



**Всероссийская
научно-практическая конференция**

II Кандишские чтения

МАТЕРИАЛЫ

г. Чита

10-11 июня 2021 года

ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского Минздрава России
НИИ психического здоровья ФГБНУ Томский НИМЦ РАН
ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России
Министерство здравоохранения Забайкальского края
ГКУЗ Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского
ГАУЗ Забайкальский краевой наркологический диспансер
Российское общество психиатров
РОО Забайкальская ассоциация психиатров
ЗРОО Ассоциация наркологов Забайкалья

II Кандинские чтения

**МАТЕРИАЛЫ
ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ**

**г. Чита
10-11 июня 2021 года**



УДК 616.89
ББК 56.1
А 43

НАУЧНОЕ ИЗДАНИЕ

Актуальные проблемы психиатрии и наркологии в современных условиях: материалы всероссийской научно-практической конференции «II Кандинские чтения» (Чита, 10-11 июня 2021 года). – Чита: РИЦ ЧГМА, 2021. – 139 с.

Материалы всероссийской научно-практической конференции «II Кандинские чтения» представляют собой сборник научных работ участников конференции.

Цель конференции определена как обмен 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 помощи в РФ: обсуждение «новых» тенденций и перспектив их внедрения;
- 2) актуальные проблемы эпидемиологии и диагностики психических расстройств;
- 3) современный взгляд на вопросы терапии, прогноза и профилактики психических заболеваний;
- 4) современные аспекты психофармакотерапии;
- 5) биологические основы психических и наркологических расстройств;
- 6) актуальные вопросы наркологии, психотерапии и клинической психологии.

В настоящем сборнике представлено 68 научных публикаций специалистов разных регионов России и стран СНГ.

Для психиатров, наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов.

Члены редакционной коллегии:

А.В. Сахаров (научный редактор)
О.П. Ступина, О.П. Дубинин

Ответственные за выпуск:

А.В. Сахаров, С.Е. Голыгина

СОДЕРЖАНИЕ

Аксёнова Н.А., Бочкарёва Т.К. (Чита, Россия) Деятельность химико-токсикологической лаборатории ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер» за 2018-2020 годы.....	9
Алигаева Н.Н. (Калуга, Россия) Внутренняя картина болезни лиц с инвалидностью, отбывающих наказание в местах лишения свободы.....	11
Аптикеева Р.Ф., Клименко Т.В. (Москва, Россия) Антиоксидантный статус в процессе адаптации к периодической гипоксии убольныхалкоголизмом.....	12
Баева А.С., Захарова Н.М., Щелконогова В.О. (Москва, Россия) Организация работы психолого-психиатрической службы при оказании специализированной помощи пострадавшим в чрезвычайной ситуации.....	15
Бодагова Е.А. (Чита, Россия) Психическое и соматическое здоровье детей, оставшихся без попечения родителей.....	16
Болдовская А.В., Гамолина В.Г. (Чита, Россия) Анализ основных показателей деятельности кабинета активного диспансерного наблюдения и амбулаторного принудительного лечения за 2014-2020 годы.....	18
Бунина М.В. (Чита, Россия) Анализ показателей болезненности и заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами у детей Забайкальского края.....	20
Бурт А.А., Уваров И.А. (Москва, Ижевск, Россия) Психическое здоровье несовершеннолетних осужденных (обзор современных зарубежных исследований).....	23
Бутина М.А., Шингареева Ю.В., Викулова Е.А. (Чита, Россия) Мониторинг мероприятий по снижению смертности среди пациентов с наркологическими расстройствами в Забайкальском крае.....	25
Быченко И.В. (Минск, Беларусь) Индивидуально-характерологические особенности пациентов с соматоформными расстройствами.....	26
Бянкин Н.Д. (Чита, Россия) Анализ результатов химико-токсикологических исследований, проведенных лабораторией Забайкальского краевого наркологического диспансера для отделения острых отравлений.....	28
Варнакова Ю.В., Казарбина М.А. (Чита, Россия) Особенности копинг-стратегий пациентов с химическими аддикциями, проходящих стационарную медицинскую реабилитацию.....	29
Венгржиновская О.И., Фадеева М.И. (Москва, Россия) Когнитивно-поведенческая терапия бессонницы.....	30
Воронько Е.А., Колесников Д.А., Чистякова Ю.С., Кондуфор О.В. (Луганск, ЛНР) Аффективные нарушения и уровень социального функционирования пациентов с алкогольной энцефалопатией.....	32
Высокова В.О., Тювина Н.А. (Москва, Россия) Клинические особенности психических нарушений в период эпидемии новой коронавирусной инфекции.....	33
Гольгина С.Е., Сахаров А.В., Бродягина И.В. (Чита, Россия) Оценка частоты встречаемости невротических расстройств у студентов, находящихся на дистанционном обучении.....	35

Гребень Н.Ф. (<i>Минск, Беларусь</i>) Субъективный образ «Я» и его особенности у лиц с алкогольной зависимостью.....	36
Дубинин О.П. (<i>Чита, Россия</i>) Основные показатели деятельности наркологической службы в Забайкальском крае в 2020 году.....	38
Евтушенко Е.И., Титиевский С.В., Токарева А.С., Панченко Д.Р., Цива О.В., Лепшина Е.А. (<i>Донецк, ДНР</i>) Особенности возникновения, течения и лечения аффективной патологии у населения военного региона.....	40
Ермилов О.В., Ромасенко Л.В., Третьяков А.Ю. (<i>Белгород, Москва, Россия</i>) Особенности значений гликированного гемоглобина при шизофрении.....	42
Ерощенко М.Л., Аркус М.Л., Сеньшинов И.В., Еганов А.А., Клименко Т.В. (<i>Москва, Россия</i>) Эффективность нового отечественного медицинского изделия – хроматограф жидкостный портативный «Близар СДТ» по определению уровня углевод-дефицитарного трансферрина (СДТ).....	43
Захарова Н.М., Баева А.С., Щелконогова В.О. (<i>Москва, Россия</i>) Характеристика психических и поведенческих нарушений у детей, длительно находившихся в зоне локального военного конфликта.....	45
Захарьян Е.А., Ибрагимова Р.Э. (<i>Симферополь, Россия</i>) Копинг-стратегии у пациентов кардиологического профиля.....	47
Зинчук М.С., Кустов Г.В., Войнова Н.И., Попова С.Б., Позэ И.Б., Шавлохова Ф.С., Акжигитов Р.Г., Аведисова А.С. (<i>Москва, Россия</i>) Механизмы психологической защиты у пациенток снесуицидальным самоповреждающим поведением.....	49
Ким Д.П., Ашуров З.Ш., Зухриддинов А.А. (<i>Ташкент, Узбекистан</i>) Особенности нарушения сексуального поведения после COVID-19 у больных с алкогольной зависимостью.....	52
Клинова М.А., Сахаров А.В. (<i>Чита, Россия</i>) Подходы к профилактике противоправного поведения среди несовершеннолетних Забайкальского края.....	54
Колесников Д.А., Воронько Е.А., Чистякова Ю.С., Кондуфор О.В. (<i>Луганск, ЛНР</i>) Сравнительная характеристика нарушений моторных навыков у больных параноидной шизофренией и различно выраженным дефектом.....	57
Колчина М.А., Горчакова Е.А. (<i>Чита, Россия</i>) Анализ работы отделения медико-психосоциальной помощи в амбулаторных условиях в период пандемии COVID-19.....	58
Коцюбинская Ю.В. (<i>Санкт-Петербург, Россия</i>) Основные психопатологические проявления синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.....	59
Коцюбинский А.П., Гусева О.В. (<i>Санкт-Петербург, Россия</i>) Особенности психологических реакций в период пандемии COVID-19 у лиц саутохтонными непсихотическими расстройствами.....	61
Крылова Е.С., Кулешов А.А. (<i>Москва, Россия</i>) Клинико-психопатологические особенности поведенческих (нехимических) аддикций при расстройстве личности в юношеском возрасте.....	63
Лобанова А.А. (<i>Чита, Россия</i>) Опыт работы Забайкальского краевого наркологического диспансера по оказанию помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией.....	66

Ломакина Г.В., Косенко В.Г., Косенко Н.А., Шулькин Л.М., Агеев М.И. (Краснодар, Россия)	
Включение в программы повышения квалификации психиатров вопросов лечения и профилактики психических расстройств в период пандемии.....	68
Максимов А.А., Михеев А.С., Цыбикова Т.В., Убонеева Л.М., Цыренова В.И., Гроссман А.А. (Улан-Удэ, Россия)	
Анализ распространенности наркотических средств и психоактивных веществ на территории Республики Бурятия.....	70
Мелёхин А.И. (Москва, Россия)	
Психологические особенности женщин с хроническим рецидивирующим циститом.....	71
Мындускин И.В., Сахаров А.В. (Чита, Россия)	
Динамика изменений некоторых показателей нейропластичности у пациентов с первым эпизодом шизофрении в процессе терапии антипсихотиками.....	74
Нечаева Л.Л. (Чита, Россия)	
Сравнительный анализ проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных и профессиональных образовательных организациях Забайкальского края за 2020-2021 гг.....	76
Нечаева Т.О. (Чита, Россия)	
Работа отделения медицинской Забайкальского краевого наркологического диспансера в период пандемии коронавирусной инфекции.....	78
Новикова А.С., Горячкина О.В. (Чита, Россия)	
Опыт работы экспресс-тестирования Забайкальского краевого наркологического диспансера при обследовании иностранных граждан.....	80
Носачев Г.Н., Дубицкая Е.А., Носачев И.Г. (Самара, Россия)	
Скрытая антипсихиатрия или может ли врач общей практики диагностировать и лечить психические расстройства	81
Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А. (Самара, Россия)	
Нужна ли духовная составляющая в биопсихосоциальной модели в психиатрии.....	84
Носачев И.Г., Носачев Г.Н., Киселева Ж.В. (Самара, Россия)	
Этиология в наркологии: критика к болезни и/или зависимое поведение при пьянстве и алкоголизме.....	87
Нурходжаев С.Н., Абдуллаева В.К. (Ташкент, Узбекистан)	
Исследование предменструального синдрома у женщин с личностными расстройствами и терапевтически резистентными депрессиями.....	89
Озорнин А.С., Говорин Н.В., Сахаров А.В. (Чита, Москва, Россия)	
Содержание адипонектина и лептина в крови при манифестации параноидной шизофрении и антипсихотической терапии.....	92
Озорнин А.С., Озорнина Н.В., Ступина О.П. (Чита, Россия)	
Первый клинический случай реактивного психоза в Забайкальском крае в начале пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19.....	93
Озорнин А.С., Говорин Н.В. (Чита, Москва, Россия)	
Исследование полиморфизма гена дофамин-бета-гидроксилазы rs1611115 у больных спервым эпизодом параноидной шизофрении.....	95
Павлов А.А. (Чита, Россия)	
Опыт работы кабинета функциональной диагностики Забайкальского краевого наркологического диспансера.....	97
Пасько Л.Б. (Чита, Россия)	
Анализ заболеваемости и болезненности подросткового населения Забайкальского края за период 2018-2020 гг.....	98

Петрова И.В. (<i>Чита, Россия</i>) Медицинская реабилитация пациентов наркологического профиля в амбулаторных условиях.....	99
Пономарева Е.В. (<i>Москва, Россия</i>) Клинико-катамнестическое исследование пациентов с синдромом мягкого когнитивного снижения амнестического типа.....	100
Раменская Н.М., Калинина Е.Н. (<i>Чита, Россия</i>) Некоторые вопросы правового регулирования медицинских осмотров и медицинских освидетельствований специализированными наркологическими и психиатрическими учреждениями.....	102
Рыжих Л.А. (<i>Чита, Россия</i>) Работа отделения интенсивного оказания помощи в сообществе в 2020 году в условиях новой коронавирусной инфекции.....	104
Сарайкин Д.М. (<i>Санкт-Петербург, Россия</i>) Автобиографические конструкты больных с расстройствами личности.....	106
Сахаров А.В., Голыгина С.Е., Анандаева Е.Н, Федорчук Е.А. (<i>Чита, Россия</i>) Некоторые психологические характеристики медицинского персонала психиатрического и наркологического стационаров, оказывающих помощь пациентам с новой коронавирусной инфекцией.....	107
Сахаров А.В., Ступина О.П., Пасютина М.С. (<i>Чита, Россия</i>) Суицидальное поведение жителей Забайкальского края в 2019 и 2020 гг. в сравнительном аспекте.....	108
Ситчихин П.В., Пучева Н.А., Березенцева И.М. (<i>Краснодар, Россия</i>) Фармакотерапия повторно госпитализированных больных шизофренией в зависимости от коморбидности с сердечно-сосудистой патологией.....	109
Соснина В.Г., Сарайкин Д.М. (<i>Санкт-Петербург, Россия</i>) Особенности кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения больных эпилепсией.....	111
Степанов И.Л., Крюков В.В., Воронович П.С., Головина Е.П. (<i>Москва, Россия</i>) Особенности эмоционального состояния больных психиатрического стационара в период пандемии новой коронавирусной инфекции.....	113
Ступина О.П., Честикова З.И. (<i>Чита, Россия</i>) Показатели психического здоровья населения Забайкальского края в период пандемии.....	116
Султанова А.Н., Станкевич А.С., Рязанова А.С., Иониди Д.К., Яковлева Ю.Е. (<i>Новосибирск, Россия</i>) Алекситимия как фактор развития аддиктивного поведения.....	118
Тихонова Н.В. (<i>Чита, Россия</i>) Описание клинического случая аутоиммунного энцефалита в практике врачей Забайкальского края.....	120
Тихоньких И.Н. (<i>Чита, Россия</i>) Пример клинического случая пациентки с неврозоподобной симптоматикой в плане дифференциальной диагностики детской шизофрении.....	122
Уваров И.А., Бурт А.А. (<i>Ижевск, Москва, Россия</i>) Распространенность психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, в исправительных колониях ФСИН России.....	125
Уваров И.А., Зылева О.Н., Бурт А.А. (<i>Ижевск, Россия</i>) Особенности патоморфоза острых алкогольных психозов на современном этапе.....	127

Шарипова Ф.К., Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К., Сулейманов Ш.Р. (Ташкент, Узбекистан)	
Исследование особенностей суицидальных тенденций у подростков с нарушениями пищевого поведения.....	129
Шевченко Р.С. (Чита, Россия)	
Применение Арт-терапии в амбулаторной реабилитации пациентов с наркологическими расстройствами.....	131
Шин З.В., Ашуров З.Ш., Ким Д.П. (Ташкент, Узбекистан)	
Нейрокогнитивный дефицит и нарушения социально-когнитивных функций при параноидной шизофрении.....	132
Шингареева Ю.В., Бутина М.А., Дмитриева В.А. (Чита, Россия)	
Организация профилактики наркологических расстройств с использованием дистанционных форм работы в период пандемии коронавирусной инфекции в 2020 году.....	134
Шурова Е.А., Козлов А.А., Клименко Т.В. (Москва, Россия)	
Клинико-социальная характеристика лиц с наркологическими расстройствами, вовлеченных в проституцию.....	136

Аксёнова Н.А., Бочкарёва Т.К.
**ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ
ГАУЗ «ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ КРАЕВОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»
ЗА 2018-2020 ГОДЫ**
Забайкальский краевой наркологический диспансер Чита, Россия

Химико-токсикологическая лаборатория является структурным подразделением ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер» и существует со дня основания диспансера в 1980 году. Химико-токсикологическое исследование биологических объектов проводится с целью выявления наркотических средств, психотропных, новых потенциально опасных психоактивных, одурманивающих или иных вызывающих опьянение веществ и является неотъемлемой частью медицинского освидетельствования на состояние опьянения.

Химико-токсикологические исследования проводятся в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18 декабря 2015 г. № 933н «О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)» и с Приказом Минздравсоцразвития РФ от 27 января 2006 года № 40 «Об организации проведения химико-токсикологических исследований при аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ».

Все химико-токсикологические исследования проводятся в два этапа на современном аналитическом оборудовании. Для каждого этапа существуют анализаторы, основанные на отличных друг от друга физико-химических принципах работы, что исключает перекрестное «ложное» определение наркотических веществ.

Химико-токсикологические исследования, проведенные в 2020 году, составили 30 % от всех видов исследований и по трудоемкости занимают первое место. За последние 3 года произошли изменения, как в количестве, так и в структуре проводимых исследований. Общее количество исследований уменьшилось на 13,2 % по сравнению с 2019 годом в связи с уменьшением количества обследуемых по всем структурным подразделениям диспансера. Количество исследований на алкоголь и суррогаты уменьшилось на 38 %, что связано с уменьшением количества биологических объектов, доставляемых из краевых медицинских организаций. Доля исследований на наркотические средства также уменьшилась.

Самую большую группу обследованных составляют пациенты отделения медицинских осмотров. Предварительные исследования в этом случае проводятся не в лаборатории, а в процедурном кабинете медсестрой отделения медосмотров на иммунохимическом анализаторе, обеспечивающем регистрацию и количественную оценку результатов исследования путем сравнения с калибровочной кривой. В случае положительного предварительного результата проба направляется в лабораторию для подтверждения. Всего в процедурном кабинете обследовано 22036 человек, что на 817 человек меньше, чем в 2019 году (22906).

Обследование остальных групп пациентов проводится в лаборатории. Самая многочисленная группа – пациенты, обследуемые в рамках диспансерного наблюдения. В 2020 году было обследовано 7443 человека, что на 3286 человек меньше, чем в 2019 году (10729), в 2018 году – 10592 человека. По направлениям органов внутренних дел в 2020 году было обследовано на 837 человек больше, чем в 2019 году (2208 против 1371), и меньше, чем в 2018 (2947). По направлениям из стационарных отделений диспансера в 2020 году обследовано 216 человек, в 2019 году – 373 (на 157 меньше), в 2018 году – 376 человек. Уменьшение количества доставленных проб связано с тем, что в 2020 году часть коек диспансера была перепрофилирована для оказания помощи больным COVID-19.

В химико-токсикологическую лабораторию ГАУЗ ЗКНД доставляются пробы из иных медицинских организаций Забайкальского края. В 2020 году по таким направлениям было обследовано 1245 человек.

Следует отметить, что ситуация с доставкой проб из краевых медицинских организаций изменялась по годам. В 2014 году было доставлено сравнительно большое количество проб (1040), но в 2015 году в связи с оптимизацией работы медицинских организаций количество доставляемых проб снизилось на 31 % (716). В 2016 году ситуация заметно улучшилась (доставлено 1027 проб, больше на 43 %), что было связано с принятием Федерального Закона от 13 июля 2015 года № 230 об обязательном медицинском осмотре некоторых категорий граждан и приказа от 18 декабря 2015 г. № 933н. В 2017 году общее количество доставляемых образцов значительно увеличилось и составило 1761, что на 71,6 % больше по сравнению с 2016 годом. В 2018 году темпы роста замедлились, отмечено увеличение на 10,6 % (1949 проб). В 2019 году наблюдалось снижение количества доставляемых проб на 10 % (1753). В 2020 году произошло снижение на 29 % по сравнению с 2019 годом.

Значительное снижение количества доставляемых проб было связано с неблагоприятной эпидемиологической ситуацией и с тем, что некоторые медицинские организации края были перепрофилированы в моностанции для оказания помощи больным COVID-19. Необходимо отметить, что если бы все медицинские организации края, проводящие предварительные ХТИ, строго соблюдали исполнение приказа № 933н и в случае положительного предварительного результата отправляли свои пробы для подтверждения в ГАУЗ ЗКНД, количество доставляемых проб было бы выше.

В номенклатуре всех обнаруженных наркотических средств и психотропных веществ на первом месте традиционно расположены наркотики каннабисной группы (64,8 % в 2018 году, 46,9 % в 2019 году, 48 % в 2020 году). С 2019 года наблюдается снижение показателей в этой группе до уровня, не превышающего 50 %. Снижение связано с уменьшением количества потребителей этого наркотика и ростом потребления новых синтетических наркотиков и опиатов.

На втором месте по частоте обнаружения расположены новые синтетические наркотики. В 2018 году они составляли 16,4 %, в 2019 году – 16,7 %, а в 2020 году уже 26,5 %. В целом в этой группе произошел рост на 59 %.

В группе опиатов и опиоидов в 2019 году наблюдался значительный рост (с 6 % в 2018 году до 15 % в 2019): отмечено увеличение потребления почти в 2 раза. В 2020 году показатель снизился до 10 %. Больше всего эта группа представлена героином, кодеином, морфином и декстрометорфаном (синтетический кодеин). Необходимо отметить, что очень часто при исследовании на наркотики этой группы мы обнаруживаем несколько алкалоидов опия в одной пробе: морфин, кодеин, орипавин, тебаин, лаудоназин. Вероятнее всего, такое сочетание вызвано употреблением ацетилованного опия, изготавливаемого в кустарных условиях из маковой соломки и семян.

В группу психотропных веществ вошли лекарственные вещества, в 2019 году в ней наблюдался рост до 16,6 %, а затем снижение до 7,8 % в 2020 году. Эта группа представлена в основном карбамазепином, анальгином, парацетамолом, димедролом, аминазином, прегабином, баклофеном и прочими препаратами.

В группе барбитуратов отмечен рост с 2,4 % в 2018 году до 6,8 % в 2020 году. По большей части фенobarбитал был обнаружен в группе обследуемых в отделении медосмотров (получение разрешения на владение оружием, допуск к работе с наркотиками, получение вида на жительство и др.). В основном фенobarбитал детектируется в терапевтической дозе, обнаружение его связано с употреблением лекарственных препаратов, содержащих его в своем составе (андипал, корвалол, валосердин и пр.). Фенobarбитал включен в список наркотических веществ, подлежащих контролю за оборотом, однако фенobarбитал-содержащие препараты свободно отпускаются в аптечной сети, что приводит к значительным сложностям при решении вопросов о пригодности к выполнению служебных обязанностей, о разрешении на владение оружием и др.

Количество подтвержденных случаев в группе фенилалкиламинов самое малое. В 2018 году они не были обнаружены, в 2019 году зафиксировано 5 случаев употребления (4 МДМА (экстази) и 1 мефедрон), в 2020 году уже 9 случаев, в основном это мефедрон, который мы часто наблюдаем в сочетании с альфа-пирролидинопентиофеноном, а так же МДМА.

