиология и другие. При этом исследователи и создатели "новых" наук не утруждают себя выделением предмета науки, метода исследования, но широко используют психиатрическую терминологию.

Когнитивная психология (когнитивная наука по Б.М. Величковскому - ученику и последователю А.Р. Лурия) - междисциплинарное направление, соединившее в себе психологию, в первую очередь, экспериментальную, нейрофизиологию, информатику и философию познания в 60-е годы XX века.

Современная когнитивная психология возникла на стыке информатики, психофизиологии и психологии познания для изучения и обоснования пространственно-векторных проявлений мозга в процессе системно-динамической модели когнитивных функций. Сегодняшняя когнитивная психология изучает преимущественно когнитивные функции (процессы): восприятие, память, внимание, распознавание конфигураций, решение мыслительных задач, психологические аспекты речи, когнитивное развитие и другие феномены, рассчитывая перейти от когнитивных феноменов к когнитивным законам и когнитивным константам (Сергиенко Е.А., 2002).

Немалую роль в переходе на терминологию когнитивной психологии сыграло и внедрение МКБ-10 в отечественную психиатрию, в классификаторе которой понятие интеллекта не используется.

Постепенно из неврологической литературы стало исчезать понятие "интеллект", а позже и в психиатрии стал чаще появляться термин "когнитивный дефицит". А понятие "интеллект" (лат. intellectus - познание, понимание), несмотря на своё научное значение (понимание которого нередко у разных теоретиков своё), стало похоже на старый корабль, который так оброс ракушками, грязью, растениями, покрылся трещинами, что начинает идти ко дну, особенно от бесконечного числа обыденных и популяризаторских толкований.

Следует согласиться с В.И. Крыловым (2012), что "анализ психиатрической литературы, изданной за последние десять лет, показал наличие существенных различий в дефинициях и интерпретациях различных понятий общей психопатологии". И далее: "Терминологическая неопределенность дезорганизует практических врачей в вопросах диагностики и лечения".

Похожая участь в той или иной мере стала постигать и негативные синдромы, особенно шкалу негативных синдромов по А.В. Снежневскому.

Насущными причинами обращения к проблеме "экспансии" иных специалистов (преимущественно неврологов) в психиатрию стало и создание Ассоциации Нейропсихиатрии с тенденциями скрытой антипсихиатрии.

Цель тезисов - обосновать возможность синдромальной диагностики динамики когнитивных расстройств с опорой на шкалу негативных синдромов и рубрики МКБ-10.

Итак, посмотрим коротко, что привнесла когнитивная психология, согласно приведенному определению Е.А. Сергиенко (2002): в научно-технические дисциплины - понимание создания искусственного интеллекта; в психологию - новое направление (с предметом - когниции) с выделением когнитивных процессов, когнитивных образований, когнитивного стиля личности, а также в практическом и прикладном подходе - обилие тестов, шкал, опросников для их выявления, включая клиническую психодиагностику. Специалисты клинических нейронаук с энтузиазмом включились в практическое использование когнитивных ("нейропсихологических") тестов, и неврологи и, к сожалению, некоторые психиатры, своеобразно их интерпретируя, забыв про патопсихологию.

Не ставя цели подробного анализа неврологической и психиатрической литературы

по использованию терминов (понятий), обозначающих познавательные процессы в общей и клинической психопатологии в клинических нейронауках, напомним о существовании в отечественной клинической психопатологии учения о позитивных и негативных синдромах А.В. Снежневского, забытого в новом столетии и теоретически, и практически.

Сопоставим два национальных руководства "Психиатрия" (2009) и "Неврология" (2009). В главе 26 "Нарушение когнитивных функций" руководства "Неврология" дается определение: "Деменция - приобретенные устойчивые полифункциональные когнитивные нарушения (ухудшение памяти, интеллекта, умственной работоспособности и др.), выраженные в значительной степени, определяемые на фоне ясного сознания, имеющие причиной органическое поражение мозга". И далее: "Когнитивные функции - наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется рациональное познание мира и взаимодействие с ним. Синонимами термина "когнитивные функции" являются понятия "высшие мозговые функции", "высшие психические функции" или "познавательные функции". Однако не упоминаются синонимы этих терминов, принятые в психиатрии - "расстройства интеллекта", "органический" (энцефалопатический) и "негативные (дефицитарные) синдромы". В "Психиатрии", в общей психопатологии (Тиганов А.С., 2009) используется понятие "энцефалопатический (психоорганический с вариантами) синдром", однако не применяется понятия негативных синдромов.

Самарская школа психиатров, созданная П.Ф. Малкиным (1959-1971), использовала сложное психическое образование - "интеллект" (ум, разум, общие и специальные способности), складывающийся из трех блоков познания внешнего мира и ставший свойствами и качествами внутреннего мира человека: психические процессы, "духовный инвентарь" и собственно интеллект. "Собственно интеллект" включает в себя умение пользоваться "духовным инвентарем", способность к критике и самокритике, к формированию новых идей, новых точек зрения, формированию гипотез, научению и обучению новому, т.е. ведущим являются общие и индивидуальные способности к обучаемости. Обучаемость здесь рассматривается как комплексный показатель особенностей мышления (темп продвижения в новом материале, экономичность, самостоятельность и гибкость мышления, особенности обобщения и абстрагирования признаков и осознанность действий, "мозговой штурм", творческий инсайт, т.е. "мышление в действии", критика и самокритика.

Введение в общую и клиническую психопатологию шкалы негативных синдромов позволяет понять динамику разрушения (участия, повреждения) когнитивных (интеллектуальных), личностных, поведенческих, эмоциональных качеств индивида (субъекта).

Приведем сопоставление шкалы негативных синдромов А.В. Снежневского и категорий МКБ-10 (F00-09): истощение личности (астенические расстройства) -F 06.6; субъективное изменение личности; объективное изменение личности -F 06.7; дисгармонии личности; редукция энергетического потенциала -F 07; снижение личности; регресс личности; психический маразм (тяжелое когнитивное расстройство по МКБ-11) - деменции F 00, F 01, F 02, F 03. Нет сомнений в том, что негативная шкала синдромов существенно богаче рубрик МКБ-10 (F 0).

Именно данный подход позволяет Е.В. Макушкину и Л.Е. Пищиковой (2015) выделить отдельные клинические модели развития деменций. Предложены некоторые структурно-динамические модели деменций (пресенильная (F 00.0), сенильная (F 00.1), пресбиофрения Вернике (F 00.2), атеросклеротическая (F 01), Корсаковский синдром (F 04), деменция лобного типа (F 02.0). Они расшифровывают этапность изменений когнитивных (интеллектуальных) функций. Например, "последовательность снижения уровня дезадаптации → десоциализация: юридическая, образовательная, финансовая дезадаптация → медицинская → бытовая → индивидуальная дезадаптация". И хотя авторы ставили перед собой частные задачи судебной психиатрии, им удалось дать четкие методологические и клини-

ческие описания ряда деменций с позиций предложенных концепций (закона неблагоприятного старения) и обогатить клиническую и аналитическую психопатологию.

Негативные синдромы (шкала негативных синдромов по А.В. Снежневскому) продолжают оставаться "золушками" общей, клинической и аналитической психопатологии, а также когнитивной психологии, и ждут своих "принцев" с принципами демаркации и эффективности.

Теоретические знания необходимы для развития клинических нейронаук, без них не может развиваться ни одна нейродисциплина с ее междисциплинарностью, но теория, в первую очередь, необходима для доказательной практики. Практика нужна прежде всего врачу, ему ближе философия прагматизма, чем постмодернизм с его языковыми играми и алогичностью. Познавательная ясность прагматизма достигается не впечатлениями, не в мыслях, не в языковых играх и даже не в практических действиях, а в достижении цели, т.е. в рациональности (рациональной деятельности, рациональной цели Ч. Пирса) и результативности диагностики и терапии.

На наш взгляд, психиатрия, оставаясь смежной наукой с биологической и аксиологической парадигмами, была и будет прагматической наукой, как все медицинские и социальные науки, где преимущественно используется прагматический метод, хотя бы в практической парадигме, где один из главнейших концептов истины - принцип эффективности, т.е. обеспечение наиболее эффективного решения, обеспечение достижения наилучших результатов. А в медицине и, несомненно, в психиатрии с клинико-психопатологическим методом этот принцип является базовым, включая биоэтику и этику ответственности.

Носачев И.Г., Носачев Г.Н., Киселева Ж.В.  
**НАРКОЛОГИЯ: ПОВЕДЕНИЕ И ЛИЧНОСТЬ;  
КРИТИЧНОСТЬ И ЖИЗНЕННАЯ ПОЗИЦИЯ**  
*Самарский государственный медицинский университет  
Самарский наркологический диспансер  
Самара, Россия*

Хронический, не всегда конструктивный кризис психологии не может не сказываться на кризисе психиатрии и ее раздела - наркологии. Но психиатры, обвиняя часть специалистов в "психологизации" (психологическом параллелизме) психиатрии, не могут обойти экспериментальную, клиническую психологию с психодиагностикой, которые составляют смежную (аксиологическую, гуманистическую) часть психиатрии и вместе с её биологической (клинической) частью составляют научное единство. А в методологии и философии науки это единство представлено диадами: норма - патология, здоровье - болезнь, адаптация - дезадаптация, компенсация - декомпенсация и др.

Теоретические проблемы психиатрии еще больше запутываются в МКБ-10, глава V (F) "Психические и поведенческие расстройства", где психические и поведенческие расстройства разведены как самостоятельные. Можно было ожидать, что в ряде комментариев, в клинических описаниях и указаниях по диагностике будут даны критерии их разграничения, но они отсутствуют среди общих проблем терминологии. Проблема еще больше углубляется, если еще вспомнить о личностных расстройствах (F 6 "Расстройства зрелой личности и поведения взрослых"). Можно предположить, что указанные термины хорошо описаны в общей психопатологии, но их там нет, как нет и в национальном руководстве "Психиатрия" (2009). Обратимся к терминологическим словарям. Только у В.А. Жмурова в "Большом толковом словаре терминов психиатрии" (2010) есть термин: "Поведение - родовой термин, охватывающий движения, действия, поступки, деятельность, другие процессы и реакции организма". Но автор уклоняется от определения термина "личность", заменив его понятием "структура личности" в представлениях ряда отечественных психологов.

Возмутитель спокойствия отечественной наркологии В.Д. Менделевич, неоднократно поднимавший данные вопросы в остро полемической статье (Неврологический вестник, 2017, № 3) пишет: "Известно, что любая диагностическая процедура не просто констатирует, что конкретное психическое или поведенческое отклонение можно считать проявлением нездоровья, но и то, что его носитель из девианта или маргинала превращается в "полноценного" пациента, получая "преимущества больного, вместо социального отторжения (экслюзии) и дискриминации он обретает статус "страдающего" и нуждающегося в медицинской помощи". И далее: "Он (путь на включение различных поведенческих девиаций) не привел к повышению эффективности медико-центрированной помощи "новым пациентам", не защитил их от стигматизации, не улучшил отношение общества к психиатрии. Пришло время сменить научную парадигму".

Цель - вовлечь коллег в дискурс о роли поведения и личности, личности и поведения в наркологии с опорой на методологию и философию науки; попытка превратить кризис в конструктивный.

Не ставя задач анализа этологии человека, психологии бихевиоризма, формирования этологии в психиатрии от клинко-психопатологически-этологического метода до социальной психопатологии (Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Коробов А.А., Корнетов Н.А., (1988-2019); Носачев Г.Н. и Носачев И.Г., 2006-2019; и др.), приведем несколько общих методологических замечаний. Существует общая методология философии науки и есть методология конкретной науки, в частности, психиатрии. При этом следует помнить, что изначально психиатрия является смежной наукой (между биологической медициной и психологией, социологией). Смежными (междисциплинарными) являются и основные разделы психиатрии, и смещение их в ту или иную сторону (биологизация, "экспансия" неврологов в психиатрию или психологизация) усиливает кризис с распадом (в частности, попыткой выделения аддиктологии, аддиктивной медицины) и может сделать кризис деструктивным не только для наркологии, но и всей психиатрии.

Основное отличие живого от неживого - наличие поведения, но наиболее сложные виды поведения (деятельности) присущи зрелой личности, имеющей жизненную позицию. Индивид рождается как организм (как тело с головным мозгом, который может приобрести психическую функцию) с движениями, обусловленными влечениями и эмоциями с последующим воспитанием и обучением, обучением и воспитанием психики. При этом психика человека рождается (как возможная функция мозга) с появлением индивида и становится психической деятельностью субъекта и личности, а расстройства поведения наблюдаются в любом периоде жизни (от младенчества до старости). По законам РФ индивид приобретает права как субъект деятельности (поведения) с 14 лет, а совершеннолетним (то есть личностью) признается с 18 лет.

Нами проведено изучение комплекса "организм (влечение) - поведение - сознание (личность)" через невербальное поведение (НП) 360 лиц (водителей транспорта) в процессе медицинского освидетельствования на состояние опьянения.

В первой составляющей комплекса ("организм - влечение") ограничимся привычной для отечественной наркологии классификацией патологического влечения, разделением его на навязчивое, сверхценное, компульсивное и импульсивное, апредболезненные формы по И.С. Кону (1988) на: детензивное, аффективное, гедонистическое, влечение для повышения самооценки, компенсаторное, коммуникативное, комфортное, манипулятивное.

У 97% освидетельствуемых смысловая регуляция поведения была упрощена, противоречива и мало осознавалась (анозогнозия, акритичность). Выделены следующие варианты анозогнозии: тотальная, диссимуляции (псевдорациональная анозогнозия), ретроанамнестический вариант анозогнозии, конвенционально-камуфлирующая форма анозогнозии.

Итак, отдельные варианты анозогнозии алкогольного опьянения у освидетельствуе-



ных водителей носят преимущественно ситуационный характер привычного поведения (асоциального опыта, стереотипного поведения) как проявление различных механизмов психологических защит. Именно развитость у личности тех или иных асоциальных вариантов психологических защит нарушает совладание и прогнозирование личностью последствий своего сиюминутного диссоциального поведения. Критика (самооценка) к состоянию, поведению, критичность (ментальный анализ) - категории не столько синдромальные, не клинические, сколько когнитивно-познавательные, когнитивно-поведенческие, а в большей степени морально-этические, общепсихологические, обще-социальные, культуральные, этнические, влияющие на организацию поведения. Так, Б.В. Зейгарник (1991) определяет критичность как "умение обдуманно действовать, проверять и исправлять свои действия в соответствии с объективными условиями". Аналогичного мнения придерживаются И.А. Кудрявцев с соавт. (1991), считающие, что феномен критичности определяет сбалансированность психики и адекватность поведения складывающимся ситуациям.

Итак, в системе "вариант опьянения - личность - ситуация" диссоциальное поведение освидетельствуемых, в первую очередь, зависит от личности, ее критичности (осознание поведения, внутренняя картина здоровья, зрелости), психологических защит, которые мешают личности как и совладанию, и управлению, и прогнозированию поведения во времени приема алкоголя, так и по поведению в ситуации медицинского освидетельствования, т.е. отсутствует копинг-стратегия поведения в связи со слабым прогнозировании последствий опьянения за рулем. Поведение определяется, с одной стороны, анозогнозией пьянства и оправдательными психологическими защитами, свойственными недостаточно зрелой, преимущественно эмоциогенной, личности, а, с другой, не критичностью к потреблению алкоголя и предвидению последствий опьянения за рулем. К сожалению, данная группа зависимых личностей не охвачена превентивно-реадаптационными мероприятиями. Их можно обозначить и как группу общества, потенциально опасную для транспортного движения, и как группу перехода в категорию больных алкоголизмом.

Можно предположить, что в исследованной группе лиц поведение, сформировавшееся в подростково-юношеском возрасте, не стало анализироваться и управляться позже формирующейся личностью. Здесь важным является уточнение информированности индивида о "внутренней картине здоровья - внутренней картине потребления ПАВ", о "здоровом образе жизни", о жизненной позиции личности.

К сожалению, понятие "позиция", являясь общепсихологическим и социально психологическим, мало изучается гуманитарными науками, тем более медицинскими, в частности, психиатрией и ее разделом наркологией.

Так, И.С. Кон (1999) определяет социальную позицию индивида как место в социальной структуре (семье, группе, ближайшем окружении, работе), при этом индивид может занимать несколько позиций одновременно, а в нашем контексте везде жизненная позиция личности связана с ПАВ.

О формировании жизненной позиции личности в детско-подростковом периоде развития личности пишет Л.И. Божович (1968, 1997), введя понятие внутренней позиции в процессе онтогенеза. Данный подход перекликается со взглядами А.Н. Леонтьева и А.Г. Асмолова на жизненную позицию личности.

Д.А. Леонтьев и А.Е. Шильманская (2019) полагают, что в жизненной позиции личности основным является осознанность своей жизни и активность. Отсутствие осознанности, бездумное отношение к своей жизни проявляется феноменологическом совпадении своего Я с тем, что фактически происходит с человеком. Активность жизненной позиции личности проявляется способностью личности управлять своей жизнью, в первую очередь, поведением, критически ее оценивать и изменять. Авторы предлагают апробированный опросник жизненной позиции личности. Данная методика - многообещающий

инструмент как для теории наркологии, так и для практики и может стать основой для личностной когнитивно-поведенческой психотерапии, а также для изменения информированности при психообразовательной работе с пациентом и его окружением.