Таким образом, подводя итоги деятельности химико-токсикологической лаборатории, необходимо отметить несколько моментов: отмечено снижение показателей работы в 2020 году, снижение количества проб, доставляемых из иных медицинских организаций, что было связано с неблагоприятной эпидемиологической ситуацией; отмечено снижение потребления наркотиков каннабисной группы и одновременный рост потребления новых синтетических наркотиков за счет альфа-пирролидинопентиофенона, мефедрона и экстази; отмечен рост употребления фенобарбитала у обследуемых в отделении медицинских осмотров, что влечет за собой немалые юридические сложности при получении заключения.

Алигаева Н.Н.

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ, ОТБЫВАЮЩИХ НАКАЗАНИЕ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского, Калуга, Россия

Инвалидность остается одной из тяжелых медико-социальных проблем на протяжении многих лет. В Федеральном законе от 24 ноября 1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» дается развернутое определение инвалидности. Инвалид – это лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограниченной жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Соматические заболевания и физические нарушения приводят к серьезным трудностям в процессе интеграции данного человека в социуме. Часто причиной является недостаточная приспособленность окружающей среды для комфортного проживания и функционирования людей с разными степенями инвалидности. Сложности в адаптации, непринятие обществом, сниженное психоэмоциональное состояние приводит к развитию различных форм деструктивного поведения, следствием которого является правонарушение и отбывание наказания в местах лишения свободы.

В настоящее время в исправительных учреждениях большинства регионов реализуется государственная программа «Доступная среда», в рамках которой устанавливаются пандусы для инвалидов колясок, рукомойники и санузлы снабжаются специальными перилами, библиотеки приобретают художественную и специальную литературы, записанные шрифтом Брайля. Однако отношение к осужденным-инвалидам в тюремной субкультуре не является столь значимым: другие осужденные относятся к ним либо нейтрально, либо достаточно негативно, присваивая определенные социальные ярлыки, что приводит к трудностям в адаптации к местам лишения свободы, частым нарушениям правил внутреннего распорядка, ухудшению психоэмоционального состояния.

Приказом Минюста России от 22.09.2015 г. № 222 на администрации исправительных учреждений возложена обязанность по обеспечению условий для проведения реабилитационных мероприятий, пользования техническими средствами реабилитации в соответствии с назначением и порядком использования указанных технических средств, а также условиями их хранения, предусмотренными индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида. Значимую роль играет проведение психологических мероприятий сотрудниками психологических лабораторий согласно индивидуальной программе, что позволяет оптимизировать эмоциональное состояние и снизить случаи нарушения режима содержания в исправительном учреждении.

Важным составляющим процесса реабилитации является изучение внутренней картины болезни осужденного-инвалида. Данный термин был введен в науку Р.А. Лурия в 1935 г. Под внутренней картиной болезни понимается совокупность представлений человека о своем заболевании, результат активности, которую прорабатывает человек в осознании своей болезни.

Во внутренней картине болезни принято выделять четыре компонента или уровня: чувственный (сенсорный), эмоциональный (аффективный), интеллектуальный (когнитивный) и поведенческий (мотивационный). Чувственный уровень объединяет в себе все ощущения,

вызванные болезнью. Это могут быть такие проявления, как дискомфорт, боль, жар, озноб, зуд, парестезии, сенестопатии и т.д. Эмоциональный уровень составляют все эмоциональные переживания больного, связанные с его болезнью: тревога, страх, раздражение, гнев, тоска, эйфория и т.д. Интеллектуальный уровень формируется знаниями и представлениями больного о его болезни, в частности, о ее причинах, внутренних механизмах, прогнозе, методах лечения и т.д. Наконец, поведенческий уровень отражает то, как болезнь включена в иерархию потребностей человека и насколько его поведение способствует борьбе с ней. Данный уровень является результатом взаимодействия всех остальных уровней.

Значение внутренней картины болезни заключается в том, что она определяет отношение больного к своей болезни и к лечению, что, в конечном счете, отражается на результатах последнего, поскольку процесс лечения и терапии – это всегда взаимодействие врача/психолога и пациента, и результат его зависит от вклада обеих сторон. Поэтому пениitenciарному психологу в своей деятельности с осужденными-инвалидами всегда важно учитывать их внутреннюю картину болезни и, при необходимости, корректировать ее.

Нами было проведено исследование, целью которого стало выявление особенностей внутренней картины болезни осужденных-инвалидов, отбывающих наказание в исправительной колонии строгого режима.

В исследовании приняли участие 33 осужденных с инвалидностью в возрасте 22-65 лет (средний возраст – 43 года). Для диагностики внутренней картины болезни использовалась методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ), разработанная коллективом авторов (Васерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1987).

Была выявлена следующая последовательность доминирующих типов отношений к болезни: гармоничный, эргопатический, анозогнозический, тревожный, ипохондрический, эгоцентрический, сенситивный, апатический, паранойяльный, дисфорический, меланхолический, неврастенический. Можно отметить, что в наибольшей степени для осужденных-инвалидов свойственны первые 3 типа, характеризующиеся оценкой своего состояния без преувеличения его тяжести или уходом от болезни в работу, или активным отбрасыванием мыслей о болезни.

Также с данной выборкой была проведена разработанная нами психокоррекционная программа, направленная на оптимизацию эмоционального состояния.

В группе, принимавшей участие в коррекционной программе, выявлено статистически значимое различие ($p < 0,05$) по шкале «гармоничный тип», в контрольной группе значимые изменения не были выявлены. Однако у последних отмечаются высокие показатели по таким типам отношений к болезни, как анозогнозический, ипохондрический, меланхолический, эгоцентрический. У осужденных-инвалидов, являющихся участниками программы, отмечаются изменения тревожного, меланхолического и апатического типов отношений, но до статистически значимых различий они не достигли.

Таким образом, можно отметить, что изучение внутренней картины болезни при разработке и апробировании различных психокоррекционных программ, направленных на работу с лицами, имеющими инвалидность, позволяет четко осознать основные мишени психологического воздействия, устанавливать доверительный контакт с человеком и улучшать процессы социализации.

Аптикеева Р.Ф., Клименко Т.В.

**АНТИОКСИДАНТНЫЙ СТАТУС В ПРОЦЕССЕ АДАПТАЦИИ
К ПЕРИОДИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ**
*Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского, Москва, Россия*

Актуальность исследования. Хроническая интоксикация алкоголем сопровождается развитием «окислительного стресса», что с одной стороны, проявляется усилением образо-

вания активных форм кислорода в организме человека, а с другой стороны, изменениями в активности антиокислительных ферментов. Высказывается мнение, что подобные сдвиги лежат в основе формирования синдрома патологического влечения к алкоголю. В эксперименте на крысах было показано, что в процессе адаптации алкоголизированных крыс к периодической нормобарической гипоксии у них наблюдается снижение интенсивности окислительного стресса и повышение мощности антиокислительных ферментов при уменьшении выраженности синдрома отмены алкоголя и уменьшении потребления этанола. В исследованиях на живых лицах установлено, что в процессе адаптации к периодической нормобарической гипоксии у них также повышается сопротивляемость организма к различным токсическим веществам растительного и минерального происхождения, повышается мощность антиокислительных систем. По результатам этих исследований метод адаптации к прерывистой нормобарической гипоксии (далее – АПНГ) путем вдыхания газовых смесей с пониженным содержанием кислорода (так называемый «горный воздух») с 1985 года разрешен Минздравом СССР как метод лечения для повышения неспецифической резистентности организма.

На основании этих данных была высказана гипотеза о терапевтической эффективности метода АПНГ при лечении лиц с алкогольной зависимостью, и было проведено исследование антиоксидантного статуса по результатам терапии больных алкогольной зависимостью методом АПНГ.

Материалы и методы исследования. Определение активности антиоксидантных ферментов проводилось на материале 233 больных, которые находились на стационарном лечении в ГАУЗ «Оренбургский областной клинический наркологический диспансер» с диагнозом «Алкогольная зависимость, 2 стадия. Синдром отмены алкоголя». В стационарных условиях всем пациентам проведена терапия синдрома отмены алкоголя. После выписки из стационара все больные находились под диспансерным наблюдением у врача психиатра-нарколога. Со 111 пациентами проводилось мотивационно-профилактическое консультирование (группа сопоставления), а 122 пациентам дополнительно проводилось лечение методом АПНГ (N=122; экспериментальная группа). Для сопоставления полученных данных с нормативными показателями была сформирована контрольная группа, в которую вошли здоровые лица без признаков алкогольной зависимости (N=100).

Адаптация больных алкоголизмом к периодической гипоксии осуществлялась в нормобарическом режиме на установке «Горный воздух» по методике, используемой в терапии больных с соматическими заболеваниями.

Активность ферментов антиоксидантной системы оценивалась по изменению активности ферментов супероксиддисмутазы и каталазы в венозной крови. Активность антиоксидантных ферментов определялась в эритроцитарной массе, полученной трехкратным отмыванием крови охлажденным до 5°C физиологическим раствором. Отделение эритроцитарной массы из отмытой физиологическим раствором крови осуществлялось центрифугированием при 3000 об/мин в течение 10 минут. Из полученной эритроцитарной массы на дистиллированной воде готовился раствор гемолизата (1:100). Для полного гемолиза материал замораживался.

Активность супероксиддисмутазы определялась по скорости аутоокисления адреналина в адренохром в щелочной среде. О скорости окисления адреналина судили по кинетике изменения оптической плотности при 347 нм. За единицу активности принималось такое количество фермента, которое вызывало 50 % ингибирование реакции окисления адреналина в адренохром при данных условиях.

Для определения активности каталазы исходный гемолизат разводился 0,067 М Na, К-фосфатным буфером (1:100). Определение активности каталазы проводилось кинетическим спектрофотометрическим методом прямой регистрации разложения субстрата фермента – перекиси водорода. За единицу активности каталазы принималось такое количество фермента, которое вызывало падение оптической плотности с 0,45 до 0,4 за 17 секунд. Состав рабочего буфера: 0,067 М фосфатный буфер pH 7,2, 0,01 М перекись водорода. Активность

каталазы выражалась в единицах активности на 1 мг гемоглобина. Все измерения были выполнены на спектрофотометре «Genesys 5» (США), позволяющем снимать оптическую плотность в кинетическом режиме, а также регистрировать спектр в диапазоне 200-110 нм.

Исследование описанных параметров проводилось на трех последовательных этапах: 1) при поступлении на стационарное лечение до начала стандартной терапии синдрома отмены алкоголя (все больные экспериментальной группы, группы сопоставления и контрольной группы; N=233); 2) после завершения лечения синдрома отмены алкоголя (больные экспериментальной группы и группы сопоставления; N=233); 3) после завершения АПНГ (больные экспериментальной группы; N=122).

Результаты исследования. По данным трехгодичного клинико-катамнестического исследования, результаты проведенной терапии, оцененные по продолжительности воздержания от употребления алкоголя, были достоверно выше у пациентов экспериментальной группы и достоверно хуже у лиц контрольной группы: до 3-х месяцев по группам (экспериментальная, сопоставления и контрольная) соответственно): 48,6 %; 36,7 %; от 4 до 6 месяцев: 3,3 %; 15,3 %; 33,3 %; от 7 до 9 месяцев: 12,3 %; 17,1 %; 26,7 %; от 10 до 12 месяцев: 23,1 %; 16,3 %; 3,3 %; от 13 до 24 месяцев: 32,7 %; 2,7 %; 0; 25-36 месяцев: 28,6 %; 0; 0.

В отличие ли пациентов группы сопоставления и контрольной группы после курса АПНГ активность антиокислительных ферментов супероксиддисмутаза и каталазы увеличилась в 1,6 и 1,42 раза.

Обсуждение результатов. Включение АПНГ в комплексную терапию алкогольной зависимости увеличивало оцененную по продолжительности периода воздержания от употребления алкоголя эффективность диспансерного наблюдения и лечения. Это может быть связано с тем, что по результатам лечения методом АПНГ у пациентов экспериментальной группы активность антиокислительных ферментов супероксиддисмутаза и каталазы увеличилась в 1,6 и 1,42 раза, а предыдущими исследованиями была показана роль антиокислительных систем в формировании синдрома физической алкогольной зависимости. Поскольку обнаруженное на материале эритроцитов и плазмы крови повышение мощности антиокислительных систем под влиянием адаптации к гипоксии происходит во всех органах и тканях, можно предположить, что восстановление антиоксидантных систем в печени повышает эффективность контроля над процессами окисления этанола путем образования активных форм кислорода.

Наряду с этим, в эксперименте на животных было показано, что в процессе адаптации к периодической гипоксии формируется комплекс сдвигов в нейроэндокринной регуляции (активация синтеза белка и нуклеиновых кислот в головном мозге, накоплением серотонина при некотором снижении норадреналина, усиление синтеза опиоидных пептидов и повышение их содержания в надпочечниках; снижение в крови содержания серотонина и гистамина), который имеет значение в механизмах повышения устойчивости к гипоксии, а также происходит значительное увеличение мощности стресс-лимитирующих систем. На фоне прекращения приема этанола происходит активация симпатoadреналовой системы и уменьшение мощности стресс-лимитирующих систем, значение которых доказано в формировании специфической доминанты в поведении больных алкогольной зависимостью в виде непреодолимого желания употребления алкоголя. Включение в комплекс лечебных мероприятий АПНГ, которая ограничивает активацию симпатoadреналовой системы, может улучшать самочувствие пациента в ситуации воздержания к спиртным напиткам.

Баева А.С., Захарова Н.М., Щелконогова В.О.
**ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ
ПРИ ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ
В ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ**
*Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского, Москва, Россия*

Жизнь в современном мире сопровождается огромным количеством всевозможных стрессов. Боевые действия, экономические кризисы, природные и техногенные катастрофы, различные виды насилия, связанные с непосредственной угрозой жизни и благополучию – вот неполный перечень чрезвычайных ситуаций, оказывающих непосредственное неблагоприятное воздействие на человеческую психику. Организация специализированной психолого-психологической помощи, направленной на профилактику острых психогенно обусловленных психических нарушений является определяющим фактором в вопросах ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций. Для максимальной эффективности проводимых мероприятий целесообразно придерживаться определенного порядка привлечения специалистов и оказания помощи пострадавшему населению.

1. Оказание психиатрической помощи при ЧС осуществляется под контролем Министерства здравоохранения РФ и руководителей учреждений здравоохранения, оказывающих психиатрическую помощь.
2. Решение о необходимости привлечения специалистов учреждения, оказывающего психиатрическую помощь, к мероприятиям по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС принимается Министерством здравоохранения Российской Федерации.
3. Состав специалистов и руководитель-координатор психолого-психиатрической службы, привлекаемые к участию в оказании психолого-психиатрической помощи, утверждается Приказом руководителя учреждения здравоохранения, оказывающего психиатрическую помощь.
4. Руководитель-координатор психолого-психиатрической службы получает информацию от главного специалиста-психиатра субъекта РФ, на территории которого произошла ЧС, об имеющихся силах и средствах (количество подготовленных к работе в ЧС психиатров, психотерапевтов, психологов), а также предпринятых мерах по ликвидации ЧС.
5. Количественный состав психолого-психиатрической службы определяется масштабом распространения и тяжестью последствий ЧС, а также уровнем оснащенности и укомплектованности психиатрической службы пострадавшего региона.
6. По прибытии в зону ЧС специалисты психолого-психологической службы принимают участие в организации следующих модулей психолого-психиатрической помощи: кабинета психолого-психиатрической помощи, отделения анонимной психолого-психологической помощи по телефону «Горячая линия», консультативной выездной бригады медико-психологической помощи, отделения психологической и психиатрической помощи (стационарная помощь).
7. Деятельность психолого-психиатрической службы осуществляется при взаимодействии с органами здравоохранения субъекта РФ, на территории которого произошла ЧС, и регулируется представителем Министерства здравоохранения РФ.
8. Контроль за реализацией задач, поставленных перед специалистами психолого-психиатрической службы, осуществляет руководитель-координатор психолого-психиатрической службы.
9. По завершении мероприятий по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС руководитель-координатор психолого-психиатрической службы предоставляет отчет о проделанной работе руководителю учреждения здравоохранения, оказывающего психиатрическую помощь, и в ведомство, курирующую здравоохранение на региональном и федеральном уровнях.

Взаимодействие различных структур и последовательность организационных психолого-психологических мероприятий позволяет обеспечить максимальную эффективность работы психиатров, психологов и социальных работников, вовлеченных в процесс оказания первичной специализированной помощи, направленной на ликвидацию психических последствий чрезвычайной ситуации.

Бодагова Е.А.

ПСИХИЧЕСКОЕ И СОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Предметом особого внимания в нашей стране является психическое здоровье детей и подростков. Особую категорию детей представляют социальные сироты. Считается, что данная категория более уязвима. Проведенными многочисленными исследованиями доказано, что дети-сироты имеют нарушенную психику, отклонения в поведении, отставание в психомоторном и физическом развитии, а также худшие показатели соматического здоровья по сравнению с детьми, проживающими в семьях. Кроме этого, воспитанники сиротских учреждений отличаются склонностью к делинквентности, алкоголизации, наркотизации, высоким уровнем импульсивности и агрессивности. Поэтому, психическое здоровье детей-сирот было и остается актуальной проблемой.

Цель работы. Оценить состояние психического здоровья детей Центров помощи детям, оставшимся без попечения родителей.

Материалы и методы. Исследование было проведено в 15 Центрах помощи детям, оставшимся без попечения родителей, всего обследовано 516 детей. Из всех обследованных детей 39,4 % (n=203) составили девочки и 60,6 % (n=313) – мальчики в возрасте от 10 до 17 лет (средний возраст составил $13,6 \pm 2,2$ лет). В настоящем исследовании использовались следующие методы: клинико-психопатологический, психометрический, статистический. Психометрическая диагностика проводилась с помощью стандартизированных скрининговых методик: опросник Спилбергера-Ханина (определение уровня тревожности), М. Ковач (определение уровня депрессивного состояния), опросник Басса-Дарки (оценка агрессивности), Леонгарда-Шмишека (оценка свойств характера и темперамента). Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью стандартного статистического пакета программ «Statistica 10.0» с применением хи-квадрата Пирсона (χ^2).

Результаты. У подавляющего большинства воспитанников имеется отягощенная наследственность по алкоголизму одного или обоих родителей – 86 % (n=447). Результаты клинического обследования детей показали достаточно высокую распространенность психической патологии. Так, практически у 70 % (n=358) детей имеются различные психические расстройства: чаще обнаруживаются интеллектуальные нарушения (57,3 %), а также имеются расстройства поведения и эмоций (42,7 %).

При анализе психопатологического профиля было выявлено, что у детей ситуационная тревожность чаще встречалась среднего уровня – 63,9 % (n=330), низкого и высокого уровня – в 19,4 % (n=100) и 16,7 % (n=86) случаев соответственно. Также и личностная тревожность в большинстве случаев у детей была среднего уровня – 57 % (n=294), низкого уровня выявлена всего лишь у 14,2 % (n=73), а высокого – у 28,8 % (n=149), то есть практически каждый 3-й ребенок детского дома имеет высокую личностную тревожность. Сравнительно-половой анализ показал статистически значимые различия между мальчиками и девочками: так, личностная тревожность высокого уровня чаще выявлялась у девочек – 37,4 % (n=76), у мальчиков показатель составил 23,3 % (n=73) ($p=0,001$).

Определение уровня депрессивного состояния показало, что половина (51,6 %) воспи-

танников обследованных Центров имеют депрессивное состояние от легкой до выраженной степени: 32 % (n=165) детей имеют депрессию легкой степени, 6 % (n=31) – депрессию средней степени, а выраженное депрессивное состояние выявлено у 13,6% (n=70) детей. Следует отметить, что в проявлении депрессивного состояния также имеются гендерные различия: у воспитанниц чаще проявляется депрессивное состояние – 18,7 % (n=38) (p=0,006), нежели у мальчиков – 10,2 % (n=32).

Среди поведенческих нарушений наиболее частым у детей детских домов является повышенная конфликтность (44 %), проявляющаяся в виде драк с воспитанниками и учащимися в школе, агрессивностью к воспитателям и учителям, а также антидисциплинарными и антиобщественными поступками (прогулы, хулиганство, вандализм, воровство). При оценке уровня агрессии при помощи методики Басса-Дарки, обращает на себя внимание наличие агрессивности высокого уровня у 3,3 % (n=17) детей, среднего – у 12,6 % (n=65) и низкого уровня – у 84,1 % (n=434). В тоже время была выявлена враждебность (обида, подозрительность) среднего уровня у 20,5 % (n=106). Сравнительно-половой анализ показал, что мальчики чуть более агрессивнее, чем девочки (p=0,04; p=0,01), однако, по уровню враждебности они друг от друга не отличаются.

При определении типа и степени выраженности акцентуированных личностных черт было выявлено, что каждый 3-й воспитанник – 37 % (n=191) имеет ту или иную акцентуацию характера. Чаще всего выявляется гипертимный, лабильный, аффективно-экзальтированный и возбудимый типы акцентуации характера. При этом у мальчиков немного чаще выявлялись тенденции к акцентуациям – 56,5 % (n=177; p=0,02), а у девочек достоверно чаще акцентуации характера – 45,8 % (n=93; p=0,001).

При анализе медицинских карт и карт по диспансеризации воспитанников обследованных Центров отмечается отсутствие детей с I группой здоровья, т.е. это здоровые дети, имеющие нормальное физическое и психическое развитие. II группа здоровья (дети без хронических заболеваний, но имеющие функциональные отклонения) имеется у 24,6 % (n=127) детей. В эту группу также входят воспитанники с общей задержкой физического развития без эндокринной патологии (низкий рост, отставание по уровню биологического развития) и с дефицитом массы тела.

Наибольший процент приходится на III-IV группы (дети с хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, субкомпенсации) – 75,4 % (n=389), т.е. эта группа воспитанников нуждается в ежегодном курсовом медикаментозном лечении, психологической и педагогической коррекции.