Таким образом, следует четко различать собственно поведенческие расстройства, включая элементы поведения, простые и сложные формы поведения как входящие в состав психопатологического синдрома, собственно поведенческого (сложные формы поведения) и личностного расстройства и/или незрелости (не состоявшаяся жизненная позиция личности к ПАВ).

В собственно личностные расстройства практически всегда включаются те или иные формы поведения, но не сводятся к ним и даже противоречат содержанию мышления личности, а в некоторых случаях происходит и "отчуждение" поведения от личности и личности до конкретного поведения с ПАВ.

Озорнин А.С., Говорин А.В., Сахаров А.В.  
**ИССЛЕДОВАНИЕ АДИПОКИНОВ КРОВИ  
У БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ШИЗОФРЕНИИ**  
*Читинская государственная медицинская академия  
Государственная Дума Федерального Собрания РФ  
Чита, Москва, Россия*

В конце прошлого столетия появилось новое понимание функции жировой ткани. Было установлено, что жировая ткань не только является резервуаром энергетических запасов, но и способна продуцировать различные биологически активные вещества - адипокины и провоспалительные цитокины. Адипокины - низкомолекулярные белки, которые оказывают системное влияние на внутренние органы и регулируют энергетический обмен, процессы липопероксидации, чувствительность к инсулину, воспалительные реакции. В последние годы было обнаружено, что дисбаланс адипокинов имеет большое значение для формирования метаболического синдрома, развития сахарного диабета и сердечно-сосудистых заболеваний. Поэтому изучение адипокинов у больных шизофренией позволит расширить представления о патофизиологических механизмах формирования метаболического синдрома у данной категории больных.

**Цель исследования:** изучение содержания адипокинов (лептина, адипонектина, адипсина, резистина) в плазме крови у больных с первым эпизодом шизофрении до начала психофармакотерапии.

**Материал и методы.** Исследование проводилось на базе ГКУЗ "Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского" Забайкальского края с 2016 по 2020 годы. В работе соблюдались этические принципы, предъявляемые Хельсинкской Декларацией Всемирной Медицинской Ассоциации и Правилами клинической практики в Российской Федерации. Исследование одобрено в локальном этическом комитете ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия" Минздрава России 22.01.2016 года (протокол № 76). От всех обследованных получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

В исследование было включено 212 больных с диагнозом "Шизофрения параноидная, период наблюдения менее года" (F 20.09). Контрольную группу составили 132 психически и соматически здоровых людей, сопоставимых по возрасту, полу, социальной принадлежности с исследуемыми больными.

У всех обследуемых в группах изучались плазма крови. Кровь забирали из вены натощак, в положение сидя, всегда в одно время - 08.00 часов.

Для изучения адипокинов применялся мультиплексный анализ, который является разновидностью иммуноферментного анализа.

**Результаты.** В плазме крови у больных шизофренией в сопоставлении с показателями группы контроля было выявлено, что содержание адипонектина у представителей основной группы в 2,3 раза превышало величину данного показателя в контрольной группе ( $p=0,00003$ ), а количество адиписина у больных в 2,5 раза было больше, чем у представителей группы сравнения ( $p=0,000000$ ). Концентрация резистина у больных была всего на 3,4% больше, чем в группе контроля, но разница имела статистическую значимость ( $p=0,0067$ ). Содержание лептина у больных соответствовало группе контроля ( $p=0,313$ ).

Поскольку, по данным литературы, содержание адипокинов может отличаться у мужчин и женщин, нами был проведен анализ изучаемых параметров отдельно для мужчин и женщин. Оказалось, что адипонектин и адипсин были кратно повышены у пациентов мужского и женского полов по сравнению с мужчинами и женщинами группы контроля ( $p=0,0001$  и  $p=0,0067$ ;  $p=0,005$  и  $p=0,000005$ , соответственно). Увеличение адипонектина у пациентов мужского пола было более выраженным, чем у пациентов женского пола, но статистической значимости в этом различии обнаружено не было ( $p>0,05$ ). Содержание резистина превысило контрольные значения на 2,8% у больных мужского пола ( $p=0,044$ ) и на 28,6% у пациентов женского пола ( $p=0,03$ ). Величина лептина у больных мужского пола не отличалась от группы контроля ( $p>0,05$ ). В то же время, у больных женского пола количество лептина было больше на 4,8%, чем у женщин контрольной группы ( $p=0,00009$ ). Кроме того, было обнаружено, что содержание лептина у пациентов женского пола было на 5,9% больше, чем у больных мужского пола ( $p=0,04$ ).

**Закключение.** Таким образом, у больных с первым эпизодом шизофрении увеличено содержание адипонектина, лептина, резистина и адиписина. Дисбаланс содержания адипокинов у больных может обуславливать нарушения углеводного и липидного обменов, а также способствовать формированию метаболического синдрома в процессе психофармакотерапии.

Озорнин А.С., Озорнина Н.В.

**ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ  
У ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В КРАЕВОЙ  
КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ ИМ. В.Х. КАНДИНСКОГО**  
*Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского*  
*Чита, Россия*

Несмотря на то, что новая коронавирусная инфекция COVID-19 была впервые зарегистрирована в Китайской Народной Республике в конце 2019 года, к марту 2020 года ее распространение приобрело характер пандемии. Во всем мире активно изучаются возбудитель, клинические проявления и механизмы патофизиологических процессов нового инфекционного заболевания, разрабатываются алгоритмы оказания медицинской помощи. К настоящему времени особенности протекания коронавирусной инфекции и ее лечение у психических больных изучены недостаточно.

В связи со значительным ростом заболеваемости инфекцией COVID-19 и ее распространением среди психически больных в Забайкальском крае в июне 2020 года на базе ГКУЗ "Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского" было создано инфекционное отделение для оказания медицинской помощи психически больным, у которых была диагностирована новая коронавирусная инфекция.

За время существования отделения было пролечено 27 пациентов, которые до заболевания COVID-19 длительное время наблюдались и лечились по поводу психических расстройств. Возраст госпитализированных больных был в диапазоне от 18 до 78 лет. Нозологическая структура была представлена следующим образом: преобладали пациенты с

умственной отсталостью (44,4%) и больные шизофренией (37,0%), деменция и органическое психотическое расстройство были ранее диагностированы у 11,2 % и 7,4% больных, соответственно.

При госпитализации в отделение только два пациента, страдающие шизофренией, пожаловались на отсутствие обоняния, остальные больные никакие жалобы не предъявляли. У всех обратившихся за медицинской помощью соматическое состояние было удовлетворительным, температура тела, гемодинамические показатели были в пределах нормы. При этом, у четырех пациентов показатели сатурации были ниже 95%. В первые два дня всем больным была проведена компьютерная томография грудной клетки, в результате чего у 10 (37,0%) больных была выявлена пневмония. В связи с тем, что у 6 госпитализированных было диагностировано большое поражение легких, они были переведены на лечение в специализированный моностационар. У оставшихся четырех пациентов лечение пневмонии было проведено в условиях инфекционного отделения психиатрической больницы.

Медицинская помощь больным коронавирусной инфекцией оказывалась в соответствии 7 версией временных методических рекомендаций "Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)". В качестве этиотропной терапии применялись гидроксихлорохин, умифеновир, интерферон- $\alpha$ , азитромицин. Серьезных нежелательных явлений при назначении указанных препаратов мы не наблюдали, только у некоторых пациентов при использовании гидроксихлорохина наблюдалась умеренная синусовая брадикардия.

Практически у всех пациентов, страдающих шизофренией, наблюдалось ухудшение протекания ремиссии с появлением невыраженных психотических расстройства галлюцинаторно-бредовой структуры. В связи с этим была необходимость использования психофармакотерапии. При назначении препаратов учитывалось их лекарственное взаимодействие со средствами терапии коронавирусной инфекции. В связи с этим пациентам назначенный ранее карбамазепин был или отменен, или заменен на препарат вальпроевой кислоты. Использовались как высокопатентные, так и низкопатентные нейролептики, за исключением кветиапина и зипразидона, которые по литературным данным вступают в нежелательные взаимодействия с препаратами для лечения инфекции COVID-19. Психотропные препараты пациенты переносили хорошо, у некоторых пациентов было зарегистрировано ортостатическое снижение артериального давления, которое часто встречается при использовании нейролептиков даже у больных, не получающих терапию новой коронавирусной инфекции.

В литературе описаны такие психические расстройства у пациентов с диагностированной инфекцией COVID-19 как тревожные и тревожно-депрессивные, панические атаки, соматоформные расстройства, аффективно-шоковые реакции. Оценивая реакции на заболевание новой коронавирусной инфекцией у пациентов, длительное время страдающих психическим расстройством, мы обнаружили у всех больных, даже у которых не было признаков снижения интеллекта, легковесное отношение к факту заражения COVID-19, недооценку серьезности последствий данного заболевания. В то же время, все пациенты лечение принимали добровольно и не тяготились условиям инфекционного отделения.

Таким образом, по нашим наблюдениям коронавирусная инфекция у психически больных протекает без характерных жалоб даже при развитии пневмонии. Кроме того, люди, длительное время страдающие психическим заболеванием, безразлично реагируют на заражение инфекцией COVID-19, не могут в полной мере оценить тяжесть этого заболевания. По этим причинам лечение легких форм коронавирусной инфекции у данной категории больных в амбулаторных условиях является практически невозможным.

Парамонов А.А., Ишеков Н.С.

**НОВЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОГО ПОДХОДА  
ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ**

*Северный (Арктический) Федеральный университет  
Архангельск, Россия*

В настоящее время существует множество классификаций, из них самой актуальной в настоящее время является Международная классификация болезней (МКБ) десятого, а теперь уже и одиннадцатого пересмотра. Несомненно, любое новшество несёт в себе ряд определенных трудностей. Например, ожидаемый переход с МКБ-10 на МКБ-11. Но ведь для определенных ситуаций нам необходимо несколько расширить диагноз, например, при направлении пациента на медико-социальную экспертизу с целью установления, продления или усиления группы инвалидности, где надо указать ещё как минимум уровень социальной дезадаптации, течение заболевания и пр.

Однако есть ещё и немаловажный этап в организации оказания медицинской помощи, а именно - реабилитация. В реабилитационной практике мы так же используем МКБ. Однако данная классификация даёт нам причины заболевания, статус и механизмы повреждений. Это, несомненно, всё нужно, но больше на этапе активного лечения, где важно определить диагноз, выявить этиологию и патогенез расстройства, и в связи с этим подобрать эффективное лечение. Современные клинические рекомендации указывают, что реабилитация не должна быть первым этапом лечения, а должна следовать за успешным курсом предыдущего лечения как обострения психических и наркологических расстройств, так и патологии, которая служит её осложнением. В реабилитации нам же важно динамическое взаимодействие между состоянием здоровья человека, экологическими и личностными факторами, которые несомненно влияют на течение ремиссии большинства психических и наркологических заболеваний. Это всё даёт нам Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

МКФ позволяет описать практически любые изменения в состоянии здоровья человека и оцифровать их, что необходимо для статистики. МКФ - многогранный инструмент, который может использоваться как со статистической целью (для сбора и накопления информации), так и для социальной политики, и несомненно в клинической практике (оценка потребностей, постановка целей реабилитации). При использовании МКФ в клинической практике облегчается постановка задач для каждого специалиста, оценка эффективности работы как специалиста, так и отделения в целом.

При постановке реабилитационного диагноза при использовании МКФ выносятся ряд проблем, которые имеются у конкретного пациента, список специалистов, которые должны заниматься той или иной проблемой, и задачи, которые стоят перед ними. При оценке в динамике мы можем оценить как менялось ранжирование того или иного домена, и в результате этого оценивать эффективность как вмешательств, так и оценку работы конкретного специалиста.

Как итог, по достижению первоначально поставленной цели мы можем делать вывод по результату реабилитационных мероприятий. Таким образом, в отдаленной перспективе мы можем получить новую эффективную систему реабилитации психических и наркологических заболеваний.

Петрова И.В.

**МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ  
НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

*Забайкальский краевой наркологический диспансер*

Чита, Россия

Медицинская реабилитация пациентов наркологического профиля в ГАУЗ "Забайкальский краевой наркологический диспансер" осуществляется на базе диспансерного отделения бригадой специалистов, которая включает в себя врача психиатра-нарколога, врача психотерапевта и медицинских психологов. Программа рассчитана на 6-12 месяцев, включает индивидуальные и групповые занятия, лекции, беседы, тренинги, выполнение домашних заданий. В качестве внештатных специалистов в программу амбулаторной реабилитации включены обязательные мероприятия с представителями общественных организаций: Анонимные Алкоголики, Анонимные Наркоманы.

Основная цель реабилитации в амбулаторных условиях - восстановление и стабилизация ремиссии наркологического заболевания, коррекция или формирование адаптивных личностных качеств больного, профилактика обострений.

Такой вид реабилитации пациентов наркологического профиля позволяет продолжать трудовую деятельность и осуществлять становление ремиссии в привычной для пациента семейной обстановке, поэтому также одним из условий амбулаторной реабилитации является работа с созависимыми.

В работе используются как индивидуальные, так и групповые формы работы. Используются следующие методы: когнитивно-поведенческое направление (техники АВС, техника замещения, техники побуждения, подкрепления, адаптивного поведения), экзистенциально-гуманистическое направление (клиент-центрированная модель Роджерса), психодинамическое направление.

Задачи медицинской реабилитации в амбулаторных условиях: первичное консультирование больных и их родственников врачом психиатром-наркологом; мотивация больных на участие в лечебно-реабилитационном процессе; консультация психолога; специализированное диагностическое консультирование врачом психиатром-наркологом; диагностическое консультирование врачом психотерапевтом; организация поддерживающих противорецидивных реабилитационных программ; вовлечение пациентов в группы само- и взаимопомощи.

Кроме того, может быть оказана лечебно-реабилитационная помощь родственникам наркологических больных с функциональными нарушениями (созависимость и астеноневротические расстройства), нуждающимся в консультировании, психологической поддержке и психокоррекции.

В реабилитационной программе выделяют 3 основных этапа: диагностический, коррекционный и постреабилитационный.

Модель пациента: с высоким, средним и низким уровнем реабилитационного потенциала. Пациенты, которые прошли программы медицинской реабилитации в государственных реабилитационных центрах и нуждающиеся в поддерживающей МРП; прошли программы социальной реабилитации в негосударственных, в том числе конфессиональных (христианских, исламских, буддистских и др.) реабилитационных центрах и нуждаются в поддерживающей медицинской реабилитационной программе (далее - МРП); освобожденные из мест лишения свободы и добровольно согласившиеся на участие в реабилитационных программах в амбулаторных условиях; направленные решением суда на принудительное амбулаторное лечение и реабилитацию; направленные при назначении административного наказания обязанности пройти диагностику, профилактические мероприя-

тия, лечение от наркомании и (или) медицинскую и (или) социальную реабилитацию в связи с потреблением наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача при наличии показаний к медицинской реабилитации, состоящие под диспансерным наблюдением, нуждающиеся в реабилитации.

Все пациенты направляются на МРП в амбулаторных условиях после их полного обследования, в стабильном психическом и соматическом состоянии, не требующие круглосуточного медицинского наблюдения и ухода, при наличии способности к самообслуживанию. При поступлении на МРП в амбулаторных условиях пациент представляет соответствующее направление, с указанием основного и сопутствующих заболеваний, результатов клинико-диагностических, бактериологических и других исследований и показаний для проведения МРП в амбулаторных условиях.

При наличии медицинских показаний врач-нарколог направляет пациентов на консультацию к врачу-психотерапевту, медицинскому психологу и другим специалистам по показаниям. Продолжительность МРП в амбулаторных условиях для пациентов с высоким уровнем реабилитационного потенциала (далее - УРП) составляет шесть месяцев (при необходимости они могут пролонгироваться), для пациентов со средним и низким УРП - не менее одного года.

При необходимости, с согласия пациента, программа МРП может пролонгироваться на срок, необходимый для полного восстановления состояния больного.

При ухудшении клинического состояния пациента, выявлении неоднократных срывов пациенты направляются в отделение для лечения в стационарных условиях (в т.ч. дневной стационар) для проведения противорецидивной или восстановительной терапии.

В 2019 году 654 пациента с наркологическими расстройствами были включены в амбулаторные программы реабилитации, что на 8,9% меньше, чем в 2018 году, это составило 11,0% от общего числа пациентов (РФ, 2018 год - 5,0%). Успешно завершили реабилитационную программу 58,9% от числа включенных (РФ, 2018 год - 55,8%). Отказались от реабилитации 24 пациента, т.е. на 42 пациента меньше, чем в 2018 году.

Письменный А.В.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ОПЬЯНЕНИЯ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ**

*Забайкальский краевой наркологический диспансер*

*Чита, Россия*

Медицинское освидетельствование на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического) представляет собой совокупность методов медицинского осмотра и медицинских исследований, направленных на подтверждение такого состояния здоровья человека, которое влечет за собой наступление юридически значимых последствий (статья 65 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 № 323 - ФЗ).