В структуре соматической патологии первые ранговые места занимают заболевания сердечно-сосудистой системы (кардиомиопатии, врожденные пороки сердца) – 37,8 % (n=147). На втором месте – болезни органов пищеварения (гастриты, дискинезии желчевыводящих путей) – 31 % (n=121) и заболевания глаза и его придатков (ангиопатии, астигматизм, гиперметропия, миопия, косоглазие) – 29,8 % (n=116). На эндокринные расстройства (эндемический, диффузный нетоксический, токсический зоб) приходится около 16 % (n=61), 11 % (n=42) составляют заболевания мочеполовой системы (пиелонефрит), кожи (атопический дерматит), костно-мышечной системы и инфекционные заболевания. Следует отметить, что практически каждый 2-й воспитанник детского дома имеет от одного до пяти хронических соматических заболеваний.

Выводы. Таким образом, проведенный комплексный клинико-психопатологический анализ выявил различные нарушения психического здоровья обследованных воспитанников Центров помощи детям, оставшихся без попечения родителей. Обращает на себя внимание наличие высокой распространенности психической патологии – 70 %. В свою очередь, проведение психопатологического тестирования лишь подтверждает это: каждый 3-й ребенок детского дома имеет высокую личностную тревожность, каждый 2-й – депрессивное состояние от легкой до выраженной степени, а также различный уровень агрессивности. Отмечается

отсутствие детей с I группой здоровья. У 75 % детей имеются хронические соматические заболевания в состоянии компенсации, субкомпенсации, среди которых наибольший вес занимают заболевания сердечно-сосудистой системы и органов пищеварения. При этом каждый второй воспитанник имеет от одного до пяти хронических заболеваний.

В связи с полученными данными немаловажное значение имеет раннее выявление и коррекция психопатологических признаков, а также лечение уже имеющихся психических и соматических расстройств у детей, оставшихся без попечения родителей.

Болдовская А.В., Гамолина В.Г.

АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАБИНЕТА АКТИВНОГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И АМБУЛАТОРНОГО ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗА 2014-2020 ГГ.

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

В Забайкальском крае 11.07.2014 г. при ГКУЗ «ККПБ им. В. Х. Кандинского» внедрена новая организационная форма в виде кабинета активного диспансерного наблюдения (АДН). АДН подлежат пациенты, страдающие хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, склонные к общественно опасным действиям, а также больные, направленные судом на принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях.

В Забайкальском крае за период с 2014 по 2017 гг. работы кабинета АДН отмечался рост количества пациентов на 32,7 %. Увеличение произошло за счет создания группы первичной профилактики общественно опасных деяний (ООД), направленной на выявление пациентов, склонных к совершению правонарушений. В дальнейшем в 2018-2020 гг. шло незначительное снижение общего числа пациентов на 5,5 % в связи с активным снятием наблюдавшихся на АДН в группу диспансерного наблюдения.

Так на конец 2020 года в кабинете АДН состояло 882 человека, из них женщин – 146 (16,6 %), мужчин – 736 (83,4 %), детей и подростков – 27 (3,1 %), средний возраст пациентов составил 37 лет, в Чите числится 201 пациент (22,8 %), в районах – 681 (77,2 %). Одним из приоритетных направлений работы кабинета АДН является ранняя профилактика правонарушений, в связи с этим работа нацелена на более тесное взаимодействие с детскими и подростковыми службами, что наглядно демонстрируют показатели среднего возраста среди контингента АДН, который снизился на 2,7 года за исследуемый период.

В исследуемом периоде за 2014-2020 гг. превалирует группа пациентов с расстройствами психотического спектра – 54,6 %, на второй позиции располагаются больные, имеющие в клинике умственный дефект – 28,7 %, третье место занимают пациенты, страдающие непсихотическими заболеваниями – 16,3 %, и наименьший процент в группе активного диспансерного наблюдения составляют лица, больные заболеваниями, связанными с употреблением психоактивных веществ, – 0,4 %.

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 г. – 21 % (196 человек), в 2018 г. – 25,1% (234 человека), в 2019 г. – 27,1 % (241 человек), в 2020 г. – 25,8 % (228 человек). Таким образом, в течение 5 лет (с 2015 по 2019 гг.) наблюдается рост группы первичной профилактики на 25,0 %, что обеспечивается в том числе повышением преемственности между амбулаторным и стационарным этапами лечебно-диагностического процесса. При этом за 2020 год отмечается уменьшение группы первичной профилактики за счет активного снятия пациентов, взятых в период формирования профилактической группы и продемонстрировавших стойкую приверженность лечению и сформированную критику к заболеванию. По Чите этот показатель составил 69 человек (34,1 %) от числа состоящих

под АДН, было взято 29 человек, и снято 31. Из имеющихся цифр следует, что группа первичной профилактики сформирована в основном лицами, проживающими на территории города Читы. В дальнейшем необходимо обратить внимание районных врачей-психиатров на более тщательное выявление лиц группы риска с дальнейшим включением их в группу первичной профилактики.

В 2014 году количество пациентов, совершивших новое ООД, составило 151 чел. – 23,4 % (начало работы кабинета АДН), в 2015 г. число таких пациентов составило 211 чел. – 27,1 % (накопление опыта и формирование целостной базы и картотеки АДН); в 2016 г. – 186 чел. (19,5 %). В дальнейшем осуществлялась активная работа, направленная на снижение риска совершения повторных ООД, что наглядно отражается в цифрах: в 2017 г. 150 человек – 15,9 %, в 2018 г. 106 чел. – 11,4 %, в 2019 г. – 102 человека или 11,5 %, в 2020 г. – 87 человек или 9,9 %. Таким образом, создание группы первичной профилактики привело к снижению числа пациентов, совершивших новое ООД на 13,6 %.

Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение (АПНЛ) 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 г. 171 человек, в 2015 г. – 166 человек, в 2016 г. – 158 человек, в 2017 г. – 103, в 2018 г. – 87 человек, в 2019 г. – 118 человек, в 2020 г. – 129 человек. Увеличение числа больных на АПНЛ на конец 2020 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, 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 г. – 27 человек, в 2015 г. – 20 человек, в 2016 г. – 16 человек, в 2017 г. – 9 человек, в 2018 г. – 9 человек (снижение данного показателя объясняется созданием кабинета АДН и проведением комиссионных осмотров на основании Приказа Минздрава Забайкальского края от 06.04.2017 г. № 147 «О телемедицинской системе дистанционных консультаций Забайкальского края»; Приказа Минздрава 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»).

После создания кабинета АДН произошло 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 г. – 960 дней, а в 2016 г. – 663,5 дней, в 2017 году – 772,3 дней, в 2018 г. – 741,3 дней, в 2019 г. – 537,8, в 2020 г. – 406,7 дней, что свидетельствует о своевременном лечении и проведении реабилитационных мероприятий лицам, находящимся на АПНЛ, а также осуществлении надлежащего контроля за документооборотом.

Бунина М.В.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОЛЕЗНЕННОСТИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ У ДЕТЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

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

Психическое здоровье детей и подростков является предметом особого внимания в современном обществе. Период детства и подростковый возраст – это важнейшее время для развития и закрепления социальных и эмоциональных привычек, имеющее значение для психического благополучия. Формирование здорового режима сна, регулярная физическая активность, развитие навыков в области преодоления трудных ситуаций, решения проблем и межличностного общения, воспитание способности к эмоциональному самоконтролю – все это способствует психическому благополучию подрастающего поколения. Нарушение психического здоровья может оказывать существенное влияние на здоровье и развитие несовершеннолетних. 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 %, кроме того примерно 10-20 % подростков во всем мире имеют нарушения психического здоровья, которые не диагностируются должным образом и не получают надлежащего лечения.

Цель работы: проведение анализа показателей болезненности и заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами Забайкальского края за период с 2018 по 2020 годы.

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

Обсуждение результатов. Численность детского населения (от 0 до 14-ти лет) по Забайкальскому краю на 01.01.2018 г. составила 231843 человека, в 2019 г. – 230057 человек, в 2020 г. – 227371, из них по краевому центру (г. Чита) в 2020 г. – 66873, в 2019 г. – 66702 человек, в 2018 г. – 66105 человек.

Детская психиатрическая служба Забайкальского края в 2020 году была представлена стационарной и амбулаторно-поликлинической помощью. Специализированная стационарная психиатрическая помощь детям оказывается в детском психиатрическом отделении ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского» (15 коек круглосуточного пребывания) – для детей от 8-ми до 14 лет включительно. Внебольничная психиатрическая помощь детскому населению осуществляется в отделении интенсивного лечения в сообществе для детей и подростков на 29 коек дневного стационара со стационаром на дому – 1 койка по смете, детскими психиатрами в структуре ГКУЗ «ККПБ им. В.Х. Кандинского» с оказанием консультативно-лечебной помощи детям с психическими расстройствами, в диспансерном отделении, районными психиатрами в структуре муниципальных учреждений здравоохранения, врачами-психиатрами педиатрического бюро медико-социальной экспертной комиссии, где решаются медико-социальные вопросы, врачами-психиатрами краевой психолого-медико-педагогической комиссии – при определении программы обучения детям с психическими расстройствами, сотрудниками кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России по решению сложных клинико-диагностических случаев психических расстройств у детей.

Общая болезненность детского населения Забайкальского края в 2020 году составила 2169,6 на 100 тыс. детского населения (в 2019 г. она была 2146,9; в 2018 г. – 2153,2), что выше соответствующих показателей за 2018-2019 гг. и ниже такового по РФ (2475,3 на 100 тыс. за 2016 год). Болезненность непсихотическими расстройствами в 2020 г. – 1485,2, в 2019 г. она

составила 1454,9, в 2018 г. – 1485,5. При этом показатель по краю ниже общероссийского (1955,7 на 100 тыс. в 2016 году). Болезненность умственной отсталостью понизилась за три последних года в 2018 г. показатель был равен 557,7; в 2019 г. – 570,3 на 100 тыс. нас, в 2020 г. – 543,2 на 100 тыс. населения. Показатель по краю в 2020 году значительно ниже общероссийского (721,3 в 2016 году). Болезненность психотическими расстройствами за анализируемый период выросла и составила в 2020 г. 141,2, из них детская шизофрения – 8,4, РАС – 118,7; 2019 г. – 121,7; из них детская шизофрения – 7,4, РАС – 99,5; 2018 г. – 108,3, из них детская шизофрения – 8,2, РАС – 85,8. При этом показатель болезненности детской шизофренией в течение трех последних лет остается относительно стабильным, однако вырос показатель РАС – от 85,8 в 2018 году до 118,7 в 2020 г. Общая болезненность психотическими расстройствами и болезненность шизофренией в Забайкальском крае выше таковых показателей по РФ (90,5 в 2016 г.). Соотношение детей, состоящих на диспансерном и консультативном наблюдении у психиатра, в Забайкальском крае в 2020 г. составило 1/5,9; в 2019 г. – 1/5,2; в 2018 г. – 1/5,2. Таким образом, значительно преобладают дети, состоящие на консультативном наблюдении, 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 на диспансерном наблюдении кратно выше и соотношение «Д» и «К» группы наблюдения по данным на 2016 год составляет 1/2,4.

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. Показатель болезненности детского населения Забайкальского края за последние 3 года принципиально не изменился.

Структура болезненности психическими заболеваниями по г. Чите и Забайкальскому краю в 2020 году в целом существенно отличается: 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 – 2906,7 на 100 тыс., Каларский район – 3023,6, Карымский район – 2706,2, Приаргунский район – 2702,1, Сретенский район – 3571,4, Читинский район – 2970,2, что в целом не существенно отличается от данных показателей последних трех 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 по минованию 14 летнего возраста не переводятся в подростковую группу наблюдения или не снимаются в «архивную» группу 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 2020 г. составил 386,6 на 100 тыс. детского населения, в 2019 г. – 535,5, в 2018 г. – 501,2; в 2017 году – 361,9, что значительно ниже показателя по РФ – 511,1 за 2016 г. Заболеваемость непсихотическими расстройствами в 2020 г. составила 303,0; в 2019 г. – 436,4; в 2018 г. – 398,1 (показатель остается ниже показателя РФ 2016 г. – 483,1). Показатель заболеваемости умственной отсталостью в 2020 г. составил 71,2; в 2019 г. – 85,6; в 2018 году – 91,9.

Таким образом, заболеваемость умственной отсталостью уменьшилась по сравнению с 2018-гг., а так же стала значительно ниже общероссийского показателя – 96,1 на 100 тыс. в 2016 году. Показатель заболеваемости психотическими расстройствами остается высоким – 12,3 в 2020 г., 2019 г. – 13,5, в 2018 г. – 11,2. Показатель 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 значительное снижение показателя умственной отсталости (от 91,9 в 2018 г. до 71,2 в 2020 г.) и уменьшение показателя непсихотических расстройств (от 398,1 в 2018 году до 303,0 в 2020 году). Указанная динамика является отрицательной. В 2018 и 2019 гг. на основании распоряжения Министерства здравоохранения Забайкальского края начал формироваться региональный регистр детей с впервые выявленной психической патологией. Кроме того, в 2018-2019 гг. было выполнено 12 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 было признать результативной. В 2020 году вследствие пандемии новой коронавирусной инфекцией COVID-19 произошло значительное снижение заболеваемости по всем нозологическим группам вследствие малого количества профилактических медицинских осмотров детей по приказу Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних». Кроме того, вследствие той же причины выезды в районы края детских врачей психиатров не осуществлялись. Так же в 2020 году была низкая активность врачей психиатров районов (малое число случаев выявленной психической патологии). Кроме того, необходимо отметить, что подавляющее количество случаев выявления психической патологии происходило на уровне амбулаторной службы ГКУЗ «ККПБ им. В.Х. Кандинского», ее диспансерного кабинета и отделения оказания психиатрической помощи для детей и подростков в амбулаторных условиях.

Выявление психической патологии в стационарных условиях было низким в 2020 году (детское отделение было перепрофилировано под оказание психиатрической помощи взрослым в течение второго полугодия 2020 г.). Остается прежней проблема консультаций значительной доли детей в частных медицинских организациях, в организациях министерства социальной защиты населения и министерства образования Забайкальского края. Дети, осмотренные в данных организациях, не подлежат наблюдению (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 2020 году близка к таковой по РФ, даже в части диагностики детской шизофрении и диагностики РАС. 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 22,4 на 100 тыс. нас. (за счет РАС), а по Забайкальскому краю в целом – 12,3 на 100 тыс. нас. Наиболее высокие показатели заболеваемости психическими расстройствами у детей отмечены в Акшинском, Бальейском, Кыринском, Приаргунском, Сретенском, Улетовском, Читинском, Чернышевском и Шилкинском районах. Самые низкие показатели заболеваемости отмечены в Алек-Заводском, Борзинском, Каларском, Калганском, Краснокаменском, Нерчинском, Петровск-Забайкальском районах края. Внешние совместители врачи-психиатры остаются в Калганском, Хилокском, Нер-Заводском, Могочинском, Акшинском, Алек-Заводском, Газ-Заводском, Шелопугинском, Карымском, Тунгокоченском районах. 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 помощи в полном объеме.

Бурт А.А., Уваров И.А.

**ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ОСУЖДЕННЫХ
(ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ)**

*Научно-исследовательский институт Федеральной службы исполнения наказаний
Ижевская государственная медицинская академия, Москва, Ижевск, Россия*

За последние годы в мире возросло количество статей по изучению стресса среди несовершеннолетних осужденных, пребывающих в исправительных учреждениях для подростков. Более углубленные сведения из теории стресса позволили расширить наши представления о социальной и патологической природе этого состояния и совершать поиск его коррелятов, опосредованных объективными методами. С целью изучения обзора литературы по тематике пенитенциарного стресса у несовершеннолетних осужденных проведено данное исследование.

В первую очередь необходимо отметить, что в исследованиях уделено внимание нозологическим составляющим психического здоровья подростков, оказавшихся в заключении. Несомненно, психическое здоровье осужденных и, в первую очередь, несовершеннолетних осужденных, остается одной из основных проблем в сфере исправления, ригидности их ресоциализации с последующим рецидивированием. Распространенность психических расстройств и расстройств поведения у несовершеннолетних осужденных несоизмеримо выше, чем у обычных подростков, что вполне закономерно (Бурт А.А., Давыдова Н.В., 2015). Исследование, проведенное в Тайване на 1045 подростках (Yung-Lien L., 2019), показало, что наибольшую роль в формировании делинквентного поведения подростков сыграли следующие факторы риска: участие в организованных преступных бандах, неустойчивые черты характера и предшествующая этому поведению виктимизация (процесс или конечный результат превращения в жертву преступного посягательства лица или группы лиц). При этом факторами депривации в учреждениях заключения выступили длительный срок задержания, высокий уровень стресса и также виктимизация во время пребывания в условиях заключения. В качестве положительных факторов рассматривались семейные связи и хорошие взаимоотношения с персоналом учреждений. Собственно, эти факторы и указываются как резервные, то есть те, которые можно использовать для управления поведением подростков и их организации, мотивации и социализации.

По данным американских ученых, виктимизация также была одним из ведущих факторов последующего противоправного поведения (McNair F.D. et al., 2019). Ими были обследованы 1984 подростка, находящихся в одном из центров задержания. Из них 73 % были юноши, и большая часть из них была афроамериканцами и латиноамериканцами. Ученые, прицельно изучавшие посттравматическое стрессовое расстройство у несовершеннолетних осужденных, отметили, что наиболее сильным суицидальным или парасуицидальным фактором является множественная виктимизация. Под множественной виктимизацией понимали подверженность двум или более разнообразным формам насилия, установленным на основе исследования Ford et al. (2010). Ранее они описали 6 форм виктимизации и установили, что эти формы имеют взаимосвязь с последующим противоправным поведением подростков, а также клиническим проявлением психиатрической патологии. Среди самых опасных форм виктимизации отмечены, прежде всего, жертвы жесткого обращения, жертвы физического насилия, жертвы группового насилия. Специалисты утверждают, что установление типа виктимизации должно происходить в беседе путем латентного выявления причинных факторов. Распространенность самых тяжелых форм виктимизации по разным данным составила от 10 до 32,5 % среди обычных подростков (Finkelhor D. et al., 2005; 2009; Corbella L.S., 2014). В то же время фактор количества травмирующих ситуаций имел гораздо меньшее значение. То есть установлено, что не само по себе количество травмирующих ситуаций влияет на суицидальные наклонности подростков, а их хронизация и, очевидно, безвыходность этой ситуации. В отношении количества травмирующих ситуаций авторами показана их связь с количеством

разнообразных правонарушений и подчеркивается, что, как правило, они имеют под собой неблагоприятный социальный фон, но при этом высокий уровень суицидального риска не достигается (McNair F.D. et al., 2019).

Зачастую противоправное поведение обусловлено не только дефектами воспитания, но и патофизиологическими нарушениями, имеющими под собой наследственную, врожденную и экзогенную природу, обусловленную дисрегуляторными и дисметаболическими причинами, чему мы находим в последние годы подтверждение в научной литературе. Как правило, наследственные (генетические) и врожденные (антенатальные) факторы имеют под собой морфологические обоснования в виде алкоголизма и наркомании родителей, врожденные инфекции, в том числе ВИЧ-инфекция и другие. В этой связи также любопытно остановиться на дисрегуляторных и дисметаболических причинах патологии психического здоровья, а также раскрыть новые аспекты делинквентного поведения. Ряд исследований несовершеннолетних подростков посвящен исследованию у них гормонов стресса, что ранее также проводилось нами (Пономарев С.Б. и др., 2008). Однако, преимуществом этого исследования является то, что предложено в качестве маркера стресса исследование кортизола в волосах, что является неинвазивным методом лабораторной диагностики (Xu Y. et al., 2019). Исследование, проведенное на 29 несовершеннолетних осужденных, находившихся в заключении от 11 до 867 дней, в сравнении с обычными школьниками показало, что данный лабораторный критерий является достоверным предиктором хронического стресса. У подростков-заключенных был значительно выше уровень кортизола, чем у школьников аналогичного возраста. В исследовании отмечена высокая обратная корреляция между уровнем кортизола в волосах и уровнем депрессии, а также отсутствие взаимосвязи уровня кортизола с тревожностью.

Пилотное исследование 16 подростков мужского пола в возрасте от 12 до 18 лет, находившихся в учреждении для несовершеннолетних правонарушителей в Швейцарии, показало взаимосвязь между физиологическими паттернами хронического стресса и психологическими паттернами защитного поведения (Guillod L. et al., 2018). Одним из проявлений повседневного стресса для подростков является употребление психоактивных веществ и экстернализация поведения. Под экстернализацией понимается расстройство поведения, связанное с контролем эмоций, при этом направленное во вне, на общество, в котором подросток находится (Salters-Pedneault K., 2020). Все чаще этот термин применяется специалистами в разрезе делинквентного поведения, которое манифестируется различными расстройствами: антисоциальным расстройством (6D10.Z Personality disorder, severity unspecified в МКБ-11 (Версия 09/2020)) и оппозиционно-вызывающим расстройством, а также расстройствами поведения, клептоманией, пироманией и другими расстройствами. И как нельзя лучше этот термин подходит для характеристики психического статуса подростка правонарушителя. При этом дополнительно указывается, что данная категория подростков склонна к неэффективной когнитивной стратегии выживания (конструктивному мышлению). Любопытна попытка коллег рассмотреть в качестве предикторов первичной и вторичной профилактики экстернализирующего поведения физиологические маркеры хронического стресса. Это связано в частности с тем, как указывают авторы, что у данной категории на физиологическом уровне происходит игнорирование нейроэндокринной регуляции. Особенностью подростков правонарушителей является то, что при выявлении базального уровня кортизола он снижен по сравнению с аналогичной возрастной группой школьников. При обследовании уровня кортизола в слюне в данном исследовании обнаружено, что у подростков с высоким уровнем кортизола в качестве механизма психологической защиты преобладали тенденции к суеверию и эзотерическому мышлению, но при этом прослеживалась взаимосвязь этих видов мышления с дисрегуляцией кортизола. Также авторы связали высокую секрецию кортизола с высоким уровнем его дисрегуляции и потенциально возможным употреблением психоактивных веществ.