В современном понятии медицинское освидетельствование (далее - МО) можно рассматривать как один из методов первичного выявления потребителей психоактивных веществ (ПАВ). Однако, данная медицинская услуга является лишь способом "фиксации факта их потребления". Для установления наличия или отсутствия зависимости (заболевания, болезненного пристрастия), равно как и для установления диагноза, необходимо более тщательное изучение индивидуума, и проведение более углубленных (инструментальных, лабораторных, психологических и иных) исследований и обследований.

В Забайкальском крае МО проводится в ГАУЗ "Забайкальский краевой наркологический диспансер" (ГАУЗ ЗКНД), ГУЗ "Городская клиническая больница № 1", ГУЗ "Краевая

клиническая больница", ГУЗ "Краевая больница № 3", ГАУЗ "Краевая больница № 4, а также на базах центральных районных больниц. МО осуществляется врачами психиатрами-наркологами, врачами других специальностей, а также фельдшерами, прошедшими соответствующее обучение на базе ГАУЗ ЗКНД. Медицинское освидетельствование проводится в соответствии с приказом Минздрава России от 18 декабря 2015 года № 933н "О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)".

Согласно данному приказу медицинскому освидетельствованию подлежат лица с подозрением на употребление ПАВ в рамках, совершенных ими административных и/или уголовных деяний, и доставленные в учреждения здравоохранения сотрудниками полиции, а также работники, направляемые работодателями, военнослужащие и приравненные к ним лица, кроме того граждане, обратившиеся самостоятельно.

За период 2017-2019 годов на территории края было направлено на медицинское освидетельствование 9751 (2017), 8733 (2018) и 8745 (2019) лиц соответственно.

По результатам проведенных медицинских освидетельствований на первом месте среди установленных состояний опьянения за период 2017-2019 гг. находится алкоголь. Так, по Забайкальскому краю его доля в общем числе лиц с установленным состоянием опьянения составила 75,2% в 2017 году, 73,0% в 2018 году и 78,9% в 2019 году, тогда как в ДФО доля положительных результатов МО на алкоголь составила 87,1%, а по РФ - 87,2% за 2018 год.

Доля выявленных положительных результатов на наркотические вещества по краю составила 24,6% в 2017 году, 26,7% в 2018 году и 21,0% в 2019 году. В ДФО за 2018 год - 12,6%, в РФ - 12,3% из всех лиц с установленным состоянием опьянения. Показатель Забайкальского края (26,7) в 2,1 раза превышает аналогичный по ДФО и РФ за 2018 год.

В Забайкальском крае на протяжении 3-х лет отмечается снижение числа лиц, у которых состояние опьянения не установлено - с 2755 случаев в 2017 году до 1695 в 2019 году (в 1,6 раза). Среди лиц, прошедших медицинское освидетельствование, доля "трезвых" в Забайкальском крае составляет более 31% в 2017-2018 годах. В 2019 году наблюдается снижение (22,7%), тогда как в России в 2018 году данный показатель составил более 35%.

Отмечается увеличение числа лиц, отказавшихся от медицинского освидетельствования с 972 в 2017 году до 1299 в 2019 году по краю - на 33,6%.

**Заключение.** В Забайкальском крае отмечено снижение числа лиц, направленных на медицинское освидетельствование, с 9751 в 2017 году до 8745 в 2019 году или на 10,3%. По-прежнему алкоголь является самым выявляемым ПАВ при установлении состояния опьянения, его доля в крае составляет 73-78,9% от всего числа установленных состояний опьянения. По Забайкальскому краю зарегистрирован высокий процент положительных результатов на выявление наркотических веществ (от 21% до 26%), тогда как по ДФО и РФ этот показатель ниже 13%. Число отказов от освидетельствования увеличилось за три последних года на 33,6%.

Пляскина Е.В, Кучменко В.А.

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА, РЕЗИСТЕНТНОГО К ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ**

*Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского  
Чита, Россия*

Проблема резистентности к нейрорепитивной терапии остается актуальной в современной психиатрии. В классическом понимании под терапевтической резистентностью подразумевается отсутствие ожидаемого (прогнозируемого) лечебного эффекта при применении адекватной психофармакотерапии. Несмотря на появление новых препаратов и



значительного прогресса в понимании механизмов действия психотропных средств, число терапевтически резистентных больных не уменьшается. Практически каждый третий пациент, обращающейся за специализированной медицинской помощью в ходе проводимого лечения относится к группе резистентных (Данилов Д.С., 2008, Мазо Г.Э., Незнанов Н.Г., 2012, Козловский В.Л., 2016). К факторам потенциального риска развития резистентности зачастую относят наследственную (генетическую) отягощенность психической патологией, наличие коморбидной патологии и также применение малоэффективных схем лечения и неадекватных доз препаратов. Сложность преодоления и профилактики резистентных состояний связана с отсутствием единого понимания нейрохимических изменений, происходящих в нейрональной системе. Нами проводится клинический случай пациента с органической патологией головного мозга, резистентного к психофармакотерапии.

Пациент Л., 55 лет, находился на стационарном лечении в ГКУЗ ККПБ им. В.Х. Кандицкого с 10.12.18 г. по 12.09.19 г.

Анамнез. Наследственность не выявлена. Уроженец Забайкалья. Родился единственным ребенком в семье. Беременность и роды у матери протекали без особенностей, рос и развивался соответственно возрасту. Посещал ДДУ, адаптировался сразу. В школу пошел по возрасту, учился посредством, классы не дублировал. Всего окончил 10 классов. После школы окончил ПТУ, получил специальность "слесарь". В РА не служил, признан ограниченно годным к службе в армии, в связи "с проблемами по зрению". В течение жизни нигде официально не работал, зарабатывал на жизнь случайными заработками. Женат не был, детей нет. В настоящее время утрачены все социальные связи, длительное время проживает в ПНДИ. Впервые алкоголь попробовал в подростковом возрасте, с 20 летнего возраста злоупотреблял алкоголем, отмечал запойные состояния до 1 недели. ЧМТ, судороги, обмороки, сноговорение, снохождение, хронические заболевания отрицает. Последние 5 лет алкоголь не употребляет, так как, со слов пациента, "после последнего запоя появлялись "голоса".

В поле зрения психиатров с 1996года, ведущий психопатологический синдром галлюцинаторный. Наблюдается с диагнозом: "Органический галлюциноз в связи со смешанными заболеваниями (алкогольного, сосудистого генеза)". Регулярно принимал поддерживающую терапию: галоперидол до 10 мг/сут, тригексифенидил до 4 мг/сут. Ухудшение психического состояния в течение последних 2 месяцев до госпитализации: не спит по ночам, раздражительный, испытывает истинные обманы восприятия, закрывает себе уши руками, кричит, наносит себе повреждения на теле "царапает лицо, руки, голову". Направлен на госпитализацию в ПБ, осмотрен, госпитализирован.

При поступлении: внешне малоопрятен, напряжен, загружен своими переживаниями. Ориентирован верно. Доступен продуктивному контакту, на вопросы отвечает неохотно, односложно, тихим голосом. Настроение снижено. Предъявляет жалобы на раздражительность, "голоса со стороны, прямо в уши, мужские, неприятного содержания". Суицидальные мысли отрицает. Согласен на лечение.

Соматически - состояние удовлетворительное, в сознании. Кожные покровы обычного цвета и влажности, себорейный дерматит на коже лица. Рост 170 см, вес 54 кг, ИМТ 18,6. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Кифоз грудного отдела. ЧДД 16 в минуту, перкуторно легочный звук, в легких дыхание везикулярное, с жестким оттенком. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 76 в минуту, АД 110/70. Язык влажный, обложен беловатым оттенком у корня языка. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Область почек визуально не изменена. Поколачивание по косточкам реберным углом безболезненное с обеих сторон.

Неврологически - в сознании, положение активное, лицо симметричное, глазные щели равны, движения глазных яблок в полном объеме. Реакция на свет живая. Язык по сред-

ней линии, активные движения конечностей в полном объеме. Менингеальных знаков, парезов, параличей нет. Рефлексы с рук, ног живые, равные. Пальценосовая проба без изменений. В позе Ромберга устойчив. Положительный симптом Маринеску-Родовичи. Речь без особенностей, афазии нет.

Обследование: НВс, а/ВГС акт 68-774 от 20.12.18г. отр., RW акт 91 от 20.12.18г. отр., антител ВИЧ нет акт 1028824 от 20.12.18, ОАК, ОАМ без патологии, ФЛГ от 20.12.18 без патологии.

Окулист: глазное дно без патологии

ЭЭГ - умеренные диффузные изменения (на фоне значительного снижения амплитуды и индекса основного ритма), с признаками легкой дисфункции диэнцефальных структур. Пароксизмальная и эпилептиформная активность не зарегистрирована.

ЭхоЭГ - признаки гидроцефального синдрома.

Невролог - церебральный атеросклероз.

Терапевт - ХОБЛ, бронхитический тип, легкое течение, ст. ремиссии ДНО.

Психолог - снижение активного внимания и мнестической деятельности в целом. Выявлены структурные расстройства мыслительной деятельности.

Лечение получал различными комбинациями атипичных и типичных нейролептиков, не смотря на проводимую терапию, пациент по-прежнему испытывал слуховые обманы восприятия императивного характера. Временами становился раздражительным, спал с частыми пробуждениями, периодически сон совсем отсутствовал, постоянно закрывал уши руками, кричал, царапал себе голову и руки, временами был импульсивным, на высоте галлюцинаторных переживаний нанес повреждения (сломал нос) другому пациенту, данным состоянием пациент тяготился. Неоднократно проводился обрыв терапии нейролептиками, проводилась детоксикационная и нейрометаболическая терапия, терапия транквилизаторами. Но пациент продолжал предъявлять жалобы на "мучительные голоса", регулярно закрывал уши руками, наносил себе повреждения на теле.

После очередного обрыва терапии нейролептиками в июне 2019года был назначен Клозапин в дозе 150 мг/сут, с постепенным наращиванием дозировки до 400 мг/сут. В результате психопродуктивная симптоматика постепенно редуцировалась, возникала периодически преимущественно в ночное время, но на поведении пациента не сказывалась. Пациент был выписан в ПНДИ, с рекомендациями дальнейшего приема Клозапина в дозе 400 мг/сут, так как при снижении дозировок психопродукция вновь возобновлялась.

В заключении хотелось бы отметить, что современная психиатрия располагает широким арсеналом лекарственных средств. Однако некоторые варианты заболеваний до сих пор протекают злокачественно и плохо поддаются лечебному воздействию.

При условиях титрования дозы, тщательного динамического наблюдения, терапия Клозапином достаточно безопасна, даже больным из группы риска (органическая патология головного мозга, сопутствующая соматическая патология). При этом в каждом случае заболевания необходим индивидуальный подход к выбору антипсихотической терапии, а назначение Клозапина должно проводиться строго дифференцированно с учетом клинических особенностей и под контролем гематологических показателей.

Полутова А.Г., Иванова Е.А.

**ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ  
ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЙ И ВЫДАЧИ МЕДИЦИНСКИХ ЗАКЛЮЧЕНИЙ  
ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ВОДИТЕЛЬСКИХ ПРАВ И РАЗРЕШЕНИЯ НА ОРУЖИЕ**

*Забайкальский краевой наркологический диспансер*

*Чита, Россия*

Выдача медицинских справок для получения водительских прав и разрешения на оружие сопряжено с медицинским осмотром врачей-специалистов: психиатра, психиатра-нарколога, офтальмолога, оториноларинголога, невролога, терапевта. Для получения необходимой медицинской справки до 2017 года жители Забайкальского края обращались сначала в поликлинику по месту жительства, а затем в специализированные учреждения по профилям "психиатрия" и "психиатрия-наркология", что занимало не менее 2-3 дней.

В декабре 2017 года с целью повышения доступности медицинской помощи ГАУЗ "Забайкальский краевой наркологический диспансер" (ГАУЗ ЗКНД) при поддержке Минздрава Забайкальского края реализовало проект по выдаче медицинских справок для получения водительских прав и разрешения на оружие в режиме "одного окна", то есть в максимально короткое время (в течение 1-2 часов) в одном учреждении. Для выдачи медицинских заключений в диспансере было организовано отделение медицинских осмотров. Организованы кабинеты функциональной диагностики, в штатное расписание введены новые должности врачей-специалистов: оториноларинголога, офтальмологов, врачей функциональной диагностики, неврологов, терапевтов. Медицинские освидетельствования проводятся в соответствии с нормативно-правовой базой, согласно которой процедура для выявления противопоказаний к управлению транспортным средством и к владению оружием начинается с осмотра врачей психиатра и психиатра-нарколога. При медицинском освидетельствовании для выдачи разрешения на оружие проводится химико-токсикологическое исследование мочи на наркотики.

За период 2019 года в ГАУЗ ЗКНД было выдано 26446 медицинских заключений для получения водительских прав, что в 1,7 раза превысило показатель 2018 года (15138). На 28% процентов увеличилось количество выданных заключений для получения оружия (2019 г. - 7004, 2018 г. - 5450). В большинстве случаев медицинское освидетельствование проводится водителям (кандидатам в водители) транспортных средств категории "В" (2019 г. - 16500, или 62%; 2018 г. - 10107, или 67%), категории "С", "D", "E" являются менее востребованными (9946, или 38% в 2019 г.; 5031, или 33% - в 2018 г.).

По результатам медицинского освидетельствования водителей (кандидатов в водители) транспортных средств в 2019 году выявлено 7549 (2018 г. - 3368) медицинских показаний к управлению транспортными средствами: с использованием медицинских изделий для коррекции зрения - 7404 (28% от общего количества выданных заключений), оборудованных акустической парковочной системой - 55 (2018 г. - 70), с использованием водителем транспортного средства медицинских изделий для компенсации потери слуха - 47 (2018 г. - 82), с ручным управлением - 14 (2018 г. - 12), с автоматической трансмиссией - 29 (2018 г. - 20). Медицинских ограничений к управлению транспортным средством в 2019 году выявлено 340 (2018 г. - 124), из них категории "В" - 71 (во всех случаях - со стороны органа зрения), категорий "С", "D", "DE" - 269 (со стороны органа слуха - 124, со стороны органа зрения - 139, со стороны опорно-двигательного аппарата - 6). В 1-м случае в 2019 году выявлено медицинское противопоказание к управлению транспортным средством - эпилепсия (2018 г. - 2).

По результатам медицинских освидетельствований врачами психиатрами и психиатрами-наркологами в рамках освидетельствований на право управления транспортным

средством и владения оружием в 2019 году было выявлено 676 медицинских противопоказаний (1,5% от всех освидетельствований данной категории):

Психические расстройства и расстройства поведения (кроме F10-F19) - 419 (в том числе, в 5 случаях заболевание было выявлено впервые): к управлению транспортным средством - 354; к владению оружием - 65; Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (F10-F19) - 257 (в 9 случаях заболевание было выявлено впервые): к управлению транспортным средством - 221; к владению оружием - 36.

Все лица с выявленными медицинскими противопоказаниями к управлению транспортными средствами и владению оружием, а также медицинскими ограничениями к управлению транспортными средствами направлены к врачам специалистам соответствующего профиля в медицинские организации по месту жительства.

Таким образом, двухлетний период работы отделения медицинских осмотров ГАУЗ ЗКНД показал высокую востребованность услуг по проведению "полных" комиссий на водительские права и на оружие в режиме "одного окна", позволяющих гражданам получить медицинские заключения в максимально короткое и удобное время.

Порцева И.А., Уваров И.А., Лекомцев В.Т., Захаров Р.И.

**КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ  
С ИНВАЛИДНОСТЬЮ ВСЛЕДСТВИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ  
В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

*Республиканская клиническая психиатрическая больница  
Ижевская государственная медицинская академия*

*Научно-исследовательский институт федеральной службы исполнения наказаний  
Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования  
Ижевск, Россия*

Распространенность алкогольной зависимости среди населения нашей страны, несмотря на проводимые государственными и общественными организациями меры профилактического и лечебно-реабилитационного характера, остается на достаточно высоком уровне (Красновская Е.С., Аникин М.В., 2012). Злоупотребление алкоголем приводит к тяжелым социальным и медицинским последствиям (Тищенко Е.М., 2009). Алкоголизм отражается на всех формах индивидуальной и общественной жизни больного: прекращается профессиональный рост, ухудшается продуктивность и качество работы, возникают конфликты на рабочем месте и семье, падает уровень нравственности каждого больного. Все это приводит к снижению благосостояния как лиц, страдающих алкогольной зависимостью, так и их семей, и населения в целом. Алкогольная зависимость приводит к развитию различной степени когнитивных нарушений, хронических психотических расстройств, деградации личности, психопатизации, может являться причиной или осложнять течение соматических заболеваний, что вызывает ограничение различных категорий жизнедеятельности и социальную недостаточность, вызывая необходимость в мерах социальной защиты, и служит основанием для признания данной категории больных инвалидами. Вместе с тем, Г.П. Киндрас (2008) отмечает, что при относительно небольшой численности инвалидов вследствие алкогольной зависимости с психическими нарушениями, которая составляет 2-3% в структуре контингента психически больных инвалидов, им должно уделяться пристальное внимание в связи с клинико-патогенетическими особенностями данного заболевания.

По данным статистических отчетов в Удмуртской Республике (УР) за 2017-2018 гг. данный показатель также составляет 2% в структуре инвалидности контингента граждан страдающими психическими расстройствами. Но это не говорит об уменьшении данной тяже-

лой категории больных, т.к. сравнительное большинство из них получает инвалидность по причине соматоневрологических расстройств, либо умирает по разным причинам (тяжелая соматическая патология, несчастные случаи, отравления, суициды и т.д.) (Иванец Н.Н., 2008).