Интересное исследование коррелятов физиологии стресса проведено среди несовершеннолетних осужденных в Австралии и США (Kimonis E.R. et al., 2019). На 201 подростке,

находившемся в заключении в тюрьмах США, оценивали концентрацию дегидроэпиандростерона и кортизола слюны 4-кратно в течение дня и исследовали их психологические особенности поведения, приведшие в стены мест лишения свободы. Необходимо отметить, что средний возраст исследуемых составил 16,7 лет, а этнический спектр был неоднородным – более чем в 40 % представлен белыми подростками, в трети – афроамериканцами и около 20 % – латиноамериканцами. В данном случае исследователи напротив сфокусировались на проявлениях интернализации при делинквентном поведении подростков, то есть на активном восприятии окружающего мира, а также активном воспроизводстве принятых норм и ценностей в своей деятельности. Кроме того, интернализация подразумевает принятие на себя ответственности, интерпретацию значимых событий как результата своей собственной деятельности (Серый А.В., 2019). При этом в данной статье (Kimonis E.R. et al., 2019) показана связь интернализации с низкими концентрациями дегидроэпиандростерона и более высоким индексом соотношения кортизола и дегидроэпиандростерона при условии жестокого обращения в семье. То есть те, кто действительно испытывает стресс вследствие заключения, как правило, обладают высокой степенью интернализации и в анамнезе имеют упоминание на жестокое обращение в детстве. Более высокие уровни дегидроэпиандростерона коррелировали с низкой эмпатией, независимо от того, подвергались ли данные подростки ранее насилию или нет. Поэтому данные психофизиологические корреляты могут быть использованы для прогнозирования суицидального и парасуицидального поведения среди осужденных подростков в исправительных учреждениях.

Таким образом, обзор современной зарубежной литературы свидетельствует о том, что выделяются два основных подхода к анализу причин противоправного поведения подростков: психологический, то есть обусловленный особенностями воспитания и психологии подростка, и психофизиологический, при котором в противоправное поведение заложен дисрегуляционно-дисгормональный механизм развития пенитенциарного стресса.

Бутина М.А., Шингареева Ю.В., Викулова Е.А.
**МОНИТОРИНГ МЕРОПРИЯТИЙ ПО СНИЖЕНИЮ СМЕРТНОСТИ
СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ**

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

В 2018 году Министерство здравоохранения Российской Федерации организовало проведение мониторинга мероприятий по снижению смертности от основных причин с целью оперативного выявления недостатков в организации медицинской помощи населению и своевременного принятия управленческих решений по их устранению. На территории Забайкальского края наркологической службой проводится мониторинг мероприятий по снижению смертности среди пациентов с наркологическими расстройствами с ежеквартальным предоставлением аналитической справки в адрес главного внештатного специалиста психиатра-нарколога Минздрава России по Дальневосточному федеральному округу.

По результатам мониторинга смертности среди пациентов с наркологическими расстройствами в 2020 году наметились положительные тенденции в сравнении с 2019 годом. В 2020 году от отравлений наркотиками и психодислептиками умер 1 человек (в 2019 году – 2). Уменьшилось общее число пациентов с наркологическими расстройствами, снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью – на 16,8 % по сравнению с 2019 годом. На 19,2 % уменьшилось число пациентов с диагнозом «синдромом зависимости от алкоголя» (не включая алкогольные психозы), снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью; на 7,1 % число пациентов с диагнозом «синдром зависимости от наркотиков», снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью.

В Забайкальском крае в 2020 году работал 51 врач психиатр-нарколог. Сохраняется на высоком уровне обеспеченность населения врачами психиатрами-наркологами – 0,48 на 10 тысяч населения (РФ 2019 г. – 0,35). На 01.01.2021 года на территории края развернуто 156 наркологических коек круглосуточного пребывания, из них 120 на базе Забайкальского краевого наркологического диспансера, в том числе 25 – реабилитационных наркологических и суммарно 36 коек в 4 районах края (Краевая клиническая больница № 4 – 8 коек, Балейская ЦРБ – 8, Борзинская ЦРБ – 10, Петровск - Забайкальская ЦРБ – 10 коек). Показатель обеспеченности населения наркологическими койками на 10 тыс. населения составил 1,47 (РФ 2019 г. – 1,35).

Показатель заболеваемости всеми наркологическими расстройствами в 2020 году снизился на 23,4 % по сравнению с 2019 годом (с 238,9 в 2019 г. до 183,0 в 2020 г.).

Среди сохраняющихся проблем можно выделить следующие.

В 2020 году отмечается увеличение числа умерших от отравлений алкоголем и его суррогатами – на 0,9 % в сравнении с 2019 годом. Увеличилось число пациентов с диагнозом «пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя», снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью – в 3 раза (с 2 человек в 2019 году до 6 человек в 2020 году). Отмечается увеличение числа пациентов с алкоголизмом, выбывших из стационара в связи со смертью, с 8 человек в 2019 году до 13 в 2020 году или в 1,6 раза. В 2020 году уменьшился показатель укомплектованности штатных должностей психиатров-наркологов медицинских организаций амбулаторно-поликлинического звена с 89,9 % до 84,7 % (на 5,8 %), стационарного звена – со 100 % до 96,7 % (на 3,3 %).

С целью улучшения качества и эффективности оказания наркологической помощи населению Забайкальского края необходимо:

1. Повышать качество диспансерного наблюдения за пациентами с наркологическими расстройствами за счет соблюдения Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ, утвержденного приказом Минздрава России от 30 декабря 2015 года № 1034 н.
2. Совершенствовать кадровую политику, проводить подготовку и переподготовку врачей психиатров-наркологов, а также специалистов реабилитационного звена (психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе).
3. Активизировать проведение комплекса межведомственных мероприятий по профилактике и раннему выявлению потребителей психоактивных веществ, в том числе в рамках программно-целевого подхода.
4. Продолжить внедрять в лечебно-диагностический процесс современные методы и средства для диагностики и лечения наркологических расстройств.
5. Совершенствовать систему медицинской реабилитации потребителей психоактивных веществ.

Быченко И.В.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь

Ценность междисциплинарного подхода к изучению соматоформных расстройств является важным условием в исследовании их генеза (Смулевич А.Б., 1999). Под соматоформными расстройствами понимают патологические состояния с повторным возникновением одних и тех же вегетативных и соматических симптомов, не обусловленных морфологическими изменениями во внутренних органах и формирующихся в тесной связи с острой или хронической психотравмой (МКБ-10). В данном случае развитие соматоформных расстройств объ-

ясняется действием социально-психологических факторов. В настоящее время понимание этиологии в медицине основано на биопсихосоциальной модели, где учитывается взаимодействие различных факторов (Фролова Ю.Г., 2016). Однако на сегодняшний день в литературе недостаточно освещены индивидуально-характерологические особенности пациентов с соматоформными расстройствами и их влияние на развитие и течение болезни. В связи с этим возникает актуальность в более глубоком изучении индивидуально-характерологических особенностей в разработке дальнейших исследований.

Одной из ключевых ролей в формировании соматоформных расстройств играет не только психотравмирующая ситуация индивида, которая является отправной точкой в механизме развития данной патологии, но и индивидуально-характерологические особенности индивида. Данные особенности могут быть как врожденные, так и приобретенные и проявляются в определенном типе реагирования на болезнь. Для каждого пациента с определенными индивидуально-характерологическими особенностями существует склонность к определенному типу заболевания (Смулевич А.Б., 1992; Соколова Е.Т., 1987).

Проведенное исследование на группе пациентов с соматоформными расстройствами по изучению личностных особенностей показало, что среди пациентов с диагнозом из рубрики F45 наиболее характерно: искажение когнитивных установок на невротическом уровне; тенденция к доминированию и импульсивности; замкнутость, отстраненность от окружающих; низкий уровень социальных способностей (Чижова А.И., 2012). Приведенные данные свидетельствуют о тенденции к социальной дезадаптации и аффективной составляющей в структуре личности пациента.

Индивидуально-характерологические особенности личности пациентов вносят определенный вклад в развитие и течение соматоформных расстройств. Пациенты нередко обнаруживают признаки расстройств личности (Garcia-Camprayo J., 2007). Обнаружена дисгармония особенностей личности пациентов с соматоформными расстройствами в виде изменений направленности личности, особенностей защитных механизмов и копинг-стратегий.

Среди копинг-стратегий, направленных на преодоление стрессовых ситуаций, пациенты с соматоформными расстройствами реже всего использовали «конфронтационный копинг», «дистанцирование» и «положительную переоценку», и полное отсутствие склонности «не принимать ответственность» (Лаврова М.А., 2020). Пациенты предпочитали пассивно реагировать на стрессогенное воздействие. У них отсутствует способность предпринимать конкретные действия с целью изменения неблагоприятной ситуации, склонность приписывать стрессу статус неразрешимой трудности. Личностные особенности женщин экспериментальной группы характеризуются подавленностью, тревожностью, ипохондрией, мнительностью, «застреванием» на своем состоянии, демонстративностью, эмоциональной лабильностью. В другом исследовании анализ копинг-стратегий выявил использование таких стратегий как дистанцирование, самоконтроль, принятие ответственности, положительная переоценка (Прибытков А.А., 2016). Приведенные данные свидетельствуют о противоречивости результатов, что, несомненно, требует дополнительных исследований копинг-стратегий на данной группе пациентов. Одной из причин противоречивых результатов может свидетельствовать отсутствие однородности выборки (в первом исследовании выборка состояла только из лиц женского пола).

Другое исследование было посвящено изучению структуры личности и механизмам психологических защит у пациентов с соматоформными расстройствами методом случай-контроль (Прибытков А.А., 2016). Среди изучения личностных особенностей был использован стандартизированный метод исследования личности основанный на ММРІ и адаптированный Л.Н. Собчик. Результаты сравнительного анализа баллов по основным клиническим шкалам выявили статистически значимую разницу между группами по всем шкалам, кроме «оптимистичности» и «мужественности/женственности» (данная шкала была исключена из исследования). При анализе использования психологических защит было выявлено, что пациенты с соматоформными расстройствами склонны чаще, чем здоровые лица использовать

«реактивное образование» в качестве способа борьбы с негативными мыслями и поступками (Прибытков А.А., 2016). Таким образом, в структуре личности пациентов с соматоформными расстройствами преобладают такие особенности как: конституциональная тревожность, мнительность, ипохондричность, склонность к депрессивному типу реагирования, внутренняя напряженность, интровертированность. Они чаще используют неадаптивный механизм психологической защиты по типу реактивных образований. В то же время такие механизмы как компенсация, отрицание и вытеснение были менее актуализированы и использовались пациентами реже, чем в контрольной группе.

Одной из главенствующих индивидуально-характерологических особенностей личности у пациентов с соматоформными расстройствами является наличие истерических черт. На сегодняшний день имеются данные о роли преморбидного склада личности других типов (с преобладанием тревожных, сенситивных, шизоидных, пограничных, параноидных, обсессивно-компульсивных черт), что не позволяет рассматривать истерические черты личности как единственные характерные для больных СФР (Прибытков А.А., 2017).

Таким образом, индивидуально-характерологические особенности как один из факторов, обуславливающих развитие соматоформных расстройств в настоящее время не вызывает сомнений, но уточнение роли данных особенностей остается вопросом дальнейших исследований.

Бянкин Н.Д.

**АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ,
ПРОВОДИМЫХ ЛАБОРАТОРИЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЕВОГО
НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА ДЛЯ ОТДЕЛЕНИЯ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ**
Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

До 2020 года отделение острых отравлений существовало как структурное подразделение Городской клинической больницы № 1. Исследование биологических образцов пациентов отделения выполнялось в условиях химико-токсикологической лаборатории ГКБ № 1. В 2020 году ГКБ № 1 была перепрофилирована в моностационар для оказания помощи больным COVID-19, в связи с чем отделение острых отравлений было развернуто на базе Краевой клинической больницы. С января 2021 года биологические объекты пациентов отделения стали направляться в химико-токсикологическую лабораторию Забайкальского краевого наркологического диспансера. В лаборатории ЗКНД были проведены химико-токсикологические исследования 62 образцов, доставленных из отделения острых отравлений ККБ за период с января по март 2021 года. Для проведения анализа использовались газовые хроматографы «Кристалл» и «Agilent» с масс-спектрометрическим детектором. В качестве пробоподготовки полученных образцов проводилось нативное извлечение и извлечение после кислотного гидролиза.

Были получены следующие результаты: из 62 направлений в 33,8 % случаев (n=21) установлен диагноз «отравление неуточнёнными спиртами»; в 35,5 % (n=22) – «отравление психоактивными веществами»; в 32,3 % (n=20) – «медикаментозное отравление»; в 3 % (n=2) – «отравление уксусной кислотой».

Наибольшее количество отравлений «неуточнёнными спиртами» характерно для лиц, родившихся в 1970-е годы – 47,6 %. В образцах с данным диагнозом встречаются этанол и изопропанол. Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что наряду с отравлением алкогольной продукцией, имеет место употребление дезинфицирующих средств, стеклоочистителей или других технических жидкостей, содержащих в своём составе изопропиловый спирт.

Лица с диагнозом «отравление психоактивными веществами» и «медикаментозное отравление» преимущественно родились в 1990-е годы – 41 % и в 2000-е – 55 % соответственно. Большая часть медикаментозных отравлений приходится на парацетамол и баклофен, также в

некоторых образцах обнаружен этанол, что говорит о сопутствующем алкогольном опьянении.

Отравление парацетамолом и другими лекарственными средствами: дроптаверин, карбамазепин, amitриптилин, предположительно связано с суицидальными попытками, в то время как отравление баклофеном говорит о нелегальном применении с целью получения опьянения. Распространённость данного препарата в молодёжной среде связана, в первую очередь, с его лёгкой доступностью. Действие препарата на центральную нервную систему может усиливать седативное воздействие алкоголя и психоактивных веществ, приводя к остановке дыхания, сердечной недостаточности и нарушению нервной регуляции жизненно-важных органов. Среди отравлений психоактивными веществами особое место занимают злоупотребления фенобарбиталом и альфа-пирролидинопентиофеноном.

Исходя из полученных данных, можно сделать вывод о том, что отравлению некачественной алкогольной продукцией или дезинфицирующими средствами подвержены преимущественно лица среднего возраста. В то время как наибольшее количество отравлений психоактивными веществами и отравлений медикаментозными препаратами приходится на лиц подросткового возраста. Это говорит о подверженности суицидальному риску и распространённости психоактивных веществ среди данной возрастной категории граждан. Так же стоит отметить значительный процент отравлений баклофеном (25 % среди всех медикаментозных отравлений), что говорит о его относительной доступности.

Варнакова Ю.В., Казарбина М.А.

**ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ ПАЦИЕНТОВ
С ХИМИЧЕСКИМИ АДДИКЦИЯМИ, ПРОХОДЯЩИХ
СТАЦИОНАРНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ**
Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Термином копинг-стратегии в психологии принято обозначать действия, которые совершает личность для того, чтобы справиться со стрессом и с трудными жизненными ситуациями. Изучением копинг-поведения занимались такие ученые как Л. Мерфи, Р. Лазарус, М. Фолкман, Э. Хейм, Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский и др. В современных исследованиях копинг-стратегии рассматриваются как важнейшие формы адаптационных процессов, 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 2020 году психологами отделения медицинской реабилитации ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер» было проведено 84 психологических исследования у пациентов, проходивших лечение в стационаре.

В рамках изучения копинг-стратегий химически зависимых пациентов использовалась методика диагностики копинг-механизмов Е. Хэйма. Данная методика адаптирована в лаборатории клинической психологии института им. В.М. Бехтерева, под руководством д.м.н. профессора Л.И. Вассермана. Она позволяет исследовать 26 ситуационно-специфических вариантов копинга, распределенных в соответствии с тремя основными сферами психической деятельности – когнитивные, эмоциональные и поведенческие копинг-механизмы.

Виды копинг-поведения распределены на три основные группы по степени их адаптивных возможностей: адаптивные, относительно адаптивные и неадаптивные. Адаптивные варианты копинг-поведения – формы поведения, направленные на анализ возникших трудностей и возможных путей выхода из них, повышение самооценки и самоконтроля, более глубокое осознание собственной ценности как личности, наличие веры в собственные ресурсы в преодолении трудных ситуаций. Неадаптивные варианты копинг-поведения – пассивные формы поведения с отказом от преодоления трудностей из-за неверия в свои силы и интел-

лектуальные ресурсы, с умышленной недооценкой неприятностей. Относительно адаптивные варианты копинг-поведения – формы поведения, направленные на оценку трудностей в сравнении с другими, придание особого смысла их преодолению, вера в Бога и стойкость в вере при столкновении со сложными проблемами.

По результатам исследования среди когнитивных копинг-стратегий у пациентов чаще встречаются такие неадаптивные стратегии как диссимуляция у 21 % (18 человек), растерянность у 16 % (14 человек), игнорирование у 12 % пациентов (10 человек). Адаптивные копинг-стратегии, такие как установка собственной ценности и сохранение самообладания, выявляются лишь у 6 % (5 человек) и у 5 % обследованных (4 человека) соответственно. 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 неадаптивные стратегии в виде самообвинения у 19 % (16 человек), отступления у 18 % (15 человек) и активного избегания у 14 % пациентов (12 человек).

Среди относительно адаптивных стратегий у пациентов отделения медицинской реабилитации выявились такие копинг-стратегии, как компенсация у 12 % пациентов (11 человек) и отвлечение у 9 % (8 человек). 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.

Эмоциональные 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 выявляемыми были неадаптивные стратегии подавление эмоций (у 26 % пациентов, 22 человека) и покорность (16 %, 14 человек); адаптивные копинг-стратегии оптимизм (у 14 % пациентов, 12 человек); относительно адаптивные – пассивная кооперация (у 11 %, 9 человек).

Таким образом, для зависимых лиц характерно преобладание неадаптивных когнитивных, поведенческих, эмоциональных копинг-стратегий. Следовательно, задачи психокоррекционного воздействия должны включать обучение пациентов стратегиям совладания с ситуацией, т.е. умению сохранять психическое и эмоциональное равновесие в критической ситуации или условиях неопределенности, для осознанного расширения спектра эффективного взаимодействия.

Венгржиновская О.И, Фадеева М.И.

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БЕССОННИЦЫ

Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии, Москва, Россия

Сомнология – очень молодое медицинское направление. Она получила научное обоснование лишь после открытия полисомнографии – объективного метода оценки сна. Но, к сожалению, полисомнография не входит в стандарты оказания ОМС, такого метода нет даже в номенклатуре медицинских услуг. Обучение же сомнологии в России также не входит в стандартные учебные программы медицинских вузов, следовательно, подавляющее большинство российских врачей могут узнать о диагностике или лечению расстройств сна только из дополнительных источников информации.

При этом смертность пациентов в ночное время куда выше, чем в дневное. Кроме того, около 15 % взрослых людей страдают хронической бессонницей. В клинических исследованиях была многократно доказана эффективность когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) при лечении бессонницы.

Необходимость внедрения методики КПТ бессонницы в ядро современной медицины растет с каждым годом. Социальный джетлаг нарушает циркадианные ритмы сна и бодрствования, в результате чего количество пациентов с хронической бессонницей постоянно увеличивается. Несмотря на то, что бессонница кажется безопасным заболеванием и многие пациенты живут с ней на протяжении многих лет, данное состояние значительно снижает качество жизни, увеличивает число производственных травм, риск дорожно-транспортных происшествий. Дневная сонливость влияет на работоспособность и продвижение по карьерной лестнице. А если подходить с экономической стороны вопроса, то дневная сонливость также влияет на скорость выполнения рабочих обязанностей, которая снижается, что ведет к потере эффективного рабочего времени.

В настоящий момент существует несколько этиологических теорий бессонницы: физиологическая, когнитивная, нейрокогнитивная и поведенческая. Общим моментом всех моделей является гиперактивация организма – неспособность сомногенных систем пациента подавить активность бодрствования, а также повышением чувствительности к внешним триггерам. В нервной системе гиперактивация затрагивает лимбическую зону, активирующую кору головного мозга. Влияние же бессонницы на эндокринную систему – это повышение выработки контринсулярных гормонов (кортизола, адреналина, норадреналина и т.д.). В психоэмоциональной сфере гиперактивация нервной системы проявляется невротическими реакциями, повышенной тревожностью и дневной сонливостью.

Гигиена сна является одним из самых основных методов профилактики указанных нарушений. Это свод определенных правил для обеспечения правильного циркадного ритма. В него входят: соблюдение режима сна и бодрствования, ограничение активности за 1-2 часа до сна, отказ от употребления стимулирующих и нарушающих сон препаратов (алкоголь, кофеин, никотин), соблюдение режима приема пищи (не потреблять пищу за 2 часа до сна), комфортные условия в спальне (умеренная температура, влажность, удобные матрас и постельные принадлежности, отсутствие освещения).

Ограничение времени сна используется, чтобы также устранить трудности засыпания. Пациенты с бессонницей привыкли увеличивать продолжительность времени пребывания в постели. Этот метод же наоборот приучает ложиться и вставать в одно время, при этом продолжительность в постели не более 8 часов и менее 5 часов. Происходит укрепление связи между поведением во время сна и связанными со сном местом: продолжительность сна выравнивается за счет сокращения времени, проведенного в постели.

При когнитивной терапии пациент ведет дневник сна, под контролем врача постепенно пересматривает и корректирует свой дневной образ жизни. Происходит постепенная элиминация внешних раздражителей. Целью когнитивной терапии являются психическое воздействие на пациента, постановка перед пациентом последовательные вопросы и целей, отвечая на которые он самостоятельно формулирует, делает верные выводы и видит положительный эффект от терапии. Основные цели, которые ставятся перед пациентом: перестать винить бессонницу в своих дневных неудачах, перестать стараться уснуть (это приводит только к гиперактивации), сформировать реалистичное представление о потребности организма во сне, не придавать огромное значение проблемам со сном, быть готовым сформировать режим сна/бодрствования, соблюдать гигиену сна.

Вторая линия терапии – это применения снотворных лекарственных препаратов. Препаратами выбора для лечения бессонницы являются небензодиазепиновые агонисты ГАМК-рецепторов. Помимо них также используют: ряд нейролептиков, антиконвульсантов, антидепрессантов, и в некоторых случаях – антигистаминные средства. При выборе снотворного средства необходим персонифицированный подбор препарата, особенно для коморбидных пациентов.

Заключение. Таким образом, КПТ бессонницы должна быть первой линией лечения. Инициировать ее возможно еще на этапе обследования пациента. КПТ воздействует на патогенетические факторы возникновения бессонницы и является обоснованным методом ле-

чения при любой форме бессонницы. Помимо этого большинство пациентов также отдают предпочтение именно этому методу в качестве первой линии, фармакотерапия должна применяться при неэффективности КПТ. Крайне важно, чтобы пациент осознавал свою личную ответственность за положительный результат КПТ бессонницы. В настоящее время в России функционируют сомнологические центры, где можно получить квалифицированную медицинскую помощь. Но, к сожалению, таких центров очень мало, не считая центральный регион. КПТ один из видов терапии, которая может проводиться с помощью телемедицины, что дает возможность пациентам из разных регионов получить консультативную помощь дистанционно и начать лечение бессонницы, находясь в привычных условиях дома. Кроме того, необходимо проведение дополнительного обучения заинтересованных врачей по использованию методики КПТ бессонницы, что позволит улучшить качество жизни пациентов.

Воронько Е.А., Колесников Д.А., Чистякова Ю.С., Кондуфор О.В.

**АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И УРОВЕНЬ СОЦИАЛЬНОГО
ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ**
Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки, Луганск, ЛНР

Аффективные нарушения имеют определенную связь с уровнем социального функционирования пациентов в силу демотивационного компонента данных расстройств. Депрессивные расстройства наиболее ярко проявляются в плане снижения повседневной активности больных, однако маниакальная симптоматика также может вносить дезорганизацию в жизнь пациентов. У больных с органическим поражением головного мозга, в частности с алкогольной энцефалопатией, достаточно часто наблюдается эмоциональная лабильность, депрессивная симптоматика, которая входит в структуру психоорганического синдрома. Этот факт может свидетельствовать о роли аффективной патологии в снижении социального функционирования и качества жизни.

Цель исследования: установить влияние депрессивной и маниакальной симптоматики на социальное функционирование пациентов с алкогольной энцефалопатией.

Материал и методы. Было обследовано 22 пациента с алкогольной энцефалопатией, находящиеся на стационарном лечении в отделениях ГУ «Луганская республиканская клиническая психоневрологическая больница» ЛНР. Все пациенты были мужского пола. В ходе исследования нами выделено две группы: 1-я – пациенты с выраженной депрессивной симптоматикой (n=13), 2-я – больные с манией (n=9). Для разделения пациентов на группы применялись Шкала оценки депрессии Монтомери-Асберга (MADRS) и Шкала мании Янга (YMRS). Для оценки социального функционирования использовалась Шкала оценки персонального и социального функционирования (PSP), также была применена Шкала краткой оценки психического статуса (MMSE). Кроме того, с пациентами проводилось клиническое интервью и изучались данные анамнеза. Для статистической обработки в программе STATISTICA 12.5 были использованы U-критерий Манна-Уитни и коэффициент корреляции Спирмена ($p \leq 0,05$).

Результаты и их обсуждение. Пациенты 2-й группы имели более высокие результаты по шкале MMSE (на 4,2 балла больше) и PSP (на 40 баллов больше). Корреляционный анализ позволил установить обратную высокую взаимосвязь балла PSP с MADRS ($r = -0,751$) и среднюю – с YMRS ($r = -0,564$). Кроме того, между баллом MMSE и PSP была выявлена высокая прямая корреляция ($r = 0,795$).

Выводы. Депрессивная симптоматика способна оказывать более негативное влияние на социальное функционирование пациентов с алкогольной энцефалопатией, чем мания, и как следствие этого – снижение мотивации больных к успеху и выздоровлению, разрыв межличностных, внутрисемейных связей.

Высокова В.О., Тювина Н.А.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

*Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова,
Москва, Россия*

В декабре 2019 года в городе Ухань (Китай) были зарегистрированы первые случаи пневмонии, вызванной новым коронавирусом COVID-19. 11 марта 2020 года Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) объявила COVID-19 пандемией (Huang C., Wang Y., Li X., 2020). По состоянию на 17 сентября 2020 года выявлено 216 стран, в которых подтверждены случаи заражения, 29,7 млн. заразившихся и 937 тыс. случаев смерти больных, инфицированных новой коронавирусной инфекцией. Помимо ущерба для соматического здоровья людей, эпидемия COVID-19 оказала влияние и на психическое состояние населения в плане увеличения тревоги и возникновения депрессивных состояний. (Huang Y., Zhao N., 2020).

Пандемия оказала серьезное влияние не только на соматическое здоровье и организацию медицинской помощи, но и на психическое состояние людей. Ограничительные меры, принятые государствами для снижения передачи SARS-CoV-2, были связаны с серьезными социальными и экономическими потрясениями во всем мире. Множество людей оказались в изоляции, были вынуждены перейти на дистанционную работу, расстаться с близкими. Это не могло не оказать негативного влияния на психическое здоровье населения.

При этом в настоящее время отсутствуют данные о клинических особенностях психических нарушений в период эпидемии, а также сравнения течения заболеваний у людей, ранее никогда не обращавшихся к психиатрам и страдающих психическими заболеваниями, диагностированными до эпидемии.

Цели: на основании анализа литературных источников отечественных и зарубежных авторов изучить клинические особенности и факторы риска развития психических нарушений, вызванных эпидемией, среди впервые обратившихся за психиатрической помощью и больных с диагностированными психическими заболеваниями.

Материалы и методы: в обзор было включено более 80 отечественных и зарубежных источников с 2000 по 2021 гг., в том числе научно-исследовательские статьи, литературные обзоры, учебно-методическая литература, клинические рекомендации, авторефераты диссертаций.

Результаты. Психические нарушения во время эпидемии можно разделить на две группы: психические расстройства, вызванные непосредственным влиянием вируса на центральную нервную систему, и нарушения, вызванные психотравмирующими факторами, возникшими во время эпидемии COVID-19: изоляцией, страхом заражения, обилием недостоверной информации, вынужденным расставанием с близкими. Непредсказуемое, быстрое распространение вируса вызывает беспокойство и стресс, что считается естественными психологическими реакциями на резкое изменение состояния среды. При этом психические нарушения могут возникать как у ранее никогда не обращавшихся к психиатрам людей, так и у пациентов с диагностированными ранее психическими заболеваниями.

Одно из первых свидетельств неблагоприятных последствий для психики было выявлено в Ухане, начальном эпицентре вспышки, где ухудшение психического состояния обнаружилось среди медицинских работников, взрослого работающего населения и госпитализированных пациентов с COVID-19. Ввиду того, что COVID-19 распространился в более чем 200 странах, повышенный уровень неблагоприятных психических симптомов наблюдались по всему миру.

В ходе исследований были выявлены несколько факторов риска развития психических нарушений в период эпидемии. Так, женщины, как правило, были более уязвимы для развития симптомов различных форм психических расстройств во время пандемии, включая депрессию, тревогу, посттравматическое стрессовое расстройство и стресс, как сообщалось

в наших включенных исследованиях (Ahmed et al., 2020; Gao et al., 2020; Lei et al., 2020). У лиц моложе 40 лет также наблюдались более выраженные психические нарушения во время пандемии (Ahmed et al., 2020; Gao et al., 2020; Huang and Zhao, 2020). Потеря работы и неопределенность финансовых перспектив, спровоцированные пандемией COVID-19 среди данной возрастной группы, могут быть особенно стрессогенными. Кроме того, значительная часть лиц в возрасте до 40 лет состоит из учащихся, которые также могут испытывать более сильные эмоциональные расстройства из-за закрытия школ, отмены общественных мероприятий, более низкой эффективности обучения с удаленными онлайн-курсами и переносом экзаменов. Люди с хроническими заболеваниями и в анамнезе проявляли больше симптомов тревоги и стресса (Mazza et al., 2020; Ozamiz-Etxebarria et al., 2020; Özdin and Özdin, 2020). В нескольких исследованиях также предполагалось, что значительно более высокий уровень смертности был отмечен у пациентов с диабетом, гипертонией и другими ишемическими заболеваниями сердца. Эти данные заставляют людей с данными хроническими состояниями пребывать в страхе и ожидании надвигающейся угрозы. Кроме того, еще одним практическим аспектом, вызывающим беспокойство у пациентов с ранее существовавшими заболеваниями, может быть отсрочка и недоступность медицинских услуг и лечения в результате загруженности медицинских организаций во время эпидемии (Emami A., Javanmardi F., Pirbonyeh N, Akbari A., 2020).

Во время эпидемии с психическими нарушениями столкнулись люди, никогда ранее не обращавшиеся за помощью к психиатрам. Исследование с участием более 1200 субъектов из почти 200 городов Китая в январе и феврале 2020 года показало, что более половины (54 %) респондентов оценили психологическое воздействие COVID-19 как умеренное или тяжелое; почти треть (29 %) сообщили о симптомах тревоги; менее 1/5 (17 %) сообщили о депрессивных симптомах; и более 75 % респондентов обеспокоены тем, что члены их семей могут быть инфицированы (Wang C., et al., 2020). Другое крупное обследование населения, проведенное в Китае с участием почти 53 000 респондентов, показало, что более 1/3 (35 %) исследуемой популяции испытывали психологический стресс в диапазоне от легкого до умеренного (>29 %) и тяжелого (>5 %) уровней (Qiu J., et al., 2020). Исследование, основанное на подходе On line Ecological Recognition (OER), проанализировало сообщения Weibo от почти 18000 активных пользователей Weibo и определило, что негативные эмоции, например «тревога, депрессия и негодование», усилились после объявления COVID-19 «пандемией», в то время как положительные эмоции, такие как счастье и удовлетворенность жизнью, значительно снизились.

Пациенты с установленным диагнозом психического расстройства значительно больше склонны к ухудшениям в период эпидемии. Снижение когнитивных функций, низкий уровень осведомленности, нарушение оценки риска и снижение заботы о личной гигиене могут увеличить шансы заражения инфекцией у данной категории. Кроме того, социальная дискриминация психических расстройств делает лечение пациентов с COVID-19 и психическими расстройствами более сложным. Пациенты с психическими нарушениями также склонны к рецидивам или ухудшению ранее существовавших симптомов. Например, люди с обсессивно-компульсивными расстройствами (ОКР) могут практиковать частые проверки температуры тела; или могут предпринять несколько попыток проглотить слюну, чтобы проверить боль в горле как симптом COVID-19. Мытье рук, являющееся основной мерой предосторожности для предотвращения передачи COVID-19, еще больше усугубляет страдания пациентов с ОКР. Это же касается и других психических расстройств, к ухудшению течения которых приводит эпидемия.

Заключение. Изучение влияния масштабных эпидемий инфекционных заболеваний в настоящее время как никогда актуально. Пандемия COVID-19 продолжается, нарастают социально-экономические последствия и, как следствие, наблюдается рост развития психических нарушений у различных групп населения. В настоящее время отсутствуют сравнительные исследования клинических особенностей психических расстройств в период эпидемии у впервые заболевших и у людей с диагностированными ранее психическими расстройствами.

Понимание этих особенностей обеспечит основу для разработки медицинских мероприятий, направленных на предотвращение и лечение психических заболеваний в период эпидемий, а также обеспечения своевременной и надлежащим образом адаптированной поддержки психического здоровья с помощью групп горячей линии, средств массовой информации, специалистов в области психического здоровья.

Голыгина С.Е., Сахаров А.В., Бродягина И.В.

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ДИСТАНЦИОННОМ ОБУЧЕНИИ

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

В современном обществе особую значимость приобрела задача сохранения психического здоровья студенческой молодежи. Состояние здоровья молодежи – важнейший показатель благополучия государства, не только отражающий настоящую ситуацию, но и дающий прогноз на будущее, т.к. именно подрастающее поколение представляет собой ближайший человеческий потенциал общества (Говорин Н.В. и др. 2014-2018). Высокая частота встречаемости невротических расстройств у учащихся вузов обусловлена психоэмоциональными нагрузками, неизбежными столкновениями со стрессовыми ситуациями, связанными не только с учебным процессом, но и с взаимоотношениями между сокурсниками и преподавателями (Бухановская О.А., 2020). Специфические условия трудовой деятельности, быта и образа жизни студентов отличают их от всех других категорий населения и делают эту группу уязвимой (Солдаткин В.А. и др., 2012, Бохан Н.А. и др., 2010-2017, Сахаров А.В. и др., 2014-2018). Помимо перечисленных факторов риска развития невротических расстройств, нынешний учебный год в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции был сопряжен с изменениями формата обучения студентов, что так же могло повлиять на психическое здоровье обучающихся.

В настоящее время стало актуальным изучение вопросов психологического благополучия обучающихся, столкнувшихся с необычным для них дистанционным форматом обучения. Отсутствие прямого контакта преподаватель-студент, возросшая роль самоорганизации и самоконтроля, неравные технические возможности – все это может приводить к проблемам адаптации, и, в свою очередь, стать причиной формирования невротических расстройств.

Цель работы: изучение частоты встречаемости невротических расстройств у студентов, находящихся на дистанционном обучении.

Материалы и методы. Сплошным методом анонимно было проведено онлайн-анкетирование студентов 4-6 курсов лечебного факультета Читинской государственной медицинской академии. Частота невротических расстройств определялась с помощью клинического опросника выявления и оценки невротических состояний К.К. Яхина и Д.М. Менделевича. Всего в исследование было включено 125 студентов: 4 курс – 45, 5 курс – 50, 6 курс – 30 человек в возрасте от 20 до 28 лет (средний возраст $22,1 \pm 0,12$ лет). Студенты женского пола составили 81,6 %, мужского – 18,4 %. В период дистанционного обучения проживали с семьей – 32 %, с родителями – 31,2 %, одни – 16 %, сожительствовали – 8,8 %, с друзьями – 8,8 %, в общежитии – 3,2 % опрошенных. Группой сравнения выступали 145 студентов медицинской академии, опрошенные ранее в период очного обучения. Группы были полностью сопоставимы по полу и возрасту. Для создания онлайн-опросника использовался сервис Google Forms.

Результаты. При анализе полученных данных по опроснику Яхина-Менделевича выявлено следующее: у 52,8 % были диагностированы невротические расстройства, ещё у 5,6 % имелись предболезненные невротические состояния, у 41,6 % всех обследованных отсутствовали признаки невротических нарушений.

Если рассматривать структуру невротических расстройств у всех включенных в исследование, то тревожные расстройства были выявлены у 40,8 %, у 20,8 % показатели по шкале

тревоги соответствовали пограничному уровню невротических расстройств, уровень психического здоровья по данной шкале составил 38,4 %. По шкале невротической депрессии у 52,8 % студентов выявлено состояние расстройства, предболезненное состояние обнаружено у 9,6 %, психическое здоровье – у 37,6 %. Астенические расстройства имелись у 40,8 %, пограничный уровень – у 19,2 %, отсутствовали данные расстройства – у 40 %. Конверсионные расстройства были установлены у 42,4 % студентов, предболезненное состояние у 22,4 %, у 35,2 % показатели соответствовали норме. Обсессивно-фобические нарушения обнаружены у 44 % студентов, у 16,8 % отмечается пограничный уровень расстройства по данной шкале, у 39,2 % показатель соответствует психическому здоровью. Вегетативные нарушения выявлены у 45,6 % респондентов, у 8 % имеется предболезненное состояние, у 46,4 % показатели соответствуют нормативным пределам.

Полученные результаты мы сравнили с частотой невротических расстройств у студентов старших курсов ЧГМА, обследованных в период обучения в традиционном очном формате. Невротические нарушения отсутствовали у 44,6 % всех обследованных, у 35,3 % были диагностированы невротические расстройства ($p < 0,01$), еще у 20,1 % имелись предболезненные невротические состояния ($p < 0,001$). В структуре расстройств преобладали обсессивно-фобические (19,1 %), тревожные (16,5 %) и депрессивные (15,3 %).

Заключение. Выявлено, что более чем у половины студентов имеются признаки сформированных невротических нарушений, которые в большинстве случаев представлены невротической депрессией, обсессивно-фобическими, вегетативными и тревожными расстройствами. Частота встречаемости невротических расстройств у студентов возросла в 1,5 раза в период дистанционного обучения, при этом структура определяемых расстройств существенно не изменилась.

Гребень Н.Ф.

СУБЪЕКТИВНЫЙ ОБРАЗ «Я» И ЕГО ОСОБЕННОСТИ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь

Люди, страдающие алкогольной зависимостью, относятся к стигматизированной группе населения, за которой закреплен комплекс негативных стереотипов и представлений. Зависимые воспринимаются как опасные и непредсказуемые, безвольные, ненадежные, живущие за чужой счет, нуждающиеся в принудительном лечении (Schomerus G. et al., 2011). В общественном представлении алкогольная зависимость не является болезнью, а зависимые оцениваются как добровольно потерявшие контроль, поэтому не заслуживающие сочувствия и вызывающие злость, отвращение и тревогу (Luoma J. et al., 2014), как проблемные пациенты (Ronzani T. et al., 2009; Жук А.Н., 2009). Стигматизирующие представления включают восприятие зависимых как неспособных к излечению, запущенных и «грязных», лживых и манипулирующих, агрессивных (Boekel L. et al., 2013). Стигматизирующие представления разделяют как врачи общего профиля, так и наркологи, что отрицательно сказывается на качестве медицинского обслуживания и затрудняет доступ зависимых к профессиональной помощи (Ерофеева П.А., 2016).

Множество исследований, посвященных изучению особенностей личности зависимых от алкоголя, сконцентрировано на выявлении преморбидной личностной патологии и дальнейшей личностной деградации, развивающейся на фоне течения заболевания. Патологические изменения структуры личности обнаруживаются на уровне мотивационно-потребностной, аффективной, когнитивной сфер, самосознания. По мнению Е.А. Мороковой (2013), нарушения самосознания и самооценки занимают одно из центральных мест в структуре личностных нарушений больных алкоголизмом, а в значительной части случаев являются предшественниками обращения к алкоголю.

Обзор научных статей показывает, что самосознание лиц с алкогольной зависимостью редко являлось предметом эмпирических исследований, в особенности с нейтральных позиций (без установки на выявление патологического фактора).

В.В. Столин (1983) характеризует самосознание как совокупность психических процессов, благодаря которым происходит выделение личности из окружающего мира, проявление ее внутренней сущности, изменение отношения к прошлому, настоящему и будущему. Представление о себе, образ «Я» являются продуктом самосознания личности и оказывают сильное влияние на ее жизненный путь.

Целью данного исследования было изучение особенностей представлений о себе, доминирующего типа межличностных отношений у лиц, страдающих алкогольной зависимостью.

Материал и методы исследования. Исследуемая выборка состоит из 237 человек, страдающих алкогольной зависимостью и пребывавших на лечении в ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», средний возраст $38,9 \pm 6,4$ лет. Контрольную выборку составили 62 условно здоровых человека из общей популяции г. Минска, не злоупотребляющие алкоголем, средний возраст $36,8 \pm 6,4$ лет. В исследуемой и контрольной выборках преобладали мужчины. Для достижения поставленной цели применялась методика «Диагностики межличностных отношений» (ДМО), адаптированная Л.Н. Собчик.

Статистическая обработка данных включала в себя подсчет описательных статистик, частотный анализ, критерий U Манна-Уитни для оценки различий между двумя независимыми выборками. Статистический анализ данных осуществлялся с применением программ статистического пакета SPSS 17.0.

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно полученным результатам, лица с алкогольной зависимостью характеризуют себя как людей добрых, бескорыстных, сострадательных, готовых помогать окружающим, даже жертвуя своими интересами (VIII октант, $M=9,8$); стремящихся к сотрудничеству с другими людьми, общительных, ориентированных на принятие и социальное одобрение, стремящихся «быть хорошими» для всех (VII октант, $M=9,1$); требующих к себе уважения и желающих иметь авторитетную позицию (I октант, $M=7,9$). В наименьшей степени им присущи такие черты как подозрительность, скептицизм, критичное отношение к окружающим событиям и людям (IV октант, $M=6,1$); эгоистичность, самодовольство, склонность к соперничеству (II октант, $M=6,4$). Соответственно, доминирующими типами межличностных отношений зависимых от алкоголя людей являются VIII. Альтруистический (1 ранг), VII. Дружелюбный (2 ранг) и I. Авторитарный (3 ранг). Несмотря на доминирование VII и VIII октантов, свидетельствующих о склонности к компромиссам, конгруэнтности и ответственности в контактах с окружающими, межличностные отношения зависимых от алкоголя лиц все же чаще являются дезадаптивными и негармоничными. Так, превышение нормативных значений по шкалам составляет от 19 до 70 %, и в большей степени касается VII и VIII октантов.

Сравнительный анализ исследуемой и контрольной групп показал, что по 7 октантам из 8 средние значения выше у зависимых от алкоголя лиц. Исключение составило среднее значение по октанту IV. Подозрительный, что указывает на большую выраженность данного типа межличностных отношений у здоровых. Статистически значимые различия были получены по следующим октантам: I. Авторитарный ($U=4801$; $p=0,001$), VI. Зависимый ($U=5085$; $p=0,001$), VII. Дружелюбный ($U=5399$; $p=0,001$), VIII. Альтруистический ($U=4483$; $p=0,001$). Это позволяет охарактеризовать лиц с алкогольной зависимостью по сравнению со здоровыми, как людей в большей степени стремящихся к доминированию путем навязывания своей воли или дружеского. Одновременно они являются и более зависимыми от других, чем здоровые.

Следует отметить, что представленный образ себя зависимых от алкоголя недостаточно согласованный и отчасти противоречивый. Вероятно, в реальный образ «Я» вошли желаемые черты, либо стремление презентовать себя в наиболее благоприятном свете. Является ли это результатом нарушения критичности, характерной для лиц с алкогольной зависимостью,

либо это актуализировались значимые и неудовлетворенные потребности – вопрос, требующий дальнейшего изучения. Мы также допускаем, что это может быть и преморбидный образ «Я», не претерпевший соответствующих качественных и количественных изменений по мере взросления и развития алкогольной зависимости.