Нами были изучены некоторые клиничко-социальные особенности 129 больных мужского и женского пола, имеющих инвалидность вследствие алкогольной зависимости. Возраст обследованных варьировал от 17 до 80 лет. Все они первично или повторно были освидетельствованы в "ГБ МСЭ по УР" Минтруда России за период 2013-2019 гг. и состояли под наблюдением в психоневрологических диспансерах Удмуртской Республики.

Распределение больных по полу за исследуемый период показало, что среди них существенно преобладали лица мужского пола. Эти показатели отражают численность мужчин и женщин, больных алкоголизмом в популяции, соотношение которых за последние годы равно 3-4:1 (Кошкина Е.А., 2008). Наибольшее число пациентов мужского пола было в 2014 г. (28 больных), наименьшее - в 2016 г. (6 больных). Это может быть связано с изменением критериев установления инвалидности в 2014 году (приказ от 29.09.2014 г. № 664н "О классификации и критериях, используемых при проведении медико-социальной экспертизы федеральными государственными учреждениями МСЭ"). Уменьшение количества больных в 2016 году, по нашему мнению, также может быть связано с изменениями в критериях установления инвалидности (приказ от 17.12.2015 г. № 1024н "О классификации и критериях, используемых при проведении медико-социальной экспертизы федеральными государственными учреждениями МСЭ").

Все больные с синдромом зависимости от алкоголя были распределены на две возрастные группы: первая возрастная группа включала в себя женщин 18-54 лет и мужчин 18-59 лет (лица трудоспособного возраста) и вторая возрастная группа - женщин 55 лет и старше и мужчин 60 лет и старше (лица пенсионного возраста).

Большинство больных были лицами трудоспособного возраста - 93 (70,9%), тогда как лиц пенсионного возраста было 36 (29,1%). Наибольшее число лиц трудоспособного возраста за исследуемый период наблюдалось в 2014 г. (32 больных), наименьшее - в 2016 г. (11 больных), т.е. разница составила почти 300%.

Количество обследованных, проживающих в городе, было существенно больше по сравнению с жителями села (84 (64,3%) и 45 (35,7%) больных соответственно). Вероятно, это было связано с большей осведомленностью городских жителей о возможности получения инвалидности, а также, вероятно и рядом других причин (большей доступностью алкоголя в городах, меньшей доступностью медицинской помощи и соответственно более высокой смертностью в сельской местности, разными способностями адаптации у жителей города и села и др.).

За весь исследуемый период преобладали больные с алкогольной деменцией (41,1%), что, возможно, связано с поздним обращением таких больных и, соответственно, более поздним их направлением на медико-социальную экспертизу, хронизацией заболевания, что отмечается в работах И.А. Уварова и Н.Н. Иванца (2012). Пациентов с диагнозом: "Расстройство личности вследствие алкогольной зависимости" было около трети среди всех обследованных, больных с амнестическим синдромом вследствие алкогольной зависимости было 33,9%. Больных с хроническими психотическими расстройствами вследствие употребления алкоголя (алкогольный бред ревности и хронический галлюциноз) было 16,4%. Таким образом, 2/3 всех обследованных были больные с затяжными психотическими расстройствами вследствие алкогольной зависимости.

Среди всех обследованных за весь анализируемый период преобладали больные с инвалидностью II группы (53,5%). Пациентов с I группой инвалидности было 34,2%, больных с III группой - 12,3% среди всех обследованных. Преобладание больных с I и II группами инвалидности свидетельствует о тяжелых и необратимых последствиях, вызванных алкогольной зависимостью.

Таким образом, изучение клинико-социальных особенностей больных с инвалидностью, вследствие алкогольной зависимости за период 2013-2019 гг. в Удмуртской Республике показало, что среди них преобладали лица мужского пола (70,9%), трудоспособного возраста (70,9%), городские жители (64,2%). Среди всех обследованных преобладали больные алкогольной деменцией (44,1%), а также имеющие II группу инвалидности (53,5%).

Проведенное нами исследование еще раз свидетельствует о том, что алкогольная зависимость нередко вызывает стойкие и труднообратимые нарушения психических функций, что, несомненно, является прямой угрозой здоровью населения, существенно снижая качество жизни. А это, в свою очередь, приводит к угрозе трудоспособности населения нашей страны и требует дальнейших мер по совершенствованию профилактики, диагностики и лечения алкогольной зависимости.

Раменская Н.М.

**ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ  
НА КАРБОГИДРАТ-ДЕФИЦИТНЫЙ ТРАНСФЕРРИН**  
*Забайкальский краевой наркологический диспансер*  
*Чита, Россия*

Необходимость выявления лиц, склонных к злоупотреблению алкоголем, в рамках решения вопросов пригодности к выполнению служебных обязанностей становится все актуальнее и продиктовано как практической обоснованностью, так и рядом нормативно-правовых актов.

Нозологические особенности расстройств, связанных с употреблением алкоголя, чаще всего требуют четкой объективизации данных лабораторными методами исследований при ранней диагностике. В качестве универсального диагностического инструмента при реализации профилактических задач, в том числе при решении вопросов профпригодности, рекомендован и активно используется метод определения карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT) в сыворотке крови.

Одной из сфер деятельности, требующих исключения алкоголизма с использованием качественного и количественного определения CDT в сыворотке крови, являются работы, непосредственно связанные с оборотом наркотических средств и психотропных веществ (приказ Минздрава России от 22 декабря 2016 г. № 988н "О Порядке выдачи справки об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими трудовыми обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным в список I и таблицу I списка IV перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, прекурсоров или культивируемым наркосодержащим растениям, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом").

В декабре 2018 года ГАУЗ "Забайкальский краевой наркологический диспансер" (далее - ГАУЗ ЗКНД) был оснащен аппаратом для капиллярного электрофореза Minicar (Франция). За период с 01.01.2019 г. по 31.03.2020 г. в соответствии с приказом Минздрава России от 22.12.2016 г. № 988 н проведено 1072 исследований на CDT (за период 2019 года - 812, за 3 месяца 2020 года - 260). Среди обследованных 98% составили медицинские работники учреждений здравоохранения и аптечных организаций г. Читы и районов Забайкальского края. Большую часть обследованных составили женщины (875 человек, или 82%). Согласно краевой базе наркологических больных, никто из обследованных лиц ранее в поле зрения наркологов не попадал, за наркологической помощью не обращался.

За период с января 2019 г. по март 2020 г. включительно в 35 случаях (3,2% от общего количества обследований) выявлен положительный результат (CDT>1,6%). Патологичес-

кие "интенсивные" значения CDT (>2,5%) выявлены в 11 случаях из 35-ти (31,4%). Положительный результат CDT был в равной степени выявлен у мужчин и у женщин (18 и 17 случаев соответственно). Средний возраст мужчин с положительным результатом составил 44,8 лет (разброс от 26 до 63 лет), женщин - 40,7 лет (разброс от 26 до 52 лет).

Для лиц, получивших положительный результат при тестировании, было организовано проведение дополнительных диагностических мероприятий, в рамках которых впервые в жизни диагностированы: употребление алкоголя с вредными последствиями - у 12 пациентов; синдром зависимости от алкоголя, I стадия - у 4 пациентов; синдром зависимости от алкоголя, II стадия - у 3 пациентов. В 3-х случаях имели место заболевания печени при отсутствии данных за наркологическую патологию: женщина 53 лет, CDT 1,8%, множественные кисты печени; мужчина 27 лет, клинически абстинент, CDT 2,1%, постоянный прием гипотензивных препаратов, при ультразвуковом исследовании выявлена гепатомегалия, рекомендовано дополнительное обследование; женщина 45 лет, CDT 1,9%, хронический гепатит. В одном случае превышение показателя CDT (1,8%) отмечено на фоне беременности (информация о беременности на момент проведения исследования отсутствовала) и еще в 1 случае (женщина 37 лет, CDT 1,7%) - на фоне хронической железодефицитной анемии. В 11 случаях (31% всех положительных результатов) дополнительное обследование не выявило нозологических форм употребления алкоголя, сформирована группа риска, проведена первичная профилактическая работа.

Таким образом, использование метода определения CDT в сыворотке крови позволяет в рамках профилактических медицинских осмотров практически при однократном обращении выявлять лиц, злоупотребляющих алкоголем, и больных, страдающих зависимостью от алкоголя. Вместе с тем, в ряде случаев (31%) формат профилактического посещения не позволяет достоверно исключить или подтвердить факт злоупотребления алкоголем за счет отсутствия достаточного по продолжительности клинического наблюдения.

Полученный отделением медицинских осмотров опыт обследования заведомо "здоровой" категории граждан на CDT в рамках медицинских осмотров в очередной раз актуализировал сложности дифференциальной диагностики донозологических форм употребления алкоголя и алкогольных проблем на ранних стадиях, а также выявил проблему (в основном, правовую и этическую, в том числе, в части стигматизации в наркологии) своевременного формирования групп риска для проведения профилактической работы в рамках специализированного наркологического учреждения.

Рогов А.В., Абдуллаева В.К.

**ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ  
БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ, СОЧЕТАННОЙ  
С ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ**

*Ташкентский педиатрический медицинский институт*

*Ташкент, Узбекистан*

**Цель работы.** Изучить особенности социальной адаптации и качества жизни пациентов с параноидной шизофренией, сочетанной с хроническими вирусными гепатитами.

**Материал и методы исследования.** В основную группу было включено 62 пациента, поступивших в Городскую клиническую психиатрическую больницу г. Ташкента с параноидной шизофренией (F20.0), имеющих дополнительно хронический вирусный гепатит В. Группу сравнения составили 32 пациента с параноидной шизофренией без сопутствующего поражения печени. В качестве методов исследования применялись клиничко-психопатологический, катamnестический, психометрический, клиничко-лабораторный, статистический методы. Нами применялись "Шкала продуктивных и негативных симптомов ши-

зофрении" PANSS; опросник, разработанный С.Ю. Масловским и В.Л. Козловским (2009) для оценки качества жизни больных на базе инструментов ВОЗ КЖ-100 и КЖ-СМ.

**Результаты.** Из 62 обследованных пациентов, вошедших в основную группу, 51,6% составляли женщины (n=32), 48,4% - мужчины (n=30). Средний возраст  $38,6 \pm 10,2$  лет. Длительность психического заболевания в среднем составила  $12,6 \pm 8,5$  лет. В группе сравнения из 32 обследованных 53,1% составляли женщины (n=17), 46,9% - мужчины (n=15). Средний возраст  $40,53 \pm 13,01$  года. Длительность психического заболевания в среднем составила  $12,5 \pm 10,1$  лет. Анализ типов социально-трудовой адаптации выявил преобладание в обеих исследуемых группах деструктивного типа адаптации. Относительно благоприятный вариант социально-трудовой адаптации (к которому отнесены интегративный и экстравертный типы) выявлен у 12 пациента (19,3%) в основной группе и у 13 пациента (40,6%) в группе сравнения. Относительно неблагоприятный вариант социально-трудовой (включающий деструктивный и интравертный типы) адаптации выявлен у 50 пациентов (80,6%) в основной группе и у 19 пациентов (59,4%) в группе сравнения. В основной группе достоверно чаще выявлялся относительно неблагоприятный вариант социально-трудовой адаптации ( $p=0,008$ ).

У всех пациентов отмечается сильное снижение критичности и осознания болезни (среднее значение по PANSS 5 баллов) не только в отношении к психическому заболеванию, но и к сопутствующей соматической патологии. Это может приводить к возникновению осложнений при назначении психотропной терапии и, в конечном итоге, снижать качество и продолжительность жизни данной категории больных. При сравнении показателей качества жизни пациентов двух исследуемых групп, с использованием критерия Манна-Уитни выявлены статистически значимые различия по субсферам "способность выполнять повседневные дела" ( $U=2233,0$ ;  $Z=-2,4$ ;  $p=0,02$ ) и "личные отношения" ( $U=2338,0$ ;  $Z=-2,03$ ;  $p=0,04$ ). Данные показатели были достоверно ниже у пациентов, страдающих параноидной шизофренией в сочетании с хроническими вирусными гепатитами.

**Вывод.** Результаты проведенного исследования позволяют говорить о том, что пациенты, страдающие шизофренией в сочетании с хроническим вирусным гепатитом, имеют достоверно более низкий уровень социально-трудовой адаптации и показатели качества жизни в сравнении с пациентами без сопутствующей патологии. Это говорит о необходимости нового подхода к организации помощи больным с сочетанной психической и соматической патологией.

Рогов А.В., Абдуллаева В.К.

**ОСОБЕННОСТИ ПРОБЛЕМНО-РЕШАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ  
У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ  
С СОПУТСТВУЮЩИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ**

*Ташкентский педиатрический медицинский институт*

*Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования** - изучить влияние хронических вирусных гепатитов на навыки, определяющие проблемно решающее поведение у больных параноидной шизофренией.

**Материал и методы.** Исследование проводилось на базе Ташкентской городской клинической психиатрической больницы. Было обследовано 64 больных с диагнозом параноидная шизофрения (F-20.0). Группу исследования составляли 43 больных. Критерием отбора служило наличие сопутствующего диагноза - хронический вирусный гепатит С (ХГС) и хронический гепатита В (ХГВ), из группы исследования исключались респонденты, имеющие другие хронические заболевания. В группу сравнения вошли 21 пациент с диагнозом параноидная шизофрения без острой или хронической соматической патологии. Для



достижения поставленной цели были использованы экспериментально-психологические и клинико-статистические методы исследования. Оценка психопатологического статуса проводилась при помощи шкалы позитивных и негативных синдромов (PANSS). Проблемно-решающую функцию нейрокогнитивного пула оценивалась следующим образом: решение задачи "пирамида Ханоя" с заданными параметрами. Для оценки проблемно-решающего поведения использовался тест Tower of London Test (Shallice T., 1982).

**Результаты.** Исследование проблемно решающего поведения показало, что время для оценки задания, принятия решения и начала решения задачи у больных параноидной шизофренией с сопутствующими вирусными гепатитами в среднем было больше ( $15 \pm 0,7$  сек.), чем у группы сравнения ( $8 \pm 0,4$  сек.), при этом нельзя говорить, что оно затрачивалось на более глубокий анализ и выбор оптимальной стратегии решения задачи, так как последующее решение не отличалось большой точностью. Тактика решения задачи у больных в группе исследования значительно отличалась от группы сравнения. В основной группе 19 (44,1%) больных при допущении ошибок начинали задание с начала и допускали аналогичные ошибки по три и более раз, 6 (13,9%) больных после нескольких попыток и ошибок отказались от дальнейшего выполнения теста, 3 пациента (6,9%) после повторной ошибки проявили агрессию к материалу тестирования. В основной группе 15 (34,8%) больных во время проведения тестирования при допущении стратегических ошибок не повторяли их в дальнейшем, учитывая предыдущий опыт. В группе сравнения только 3 (14,3%) отказались от выполнения теста после нескольких ошибок, 12 (57,1%) больных учитывали предыдущие ошибки и их не совершали, 6 (28,5%) по несколько раз совершали аналогичные ошибки.

**Вывод.** Больные параноидной шизофренией с сопутствующими хроническими вирусными гепатитами значимо хуже воспринимают получаемую новую информацию, им намного сложнее провести анализ своих ошибок и использовать полученный опыт в решении поставленной задачи, возможно, это косвенно свидетельствует о более глубокой дезинтеграции когнитивных функций, вызванных сопутствующей патологией.

Сансанова Л.Б., Бубаев Б.А., Доржиева О.А., Тышкенова М.С.

## **СОЦИАЛЬНЫЕ СЕТИ КАК ИНСТРУМЕНТ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ**

*Республиканский наркологический диспансер*

*Улан-Удэ, Россия*

Социальные сети настолько прочно вошли в нашу культуру, что крайне редким в обществе становится персонаж, не использующий популярные онлайн-платформы. Вместе с тем, все чаще говорится о том, что социальные сети наносят вред психологии человека и все больше заменяют "живое" общение между людьми. Влияние на социализацию, коммуникативные связи, безусловно, есть, но общественные сети стали неотъемлемой частью жизни подавляющего большинства активного населения и в будущем прогнозируются еще большее развитие онлайн-технологий. Сегодня информация черпается именно из соцсетей, которые являются не только средством общения между конкретными людьми, но и источником новостей. Все средства массовой информации давно перешли на аккаунты в социальных сетях, в которых достаточно в сжатой форме преподносится информация на любую тему. Использование графических приемов, коротких видео и постов стали главными инструментами "акул пера", а о популярности блогеров не знает только человек незнакомый с интернетом. В этом информационном потоке с огромным количеством негатива и искажений, происходит своего рода "информационная интоксикация" и дезориентация. Именно поэтому, наверное, цитату профессора Преображенского из известного романа "Не читайте до обеда советских газет" один блогер предложил заменить словами "...не листайте социальные сети". Умение пользоваться информацией, извлекать нужные сведения,

ориентироваться в Интернет-пространстве стали компетенциями образованного, успешного и здорового во всех смыслах современного человека.

Поскольку социальные сети являются главным источником информации, практически все субъекты профилактики, включая государственные органы власти, организации и общественные институты, довольно активно переходят на использование данного ресурса. Информирование населения через современные медианструменты - это активно развивающееся направление. Популяризация здорового образа жизни, отказ от алкоголя и табака, противодействие наркомании являются достаточно сложными направлениями в онлайн продвижении. Причина в том, что у большей части населения, в особенности у молодежи, присутствует ориентир на развлекательный контент и низкая заинтересованность в информации по профилактике наркологических расстройств. Безусловно, очень много в соцсетях информации о ЗОЖ, о вреде алкоголя и табака, но еще больше популяризации употребления психоактивных веществ. Существующие ограничения и запреты современных платформ не сдерживают и не могут сдержать всей этой информации. Еще одна немаловажная проблема - отсутствие культуры поведения в соцсетях, которое проявляется в вербальной агрессии, бессмысленных репостах различных фейков и в других негативных формах. Данные явления пагубно влияют на психическое здоровье подрастающего поколения, формируют поведенческие стереотипы, нарушающие адаптацию человека.

В связи с этим, возрастает потребность в качественном, полезном и интересном контенте по нашему направлению. В этом помогают технологии, одними из которых являются таргетированная и нативная реклама с актуальной информацией. Специалисты отдела профилактики Республиканского наркологического диспансера своевременно реагируют на новые вызовы и размещают всю актуальную информацию о последствиях употребления ПАВ не только на страницах организации или регионального Минздрава, но и используют механизмы продвижения социальных сетей в виде геотаргетинга для большего охвата жителей Республики Бурятия, конкретных возрастных аудиторий, целевых групп по интересам и другие. Например, к празднованию национального праздника Сагаалган, были размещены баннеры "Сагаалган без алкоголя" с информацией об исконных трезвеннических традициях бурят. Волна распространения никотинсодержащих веществ "снюсов" в подростковой среде побудила специалистов профилактики к размещению объективной информации с охватом конкретных возрастных аудиторий. Такие способы информирования в соцсетях способствуют достаточно высокому охвату населения - до 10000 показов в день только на одной платформе.

Привлечение известных людей к социальной рекламе также способствует обращению внимания общества к проблемам алкоголизма и наркомании. Информирование через социальные сети - процесс непрерывный, и чтобы удержать аудиторию, необходимо постоянно обновлять новостную ленту о проводимых мероприятиях в сфере профилактики, познавательными видеосюжетами, роликами, графическими и текстовыми материалами. Для этого важно планирование работы по контенту в общественных сетях с учетом принципов актуальности, своевременности материалов. Особым требованием является учет провокационных моментов в профилактике асоциальных явлений, в информационных материалах не допускается реклама или скрытая пропаганда наркотиков, сцен употребления ПАВ, насилия и других.

Одним из механизмов привлечения аудитории является участие специалистов, не задействованных в первичной профилактике - врачей клиницистов, специалистов, работающих в стационарных и других подразделениях медицинской организации. Специалисты, которые в доступной и интересной форме предоставляют сведения о разных аспектах диагностики, лечения, реабилитации, отвечают на вопросы читателей, повышают интерес к наркологической службе и вопросам профилактики. Разъяснения по поводу диспан-

серного наблюдения, о программе стационарной или амбулаторной реабилитации, о профилактических медицинских осмотрах, о психологических аспектах аддиктивного поведения и многое другое способствуют доступности медицинской помощи. Чем выше активность медицинской организации на онлайн-платформах, тем выше осведомленность населения о деятельности служб здравоохранения. Последние события, связанные с пандемией новой коронавирусной инфекции, и режим самоизоляции продемонстрировали актуальность использования соцсетей для оперативного информирования обо всех изменениях в работе, а также в целях профилактики негативных последствий.

Большая часть посетителей аккаунтов наркологического диспансера люди трудоспособного возраста, многие из которых имеют несовершеннолетних детей. Результаты опросов, проводимых среди подростков, показывают, что дети более информированы о ПАВ, чем их родители. Информация превентивного характера о взаимоотношениях родителей и подростков, рекомендации специалистов по мерам профилактики употребления детьми ПАВ является одним из приоритетов современной наркологии. Собственная компетентность родителей в вопросах использования социальных сетей и других ресурсов интернета является необходимым условием воспитания детей культуре поведения в режиме онлайн.

Использование социальных сетей в качестве инструмента медицинской профилактики имеет неоспоримый плюс в виде охвата большого количества людей, разных групп населения. Естественно, онлайн взаимодействие не заменяют "живого" общения с аудиторией, но цифровая профилактика должна существенно дополнять всю комплексную профилактическую работу медицинской организации. Использование новейших цифровых технологий позволяет медицинским работникам обогатить арсенал таких инструментов.

Сахаров А.В., Голыгина С.Е.

### **НЕЙРОМАРКЕРЫ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ СИНДРОМЕ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ**

*Читинская государственная медицинская академия*

*Чита, Россия*

Проблема злоупотребления алкоголем на настоящее время не утратила своей актуальности. Это связано с выраженными соматическими, неврологическими и психическими последствиями для организма. Практически во всех органах и тканях возникают необратимые изменения под действием алкоголя, в том числе страдает и головной мозг, что в свою очередь проявляется когнитивными нарушениями. У больных алкогольной зависимостью нарушается способность к обучению, вербальному мышлению, тактильным и пространственным представлениям, снижается память, внимание, наблюдаются признаки деградации личности с формированием стойкой органической неполноценности головного мозга.

Исследователи часто рассматривают алкогольную болезнь мозга как нейроиммунопатологический синдром. У пациентов с алкогольной зависимостью на фоне нейрогенного иммунодефицита в результате тканевой деструкции происходит выброс аутоантигенов, вследствие чего развивается аутоиммунное состояние с повышением уровня противомозговых антител: можно говорить о развитии воспалительного процесса в головном мозге. Также при злоупотреблении алкоголем глиальные клетки повышают продукцию цитокинов и медиаторов воспаления, которые вовлекаются в механизмы повреждения мозга. Происходящие явления, вероятно, сопровождаются выраженной недостаточностью нейрорепарационных и нейропластических процессов, особенно при алкогольных психозах.

Точные патофизиологические механизмы нарушений микроциркуляции, повышения проницаемости гематоэнцефалического барьера, а также развития алкогольной болезни мозга при злоупотреблении алкоголем на сегодняшний день не установлены, дальнейшее

исследование этой проблемы представляет серьезный научный и практический интерес.

**Цель исследования:** изучение величины показателей нейромаркеров и состояния когнитивных функций у пациентов при синдроме отмены алкоголя (неосложненном и осложненном делирием).

**Материал и методы.** На базе Забайкальского краевого наркологического диспансера было обследовано 60 пациентов с алкогольной зависимостью, проходивших стационарное лечение по поводу неосложненного алкогольного абстинентного синдрома, представленного только состоянием средней степени тяжести (35 человек) и алкогольного делирия, типичные формы, исключались abortивные, тяжелопротекающие и атипичные формы делирия (25 человек). Возраст обследуемых пациентов был в диапазоне от 24 до 40 лет (средний возраст равен  $34,9 \pm 0,6$  лет). Мужчин было 42 человека, женщин - 18. Критериями включения в исследование являлись: возраст - от 18 до 40 лет, отсутствие грубой соматической патологии. Все пациенты получали традиционную схему терапии. Забор крови для исследований проводился в 1-ый день поступления (до лечения, в состоянии синдрома отмены) и через 2 недели от госпитализации (в конце постабстинентного состояния).

Группу контроля составили 35 здоровых добровольцев от 25 до 40 лет (средний возраст был равен  $33,7 \pm 0,4$  лет), лиц мужского пола было 26, женского - 9. По полу и возрасту группа контроля не отличалась от группы исследованных ( $p > 0,05$ ).

Лабораторная часть исследования осуществлялась в лаборатории клинической и экспериментальной биохимии и иммунологии НИИ Молекулярной медицины Читинской государственной медицинской академии.

Исследование показателей нейромаркеров проводили в плазме венозной крови методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием соответствующих тест-систем.

Когнитивные функции оценивались при помощи Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCA). Шкала была разработана как средство быстрой оценки при умеренной когнитивной дисфункции. Обследование пациентов проводилось двукратно. Первый раз на 4-5 день стационарного лечения, после купирования основных проявлений синдрома отмены (в начале постабстинентного периода). Второй раз в целях изучения динамики показателей исследование когнитивных функций у больных проводилось перед выпиской - на 14-15 сутки от момента поступления.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel 2010 и пакета статистических программ "Statistica-12". Данные представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного (25-й и 75-й перцентили) интервала. Для сравнения двух независимых выборочных совокупностей применялся непараметрический U-критерий Манна-Уитни. Для сравнения связанных между собой показателей (одна группа в динамике) использовался непараметрический критерий W-Вилкоксона. Различия считали достоверными при показателе  $p < 0,05$ . Для оценки связи между количественными признаками использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена, значимым признавался результат  $r_s > 0,3$  при  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Нами было выявлено повышение уровня глиального фибриллярного кислого протеина (GFAP) при неосложненном синдроме отмены более чем в 20 раз ( $p < 0,0001$ ), а при делирии - в 24 раза ( $p < 0,0001$ ), различия между исследуемыми группами являются значимыми ( $p < 0,05$ ). Повышение показателя данного показателя указывает на патологический процесс астроглиоза в головном мозге. Через две недели уровень GFAP в 1,4 раза снизился ( $p = 0,04$ ) при простом абстинентном синдроме, после перенесенного делирия наблюдалась только тенденция к уменьшению показателя, он по-прежнему в 21 раз превышал результаты контрольной группы ( $p < 0,0001$ ). Учитывая получен-

ные данные, можно предполагать, что нейродеструкция, сохраняется весьма продолжительное время.

Уровень антител к NR2 субъединице NMDA рецептора был увеличенным при неосложненной абстиненции, по сравнению с контролем, в 2,7 раза ( $p < 0,0001$ ), при алкогольном делирии - в 2,3 раза ( $p < 0,0001$ ). Данный маркер также является отражением нейродеструкции и вовлечения глутаматергической системы головного мозга в патологический процесс. После лечения уровень NR2 antibody снижался в обеих группах пациентов, при этом более значимые изменения наблюдались у больных с алкогольным делирием ( $p = 0,03$ ). При сравнении между собой двух основных групп по данному лабораторному маркеру весомых различий получено не было.

В состоянии синдрома отмены помимо роста показателей нейродеструкции отмечалось увеличение в крови содержания мозгового нейротрофического фактора (BDNF), играющей важную нейропротекторную роль, направленную на защиту головного мозга от повреждающих факторов нейродеструкции. При простой абстиненции уровень BDNF превышал контрольные значения в 2,3 раза ( $p < 0,0001$ ), при абстиненции с делирием - в 2,6 раза ( $p < 0,0001$ ). За две недели лечения содержание BDNF при неосложненном синдроме отмены практически не менялось, при алкогольном психозе - имело четкую тенденцию к снижению. Показатели в обеих группах вновь превышали значения контроля ( $p < 0,0001$ ), между группами пациентов отличий не получено.

При оценке когнитивных функции после купирования основных проявлений синдрома отмены, количество набранных баллов по MoCA в исследуемых группах было существенно ниже контрольных значений в 1,3-1,5 раза ( $p < 0,0001$ ), различия между группами являются значимыми ( $p < 0,05$ ). Через две недели терапии, в конце постабстинентного периода, при повторном тестировании показатели улучшались, но по-прежнему были ниже контрольных при неосложненном абстинентном синдроме в 1,2 раза, а у пациентов перенесших делирий в 1,3 раза ( $p < 0,0001$ ), различия между группами также являются значимыми ( $p < 0,05$ ).

У больных алкогольной зависимостью имеются выраженные когнитивные нарушения, которые в процессе терапии улучшаются, но по-прежнему не достигают контрольных значений. При этом когнитивный дефицит у пациентов, перенесших алкогольный делирий более выраженный, что вероятнее всего связано с более существенным поражением головного мозга. Этому также способствует и преобладание процессов нейродеструкции над процессами нейрорепарации.

**Заключение.** У больных алкоголизмом при синдроме отмены алкоголя регистрируется преобладание процессов нейродеструкции над процессами нейрорепарации и выраженное снижение когнитивных функций. Полученные результаты свидетельствуют о наличии таких патологических изменений не только в состоянии алкогольного делирия, но и при неосложненной абстиненции, они отличаются только выраженностью имеющихся нарушений.

Выявленные изменения могут свидетельствовать о повышении проницаемости гематоэнцефалического барьера и образовании аутоантител к нейроспецифическим белкам. В результате наблюдается выраженная нейродеструкция вещества головного мозга в остром состоянии синдрома отмены с вовлечением глутаматергической системы в патологический процесс. При этом все представленные изменения показателей сохраняются даже через две недели стандартной терапии и купирования острых проявлений синдрома отмены.

Сахаров А.В., Клинова М.А.

**ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ  
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ПРОТИВОПРАВНОГО ПОВЕДЕНИЯ  
У ЛИЦ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**

*Читинская государственная медицинская академия*

*Чита, Россия*

Актуальность изучения проблемы противоправного поведения у лиц подросткового возраста Забайкальского края обусловлена высокими показателями распространенности психических и поведенческих расстройств среди данного контингента.

**Цель работы:** изучение факторной обусловленности психических расстройств и противоправного поведения у лиц подросткового возраста Забайкальского края.

**Материал и методы.** Работа проводилась на базе Краевой клинической психиатрической больницы им. В.Х. Кандинского. За 2012-2017 гг. был проведен анализ 1073 заключений амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз по уголовным делам лиц старшего подросткового возраста обоих полов. Возраст подэкспертных находился в диапазоне от 15 до 17 лет (средний возраст составил  $16,0 \pm 0,04$  лет); 96,6 % ( $n = 1037$ ) правонарушителей было мужского пола, 3,4 % ( $n = 36$ )- женского пола. Из 1073 заключений амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз были выделены две группы подростков: с установленным психиатрическим диагнозом (945 человек) и признанные здоровыми (90 человек). Из общего количества подэкспертных, у которых в ходе проведения амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы выявлены психические расстройства, были определены четыре группы подростков-правонарушителей с ведущими нозологиями: лица с органическим расстройством личности ( $n=340$ ), умственной отсталостью ( $n=134$ ), специфическим расстройством личности ( $n=212$ ) и расстройствами поведения, встречающимися в детском и подростковом возрасте ( $n=210$ ). Контрольную группу образовали 269 студентов старшего подросткового возраста (15-17 лет) учебных заведений начального и среднего профессионального образования Забайкальского края, не имевших приводов в полицию и не совершавших криминальных действий (средний возраст обследуемых составил  $16,6 \pm 0,1$  лет). В контрольной группе было 86,3% ( $n=232$ ) испытуемых мужского пола и 13,7% ( $n=37$ ) лиц женского пола. Набор в группу осуществлялся сплошным методом. По полу и возрасту представители группы контроля не отличались от основной клинической группы ( $p>0,05$ ). При определении доли, силы и степени влияния факторов риска на формирование психических и поведенческих расстройств применялся метод, предложенный Б.Д. Петраковым и соавт. (1996). Статистическая обработка результатов осуществлялась с применением методов описательной статистики пакета анализа Microsoft Excel.