Схожие данные, с применением этой же методики, были получены на российской популяции. По данным Д.В. Кущёва (2012), ведущими типами построения межличностных отношений у алкогользависимых оказались Покорно-застенчивый/Подчиняемый, Сотрудничающе-конвенциональный/Дружелюбный и Ответственно-великодушный/Альтруистический. В исследовании Н.И. Зенцовой (2012) также доминантными оказались VIII. Альтруистический (1 ранг, M=9,9), VII. Дружелюбный (2 ранг, M=8,9) и I. Авторитарный (3 ранг, M=8,7) октанты, при этом было зафиксировано больше различий с контрольной группой (по 6 октантам). Однако, вывод к которому пришла автор отличается: «зависимые от алкоголя, обладают негативной, противоречивой и деформированной «Я-концепцией». Мы же считаем, что страдающие от алкогольной зависимости имеют, как и большинство людей, позитивные представления о себе. Возможно их «драма» заключается в том, что еще в преморбиде их хорошие черты не были «рассмотрены» и «востребованы» окружающими, а нынешние отношения определяет стигматизированный образ алкоголика. Ведь не случайно одним из ведущих мотивов употребления алкоголя является «выпить за компанию» и в компании, указывающий на значимость базовой потребности в социальном принятии, что не противоречит актуализированному образу «Я».

Таким образом, результаты исследования показали, субъективный образ «Я» лиц с алкогольной зависимостью окрашен положительно, они воспринимают себя как людей дружелюбных, готовых прийти на помощь и доверять людям, нуждающихся в социальном принятии и одобрении. В отличие от здоровых, для них более значимо доминирование в обществе и одновременно большая зависимость от других людей, что указывает на противоречивость образа «Я» и наличие внутриличностных конфликтов. Полагаем, что оперирование к выявленным представлениям о себе лиц с алкогольной зависимостью, может быть успешно использовано при проведении коррекционных программ и, в целом, расширяет границы понимания психологических причин алкогольной аддикции.

Дубинин О.П.

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ В 2020 ГОДУ

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

По данным статистического наблюдения в 2019 году в Забайкальском крае зарегистрировано 18258 пациентов с наркологической патологией, что составляет 1,7 % от всего населения края (РФ 2019 г. – 1,5 %).

Большинство зарегистрированных – потребители алкоголя – 12845 человек (70,4 % от общего числа зарегистрированных), потребители наркотических веществ – 5239 человек (28,7 %), потребители ненаркотических веществ – 174 человека (0,9 %).

Общая заболеваемость наркологическими расстройствами в 2020 году составила 1722,9 на 100 тыс. населения, что ниже данного показателя 2018 года (1930,9) на 10,7 % и выше и выше на 33,2 % показателя РФ (1293,4), но ниже ДФО (1899,1) на 9,3 %.

В 2020 году показатель первичной заболеваемости всеми наркологическими расстройствами в крае составил 183,0 на 100 тыс. населения, в сравнении с 2019 годом (238,9) заболеваемость снизилась на 23,4 %, но остается выше данного показателя по РФ (111,2) на 64,6 % и ниже показателя по ДФО (203,1) на 9,9 %. Суммарный показатель первичной заболеваемости синдромом зависимости от алкоголя и алкогольными психозами в 2020 году по краю составил 77,0 на 100 тысяч населения, что ниже соответствующего показателя 2019 года (96,7) на

20,4 % и показателя по ДФО (92,6) на 16,8 %, но выше показателя по РФ (51,9) в 1,5 раза. В 2020 году показатель первичной заболеваемости синдромом зависимости от наркотических веществ составил 8,7 на 100 тысяч населения, что ниже показателя за 2019 год на 38,3 % (14,1), ниже показателя по РФ (9,9) на 12,1 % и показателя по ДФО (19,6) в 2,3 раза. Показатель заболеваемости употребления наркотических веществ с вредными последствиями в сравнении с 2019 г. (85,3) снизился на 22,3 % и составил в 2020 г. 66,3 на 100 тыс. населения. Данный показатель выше российского (19,9) в 3,3 раза, выше показателя по ДФО (51,4) в 1,3 раза.

Наркологическая служба Забайкальского края представлена ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер», 4 стационарными отделениями в медицинских организациях Забайкальского края, а также 32 наркологическими кабинетами, расположенными в районах края.

На территории Забайкальского края на 01.01.2021 года развернуто 156 наркологических коек круглосуточного пребывания, из них 120 на базе ГАУЗ ЗКНД и суммарно 36 коек в 4 районах края (ГАУЗ «Краевая клиническая больница № 4» – 8 коек, ГУЗ «Балейская ЦРБ» – 8, ГУЗ «Борзинская ЦРБ» – 10, ГУЗ «Петровск – Забайкальская ЦРБ» – 10 коек). Показатель обеспеченности населения Забайкальского края наркологическими койками составил 1,47 на 10 тыс. населения (РФ – 1,35; ДФО – 1,62). Занятость круглосуточной наркологической койки в 2020 году в стационарах Забайкальского края снизилась по сравнению с 2019 годом (320,3) на 14,6% и составила 273,4 дней в году (ДФО – 331,0; РФ – 313,0). Средняя длительность пребывания пациента на койке – 9,6 койко-дней (ДФО – 11,2; РФ – 12,1). Оборот койки – 28,5. Больничная летальность – 0,4. В 2020 году в стационарах Забайкальского края пролечено 2877 пациентов с наркологическими расстройствами, умерло – 13.

Снижение показателей работы круглосуточной наркологической койки связано с закрытием отделений №1, №2 ГАУЗ ЗКНД на карантин, временным открытием на базе отделений моностационара на 180 коек, провизорного и обсервационного отделений в связи с эпидемиологической обстановкой по коронавирусной инфекции.

В 2020 году в Забайкальском крае работал 51 врач психиатр-нарколог (физическое лицо). Показатель обеспеченности населения врачами психиатрами-наркологами составил 0,48 на 10 тысяч населения (РФ – 0,35; ДФО – 0,44). По состоянию на 01.01.2021 года в медицинских организациях края предусмотрено 73,25 штатных должностей врачей психиатров-наркологов, занято – 64,75. Таким образом, укомплектованность штатами врачами психиатрами-наркологами составила 88,4%. Коэффициент совместительства врачей психиатров-наркологов в 2020 году составил 1,3 (РФ – 1,5, ДФО – 1,6).

Все врачи психиатры-наркологи имеют сертификаты специалистов, средние медицинские работники – сертификаты специалистов, а также – свидетельства об аккредитации. Из 51 врача психиатра-нарколога высшую аттестационную категорию имеют 17 врачей (33 %), первую – 9 (18 %), вторую – 7 (14 %). Процент аттестованности врачей психиатров-наркологов – 64,7 %.

В 2020 году наблюдалось уменьшение нагрузки на врачебную должность врача психиатра-нарколога на амбулаторном приеме. Функция врачебной должности уменьшилась с 7537 посещений в 2019 г. до 6197 посещений в 2020 году. Доля посещений по поводу заболевания и реабилитации в 2020 году составила 21,6 % в общем числе посещений (2019 г. – 21,4 %), РФ – 27,8 %, ДФО – 28,8 %

В 2020 году 774 пациента с наркологическими расстройствами были включены в амбулаторные программы реабилитации, что составило 5,1 % от общего числа пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении на конец года (ДФО – 10,1 %; РФ 2019 – 5,5 %). Успешно завершили реабилитационную программу 352 пациента или 45,5 % от числа включенных (ДФО – 52,3 %; РФ – 53,6 %). Отказались от реабилитации 25 пациентов, на 69,9 % меньше, чем в 2019 году.

Число пациентов, проходивших стационарную реабилитационную программу в 2020 году, составило 133 человека, что составило 4,3 % от числа проходивших стационарное ле-

чение (ДФО – 8,5 %; РФ – 5,4 %). Успешно закончили стационарный этап реабилитации 65 человек или 48,9% от числа включенных (ДФО – 85,6 %; РФ – 85,9 %). После прохождения стационарной реабилитации было направлено для прохождения амбулаторного ее этапа 65 человек, или 100% от числа успешно завершивших стационарный этап реабилитации.

Одними из основных показателей, характеризующих качество оказания наркологической помощи по конечному результату, являются уровень ремиссий и прекращение диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением (стойким улучшением), а также повторность госпитализаций. Для оценки эффективности работы наркологической службы установлены единые целевые показатели (индикаторы).

Число больных наркоманией, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет, на 100 больных среднегодового контингента в 2020 году в Забайкальском крае составило 12,4, что на 0,8 % ниже показателя по РФ (12,5). Число больных наркоманией, находящихся в ремиссии свыше 2 лет, составило 12,1, что выше на 7 % показателя по РФ (11,3). Число больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет, и свыше 2 лет на 100 больных среднегодового контингента в 2020 году в Забайкальском крае были на уровне средних показателей по РФ (13,4 и 10,8 соответственно). Доля больных алкоголизмом, повторно госпитализированных в течение года в стационары по Забайкальскому краю, составила 17,7 %, что на 35 % ниже соответствующего показателя по РФ (27,3). Доля больных наркоманией, повторно госпитализированных в течение года по краю, составила 10,8 %, что в 2,7 раза ниже соответствующего показателя по РФ (29,2).

Показатели прекращения диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением (длительным воздержанием) в 2020 г. по Забайкальскому краю составили: у больных алкоголизмом – 4,6 (РФ – 3,6); у больных наркоманией – 9,1 (РФ – 4,7); у больных токсикоманией – 9,0 (РФ – 5,6).

Таким образом, представленные показатели в определенной степени характеризуют деятельность наркологической службы Забайкальского края, которая функционирует в соответствии с современными принципами организации, предусматривающими наличие комплексной и многоуровневой системы оказания медицинской помощи больным наркологического профиля.

Евтушенко Е.И., Титиевский С.В., Токарева А.С., Панченко Д.Р., Цива О.В., Лепшина Е.А.

ОСОБЕННОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ, ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ У НАСЕЛЕНИЯ ВОЕННОГО РЕГИОНА

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Городская психиатрическая больница № 1

Республиканская клиническая психиатрическая больница, Донецк, ДНР

В течение последних семи лет на Донбассе ведутся боевые действия. Идут обстрелы, рвутся снаряды, гибнет мирное население. Постоянными обстрелами разрушены дома, детские сады, школы, церкви, магазины, вокзалы, аэропорт. Гусеницами военной техники изуродованы дороги. Из средств массовой информации постоянно доносятся агитация и пропаганда. Нарастает финансово-экономический кризис. Перспективы разрешения политического кризиса крайне туманны. Очень плохо молодое население нашего региона переносит ограничения связанные с комендантским часом. Количество пациентов в психиатрических клиниках неумолимо растёт. Основными жалобами являются: плохое настроение, плохой сон, тревога, страхи, чувство внутреннего беспокойства, и чувство душевного дискомфорта.

Цель работы: изучить какие причины и факторы риска провоцируют рост количества аффективных расстройств населения современного Донбасса; каковы особенности течения и клинического прогноза этих расстройств; каковы нюансы терапии депрессивной и тревожно-депрессивной патологии у населения, проживающего в зоне локального военного конфликта.

Материал и методы. Исследование проводилось в течение пяти лет с 2015 года по 2019 год, в доковидный период времени, на базе стационарных (группа тяжелых нозологических

единиц с острым течением, требующих постоянного круглосуточного динамического наблюдения со стороны медицинского персонала) и амбулаторных (группа более мягких расстройств психики, не требующих постоянного наблюдения со стороны медицинского персонала) подразделений Городской психиатрической больницы № 1 города Донецка. Каждый пациент, принявший участие в исследовании давал добровольное осознанное письменное согласие на участие в нем, и имел возможность выйти из исследования без объяснения причин. Все пациенты, участвовавшие в исследовании, были на момент принятия под наблюдение старше 18 лет, дети и подростки в этом исследовании участия не принимали. Общее количество принявших участие 218 пациентов.

По нозологическим единицам следующее распределение: рекуррентное депрессивное расстройство – 91 (41,7 %) пациент; генерализованное тревожное расстройство – 78 (35,7 %) пациентов; расстройства со смешанной тревожно-депрессивной симптоматикой – 49 (22,6 %) пациентов. По гендерному признаку было следующее разделение: мужчин 89 (40,8 %), женщин 129 (59,2 %). По социальному статусу следующее разделение: работающие – 23 (10,5%) человека; неработающие – 195 (89,5 %) человек. По наличию группы инвалидности: не инвалиды – 91 (41,7 %) пациент; инвалиды – 93 (42,6 %) пациента; получившие группу инвалидности в ходе исследования – 34 (15,7 %) пациента. Пациенты, получавшие медикаментозную терапию бесплатно, из фондов гуманитарных конвоев Российской Федерации 102 (46,8 %) человека; пациенты, приобретающие все необходимые препараты самостоятельно, 7 (3,2 %); пациенты, получавшие медикаменты как бесплатно, так и на платной основе, 109 (50 %) человек. Всё медикаментозное лечение назначалось строго в соответствии с действующими клиническими локальными протоколами. Пациенты, у которых возникали нежелательные побочные эффекты, выводились из исследования незамедлительно. Наряду с медикаментозной терапией (антидепрессанты, анксиолитики, тимостабилизаторы, гипнотики), применялись и методы психотерапевтического лечения. Такие, как рациональная когнитивная психотерапия, поведенческая личностная психотерапия, и другие виды психотерапевтической коррекции поведения. С нашими пациентами постоянно работают клинические медицинские психологи. В каждом подразделении нашей больницы работает одно физическое лицо психолог. Профилактические меры индивидуальной гигиены психического здоровья, как ограничительного характера (воздержание от алкоголя и наркотиков, снижение просмотров средств массовой информации, ограничение количества политической информации, полный отказ от любой информации, носящей агитационный и пропагандистский характер), так и рекомендательного характера (регулярные занятия физической культурой и спортом, пешие прогулки, общение с друзьями в реальной жизни, но не в интернете, воспитание и активное общение с домашними животными) применяются нами постоянно и регулярно для пациентов всех групп. Эти профилактические меры получили очень хорошие отзывы со стороны пациентов и их семей.

Результаты и обсуждение. При проведении клинических осмотров пациентов принимавших участие в исследовании, 203 (93,1 %) пациента сообщили, что «виноваты обстрелы» в общем ухудшении психического состояния; ухудшение настроения связывают с «война виновата, людей сколько поубивало» 202 (92,6 %) пациента; причиной наличия постоянной тревоги и чувства внутреннего дискомфорта 207 (94,9 %) пациентов называют комендантский час и «постоянную стрельбу»; в 100 % случаев пациенты объясняли затянувшийся по времени период выхода из болезненного состояния «если бы не война, я давно бы выздоровел». Все полученные нами результаты говорят об одном: хронический стресс военного времени является главным фактором риска и основной причиной появления и распространенности аффективных расстройств, увеличения сроков длительности течения острого и подострого периодов болезни, утяжеления депрессивных и тревожных симптомов заболеваний, увеличения среднесуточных дозировок медицинских препаратов назначаемых пациентам.

Выводы. Проведённое нами исследование позволяет сделать заключение о том, что длительное пребывание в зоне воздействия хронического военного стресса необратимо ведёт

к увеличению количества пациентов, страдающих аффективной патологией. Утяжеляются и углубляются симптомы этих расстройств, их клинический прогноз ухудшается, формируются необратимые, тяжелые нейрокognитивные дефицитарные симптомы, что ведёт к более частому и более раннему выходу на инвалидизацию. Медикаментозное лечение такой патологии требует увеличения среднесуточных доз препаратов, введение в схему лечения дополнительных, новых для пациентов медикаментов, усиление и учащение сеансов психотерапевтической коррекции, более длительной работы с клиническими медицинскими психологами, более строгого соблюдения ограничительных и рекомендованных мер индивидуальной профилактики психического здоровья.

Ермилов О.В., Ромасенко Л.В., Третьяков А.Ю.

ОСОБЕННОСТИ ЗНАЧЕНИЙ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

*Белгородский государственный национальный исследовательский университет
Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа
Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского, Белгород, Москва, Россия*

Проблема нарушений углеводного обмена, несмотря на нынешние, более совершенные, чем ранее, диагностические и лечебные программы, по-прежнему сохраняет свою актуальность у больных шизофренией. В силу специфичности патогенетических механизмов психического расстройства высшие нейрогенные функции здесь оказываются значительно нарушены. Так, патофизиологическая роль гиппокампа в развитии инсулинорезистентности дополняется его непосредственным вкладом в прогрессивность шизофрении, начиная уже с продромальной фазы. Указанное своеобразие эндогенных предпосылок связи «психоз - метаболический синдром» обуславливает еще и экзогенный модулятор – практика продолжительной или эпизодической лекарственной терапии шизофрении. Часто развитию нарушений углеводного обмена и сахарного диабета 2 типа предшествуют эпизоды скрытой гипергликемии, о длительности которой можно судить по уровню гликированного гемоглобина (HbA1c).

Цель исследования: определение уровней HbA1c у пациентов, страдающих шизофренией, и сравнение полученных результатов с данными, полученными в группе психически здоровых лиц без нарушений углеводного обмена.

Материалы и методы. В исследование включали пациентов с шизофренией и психически здоровых лиц без нарушений углеводного обмена. Основную группу составили 87 больных шизофренией, в том числе 41 (47 %) мужчина и 46 (53 %) женщин, контрольную – 66 пациентов (29 (44 %) мужчин, 37 (56 %) женщин). Из 87 пациентов основной группы 36 получали атипичные нейролептики, остальные 51 использовали нейролептики первого поколения. У всех пациентов определяли уровень HbA1c. Для сравнения применяли t-критерий Стьюдента, T-критерий Манна–Уитни при парном сравнении. В случаях, когда с помощью критерия Крускала-Уоллиса обнаруживались различия нескольких выборок, их сравнивали по критерию Данна. Различие показателей считали статистически значимым при $p < 0,05$.

Результаты. В пределах группы психически больных уровни HbA1c у пациентов, получавших атипичные нейролептики, были существенно выше, чем его значения у получавших нейролептики первого поколения ($p < 0,001$). Данная особенность характеризовала как группу мужчин ($p = 0,026$), так и женщин ($p = 0,025$). При сравнении результатов всей когорты психически больных с контрольной группой, отмечены более низкие значения HbA1c при шизофрении ($p < 0,001$).

В ходе анализа антропометрических характеристик выявлено, что в контрольной группе показатели роста, веса и индекса массы тела были несколько выше. Поэтому, в дальнейшем обе группы были уменшены при уравнивании по основным демографическим и антро-

пометрическим характеристикам, чтобы исключить влияние этих факторов на получаемые результаты. Основная группа в итоге составила 43 пациента (25 (58 %) мужчин, 18 (42 %) женщин), а в контрольную включены 36 испытуемых (17 (47 %) мужчин и 19 (53 %) женщин).

При сравнении результатов всей когорты психически больных с контрольной группой, отмечены более низкие значения HbA1c при шизофрении ($p=0,059$), причем достигалось это в большей степени за счет той части пациентов, которая получала нейролептики первого поколения ($p=0,002$). Наоборот, у больных, использующих атипичные, концентрация HbA1c приближалась к значениям психически здоровых лиц ($p>0,05$).

В качестве возможного условия подобной трансформации может выступать фактор психофармакотерапии нейролептиками первого поколения. К примеру, ранее доказано, что ряд их (галоперидол и др.) при длительном приеме способен снижать средние значения HbA1c, модулируя активность дегликирующих и/или антигликирующих систем в ситуации психиатрической патологии. В свою очередь, атипичные нейролептики могут способствовать состояниям гипергликемии у данного контингента пациентов, и, как следствие, росту значений HbA1c.

Заключение. Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что группу психически больных пациентов характеризуют меньшие уровни HbA1c. То есть, в условиях отсутствия нарушений углеводного обмена атипичные нейролептики способствуют росту значений HbA1c, что необходимо принимать во внимание для правильной трактовки показателя у больных шизофренией.

Ерощенко М.Л., Аркус М.Л., Сеньшинов И.В., Еганов А.А., Клименко Т.В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОВОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИЗДЕЛИЯ – ХРОМАТОГРАФ ЖИДКОСТНОЙ ПОРТАТИВНЫЙ «БЛИЗАР СДТ» ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ УРОВНЯ УГЛЕВОД-ДЕФИЦИТАРНОГО ТРАНСФЕРИНА (СДТ)

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

Актуальность исследования. В соответствии с современными представлениями Всемирной организации здравоохранения употребление алкоголя даже в малых дозах наносит вред организму человека. При этом употребление более 60 грамм этанола в день в пересчете на абсолютный спирт рассматривается как злоупотребление алкоголем, а употребление данного количества алкоголя ежедневно на протяжении 5-7 дней и более рассматривается как хроническое злоупотребление.

В рамках профилактики рискованного употребления алкоголя населением страны и защиты общества от рискованного поведения лиц в состоянии алкогольного опьянения и лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения вследствие употребления алкоголя последние годы приказами Минздрава России расширяется число профилактических медицинских осмотров, целью которых является выявление данной категории лиц.

Чаще всего рискованное потребление алкоголя устанавливается путем измерения концентрации этанола в крови, моче и его паров в выдыхаемом воздухе. Однако диагностические возможности данного метода весьма ограничены, поскольку из-за быстрого выведения этанола из организма данный подход дает отрицательный результат уже спустя сутки после последнего потребления алкоголя. Это ограничивает возможности использования данного метода для контроля за потреблением алкоголя в течение более длительного времени. Более перспективными в этом отношении представляются метаболиты алкоголя, образующиеся по неокислительному пути, а также другие изученные биомаркеры, появляющиеся в организме вследствие токсического воздействия этанола на печень и внутренние органы.

В Российской Федерации из всех известных прямых и непрямых маркеров потребления алкоголя в широкой клинической практике для мониторинга хронического злоупотребления

алкоголем все чаще стало использоваться определение фракции трансферрина – углеводдефицитный трансферин (CDT). Приказами Минздрава России исследование CDT введено в перечень обязательных обследований при проведении многих видов медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и в порядок диспансерного наблюдения врачом психиатром-наркологом за лицами с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя. Для проведения данного исследования медицинские наркологические организации используют автоматическую систему капиллярного электрофореза Minicap (Sebia, Франция) и необходимые для производства данного исследования импортные реактивы.

Государственной программой Российской Федерации «Развитие промышленности и повышение ее конкурентоспособности», утвержденной Правительством Российской Федерации 15 апреля 2014 г. № 328), была сформулирована стратегия импортозамещения используемого в стране оборудования и технологий, реализация которой становится все более актуальной в условиях санкционной политики в отношении Российской Федерации.

В соответствии с данной стратегией было проведено сравнительное исследование автоматической системы капиллярного электрофореза Minicap (Sebia, Франция) и нового медицинского изделия – хроматограф жидкостной портативный «Близар CDT» (ООО «НПО Близар», Россия) в аспекте их сопоставимой эффективности по установлению уровня CDT в биологическом материале лиц с различным объемом потребления алкоголя.

Материал и методы исследования. Для исследования использовалось 210 проб биологического материала (кровь): 1) 32 образца от условно здоровых лиц (группа 1); 2) 96 образцов от больных алкогольной зависимостью в день их госпитализации для лечения синдрома отмены алкоголя в клинику ННЦ наркологии – филиал «ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России (Центр) (группа 2); 3) 82 образца от больных алкоголизмом после завершения лечения синдрома отмены алкоголя (группа 3) Все образцы были кодированы цифровым шифром и для проведения сравнительного исследования разделены на два. В итоге образовалось две аликвоты: образцы аликвоты А предназначались для анализа методом капиллярного электрофореза, образцы аликвоты Б – для анализа на «Близар CDT». Процедура отбора и подготовки проб сыворотки крови была выполнена в соответствии с требованиями ГОСТ Р 53079.4-2008. Все полученные образцы были заморожены (-20°C) и направлены в ГУЗ «Тульский областной наркологический диспансер № 1», где они анализировались в лабораторных условиях в рандомном порядке. Обработка и визуализация полученных данных осуществлялась в интегрированной среде R-Studio. Проведено статистическое сравнение результатов анализа образцов: средняя величина относительной ошибки (математическое ожидание); диапазон изменения ошибки; характер распределения. Информация о соответствии аликвот образцам проб раскрывалась после проведения статистической обработки данных для обеспечения прозрачности исследования.

Результаты исследования. Установлена высокая степень совпадения измеряемых величин для исследуемого медицинского изделия «Близар CDT» и прибора сравнения Minicap при анализе CDT в сыворотке крови человека. Коэффициент корреляции, рассчитанный по критерию Пирсона, составляет 0,98 ($\text{cor}=0,98$) с уровнем значимости $p<0,05$.

В образцах группы 2 и 3 (больные алкоголизмом) приборы показали близкие результаты с коэффициентом корреляции 0,98 с уровнем значимости $p<0,05$. Между измерениями уровня CDT в сыворотке крови методом капиллярного электрофореза и прибором Близар CDT выявлена хорошая взаимосвязь. Это говорит о том, что новое медицинское изделие – хроматограф жидкостный портативный «Близар CDT» (ООО «НПО Близар», Россия) имеет высокую корреляцию с методом капиллярного электрофореза Minicap (Sebia, Франция) при определении уровня CDT в группе больных алкогольной зависимостью.

Захарова Н.М., Баева А.С., Щелконогова В.О.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ, ДЛИТЕЛЬНО НАХОДИВШИХСЯ В ЗОНЕ ЛОКАЛЬНОГО ВОЕННОГО КОНФЛИКТА

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

Многочисленные исследования показали, что гражданское население, проживающее в зоне локальных войн, подвержено значительной психической травматизации, при этом дети отличаются повышенной уязвимостью к психотравмирующим факторам. Вывозимые из Ирака дети подвергались длительному воздействию тяжёлого стресса (пребывание в зоне военных действий и в тюрьме), а также дополнительным негативным факторам, таким как смена привычной обстановки и разлука с матерью.

Цель исследования – выявление психопатологической симптоматики, психологических и поведенческих особенностей, а также определение выраженности и глубины имеющихся нарушений у детей, переживших угрозу жизни, пребывание в тюрьме и разлуку с матерью.

Материал и методы. Обследовано 93 ребенка в возрасте от 1,7 до 15 лет (44 мальчика и 49 девочек), доставленных из иракской тюрьмы, матери которых были осуждены за связь с запрещённой в Российской Федерации организацией ИГИЛ, а отцы (участники вооружённых формирований) погибли или пропали без вести. Обследование проводилось в первые сутки после передачи детей опекунам. При обследовании использовали клинический, клинико-психопатологический, психологический методы исследования.

Результаты. В результате обследования были выявлены комплексы симптомов и поведенческих особенностей, характерных для отдельных гендерно-возрастных категорий:

1 группа: дети до 4-х лет (26 человек: 13 девочек и 13 мальчиков). В психическом статусе выявлены признаки острой реакции на стресс (F43.0) в связи с наличием актуального травматического события (разлука с матерью) и изменением социального окружения. Отмечались либо частая смена эмоций с плаксивостью и расторможенностью (32,3 %), либо двигательная и психическая заторможенность с сонливостью (67,7 %) с постепенной редукцией симптоматики.

Учитывая превалирование в клинической картине на момент осмотра острой симптоматики (острая реакция на стресс), для уточнения диагноза и решения вопросов реабилитации рекомендовано повторное обследование данной группы детей по месту жительства.

2 группа: дети 4-7 лет (30 человек: 16 девочек и 14 мальчиков). В 2-х случаях (девочки) на момент осмотра были выявлены симптомы острой реакции на стресс (F43.0) с заторможенностью, застыванием надолго в одной позе, отсутствием контакта, постепенно редуцировавшиеся в течение нескольких часов.

При психолого-психиатрическом обследовании у большинства девочек данной возрастной группы на первый план выступали настороженность, боязнь незнакомых лиц, ограничение или отсутствие взаимодействия со сверстниками (общение только с братьями, сестрами), что позволяет предположить формирование у них реактивного расстройства привязанностей в детском возрасте (F94.1). У мальчиков в психическом статусе были отмечены тревожность, повышенная отвлекаемость на внешние стимулы, неусидчивость. Также были выявлены оппозиционное, дерзкое поведение со склонностью к бравате и агрессивностью в играх и при общении с незнакомыми сверстниками и взрослыми, что позволяет говорить о возможном развитии социализированного расстройства поведения (F91.2).

3 группа: дети 7-12 лет (31 человек: 14 девочек и 17 мальчиков). На момент осмотра у детей данной возрастной группы клинические проявления острой реакции на стресс в виде заторможенности или возбуждения отсутствовали.

У девочек отмечены эмоциональная сглаженность, склонность к пребыванию в одиночестве, однако при обращении к ним взрослых с вопросами или просьбами, девочки становились эмоциональными, активными, проявляли нарочитую заботу о младших членах семьи.

На фоне внешнего спокойствия и рассудительности, были выявлены повышенная тревожность, напряжение, сниженный фон настроения, усиливающиеся при обсуждении судьбы родителей и адаптации к новой жизни, чувство вины за «возвращение к нормальной жизни». Отмечены активное избегание тем, касающихся ситуации войны и потери близких, при попытках расспросов – слезы и отказ от дальнейшего общения. Учитывая наличие тревожно-депрессивной симптоматики и симптомов избегания, можно предположить развитие ПТСР (F43.1).

Мальчики данной возрастной групп держались обособленно, с опекунами общались предельно почтительно, контактов с другими взрослыми старались избегать. Обнаруживали пониженное настроение, настороженность, чувство вины, активное нежелание говорить на тему войны, потери близких, подробностей жизни в ИГИЛ и, особенно, в приютах и тюрьме. При настойчивых расспросах выявлялись также чувство беспомощности в создавшейся ситуации (невозможность помочь матери), раздражительность, агрессивность. В 2-х случаях (12,5 %) выявлено тщательно скрываемое желание отомстить за гибель отца и заключение матери. Контакт поддерживался формально, мальчики уходили от ответов на вопросы, ссылаясь на плохое знание русского языка, раздражались. При переходе на религиозные темы оживлялись, с напором, заученно декламировали большие отрывки из Корана, взгляд цепенел, дальнейшее общение становилось непродуктивным.

Наличие симптомов депрессивного круга и избегания в сочетании с повышенной раздражительностью, агрессивностью, а также охваченность религиозными идеями и тщательно скрываемыми идеями мести, позволяют предположить у этих детей формирование ПТСР (F43.1).

4 группа: 6 девочек 12-15 лет (мальчиков старше 12 лет среди обследованных детей не было). Держались обособленно, к общению не стремились, «изображали» взрослых, подчеркивая свою религиозность в одежде и выборе продуктов питания. Общения с мужчинами избегали. Периодически долго сидели в однообразной позе, ни с кем не общаясь, затем вновь становились оживленными.

Во время беседы с врачом были напряжены, малоэмоциональны. Говорили монотонно, тихим голосом, кратко, формально. Некоторое оживление наблюдалось при затрагивании религии и будущего замужества. Разговора о жизни в зоне военных действий старательно избегали, объясняя это «болезненностью» воспоминаний о гибели родных и друзей, о пережитом страхе. На глазах появлялись слезы.

При обследовании у девочек-подростков выявлялись пониженный фон настроения и тревога за судьбу матери и свое будущее проживание в новой семье, страх, что их могут «заставить» нарушить заповеди шариата. В психическом статусе отмечались аффективная лабильность, пассивность, сменяющаяся суетливостью, повышенная утомляемость и быстрое ослабление концентрации внимания при выполнении заданий. В 50 % случаев были выявлены нарушения сна в виде частых пробуждений и кошмарных сновидений, фабула которых связана с актуальной ситуацией.

Учитывая особенности поведения девочек-подростков, наличие тревожно-депрессивной симптоматики с избеганием тем, связанных с переживаниями утраты и чувством страха, несмотря на превалирование ситуационно обусловленной симптоматики и склонности к диссимулированию, нельзя исключить развитие ПТСР (F43.1).

Необходимо отметить, что дети, длительно проживавшие на территории, подконтрольной террористической организации, в условиях постоянных военных действий, а также ограничения свободы (в тюрьме), за счет пластичности психики были ситуационно адаптированы к окружающей их среде и правилам проживания. Однако дополнительные стрессы, такие как разлука с матерью, возвращение к мирной жизни, смена микро- и макросоциального окружения, изменение приоритетов и мировоззрения, с большой степенью вероятности могут привести к развитию дезадаптации, проблемам коммуникации, обострению имеющихся психических нарушений с развитием в отсроченном периоде более тяжелых психических расстройств.

Заключение. В поведении детей на первый план выступали возрастные, национальные

и религиозные особенности. Поведенческие реакции были однотипны и обусловлены растерянностью, настороженностью, страхом нарушить религиозные заповеди и наказания родителей.

У детей, родившихся или с младенчества находившихся на территории военных действий, а также в условиях ограничения свободы, выявлены комплексные нарушения психического и соматического характера, выражающиеся в задержке психофизического развития. Дополнительный стресс (разлука с матерью и резкая смена окружающей среды) вызвал развитие симптоматики, характерной для острой реакции на стресс.

У более старших детей преобладали особенности поведения, связанные со специфическим религиозным воспитанием, педагогическая запущенность. В психическом статусе выявлялись расстройства тревожно-депрессивного круга и симптомы избегания тем, касающихся ситуаций утраты, что позволяет предположить риск формирования посттравматического стрессового расстройства.

Массивное отрицательное влияние на психику множественных психотравмирующих факторов приводит к тому, что долгосрочные последствия могут оказаться более разрушительными, чем моментальные. Дополнительным негативным фактором, способным утяжелить состояние, является высокая вероятность возникновения трудностей с интеграцией этих детей в социум, в том числе в связи с радикальным религиозным воспитанием, педагогической запущенностью и разлукой с матерью. В связи с этим важное значение приобретают раннее выявление, психических и поведенческих нарушений, профилактика постстрессовых расстройств на отдаленных этапах психотравмы, своевременная и полноценная реабилитация и реинтеграция в общество.

Захарьян Е.А., Ибрагимова Р.Э.

КОПИНГ-СТРАТЕГИИ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского

Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского, Симферополь, Россия

Копинг-стратегии на сегодняшний день являются областью интересов психологов и клиницистов. Наличие определенной модели совладающего поведения отражается на течении и исходе заболевания, именно поэтому целесообразно изучение факторов, формирующих ту или иную стратегию, для создания наиболее адаптивных копингов у пациентов.

В исследование вошел 31 пациент, находящийся на стационарном лечении в отделении хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции (1 группа – 15 человек) и 1-ом кардиологическом отделении (16 человек) Многопрофильного республиканского медицинского центра ГБУЗ РК «РКБ имени Н. А. Семашко». Средний возраст больных составил $69,6 \pm 1,9$ лет (15 мужчин и 16 женщин). Всем пациентам 1 группы был имплантирован искусственный водитель ритма в связи с наличием сложных нарушений проводимости в сроки от 2 до 5 дней до момента проведения анкетирования; 2-я группа была представлена кардиологическими больными терапевтического профиля. Определение стратегий поведения в стрессовых ситуациях и способов их преодоления проводили с помощью опросника «Способы совладающего поведения», разработанного Р. Лазарусом и С. Фолкманом (1988) в адаптации Т.Л. Крюковой и соавт. (2004). Для оценки отношения к здоровью использовался опросник Р.А. Березовской (2005), позволяющий проанализировать его когнитивный, эмоциональный, поведенческий и ценностно-мотивационный компоненты.

В результате исследования пациентов 1 группы было выявлено, что стратегия «Конфронтационный копинг» ярко выражена у 72,7 % ($p < 0,0001$) опрошиваемых. Это связано с тем, что обследуемые, в случае совладания с жизненными трудностями, стараются разрешить проблемы за счет привлечения внешних ресурсов, поиска информационной, эмоциональной и действенной поддержки или же преодолеть проблему за счет планирования собственных действий с учетом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся ресурсов. Также

данную стратегию отличает способность к сопротивлению трудностям, энергичность при разрешении проблемных ситуаций, умение отстаивать собственные интересы, справляться с тревогой в стрессогенных условиях, но могут встречаться недостаточная целенаправленность и рациональная обоснованность поведения. Такие пациенты предпочитают уход от ответственности и возможных трудностей с целью снижения своего эмоционального напряжения.

В свою очередь, у пациентов 2 группы преобладало совладающее поведение по типу «Дистанцирования» (62,4 %, $p < 0,001$) и «Бегства-избегания» (61,7 %, $p < 0,001$). «Дистанцирование» предполагает попытки преодоления негативных переживаний проблемы с помощью субъективного снижения ее значимости и степени эмоциональной вовлеченности в нее, но, в то же время существует вероятность обесценивания собственных переживаний, недооценка значимости и возможностей действенного преодоления проблемных ситуаций. При совладающем поведении по типу «Бегства-избегания» наблюдается отрицание или игнорирование проблемы, уклонение от ответственности и действий по разрешению возникших трудностей, пассивность, нетерпение, вспышки раздражения. Общими чертами данной группы были уход от проблемы за счет фантазирования, отрицание проблемы и отвлечение, избегание принятия ответственности по решению проблемной ситуации.

При этом сравнительный анализ данных свидетельствует о примерно равном выборе стратегии поиска социальной поддержки у обеих групп опрошенных (45 % и 48 % соответственно). Очевидно, пациенты оценивали свои личностные ресурсы как недостаточные, имели тенденцию к переживанию чувства беспомощности и несостоятельности, что определяло повышенную потребность в поддержке со стороны окружающих. Эти данные свидетельствуют о том, что больные более ориентированы на регуляцию эмоционального дистресса путем разделения чувств с другими, поиска сочувствия и общения с людьми из непосредственного социального окружения.

При анализе отношения пациентов к здоровью, оценка ценностно-мотивационного аспекта выявила, что 100 % ($p < 0,0001$) пациентов на данном этапе жизни оценивают данную сферу как доминантную, 38,7 % выделяли здоровье как фактор успеха в жизни. Данный компонент раскрывает внутренний механизм регуляции поведения человека, основанный на высокой субъективной значимости здоровья и его осознании в качестве предпосылки реализации своих жизненных задач, а также активно-позитивном стремлении к его сохранению и укреплению. Поведенческий компонент отношения можно понимать как актуализацию деятельности человека по сохранению здоровья. Изучение данного аспекта показало, что занимаются физическими упражнениями – 16 % ($p < 0,0001$), придерживаются диеты и следят за весом – 32,6 % ($p < 0,0001$), избегают вредных привычек – 51,6 % опрошенных. При этом недостаточное внимание к собственному здоровью объясняют отсутствием силы воли, времени, соответствующих условий и материальных возможностей.

Эмоциональный (чувственный, аффективный) компонент отношения отражает особенности переживаний и чувства субъекта к своему здоровью или его изменению. На данном уровне 100 % ($p < 0,0001$) пациентов отмечали, что отсутствие проблем со здоровьем сопровождается полным психологическим спокойствием; известие об ухудшении здоровья 48,4 % принимали спокойно; 51,6 % чувствовали сожаление, озабоченность. Когнитивный компонент характеризует знания человека о своем здоровье, понимание его роли в жизнедеятельности, знание основных факторов, способных оказывать как повреждающее, так и укрепляющее влияние на здоровье человека. В обеих группах 90,3 % опрошиваемых считали влияние средств массовой информации доминантным.

В ходе исследования нами обнаружена корреляционная взаимосвязь между преобладающей копинг-стратегией и отношением к здоровью. Отмечено, что пациенты с конфронтационной стратегией поведения имеют выраженный поведенческий аспект (71,4 % от представителей данного копинга): соблюдают диету, следят за весом, выполняют физические упражнения, закаливаются. Представители данной категории спокойно воспринимают известие об ухудшении здоровья (78,6 %), а в качестве источника информации указывают медицинских работни-

ков и научно-популярную литературу (57 %). Высокий когнитивный компонент способствует формированию правильных представлений о здоровье и его поддержании, следовательно, пациенты имеют высокий эмоциональный и поведенческий аспект в анализе отношения к здоровью. У людей со стратегией поиска социальной поддержки и избегания наблюдается высокая тревожность при информировании об ухудшении здоровья (88 % представителей данных копингов), источником информации о здоровье является исключительно или в большей степени средства массовой информации (94 %), пациенты данных копингов склонны перекладывать ответственность на других. Описанные стратегии относятся к наиболее дезадаптивным, пациенты не имеют достаточное количество внутренних резервов в борьбе с заболеванием, поэтому пытаются искать помощь в социуме или дистанцируются от происходящей ситуации. Безусловно, стратегия поведения детерминирована личными качествами и особенностями характера человека, однако существует ряд экзогенных факторов, способствующих изменению или укреплению имеющейся копинг-стратегии. К формированию дезадаптивного копинга при заболевании приводят такие факторы, как низкая информированность об этой болезни пациента, некорректная информация, полученная от знакомых или из средств массовой информации, негативный личный опыт, а также отсутствие опыта заботы о собственном здоровье.

Выводы. Выявленная у исследуемой группы пациентов копинг-стратегия конфронтация относится к наиболее адаптивному варианту разрешения стрессовых ситуаций, так как помогает рационально оценить и активно преодолеть возникающие проблемы. Отрицательным качеством данной стратегии является высокая вероятность возникновения конфликтных ситуаций при частом использовании конфронтации. Менее адаптивными стратегиями является дистанцирование, бегство-избегание, а также поиск социальной поддержки, так как происходит недостаточная оценка тяжести своего заболевания за счет снижения степени его значимости.

Данная корреляция подтверждает то, что необходимо формировать в обществе правильные представления о здоровье и здоровом образе жизни, просвещать население, поскольку высокая осведомленность формирует наиболее адаптивные копинг-стратегии у пациентов при диагностировании заболевания.

Состояние психологического статуса пациентов и их личностные особенности являются значимым фактором для клинической и социальной реабилитации, что определяет актуальность проведения психометрической диагностики, оценки и изучения особенностей поведения пациентов кардиологического профиля. Неверно сформированное отношение к здоровью и дезадаптивные копинг-стратегии могут привести к неблагоприятным последствиям как медицинского, так и социального порядка у пациентов с сердечно-сосудистой патологией: снижению качества жизни, его адаптационного потенциала, повышению риска развития суицидальных тенденций, снижению профессионального статуса с вынужденной сменой работы, утрате квалификационных способностей. При этом раннее включение в реабилитационную программу пациентов с кардиальной патологией методов когнитивно-поведенческой психотерапии будет способствовать оптимизации оказания медико-социальной помощи данному контингенту населения.

Зинчук М.С., Кустов Г.В., Войнова Н.И., Попова С.Б.,

Позэ И.Б., Шавлохова Ф.С., Акжигитов Р.Г., Аведисова А.С.

МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У ПАЦИЕНТОК С НЕСУИЦИДАЛЬНЫМ САМОПОВРЕЖДАЮЩИМ ПОВЕДЕНИЕМ

Научно-Практический психоневрологический центр им. Соловьева

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии

им. В.П. Сербского, Москва, Россия

Профиль психологических защит имеет существенные отличия при различных психических расстройствах (Offer R. et al., 2000; Hentschel U. et al., 2004; Cramer P., 2006) и ассоциирован

с рядом неблагоприятных социальных и клинических исходов, включая суицидальное поведение (Apter A. et al., 1997; Corruble E. et al., 2003; Hovanesian S. et al., 2009; Foto-Özdemir D. et al., 2016). В тоже время недостаточно изученными остаются особенности психологических защит у лиц с несуйцидальным самоповреждающим поведением (НССП). Дизайн единичных исследований, проведённых по данной теме (Sarno et al., 2010; Brody S., Carson C.M., 2012), не позволил оценить профиль психологических защит лиц с НССП независимо от суицидальности.

Методика «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index, LSI), разработанная Plutchik et al. (1979), была переведена на несколько языков, включая русский (Вассерман Л.И. и соавт., 2005), и активно используется в различных исследованиях для оценки структуры психологических защит (Stein et al., 2003; Nyphantis T et al., 2010; Selimbašić Z et al., 2019).