**Результаты.** При анализе факторной обусловленности психических и поведенческих расстройств у несовершеннолетних правонарушителей Забайкальского края, имеющих психические расстройства, было установлено, что при общих с признанными здоровыми неблагоприятных социальных факторах, серьезно представленных и имеющих бесспорное значение (алкоголизм родителей и неудовлетворительные материально-бытовые условия проживания), выделяется фактор патологии беременности и родов (часто приводящий к резидуально-органической почве у подростков), плохие и конфликтные отношения в семьях, а также фактор сиротства при условии проживания в государственных интернатных учреждениях. Стоит отметить, что алкоголизация родителей имела значение для формирования умственной отсталости и органического расстройства личности (РЛ), психическое расстройство у родителей - для умственной отсталости. Фактор патологии течения беременности и родов - для всех нозологий, но особенно - для умственной отсталости и органического расстройства личности, что вполне закономерно. Малообеспеченность се-

мы - для формирования специфического расстройства личности. Плохие отношения в семьях - для всех заболеваний. Фактор сиротства с проживанием в детских домах - для всех расстройств, но особенно для поведенческих нарушений. При анализе силы и степени влияния факторов риска установлено, что для формирования умственной отсталости максимальная сила влияния получена для факторов "патология течения беременности и родов" и "психическое расстройство у родителей". Для органического расстройства личности - "патология течения беременности и родов" и "проживание в детском доме". Для специфического расстройства личности - "плохие отношения в семье", "патология течения беременности и родов" и "малообеспеченная семья". Для расстройств поведения детского и подросткового возраста - "проживание в детском доме", "плохие отношения в семье", "патология течения беременности и родов". При этом в риске развития умственной отсталости по степени влияния фактора на первом месте стоит "патология течения беременности и родов" (43,8%), на втором - "алкоголизм родителей" (32,1%). В формировании органического расстройства личности также лидирующее положение занимает фактор "патология течения беременности и родов" (58,4%), далее - "алкоголизм родителей" (28,7%), "плохие отношения в семье" (20,9%) и "проживание в детском доме" (12,6%). Высокий риск формирования специфического расстройства личности связан с факторами "малообеспеченная семья" (48,2%), "плохие отношения в семье" (15,4%) и "патология течения беременности и родов" (10,2%). В развитии поведенческих расстройств у подростков максимально значим фактор "проживание в детском доме" (32,8%), а также "плохие отношения в семье" (16,8%) и "патология течения беременности и родов" (13,1%). Суммарный процент степени влияния факторов риска может превышать показатель в 100% за счет сочетания разных факторов у представителей данной группы. Чтобы подтвердить полученные выводы и определить факторы риска противоправного поведения подростков, нами проведены расчеты представленных показателей у всей группы правонарушителей (n=1073) и законопослушных подростков старшего возраста, не привлекавшихся к уголовной ответственности (n=269), сформировавших группу контроля. При этом доля влияния фактора риска у подростков с противоправным поведением, превышающая аналогичный показатель в группе законопослушных подростков, определена для факторов: "малообеспеченная семья", "алкоголизм родителей", "патология течения беременности и родов", "проживание в детском доме", "наследственность по самоубийствам и психическим расстройствам близких". Стоит отметить, что сила влияния фактора риска оказалась максимальной для фактора "проживание в детском доме", далее - "наследственность по самоубийствам и психическим расстройствам близких", "патология течения беременности и родов" и "алкоголизм родителей". В свою очередь, на риск противоправного поведения подростков Забайкальского края самую высокую степень влияния оказывали социальные факторы: злоупотребление алкоголем родителями (55,2%), воспитание в детском доме (35,3%) и низкий материальный достаток семей (31,4%). На втором месте стоял фактор патологии беременности и родов (30,7%), на третьем - наследственная отягощенность анамнеза - суицидами (7,5%) и психическими заболеваниями (6,0%) близких лиц. Выявленные взаимосвязи биологических и социальных факторов риска и их влияние на формирование психических расстройств и противоправного поведения подростков в Забайкальском крае обуславливают не только сам факт возникновения психического или поведенческого расстройства у подростка, но и могут способствовать формированию преступных деяний несовершеннолетними (существенная часть из которых также имеет психическую патологию). Стоит отметить, что результаты настоящего исследования необходимо учитывать всем заинтересованным ведомствам для разработки дифференцированных профилактических программ по снижению подростковой преступности.

**Заключение.** Таким образом, исследование подтвердило актуальность проблемы психических расстройств среди лиц подросткового возраста, совершивших противоправные

деяния, и подчеркнуло негативное значение факторов социального сиротства и алкоголизации родителей. В большинстве случаев формирование личности несовершеннолетних правонарушителей происходит в неблагополучных по составу и социальным установкам семьях. Алкоголизация родителей и неблагоприятное течение беременности и родов приводят часто к резидуально-органической патологии головного мозга ребенка и последующим поведенческим нарушениям. При этом особое значение занимает продолжительная негативная социально-экономическая ситуация в Забайкальском крае, что в совокупности с перечисленными факторами обуславливает высокую частоту преступлений среди лиц подросткового возраста. Представленные результаты должны учитываться при организации дифференцированной профилактической работы, в первую очередь с неблагополучными семьями, в направлении снижения алкоголизации родителей и профилактики социального сиротства; дифференцированной лечебно-реабилитационной работы, а также в экспертной деятельности с подростками, склонными к совершению противоправных действий или уже совершившими их.

Сахаров А.В., Озорнин А.С., Голыгина С.Е.  
**ПОЛИМОРФИЗ ГЕНОВ ЭНДОТЕЛИНА-1 (Lys198Asn)  
И E-СЕЛЕКТИНА (Leu544Phe, Ser128Arg) У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**  
*Читинская государственная медицинская академия  
Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского  
Чита, Россия*

Последние десятилетия широкое распространение получили биологические исследования, которые во многом способствуют более целостному представлению о механизмах течения шизофрении, в том числе с учетом нейроиммунопатологического компонента при ведущем значении повреждения гематоэнцефалического барьера. У пациентов с шизофренией объективно регистрируются изменения биологических маркеров воспаления и системы нейродеструкция-нейрорепарация. При этом, возможно, имеющиеся нарушения связаны с изменением функционирования микроциркуляторного русла, а именно эндотелиальной дисфункцией, изменениями микрокровотока, расстройством барьерных функций мембран эндотелиоцитов и их повреждением. В связи с этим можно предполагать генетическую и фенотипическую гетерогенность происходящих в микроциркуляции крови изменений, поэтому актуальным является исследование у больных шизофренией полиморфизмов генов молекул, отвечающих за сосудистую регуляцию. Одними из таких хорошо изученных маркеров эндотелиальной дисфункции являются Эндотелин-1 и E-селектин.

**Цель исследования:** изучение частоты встречаемости генотипов и аллелей SNP генов Эндотелина-1 (Lys198Asn) и адгезивной молекулы E-селектин (Leu544Phe, Ser128Arg) у больных параноидной формой шизофрении и относительно здоровых людей в Забайкальском крае.

**Материал и методы.** На базе отделения первого психотического эпизода ГКУЗ "Краевая клиническая психиатрическая больница имени В.Х. Кандинского" было обследовано 100 пациентов с диагнозом "шизофрения параноидная, период наблюдения менее года" (F 20.09). Возраст наблюдаемых пациентов был в диапазоне от 18 до 38 лет. По национальной принадлежности все обследованные были русскими, родившимися и проживающими в Забайкальском крае. Группу контроля составили 102 здоровых человека, сопоставимых с группой исследованных по полу, возрасту и этнической принадлежности ( $p > 0,05$ ).

Лабораторная часть работы выполнялась в лаборатории молекулярной генетики НИИ Молекулярной медицины Читинской государственной медицинской академии. Для генетического исследования у всех участников однократно натощак забиралась венозная кровь.



Материалом для молекулярно-генетического анализа служили образцы ДНК, выделенные из лейкоцитов периферической венозной крови. Для анализа точечных нуклеотидных полиморфизмов (SNP) генов был использован метод аллель-специфической полимеразной цепной реакции с электрофоретической детекцией. В работе использовались стандартные наборы реактивов. Постановка аллель-специфической полимеразной цепной реакции осуществлялась с помощью стандартных наборов научно-производственной фирмы "Литех" (РФ) согласно инструкции производителя.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакетов программ Microsoft Office Excell 2010 и STATISTICA 12.0 (StatSoft, USA). Для определения популяционного равновесия частот исследуемых генотипов применялся закон Харди-Вайнберга. При сравнении частот аллелей и генотипов использовали критерий хи-квадрат Пирсона ( $\chi^2$ ), статистически значимыми считали различия при  $p < 0,05$ . Отношение шанса события в одной группе к шансу события в другой группе оценивали по величине отношения шансов (odds ratio, OR) с расчетом 95% доверительного интервала (CI 95%) по методу В. Woolf.

**Результаты и обсуждение.** Проводя анализ полученных результатов выявлено, что SNP Эндотелина-1 была обнаружена в гомо- и гетерозиготном состоянии, такого не наблюдалось у SNP адгезивной молекулы E-селектин. Закону Харди-Вайнберга соответствовало ( $p > 0,05$ ) распределение частот генотипов в обеих группах обследованных только для мутации Эндотелина-1 (Lys198Asn). Отклонения от равновесия Харди-Вайнберга ( $p < 0,05$ ) наблюдались в распределении наблюдаемых и ожидаемых частот генотипов SNP E-селектин (Leu544Phe, Ser128Arg) для клинической группы и SNP E-селектин (Ser128Arg) для контрольной, что не дало нам возможность сравнивать носительство этих мутаций в исследуемых группах.

Среди всех однонуклеотидных полиморфизмов гена Эндотелина-1 наиболее изученным является rs5370, также известный как Lys198Asn. Ген EDN-1 расположен на 6-ой хромосоме (6p24-p23). Замена G/T в 594 положении влечет за собой замену аминокислоты лизин (Lys) на аминокислоту аспарагин (Asn) в 198 положении. Это, безусловно, способствует изменению структуры белка и, в последующем, активности многих ферментов. Например, аллель Asn и генотип Asn/Asn ассоциируются с более высоким уровнем Эндотелина-1 в крови по сравнению с аллелем Lys и генотипом Lys/Lys (Ahmed M., Rghigh A., 2016).

Среди пациентов с шизофренией в 2,8 раза чаще ( $p = 0,0003$ ) встречались гомозиготы по Asn/Asn-генотипу SNP END-1 (Lys198Asn), для которых степень риска развития заболевания составила 3,03 [CI 95%: 0,93-9,85]. Носители Lys/Asn-генотипа также регистрировались в 1,6 раза чаще в основной группе, для них степень риска развития заболевания определена как 2,44 [CI 95%: 1,38-4,32]. Аллель Asn в 1,8 раза чаще ( $p = 0,0042$ ) присутствовала в клинической группе обследованных лиц.

Следовательно, для обладателей нормального аллеля Lys отношение шансов (OR) было равно 0,41 [CI 95%: 0,22-0,76], для носителей мутантного аллеля Asn степень риска развития шизофрении составила 2,46 [CI 95%: 1,32-4,61].

Полученные результаты свидетельствуют о негативном значении аллели Asn SNP END-1 (Lys198Asn) в механизмах течения заболевания предположительно за счет повышенного уровня Эндотелина-1 в крови больных шизофренией с последующей вазоконстрикцией и инициацией процессов воспаления в эндотелии микрососудов (в том числе, и гематоэнцефалического барьера).

**Заключение.** Анализ частоты генотипов и аллелей точечных нуклеотидных полиморфизмов генов Эндотелина-1 и E-селектин в изученных группах оказался возможным только для SNP END-1 (Lys198Asn). SNP SELE (Leu544Phe, Ser128Arg) не соответствовали равновесию Харди-Вайнберга, что, вероятно, было обусловлено недостаточным объемом выборки обследованных лиц.

В свою очередь, результаты нашего исследования продемонстрировали влияние выявленного генетического статуса на риск возникновения и патогенез шизофрении для SNP END-1 (Lys198Asn): у пациентов с шизофренией в 1,8 раза чаще регистрировались генотипы, несущие мутантный аллель Asn, при носительстве которого риск развития заболевания был увеличенным в 2,46 раза.

Можно предположить, что данный точечный однонуклеотидный полиморфизм Эндотелина-1 способствует разнонаправленному влиянию на инициацию вазоконстрикции и воспаления в эндотелии микрососудов, которые могут являться одними из ключевых звеньев в патогенезе повреждения гематоэнцефалического барьера при шизофрении. Безусловно, предполагаемые механизмы, как и роль генетических дефектов других молекул сосудистой регуляции, требуют дальнейшего уточнения.

Сахаров А.В., Ступина О.П., Пасютина М.С.  
**СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЖИТЕЛЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ  
В ПЕРИОД САМОИЗОЛЯЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ОРГАНИЗИТЕЛЬНЫМИ  
МЕРОПРИЯТИЯМИ В СВЯЗИ С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ НОВОЙ  
КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ**

*Читинская государственная медицинская академия  
Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского  
Чита, Россия*

Забайкальский край многие годы входит в число регионов Российской Федерации с высокой смертностью населения по причине самоубийств, в том числе среди несовершеннолетних. Несмотря на существенную положительную динамику в последние два десятилетия (снижение показателя смертности по данной причине более чем в 3 раза), субъект остается среди самых неблагополучных регионов по частоте регистрации суицидального поведения среди жителей.

При этом первый случай заражения COVID-19 был зарегистрирован в Забайкалье 31 января 2020 года, заболевшим являлся гражданин Китая. Первый случай заражения среди местного населения был выявлен только 04 апреля 2020 года. Представленные обстоятельства возникновения вспышки заболеваемости значительно сдвинули и пролонгировали по срокам уровень общего социального напряжения в регионе. Пик заболеваемости по COVID-19 пришелся на май-июнь, как и режим серьезных ограничений.

С начала 2020 годадо апреля (включая начальный период распространения инфекции COVID-19) количество завершённых суицидов среди населения Забайкальского края, по сравнению с аналогичным периодом 2019 года, снизилось, количество суицидальных попыток - незначительно увеличилось.

В тоже время, число завершённых суицидов в мае 2020 года выросло на 12% в сравнении с 2019 годом, в основном за счет лиц трудоспособного возраста. Наблюдаемая тенденция к снижению в апреле 2020 года (на 10% в сравнении с 2019) нивелировала суммарные цифры суицидальной смертности за апрель-май настоящего и прошлого годов.

Что касается суицидальных попыток, то их было зарегистрировано в апреле-мае текущего года на 24% больше в сравнении с аналогичным периодом прошлого года. Более существенный подъем пришелся на месяц май (на 31,6%), который совпал с ростом социальной напряженности в крае ввиду пролонгирования условий самоизоляции. В апреле число парасуицидов выросло на 18%. За рассматриваемый период абсолютные цифры суицидальных попыток стали больше в группе лиц трудоспособного возраста (на 13,7%), особенно среди мужского контингента (на 30,8% суммарно). Максимальный прирост парасуицидов отмечен среди несовершеннолетних - в 2 раза на протяжении апреля и мая 2020 года (преимущественно в возрасте до 16 лет).

Таким образом, можно утверждать о негативном влиянии вынужденных условий, связанных с новой коронавирусной инфекцией, на суицидальное поведение населения Забайкальского края. С вхождением в период максимальной выявляемости данной инфекции среди жителей региона (который пришелся на май-июнь) и пролонгированием ограничительных мер (более 3 месяцев) наблюдается тенденция к увеличению числа самоубийств (только в мае) и существенный рост количества суицидальных попыток в апреле-мае 2020 года, в сравнении с аналогичным периодом 2019 года. Наиболее уязвимыми оказались мужчины трудоспособного возраста и подростки младшей возрастной группы.

Сидельникова Е.В.

**ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ПСИХИАТРА-НАРКОЛОГА  
ДИСПАНСЕРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО  
КРАЕВОГО НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА**  
*Забайкальский краевой наркологический диспансер  
Чита, Россия*

Работа участкового врача психиатра-нарколога диспансерного отделения ГАУЗ "Забайкальский краевой наркологический диспансер" (ГАУЗ ЗКНД) основывается на осуществлении диспансерного наблюдения за лицами, страдающими наркологическими расстройствами. Диспансерное наблюдение врачом психиатром-наркологом включает: проведение медицинского осмотра пациента, находящегося под диспансерным наблюдением, в рамках которого осуществляется оценка состояния пациента, сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование, назначение и оценка лабораторных и инструментальных исследований; установление или уточнение диагноза заболевания (состояния); назначение необходимого лечения; подтверждения ремиссии; проведение кратного профилактического консультирования; проведение медицинского осмотра (консультация) пациента, находящегося на диспансерном наблюдении, в случае его внепланового обращения с целью назначения поддерживающего лечения, в зависимости от состояния; направление на консультацию к врачу психотерапевту, медицинскому психологу в целях диагностики, организации психотерапевтической работы с пациентами, находящимися под диспансерным наблюдением.

При осуществлении диспансерного наблюдения врач психиатр-нарколог участковый: ведет статистический учет пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением; информирует пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением, о порядке, объеме, сроках и периодичности диспансерного наблюдения; организует и осуществляет проведение диспансерных приемов (осмотров, консультаций), профилактических мероприятий, лечения и медицинской реабилитации; в случае невозможности посещения пациентом, подлежащим диспансерному наблюдению, в связи с тяжестью состояния или нарушением двигательных функций организует проведение диспансерного приема на дому.

В своей работе врач психиатр-нарколог руководствуется нормативными документами Правительства РФ, Министерства здравоохранения РФ, Правительства Забайкальского края, Министерства здравоохранения Забайкальского края.

Диспансерное наблюдение за пациентами осуществляется в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю "психиатрия-наркология", утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 2015 года № 1034н.

Железнодорожный район - один из административных районов г. Читы. Образован в 1941 году. Под диспансерным наблюдением врача психиатра-нарколога на 1 января 2020 года находилось 818 пациентов с наркологической патологией. Большую часть из них составляют пациенты с алкогольными расстройствами - 69,1%. С синдромом зависимости от алкоголя под диспансерным наблюдением находятся 474 пациента, с употреблением алкоголя с вредными последствиями - 90 пациентов. Пациенты, употребляющие наркоти-

ки, составляют - 29%, из них с синдромом зависимости от наркотических веществ - 92 пациента, с употреблением наркотиков с вредными последствиями - 146 пациентов. Самую наименьшую часть составляют пациенты с синдромом зависимости от ненаркотических веществ - 4 пациента.

Работа наркологического кабинета Железнодорожного района осуществляется согласно годовому комплексному плану работы ГАУЗ ЗКНД. Пациенты, состоящие под диспансерным наблюдением в Железнодорожном районе г. Читы, по показаниям направляются на медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях, либо на медицинскую реабилитацию в стационарных условиях (отделение № 2).

Врач и медицинская сестра посещают в отделениях диспансера пациентов Железнодорожного района, как впервые потупивших, так и уже находящихся под диспансерным наблюдением. Целью таких посещений является информирование пациентов о порядке диспансерного наблюдения, что улучшает преемственность между стационаром и поликлиникой в лечении и наблюдении пациентов с наркологическими расстройствами, увеличивает процент больных, наблюдаемых после стационарного лечения в наркологическом диспансере, улучшается качество ремиссий у пациентов.

Врачи психиатры-наркологи диспансерного отделения ГАУЗ ЗКНД включены в состав Комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав (КДН и ЗП). Врач участвует в заседании КДН и ЗП, что оказывает существенную роль в профилактической работе с подростками и их семьями. Заседания КДН и ЗП в Администрации Железнодорожного района проходят согласно утвержденному плану 2 раза в месяц. Врач, присутствуя на заседании комиссии, поясняет гражданам, нуждающимся в получении наркологической помощи, о необходимости посещения врача психиатра-нарколога. Подросткам, замеченным в употреблении психоактивных веществ, и их родителям объясняется необходимость обращения к подростковому наркологу для проведения профилактической работы и в целях профилактики повторного употребления психоактивных веществ.

Врачом психиатром-наркологом Железнодорожного района проводится активная работа с пациентами, направленными на обязательное лечение органами суда во исполнение Федерального закона от 25 ноября 2013 года № 313 - ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации" и статьи 73 УК РФ. За 2019 год по Железнодорожному району г. Читы было взято 15 пациентов по 313 - ФЗ и 29 - по ст. 73 УК РФ. Снято по ремиссии 16 пациентов. Всего на участке состоит 208 пациентов, наблюдающихся по ст. 73 и 103 пациента по 313-ФЗ. Из них прошли медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях 28 пациентов. С пациентами, уклоняющимися от наблюдения, осуществляется взаимодействие по средствам телефонной связи, выясняются причины отсутствия, пациенты приглашаются на прием.

Таким образом, в диспансерном отделении ГАУЗ ЗКНД эффективно проводится работа врача психиатра-нарколога участкового по диспансерному наблюдению за пациентами с наркологическими расстройствами.

Ступина О.П., Честикова З.И.

**ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ  
ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**

*Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского  
Чита, Россия*

Основными задачами, стоящими перед психиатрической службой Забайкальского края в 2019 году, являлись организация оказания психиатрической помощи населению Забайкальского края в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи при психичес-

ких расстройствах и расстройствах поведения, утвержденным приказом МЗ РФ от 17 мая 2012 года № 566н; разработка и проведение мероприятий, направленных на раннее выявление психических расстройств у детей; осуществление взаимодействия с органами МВД по вопросам оказания психиатрической помощи психически больным, совершившим общественно-опасные действия; дальнейшее развитие внебольничных и стационар-замещающих форм оказания психиатрической помощи в амбулаторных условиях, развитие бригадных форм оказания психиатрической помощи населению Забайкальского края.

В 2019 году в амбулаторно-поликлинические учреждения психиатрической службы Забайкальского края обратилось за психиатрической помощью 33459 чел. (2018 г. - 33213; 2017 г. - 33680). Относительно 2017 г. число обратившихся уменьшилось на 0,7%, относительно 2018 года число обратившихся увеличилось на 0,7%. Показатель общей заболеваемости (число зарегистрированных больных в расчете на 100 тыс. населения) за 3 года увеличился с 3121,5 до 3139,4 (на 0,6%) за счет увеличения общей заболеваемости психическими расстройствами в группах непсихотических расстройств и в группе психозов. Напротив, в группе умственной отсталости отмечено снижение показателя общей заболеваемости. Число зарегистрированных лиц с психическими расстройствами в Забайкальском крае (3139,4) превысило таковой показатель в РФ (2677,8) на 17,2%, превышение над таковым показателем ДФО (2844,9) составило 10,4%.

В структуре контингентов зарегистрированных больных в Забайкальском крае, как и в РФ, преобладали больные непсихотическими расстройствами, таких больных было чуть меньше половины - 48,8% (2018 г. - 48,4%; 2017 г. - 48,5%; РФ - 50,7%; ДФО - 48,4%), на втором месте, как и в ДФО, но в отличие от РФ находились больные умственной отсталостью - 27,7% (2018 г. - 28,1%; 2017 г. - 28%; РФ - 21,6%; ДФО - 27%), больные психозами и состояниями слабоумия составили 23,5% (2018-2017 гг. - 23,5%; РФ - 27,7%; ДФО - 24,7%). В группе психозов и состояний слабоумия, как и в РФ, преобладали больные шизофреническими расстройствами (в дальнейшем группа "шизофрения"), доля больных шизофренией в общем числе больных психозами и состояниями слабоумия составила 50,5% (2018 г. - 50,7%; 2017 г. - 51,7%; РФ - 49,5%).

Анализируя показатели общей заболеваемости психическими расстройствами, можно констатировать, что контингент больных незначительно увеличился, в клиническом плане остался сложным, так как 51,2% всех обратившихся за помощью составили больные психозами, состояниями слабоумия и умственной отсталостью (2018 г. - 51,6%; 2017 г. - 51,5%).

Первичная заболеваемость психическими расстройствами (число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства на 100 тыс. населения) в Забайкальском крае в 2019 году составила 319,7 чел. на 100 тыс. населения, превысив таковой показатель от 2017 г. (251,3) на 27%, относительно 2018 г. превышение составило 2,8%. Превышение краевой первичной заболеваемости психическими расстройствами (319,7) над российской (298,9) и дальневосточной (248,6) составило 7% и 28,7% соответственно.

Первичная заболеваемость психическими расстройствами в Забайкальском крае увеличилась в группе непсихотических расстройств с 165,6 чел. на 100 тыс. населения до 237,1, превысив российский (216,1) дальневосточный (171,0) показатели на 9,7% и на 38,7% соответственно. В группе психозов и состояний слабоумия первичная заболеваемость увеличилась с 50,9 до 51,6 на 100 тыс. населения (на 1,4%), превысив таковой показатель ДФО (49,8) на 3,6%, и не достигнув уровня показателя РФ (62,1). В группе умственной отсталости зарегистрировано снижение первичной заболеваемости с 34,8 до 31,0 чел. на 100 тыс. населения (на 11%), при этом превышение краевого показателя (31,0) над таковыми РФ (20,6) и ДФО (27,9) составило 50,5% и 11% соответственно. Среди впервые выявленных с психическими расстройствами за последний год возросла доля лиц в воз-

растах: 0-14 лет (от 34,8% до 36,2%), 40-59 лет (от 9,4% до 9,7%), 60 лет и старше (от 22,1% до 24,5%) и уменьшилась доля лиц в возрастах: 15-17 лет (от 16% до 12,7%), 18-19 лет (от 6,4% до 5,7%), 20-39 лет (от 11,3% до 11,2%). В общем контингенте с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства (3407) на долю лиц с диагнозами психозов и состояний слабоумия в Забайкалье в 2019 году приходилось 16,1% (РФ - 20,8%; ДФО - 20%). Удельный вес больных с диагнозом умственной отсталости составил 9,7% (РФ - 6,9%; ДФО - 11,2%), а доля больных с диагнозом психического расстройства непсихотического характера составила 74,2% (РФ - 72,3%; ДФО-68,8%). За 3 года структурный показатель самой крупной диагностической группы (непсихотические психические расстройства) увеличился с 66% до 74,2%, группы психозов и состояний слабоумия уменьшился с 20,2% до 16,1%, умственной отсталости - с 13,8% до 9,7%.

Под диспансерное наблюдение из числа обратившихся с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства было взято 200 чел. (2018 г. - 197; 2017 г. - 275) или 18,4 чел. на 100 тыс. населения (2018 г. - 18,4; 2017 г. - 25,5), что ниже, чем в РФ (40,3) на 53% и на 56% ниже, чем в ДФО (43,3).

Консультативно-лечебную помощь из числа вновь выявленных больных в 2019 году получили 3207чел. (2018 г.-3141; 2017 г. - 2436) или 300,9 чел. на 100 тыс. населения (2018 г. - 292,8; 2017 г. - 225,8), что выше российского показателя (258,6) на 16%.

Соотношение групп диспансерного наблюдения и консультативно-лечебной помощи при первичной регистрации в отчетном году соответствовало 6% и 94% (2018 г. - 6% и 94%; 2017 г. - 10,2% и 89,8%), что не достигает уровня показателей РФ от 2018 г. (13,5% и 86,5%) и ДФО (17,4% и 82,6%). Доля больных шизофренией, которым при первичном обращении было назначено диспансерное наблюдение, увеличилась с 52,9% (2018 г.) до 67,7%, что выше такового показателя РФ (58,6%) на 15,5%. В группе психозов и состояний слабоумия при первичной регистрации больные диспансерного наблюдения составили 30,2% (2018 г.-27,5%; 2017 г.-39,3%), что ниже, чем в РФ (33%).

Соотношение диспансерного наблюдения и консультативно-лечебной помощи в группе больных с умственной отсталостью составило 3,6% и 96,4% (2018 г. - 3,6% и 96,4%; 2017 г. - 7,5% и 92,5%), в РФ данное соотношение составляло 39,8% и 60,2%. Столь низкий процент взятых под диспансерное наблюдение обусловлен малым числом пациентов с тяжелыми формами умственной отсталости, такие больные при первичной регистрации в данной нозологической группе составили 6% (2018 г. - 8,5%; 2017 г. - 7,2%).

При первичной регистрации психических больных в Забайкалье, как и в РФ, доминировали лица с непсихотическими расстройствами, в группе больных шизофренией доминировали больные, которым оказывалась амбулаторная психиатрическая помощь в виде диспансерного наблюдения.

Абсолютное число инвалидов в 2019 году вследствие психических расстройств в Забайкалье относительно 2017 года уменьшилось на 333 чел. (на 3,2%). Относительно 2018 года снижение числа инвалидов по психическому заболеванию составило 60 чел. (на 0,6%). Показатель инвалидности в целом по психическим заболеваниям (число инвалидов в расчете на 100 тыс. населения) относительно 2017 года уменьшилось на 2%, составил 936,7 чел. на 100 тыс. населения (2017 г. - 956,1), превысив российский контингент инвалидов на 31% (715,3).

В структуре контингента инвалидов по нозологическим формам в крае 28% составили больные шизофренией, 40,5% умственной отсталостью. Больные с III группой инвалидности составили 20,3%, дети инвалиды в возрасте от 0-17 лет включительно - 12,2%.

В общем числе инвалидов в РФ (2018 г.) больные шизофренией составили 33,1%, умственной отсталость 35,1%, инвалиды 3 группы - 11,7%, инвалиды до 17 лет включительно - 14,5%.

В расчете на 100 диспансерных больных число инвалидов составило 82,5 (2017 г. - 82,8; 2018 г. - 82,5), снижение за 3 года на 0,4%. В РФ данный показатель был равен 68,8. Удельный вес пациентов, утративших трудоспособность по психическому заболеванию, в общем числе пациентов с психическими расстройствами в отчетном году составил 31,6% (РФ - 29,3%).

Таким образом, анализируя показатели психического здоровья населения Забайкальского края мы видим сохраняющиеся высокие показатели болезненности психическими и поведенческими расстройствами, а также высокий уровень инвалидизации, что демонстрирует социальную напряженность в обществе и побуждает нас к дальнейшему совершенствованию психиатрической службы, к продолжению смещения акцентов в деятельности психиатров на проблемы охраны и укрепления психического здоровья населения Забайкальского края.

Тимкина О.А., Дундукова Н.А., Григорьева К.С., Галимов Г.А.  
**ОСОБЕННОСТИ СТРЕССОПОЛНЕННОСТИ ЖИЗНЕННЫХ СОБЫТИЙ**  
*Читинская государственная медицинская академия*  
*Чита, Россия*

В жизни каждого человека отмечаются стрессовые ситуации, которые оказывают влияние на состояние психического здоровья населения. В качестве психотравмирующих ситуаций могут рассматриваться разнообразные стрессогенные социально-психологические факторы. При продолжительном воздействии стрессогенных факторов, а также слабости защитных механизмов психики возможно возникновение психогенных расстройств. Необходимо своевременное выявление психотравмирующих факторов, изучение показателей "стрессонаполненности" жизни человека с целью предупреждения возникновения невротических нарушений и оказания психолого-психотерапевтической помощи.

**Цель работы:** изучение и анализ у студентов Читинской государственной медицинской академии показателей "стрессонаполненности" жизненных событий.

**Материал и методы.** У студентов 6 курса лечебного и педиатрического факультетов Читинской государственной медицинской академии было проведено анонимное анкетирование сплошным методом. В исследование было включено 94 респондента. В тестировании принимали участие 39,3% юношей и 60,7% девушек. Средний возраст составил 23 года. Научная работа осуществлялась с помощью психологического опросника "Стрессонаполненность жизни" с применением оценочной шкалы стрессовых событий Т. Холмса и Р. Райха в модификации Л.В. Куликова. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета анализа Microsoft Excel

**Результаты.** При анализе данных по шкале "стрессонаполненности жизни" установлено, что низкий уровень "стрессонаполненности" отмечается у 10,6% студентов. Указанные показатели свидетельствуют о спокойном периоде жизни, а также небольшой насыщенности жизни стрессовыми событиями и невысокой вероятности возникновения заболеваний вследствие стрессовых событий (10-15%).

Показатели, соответствующие среднему уровню "стрессонаполненности", который характеризуется относительно высокой психической напряженностью и насыщенностью жизни сильными стрессовыми событиями отмечаются у 17,2% студентов. В данной группе вероятность возникновения заболеваний вследствие пережитых стрессовых событий составляет 30-50% (согласно шкале интерпретации данных применяемого опросника).

Высокий уровень "стрессонаполненности" выявлен среди 27,6% студентов и характеризуется наличием высокой психической напряженности, значительного количества стрессовых ситуаций, которые еще не преодолены и не рассматриваются как конструктивный

жизненный опыт личности. У обучающихся с высокими показателями "стрессонаполненности" жизни, вероятность возникновения психосоматических расстройств составляет более 50%.

Среди 44,6% анкетированных показатели опросника соответствуют чрезмерному уровню "стрессонаполненности" жизни, свидетельствующему о высокой психической напряженности и наличии большого количества "разрушающих" стрессовых событий. Студенты с чрезмерно высоким уровнем "стрессонаполненности" находятся в зоне риска возникновения невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств. В роли основных стрессогенных социально-психологических факторов студентами указаны: учебная нагрузка, отсутствие достаточного отдыха, беспокойство по поводу внутренних конфликтов, совмещение работы с учебой, финансовая нестабильность.

**Заключение.** Таким образом, в результате исследования выявлено, что преобладающими у студентов являются показатели, характеризующие высокий (27,6%) и чрезмерно высокий (44,6%) уровни "стрессонаполненности" жизни. Полученные результаты позволяют рекомендовать студентам с высокими и чрезмерно высокими показателями "стрессонаполненности" жизни коррекцию образа и стиля жизни, применение релаксационных методик, а также обучение конструктивным копинг-поведенческими стратегиям, направленным на преодоление психотравмирующих событий и улучшение состояния психического здоровья.

Толстов Д.А.

**НРАВСТВЕННЫЙ КОМПОНЕНТ И ЕГО РОЛЬ  
В ФОРМИРОВАНИИ ЗАВИСИМОСТИ**  
*Забайкальский краевой наркологический диспансер*  
*Чита, Россия*

В современных реалиях усложняющегося мира, его цифровизации изменяются условия жизни индивида и, соответственно, меняется окружение, в котором воспитывается и живёт человек и то, насколько в этих условиях развит или наоборот не развит нравственный компонент личности будет в дальнейшем являться предпосылкой для формирования и последующего развития или отсутствия в будущем зависимости. Поскольку нравственная составляющая является краеугольным камнем в психотерапии зависимости, именно этот компонент и необходимо учитывать при построении стратегии работы с зависимыми.

Основные предпосылки для развития нарушений в нравственной сфере начинают формироваться в раннем детстве и отсюда, как следствие, оказывают влияние на дальнейшую взрослую жизнь, что и будет обуславливать течение заболевания и его прогноз.

Первые и последующие предпосылки для развития нарушений в нравственной сфере закладываются в самой психосоциальной среде, в социокультурных особенностях, традициях семьи и общества. В современном мире в погоне за мнимыми и порой чуждыми идеалами происходит деградация нравственного слоя, что в свою очередь влечёт за собой необратимые изменения в дальнейшем патогенезе заболевания. Формирование личности на изменённом нравственном фоне происходит хаотично без достаточного ресурса, на котором строится всё последующее выздоровление и отдалённые результаты.

Подобные тенденции разрушения фундамента ведут к выключению или неправильно-му функционированию в дальнейшем взрослой и полноценно развитой гармоничной личности. Отдельно взятые методы лечения зависимостей зачастую однобоко подходят к процессу помощи, без учёта нравственного компонента, что в конечном итоге приводит к симптоматическому результату, а порой и вовсе к его отсутствию. Поскольку психотерапия зависимости требует больших временных затрат, включение в методы лечения способов и методик, направленных на коррекцию нравственных компонентов личности, будет иметь



отдалённые положительные результаты. В этом случае к каждому пациенту необходим индивидуальный подход с точки зрения его индивидуальных, этнокультуральных, семейных и социальных составляющих с включением личностного, физического, социального и духовного компонентов, что в конечном итоге благотворно сказывается на течении заболевания.

Часть подходов и методов в лечении зависимости делают основной упор на ту или иную составляющую болезни, что в конечном итоге ведёт к частичному достижению результата терапии. Модель биопсихосоциодуховной помощи воздействует на различные компоненты личности больного и в конечном итоге приводит к стойкой и долгосрочной ремиссии. Нравственная основа служит одним из компонентов фундамента, на основе которого строится дальнейшая жизнь человека и дающая долгосрочные позитивные результаты. От того, какие компоненты лягут в основу этой системы, и будет зависеть дальнейшее нравственное развитие или деградация личности со всеми вытекающими последствиями.

Для достижения устойчивой и долгосрочной ремиссии в своей работе необходимо учитывать многофакторность развития зависимости. Метод или подход одного направления, применяемый без учёта индивидуальных и специфических свойств личности, даёт минимальные результаты в лечении, поскольку зависимость имеет комплексное происхождение и поражает всю личность и организм больного в целом. Процесс выздоровления при зависимости трудоемкий, разносторонний и затратный, в котором основной упор необходимо делать на разностороннюю и мультимодальную психотерапию. Данный подход позволяет достичь стойких и значимых результатов посредством воздействия на различные точки патогенеза этого заболевания с формированием стойкой и долгосрочной ремиссии.

Работая с пациентами наркологического профиля в ГАУЗ "Забайкальский краевой наркологический диспансер", врачи психотерапевты отмечают, что у пациентов задеты более глубокие слои нравственности, поэтому сложнее протекает заболевание и сложнее достичь долгосрочной ремиссии. Подобное связано не только с социальными ситуациями, но и куда более широкими понятиями и последствиями. При здоровой организации личности происходит торможение на те или иные ситуации, приводящие к нарушениям, а при зависимости этих тормозных механизмов нет или они настолько малы, что не дают развиваться полноценно функционирующей личности.

Поскольку проблема зависимости является многофакторной, то и подходы к лечению должны быть многогранными с учетом всех аспектов личностного развития. Используя только один подход, невозможно достичь долгосрочной ремиссии. Воздействуя симптоматически, можно получить лишь кратковременный результат, тогда как добиться устойчивых результатов можно только патогенетически воздействуя на все звенья сложного процесса зависимости.

Тышкенова М.С., Сансанова Л.Б., Бубаев Б.А., Доржиева О.А.  
**"ЯРМАРКИ ЗДОРОВЬЯ" - УНИВЕРСАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ  
ИНТЕРВЕНЦИЯ В РАЗНЫХ ЦЕЛЕВЫХ АУДИТОРИЯХ**  
*Республиканский наркологический диспансер*  
*Улан-Удэ, Россия*

В нашей стране масштабы употребления алкоголя все еще остаются высокими и проблема раннего вмешательства крайне актуальна. Социальная стигматизация людей с наркологическими расстройствами снижают вероятность их раннего обращения за специализированной медицинской помощью. Вместе с тем слабая система выявления потребителей психоактивных веществ (далее - ПАВ) влечет рост числа больных с синдромом зависимости, в глобальном масштабе рост случаев инвалидности, преступности, преждевременной смертности.

Современный подход к решению проблемы неблагоприятной наркологической ситуа-

ции в стране предполагает усовершенствование превентивной медицинской помощи, с акцентом на профилактику. Несмотря на актуальность проблемы, мы наблюдаем некоторое противоречие в том, что люди, находящиеся на различных этапах заболевания, не всегда получают своевременную наркологическую помощь из-за ряда причин: низкая посещаемость врачей в целом, отрицание болезни, плохая маршрутизация на уровне первичной сети, нежелание огласки и боязнь постановок на наркологический учет и др.

В этой связи более эффективным методом профилактической работы будет являться диагностическая и консультативная помощь населению вне наркологических учреждений. Примером такой интервенции является организация выездных "ярмарок здоровья". Данная форма обладает достаточной эффективностью, интересным и познавательным содержанием, и она универсальна тем, что может проводиться в любых организациях и общественных площадках.

Специалистами Республиканского наркологического диспансера г. Улан-Удэ "ярмарки здоровья" проводятся ежегодно на базе медицинских организаций, образовательных учреждений, в торгово-развлекательных центрах, трудовых коллективах промышленных предприятий, ведомственных учреждений и во многих общественных местах (парки, площади, скверы). Всего за последние три года было проведено более 30 таких мероприятий.

В основу построения программы как превентивного мероприятия положены основные принципы: доступность и достоверность предоставляемой информации; конфиденциальность полученной информации; оказание помощи лично-ориентированного характера (стремление к решению конкретных проблем у обратившегося лица); планирование и проведение работы в зависимости от конкретных потребностей и места проведения.

При проведении мероприятия специалисты ставят перед собой и реализуют следующие задачи: диагностика зависимых и иных негативных состояний: пристрастие к алкоголю, табачным и никотинсодержащим изделиям, наркотическим средствам, созависимость, наличие симптомов и признаков нехимических аддикций - интернет-зависимости, лудомании, наличие тревожных, стрессовых и депрессивных состояний, оценка профессионального выгорания, выявление рисков развития сердечно-сосудистых заболеваний, гиподинамии и других; информирование о последствиях употребления ПАВ, причинах и формах зависимостей, путях к выздоровлению, о взаимосвязи употребления ПАВ и других форм саморазрушающего поведения; консультация по актуальным проблемам, связанным с приемом ПАВ, и другим психологическим затруднениям; экспресс-мотивационная техника по отказу от употребления ПАВ и вопросам эффективных путей преодоления проблем.

"Ярмарка здоровья" включает информационный, диагностический, обучающий, досуговый элементы. Все эти мероприятия в зависимости от учреждения проходят одновременно, либо в одном большом помещении (актовые, спортивные залы, фойе торгово-развлекательных центров), либо в отдельных кабинетах.

Работа каждой секции включает в себя информационный блок в течение 5 минут, представляемый консультантами в виде демонстрации наглядной агитации (плакат, буклет, памятка, брошюра), видеоролика или мини-лекции; блок интерактивного общения с элементами интервенции - 5-10 минут, в течение которого участники получают ответы на интересующие их вопросы, проходят экспресс-обследование, участвуют в психологическом экспресс-тестировании и викторинах, осваивают простейшие методики оздоровления и самопомощи. Также с целью оценки распространенности алкоголизма, табакокурения и наркомании среди населения Республики Бурятия проводится добровольное анкетирование.

Следует отметить ряд достоинств данного подхода: четкость и простота, доступность, высокая и наглядная эффективность методов обучения, коррекции поведения, ориентированное на вовлечение участников и предоставление информации, имеющей для них личное значение, повышение психологического образования.

Для организации выездного мероприятия заместителем главного врача по медицинской части формируется мультидисциплинарная бригада, куда входят врач психиатр-нарколог, клинические психологи и специалист по социальной работе (или социальный работник), могут быть вовлечены врачи других специальностей (терапевты, неврологи) и волонтеры-медики. Бригадная модель позволяет получить наиболее полное представление об уровне функционирования и качества жизни обратившегося, способствует оказанию комплексной помощи.

Широкий спектр услуг, предоставляемых на бесплатной основе, посетителям "ярмарки здоровья" включает диагностику химической зависимости, оценку факторов риска зависимого поведения - профессиональное выгорание, стрессы, депрессию, повышенную тревожность, наличие нехимических зависимостей, обследование с помощью аппаратных технологий рисков сердечно-сосудистых заболеваний, влияния табакокурения на легкие человека, обучение навыкам здорового образа жизни и многое другое. Волонтеры-медики всем желающим измеряют артериальное давление, рост, вес, заполняют анкеты по факторам риска, проводят веселые викторины на знания ЗОЖ. Привлекательность мероприятия заключается в широком арсенале превентивных технологий, позволяющих не ограничиваться сугубо наркологической диагностикой и консультацией, отпугивающих многих людей, особенно, в общественном месте.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что "ярмарки здоровья" являются универсальной профилактической интервенцией в самых разных целевых аудиториях и способствуют доступности наркологической помощи для населения, демонстрации профессиональных компетенций команды специалистов наркологической службы.

Шейфер М.С., Камышанская А.И., Шнырева И.Н.,  
Медведева Э.В., Назарцева М.А., Яшихина А.А

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
В САМАРСКОМ РЕГИОНЕ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ  
С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

*Самарская областная клиническая психиатрическая больница  
Самарский государственный медицинский университет  
Самара, Россия*

Психологическая помощь, оказываемая населению, становится все более востребованной, о чем свидетельствует увеличение количества клинических психологов в психиатрической и психотерапевтической практике (Карвасарский Б.Д., 2004, Холмогорова А.Б., 2012). Помимо увеличения объемов оказываемой помощи, психологическое сопровождение становится все более широким, выходящим за пределы психиатрических стационаров: психологи все чаще занимаются вопросами психопрофилактики, легкими психическими отклонениями, семейными дисфункциями, отклонениями развития и т.д.

С момента введения специальности "клинический психолог" было разработано ряд документов, регламентирующих деятельность, но несмотря на это организационно-методические аспекты психологического сопровождения детей и подростков, получающих психиатрическую помощь в амбулаторном звене, остаются недостаточно разработанными. Так, например, в номенклатуре предоставляемых психологических услуг в здравоохранении присутствует порядка тридцати узконаправленных наименований, среди которых отсутствует спецификация психологического исследования детей и подростков (Алехин А.Н., 2015). В связи с этим мы определили цель нашего исследования: проанализировать качественные и количественные показатели предоставляемых психологических услуг детям и подросткам получающих амбулаторную психиатрическую помощь в Самарском регионе.

Традиционно психиатрическая помощь в амбулаторных условиях предоставляется по территориальному принципу, что обеспечивает доступность специализированной помощи пациенту и его семье. Отмечается необходимость развития, прежде всего, детской амбулаторной психиатрической службы в регионах, особое место в которой уделяется "бригадному методу" (участие в оказании помощи, наряду с психиатром, педагога-дефектолога, логопеда и психолога). Отдельное внимание уделяется организации полустационарной помощи, занимающей самостоятельное место в структуре психиатрической помощи, предупреждающая госпитализацию (Макаров И.В., 2004).

В Самарском регионе имеется опыт функционального выделения детско-подростковой амбулаторной психиатрической службы ГБУЗ "Самарская областная клиническая психиатрическая больница", в структуру которого входит дневной стационар (с 2019 года). Организована психологическая лаборатория, которая удовлетворяет потребности отделения. Психолог участвует в работе учреждения на всех этапах оказания психиатрической помощи, обеспечивая биопсихосоциальный подход. Работа осуществляется в тесном сотрудничестве с врачом-психиатром, который определяет цели и задачи психологического исследования, объем и виды коррекционной и консультативной работы.

В соответствии с современными требованиями психологическая помощь оказывается специалистами с высшим психологическим образованием, имеющих специализацию по клинической психологии и регулярно повышающих уровень своей квалификации (не менее одного раза за пятилетний период). Регламентация деятельности медицинского психолога осуществляется на основе имеющихся приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации, существующими методическими рекомендациями и внутренними локальными приказами учреждения. Одним из основных аспектов деятельности медицинского психолога в амбулаторной психиатрической службе является его участие в диагностике (72% от всех предоставляемых психологических услуг).

Как уже было сказано ранее, цель и задачи психологического исследования определяется врачом психиатром. При оказании психиатрической помощи детям и подросткам среди таких задач, можно выделить следующие: 1) исследование уровня психического развития ребенка с выделением показателя интеллекта (IQ); 2) исследование познавательных процессов ребенка (восприятия, внимания, памяти, мышления) и определение соответствия уровня их развития возрастным нормам; 3) выявление нарушений познавательных процессов (восприятия, внимания, памяти, мышления) с выделением патопсихологического симптомокомплекса и степени его выраженности; 4) выявление особенностей развития эмоционально-волевой сферы и индивидуально-психологических особенностей ребенка; 5) динамические исследования с целью определения эффективности проводимых медицинских, социально-педагогических и психокоррекционных мероприятий.

Всего за период 2019-2020 гг. лабораторией было проведено 5774 исследований, из которых большую часть составили исследования интеллектуального развития ребенка (3379 исследований, что составило 58,5%). Это обусловлено необходимостью участия психолога в решении экспертных задач: участие в психолого-медико-педагогических комиссиях с последующей дачей рекомендаций по обучению ребенка, участие в проведении медико-социальных экспертиз с указанием степени влияния нарушений психических процессов на трудоспособность, участие в профессиональном отборе с указанием степени ограничения возможности получения профессионального образования или отсутствия таковых.

Исследования познавательных, интеллектуальных и эмоционально-волевых процессов, проводимые у детей и подростков, имеют ряд особенностей, которые значительно увеличивают время проведения и написания патопсихологического заключения. Во-первых, они определяются особенностями контакта с ребенком и формированием мотива в исследовании. В силу естественной незрелости волевых процессов у детей младшего воз-

раста, выраженной зависимости поведения от внешних условий (места и времени проведения исследования, особенностей ведения диалога самого психолога), явлений негативизма, избирательности в установлении контакта вплоть до выраженных проявлений негативизма, быстрой мотивационной истощаемости установление продуктивного взаимодействия осложняется и требует времени и особого подхода к ребенку. Во-вторых, уровень развития познавательных процессов, речи, способности ребенка к самопониманию осложняет сбор анамнестических сведений, жалоб и причин обращения. Сбор анамнеза и до-полнительной информации осуществляется путем расспроса родителей. Расспрос должен строиться в тактичной форме, с соблюдением всех этических норм и правил поведения, учитывать причины обращения родителей и особенности семейной и социальной ситуации. В-третьих, особенности исследования обусловлены темпом протекания психических процессов ребенка, способности к обучению и усвоению инструкций к предъявляемым заданиям, явлениями истощаемости, а также видами предлагаемой помощи в решении предлагаемых задач (от самых легких в виде привлечения внимания к ошибкам при выполнении заданий до проведения поэтапного обучения). В-четвертых, патопсихологическое исследование должно включать исследование общего запаса знаний и представлений, уровня сформированности автоматизированных навыков (чтения, письма, счета), уровень ориентации в социальных нормах и правилах поведения и т.д. В-пятых, любое патопсихологическое исследование ребенка должно включать заключительную беседу с родителями с сообщением полученных данных и дачей рекомендаций (Голенков А.В., Волчанский М.Е., Деларю В.В., 2005).

Большая часть патопсихологических исследований психологической службы детско-подросткового отделения осуществляется в отношении детей в возрасте от 3 до 15 лет (60% всех исследуемых) и в отношении подростков в возрасте от 15 до 18 лет (40% всех исследуемых). Анализируя распределение пациентов в соответствии с МКБ-10, можно сказать, что основную часть испытуемых составляют дети с умственной отсталостью (рубрика МКБ-10: F70-79 - 48,1% всех исследований) и дети с органическими, включая симптоматические, психические расстройства (рубрика МКБ-10: F00-09 - 23,8%). Меньшую часть исследований проводится в отношении детей с аффективными расстройствами (рубрика МКБ-10: F30-39 - 1,2%), детей с эндогенными психозами (рубрика МКБ-10: F20-29 - 2%) и детей с невротическими и соматоформными расстройствами (рубрика МКБ-10: F40-48 - 2,7%). Также исследования проводятся в отношении детей с расстройством психологического развития, что составило 9,3% от всех исследований (рубрика МКБ-10: F80-89) и детей с эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения, что составило 3,5% (рубрика МКБ-10: F90-98). Психодиагностические исследования осуществлялись в отношении психически здоровых детей, которые имели сложности в адаптации, не связанные с психическими расстройствами, а также проходившие профилактические осмотры - 9,4%.

В структуре детско-подросткового отделения организован дневной стационар, в котором реализуется два направления - экспертное и лечебно-профилактическое. В задачи детско-подросткового дневного психиатрического стационара входит: 1) психиатрическое обследование, диагностика и лечение; 2) психотерапевтическая коррекция; 3) социальные лечебно-педагогические мероприятия; 4) социореабилитационная работа. Патопсихологическое исследование в условиях дневного стационара является сложной задачей, так как большую часть пациентов составляют дети с выраженными эмоционально-волевыми, поведенческими нарушениями, которые осложняют его проведение. В данном случае целесообразно использовать специальным образом организованную игру, с дальнейшей психологической оценкой. Такая игра и непосредственное наблюдение за поведением ребенка может дать информацию о его психическом развитии, конкретизировать нарушения эмоциональной и волевой сферы. Для решения психодиагностических задач так же может

использовать анализ сочинения родителей на тему "Мой ребенок". Это позволяет конкретизировать и описать свои проблемы во взаимодействии с ребенком словами, установить причинно-следственные связи между предшествующими событиями и нежелательными действиями ребенка. Наблюдение за ребенком и описание имеющихся проблем родителями, позволяет перейти к следующему этапу психологического сопровождения - постановке психокоррекционных задач.

Подводя итоги проведенного анализа деятельности психологической службы можно сделать несколько выводов: отмечается недостаточная разработка нормативных документов регламентирующих деятельность медицинского психолога при оказании психиатрической помощи детям и подросткам амбулаторной службы, оказывающей психиатрическую помощь, психологическое сопровождение реализуется в виде профилактического, психокоррекционного, консультативного направлений с преобладанием последнего, что должно учитываться при планировании работы отделения.

Подписано в печать 14.10.2020. Бумага офсетная. Гарнитура Times New Roman  
Формат 60 x 84 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Авт. л. 12,4 Тираж 100. Заказ № 84/2020.

Отпечатано в редакционно-издательском центре ЧГМА  
672000, Чита, ул. Горького, 39-а.