Целью исследования явилось изучение профиля психологических защит у женщин, проходящих стационарное лечение по поводу непсихотических психических расстройств, сочетающихся с суицидальной идеацией и НССП.

Материалы и методы. Исследование было проведено на базе женского кризисного отделения ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ (Москва). В исследование «случай-контроль» (1:1) были включены последовательно набранные совершеннолетние пациентки с непсихотическими психическими расстройствами (НППР), имевшие суицидальными мысли и НССП в предшествующие 12 месяцев. Группу сравнения составили сопоставимые по возрасту (± 1 год) пациентки с НППР и СМ без НССП. Из исследования исключались пациенты с когнитивными нарушениями и лингво-культуральной некомпетентностью, препятствовавшими пониманию вопросов интервью.

Клинико-психопатологическое исследование проводилось компетентным в данной области врачом-психиатром, диагноз устанавливался на основании критериев по МКБ-10. Суицидальные мысли и НССП, а также их присутствие в предшествующий год подтверждались в ходе структурированного интервью «Самоповреждающие мысли и поведение» (Self-Injurious Thoughts and Behavior Interview – SITBI) (Nock et al., 2007). Для оценки профиля психологических защит был использован «Индекс Жизненного Стиля» (Plutchik et al., 1979) в русскоязычной адаптации Вассермана Л.И. (Вассерман с соавт., 2005).

В качестве статистических методов были использованы тест Манна-Уитни и Хи-квадрат. Категориальные переменные представлены в виде N (%), а количественные – mean (SD). Статистический анализ был проведен с помощью IBMSPSS Statistics 23.

Исследование было одобрено локальным этическим комитетом, все включенные пациенты подписали информированное согласие.

Результаты. Средний возраст пациенток, включённых в исследование, составил 27,5 (8,5) лет. Более половины участниц страдали расстройствами настроения. Так, униполярная депрессия выявлялась у 35,7 %, а биполярное расстройство – 22,9 %. Расстройство личности в качестве основного или сопутствующего диагноза было установлено у 39,3 % пациенток. Группы больных с НССП и без таковых не имели достоверных отличий по диагнозам, а также по базовым демографическим показателям, таким как уровень образования, профессиональный статус, трудовая занятость и семейное положение.

Анализ результатов LSI показал, что пациентки обеих групп были близки по уровню общей напряженности психологических защит (46.24 (7.36) vs 42.96 (11.22): $p=0,138$). В тоже время у пациенток с НССП было выявлено значимо большее число баллов по субшкалам «вытеснение» (4.89 (2.34) vs 4.06 (2.45): $p=0,031$), «регрессия» (8.89 (2.27) vs 7.76 (2.89): $p=0,0043$) и «замещение» (6.61 (2.45) vs 5.03 (2.7): $p<0,001$) и значимо меньшее по субшкале «реактивное образование» (2.87 (2.04) vs 3.60 (1.95): $p=0,012$). Другие механизмы психологической защиты были представлены в равной степени в обеих группах: «отрицание» (3.93 (2.00) vs 3.97 (2.31): $p=0,983$), «компенсация» (4.5 (1.98) vs 4.99 (2.27): $p=0,18$), «проекция» (8.76 (3.09) vs 8.64 (2.59): $p=0,546$) и «интеллектуализация» (5.43 (2.27) vs 5.29 (2.12): $p=0,988$).

У включённых в исследование пациенток преобладали наиболее примитивные варианты

психологических защит (регрессия и проекция), что объясняется относительной тяжестью имевшихся у них расстройств (психическое расстройство с суицидальной идеацией, потребовавшее госпитализации).

Несмотря на общий тяжёлый базовый уровень, между группами выявились значимые отличия в профиле психологических защит. Выявленная большая напряжённость незрелых защитных механизмов у лиц с НССП согласуется с результатами исследований, проведённых ранее на неклинических выборках (Sarno et al., 2010; Brody S., Carson C.M., 2012). Обращает на себя внимание большая выраженность вытеснения и регрессии – защит направленных на радикальное отвержение эмоционального опыта, что согласуется с ранее полученными данными о преобладании у лиц с НССП избегающих копинг-стратегий (Brown S. et al., 2007) и хорошо укладывается в «модель избегания опыта» (experiential avoidance model) (Anderson N.L., Crowther J.H., 2012).

Кроме того, предыдущими исследованиями было показано, что сочетание таких защит как «вытеснение» и «замещение» значимо чаще встречается у пациентов с суицидальностью (Apter et al., 1989), а так же у пациентов неблагоприятным клиническим прогнозом и высоким риском регоспитализаций (Conte et al., 1983). Сочетание напряженности таких защит как «замещение» и «регрессия» ранее было выявлено в исследовании Greenwald & Reznikoff (1994) у пациентов с суицидальностью. Таким образом, лица с НССП и суицидальной идеацией используют неблагоприятное сочетание защит при разрешении как внутренних, так и внешних конфликтов в большей степени, чем пациенты с изолированной суицидальной идеацией. Это может являться одной из причин значительной частоты перехода от суицидальной идеации к суицидальным попыткам у лиц с НССП.

В целом в обеих группах показатели напряжённости по такой защите как «реактивное образование» оказались близки к популяционной норме (Вассерман Л.И. и соавт., 2005), однако в группе с НССП они были достоверно ниже, чем в группе без самоповреждений. Защита по типу «реактивного образования» относится к относительно зрелым и представляет собой переходный защитный механизм между уровнем «отыгрывания» и «альтруизмом» (Minges M.V. et al., 2017). Его использование предполагает модификацию аффекта путём смены его полярности на противоположенную. Данная форма реагирования редко встречается у пациентов с НССП, для которых более характерным является смещение аффекта, примером чего является нанесение повреждений себе при появлении гнева на окружающих.

Выявленная нами одновременная напряжённость защит разного уровня («замещение» традиционно относится к более «зрелым» механизмам защиты) при преобладании менее зрелых является типичным для пограничного расстройства личности (Zanarini et al., 2009; Perry S.J. et al., 2013). При данном расстройстве НССП встречаются в большинстве случаев, что позволяет предположить вовлеченность выявленных нами психологических защит в образование целого ряда нарушений, входящих в «пограничный» синдром. Результатом чрезмерного использования выявленных защитных механизмов для достижения контроля над эмоциями может становиться мучительное отчуждение и чувство пустоты, характерное для таких пациентов. По данным литературы, антидиссоциативный мотив является одним из ведущих у лиц наносящих НССП (Klonsky E.D., Glenn C.R., 2009). Проверка гипотезы о вторичности НССП у таких пациентов требует проведения дополнительного исследования.

Полученные результаты должны интерпретироваться в свете существующих ограничений дизайна. В первую очередь это характеристика выборки. В наше исследование были включены только женщины и исключались пациенты, имевшие психотические расстройства. Во-вторых, в настоящем исследовании мы не разделяли пациентов с НССП в зависимости от частоты самоповреждений. Ранее Sarno et al. (2010) выявили существенные отличия в профиле психологических защит у тех, кто наносил самоповреждения регулярно. Кроме того, нами не учитывались функции НССП, которые также могут различаться в зависимости от доминирующих защит.

Выводы. Результаты исследования свидетельствует о том, что для пациенток с НППР с суицидальной идеацией, сочетающимися с НССП, в сравнение не имеющими несуйцидаль-

ных самоповреждений более характерно напряжение защит разного уровня при преобладании незрелых механизмов психологической защиты. Наличие НССП у пациенток НППР и суицидальной идеацией ассоциировано с большим напряжением таких защит как «вытеснение», «регрессия», «замещение» и меньшим защиты по типу «реактивное образование».

Ким Д.П., Ашуров З.Ш., Зухриддинов А.А.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОСЛЕ COVID-19 У БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Сексуальная функция играет важную роль в нормальной жизни человека, наряду со сном и едой она является одним из основных человеческих побуждений и может проявляться в любой фазе сексуальной активности или в любой период сексуальной жизни и считается важным фактором, определяющим качество жизни взрослых. При этом сексуальная дисфункция часто недооценивается и не лечится. Распространенность сексуальной дисфункции у женщин в различных странах колеблется от 25 до 63 %. Имеющиеся в настоящее время данные воздействия пандемии COVID-19 на сексуальную функцию у пациентов с алкогольной зависимостью ограничены и являются достаточно противоречивыми в отношении характера влияния на отдельные позиции сексуальной функции. Результаты проведенного обзора современной литературы показали, что пандемия COVID-19, изменение привычного уклада жизни, необходимость самоизоляции, изменение доходов явились значимым стрессовым фактором и оказали существенное влияние на репродуктивное и сексуальное здоровье людей в различных странах мира. Имеющиеся в настоящее время данные ограничены и являются достаточно противоречивыми в отношении характера влияния на отдельные позиции сексуальной функции. Ряд исследований сообщил об усилении, а ряд других – об ослаблении либидо и сексуального возбуждения на фоне пандемии. Сексуальная активность при пандемии снижалась менее 40 %, и большинство работ свидетельствовало об уменьшении оргазма и удовлетворенности пациентов с алкогольной зависимостью. Изменения сексуальной функции на фоне пандемии COVID-19 также могут различаться в различных популяциях и этнических группах. Исследования, направленные на изучение влияния пандемии COVID-19 на сексуальное здоровье пациентов с алкогольной зависимостью до настоящего времени не проводились.

Учитывая немногочисленность и противоречивость имеющихся данных, нами было проведено исследование, целью которого было изучить особенности нарушений сексуального поведения после COVID-19 у больных с алкогольной зависимостью.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 90 мужчин и женщин в возрасте от 18 до 55 лет, страдающих алкоголизмом, перенесших COVID-19, находящихся на лечении в Городском наркологическом диспансере.

Было проведено клиничко-психопатологическое обследование с использованием мюнхенского личностного опросника «Анамнестической карты больного алкогольной зависимостью». Клиничко-сексологическое обследование включало анамнестические, урологические, эндокринологические, неврологические и другие сведения с использованием шкалы векторного определения половой конституции мужчины, шкалы ASEX (Arizona Sexual Experience Scale), опросника «Удовлетворенность браком» (Столин В.В., Романова Т.Л., Бутенко Г.П.). Статистический анализ проводился с помощью пакета прикладных программ Statistica-7.0. Применялись непараметрические методы статистики. При анализе связи двух признаков использовался метод Спирмена, а при сравнении двух групп – критерий Манна-Уитни.

Результаты. В результате проведенного исследования были выделены 2 группы больных: 1-я группа с сексуальными расстройствами (58 человек, 64 %) и 2-я группа без них (32 человека, 36 %). Возраст обследуемых в 1-й группе составил 41 ± 8 лет, а во второй – 36 ± 9 лет. Начало

систематического приема алкоголя в обеих группах было одинаковым и составило 21 ± 5 лет. Формирование второй стадии алкоголизма в группе с сексуальными расстройствами происходит к 26 ± 6 годам, и ее длительность в среднем 8 ± 4 года. Суточное употребление крепких спиртных напитков у преобладающей части больных 1-й группы в среднем превышало 1000 ± 550 мл, тогда как во 2-й группе лишь у незначительного количества достигало 1 литра (в среднем 800 ± 400 мл).

У 60,3 % больных 1-ой группы сексуальные расстройства проявлялись снижением полового влечения, у 33 % – нарушением эрекции, причем у 15 % из них эти нарушения стали причиной отказа от интимных отношений. Изменения в длительности полового акта (в сторону укорочения) отметили всего 10,3 % больных. Большинство пациентов не тяготились отсутствием полноценной половой жизни.

В результате проведенного анализа было установлено, что одним из возможных факторов, определяющих развитие сексуального расстройства, является тип половой конституции. У больных с половыми расстройствами преобладали слабая половая конституция и слабый вариант средней (39,7 % и 56,9 % соответственно), а в группе пациентов без сексуальных расстройств – сильная и сильный вариант средней половой конституции (70 %). Полученные данные указывают на то, что сексуальные расстройства возникают у лиц со слабой половой конституцией ($p < 0,001$). Помимо этого, была установлена определенная связь между типом половой конституции и структурой сексуальных нарушений. У лиц с сильным и сильным вариантом средней половой конституции на фоне длительного употребления алкоголя наблюдалось снижение полового влечения, что уменьшало потребность в интимных отношениях. Однако предпринятые редкие, в соответствии их потребностям, попытки завершались удачными половыми актами. Неустойчивость эрекции наблюдалась редко и не препятствовала проведению коитуса. У больных со слабой половой конституцией практически полностью пропадало половое влечение, что влекло за собой нарушение всех последующих сексуальных реакций – эрекции, эякуляции и оргазма. Эти пациенты были не способны вести полноценную половую жизнь. При анализе форм употребления алкоголя были выявлены некоторые различия. В группе с сексуальными расстройствами преобладало смешанное (39,7 %) и постоянное пьянство (29,3 %). Длительные псевдозапой встречались у 20,7 % обследуемых, тогда как короткие псевдозапой лишь у 10,3 %. У пациентов без сексуальных дисфункций в преобладающем большинстве (62,5 %) встречалось псевдозапойное пьянство с короткими запоями. Практически в равной степени встречались смешанный тип акоголизации (12,5 %) и длительные псевдозапой (15,6 %), а на постоянное пьянство приходилось лишь 9,4 %.

Различия между группами носили достоверный характер ($p < 0,05$, критерий Манна-Уитни). Была выявлена статистически достоверная положительная корреляционная связь между теми, кто из пациентов перенес COVID-19 ($R=0,29$; $p=0,04$), суточной дозировкой ($R=0,34$; $p=0,01$) и наличием сексуальной патологии, что указывает на то, что сексуальные расстройства чаще возникают у больных с большим объемом употребляемого алкоголя, с длительными периодами акоголизации и короткими светлыми промежутками между ними.

Нами была проанализирована сексуальная жизнь больных в различные периоды заболевания: в ремиссию, в запое, в периоде алкогольного абстинентного синдрома и в периоде после выхода из алкогольного абстинентного синдрома. Для оценки динамики сексуальных проявлений помимо клинического анализа использовалась шкала ASEX. Следует отметить, что чем выше показатель по шкале ASEX, тем более выражена сексуальная дисфункция. У больных 1-й группы (с половыми расстройствами) в период ремиссии наблюдалось снижение полового влечения, урежение частоты интимных отношений, вплоть до ее отсутствия. У части больных (30 человек) на фоне снижения влечения возникало нарушение эрекции.

На нарушение оргастической функции пациенты жалоб не предъявляли, однако отмечали, что половая жизнь «стала доставлять меньше удовольствия». Указанные нарушения были зарегистрированы по ASEX шкале, общий балл по которой составил $20 \pm 3,5$. У больных

2-й группы сексуальных проблем не было, что подтверждалось результатами шкалы ASEX (общий балл $13 \pm 2,7$). Различия между группами по данным шкалы были статистически подтверждены только в период ремиссии ($p < 0,05$).

Практически такая же картина прослеживается и в период алкогольного абстинентного синдрома (ААС), что отражается в данных шкалы ASEX (в 1-й группе в период запоя общий балл 28,5, в период ААС – $25 \pm 6,9$; во 2-й группе в период запоя – $23 \pm 3,8$, а в ААС – $20 \pm 6,8$).

После выхода из абстиненции наблюдается улучшение сексуальной функции. Во 2-й группе сексуальная активность достигает практически уровня ремиссии (общий балл по ASEX – $17 \pm 4,9$). Между 1-й и 2-й группами были выявлены достоверные различия по частоте разводов ($p < 0,03$), по длительности периода отсутствия партнера ($p < 0,03$) и по частоте вступления в повторные браки ($p < 0,03$). Анализ анамнестических данных пациентов с перенесенным COVID-19 показал его определенную роль в формировании сексуальной патологии. У больных с сексуальными дисфункциями преобладает перенесенный COVID-19 ($R=0,33$; $R=0,28$; $R=0,30$ соответственно). Чем более выражена была клиническая картина COVID-19, тем больше вероятности возникновения нарушений сексуального поведения ($p < 0,05$).

Уровень АЛТ, АСТ и различных фракций билирубина (общий, прямой) был выше ($p < 0,001$) в 1-й группе. Различия между группами имели достоверную значимость только по уровню содержания в крови аспартатаминотрансферазы ($p < 0,03$). Указанные различия были подтверждены результатами по шкале ASEX. Чем выше были значения по шкале ASEX, тем более выраженной оказалась соматоневрологическая патология ($p < 0,05$). Расстройство эрекции чаще наблюдалось у больных с алкогольной полинейропатией ($R=0,33$; $p=0,04$), гипертензией ($R=0,37$; $p=0,01$) и энцефалопатией ($R=0,38$; $p=0,02$).

Выводы. Таким образом, в результате проведенного исследования было установлено, что на формирование сексуальных расстройств у пациентов с алкогольной зависимостью, перенесших COVID-19, влияет ряд факторов. Больше подвержены риску развития сексуальных дисфункций лица со слабым и слабым вариантом средней половой конституции. Смешанная или постоянная форма употребления спиртных напитков, высокие суточные дозировки употребляемого алкоголя, короткие светлые промежутки играют определенную роль в развитии сексуальных дисфункций. Также существенную роль в формировании патологии в сексуальной сфере играет перенесенный COVID-19.

Клинова М.А., Сахаров А.В.

**ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОТИВОПРАВНОГО ПОВЕДЕНИЯ
СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ
Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия**

Забайкальский край на протяжении последнего десятилетия занимал ведущую позицию среди субъектов нашей страны по числу несовершеннолетних с противоправным поведением, преступления которых отличались агрессивно-насильственным характером, жестокостью, склонностью к рецидивированию, зачастую и сами преступления совершались в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. При этом среди несовершеннолетних правонарушителей высока частота встречаемости психических, поведенческих и наркологических расстройств. Существующие специализированные региональные программы, в том числе и для межведомственного взаимодействия, направленные на профилактику подростковой преступности, характеризуются недостаточной эффективностью.

Целью исследования стала разработка модернизированных подходов к профилактике противоправного поведения среди несовершеннолетних Забайкальского края.

Материалы и методы. Сплошным методом за период с 2012 по 2017 года был проведен анализ 1073 заключений амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз лиц старшего

подросткового возраста (от 15 до 17 лет). Клинически были обследованы 198 подростков обоих полов старшего подросткового возраста (от 15 до 17 лет), совершившие противоправные деяния в Забайкальском крае в 2018 году и прошедшие амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу на базе Краевой клинической психиатрической больницы им. В.Х. Кандинского. С помощью специальной регистрационной карты были проанализированы анамнестические сведения подростков-правонарушителей, информация о характере совершенных ими преступных деяний, социально-психологические характеристики, подробный наркологический анамнез, а также проведено клиническое обследование подростков-правонарушителей с выявлением у них наркологических и невротических расстройств. Полученные данные позволили проанализировать факторную обусловленность психических расстройств и противоправного поведения подростков с определением основных направлений профилактической работы.

Результаты. Установлено, что среди подростков с противоправным поведением высока распространенность психических и наркологических расстройств, что обуславливает необходимость совершенствования профилактических подходов в отношении подростков группы риска. В ходе исследования выявлено, что ведущими факторами риска психических расстройств, которые формируют криминальное поведение подростков Забайкальского края, являются алкоголизм родителей, проживание в детском доме, низкий материальный достаток семей, патология течения беременности и родов. При этом воздействие на указанные факторы возможно только при участии широкого круга лиц, деятельность которых непосредственно связана с несовершеннолетними: руководителей и членов комиссии по делам несовершеннолетних, глав районов и муниципальных образований, руководства Министерств образования, социальной защиты населения и здравоохранения, сотрудников правоохранительных органов, педагогов, психологов, врачей-психиатров и психиатров-наркологов. При этом важна их согласованная работа, направленная на внедрение профилактических мероприятий подростковой преступности. На наш взгляд, Краевая комиссия по делам несовершеннолетних (при Заместителе Губернатора по социальным вопросам) должна стать основным координирующим органом в разработке плана профилактических мер и контроле за их реализацией на территории Забайкальского края.

В результате проведенного исследования было установлено, что на риск развития умственной отсталости наибольшей степенью влияния обладают факторы «патология течения беременности и родов», «алкоголизм родителей» и «малообеспеченная семья». В этой связи, на региональном и районном уровнях меры профилактического воздействия должны быть направлены на решение вопросов по улучшению экономического благосостояния граждан Забайкалья (что стало возможным при вхождении в программы развития Дальнего Востока), а также на снижение спроса на алкогольную продукцию, совершенствование оказания медицинской помощи (решение вопроса дефицита медицинских работников, развитие службы родовспоможения, неврологической и психиатрической помощи детям с риском развития резидуально-органической патологии нервной системы).

Важным является оказание комплексной помощи социально-неблагополучным семьям с привлечением социальных служб, комиссии по делам несовершеннолетних, правоохранительных органов, врачей-психиатров и психиатров-наркологов. Помощь последних должна быть направлена на формирование отказа от употребления алкоголя родителями, вовлечение их в реабилитационные программы.

Для формирования органического расстройства личности максимальная степень влияния получена для факторов «патология течения беременности и родов» и «алкоголизация у родителей». Меры профилактического воздействия в этом случае должны быть направлены на совершенствование оказания медицинской помощи, особенно в отдаленных районах Забайкальского края, с пристальным вниманием врачей-неврологов к детям с риском развития резидуально-органической патологии нервной системы. Помимо этого, необходимо осуществлять профилактику социального сиротства, гипоопеки и безнадзорности, возник-

новение которых в регионе находится в непосредственной связи с алкоголизацией родителей и низким материальным достатком семей. Слаженная работа органов социальной защиты населения, правоохранительных структур, комиссии по делам несовершеннолетних, врачей-наркологов позволит осуществлять профилактическое воздействие на семьи групп риска. В случае же определения ребенка в государственное учреждение социальной помощи, необходимо организовать своевременное психологическое и педагогическое сопровождение, медицинскую помощь и реабилитацию несовершеннолетних с резидуально-органической патологией головного мозга (привлекая к работе врачей неврологов и психиатров).

Для формирования специфического расстройства личности ведущими факторами риска являются «плохие отношения в семье», «патология течения беременности и родов» и «малообеспеченная семья», а для формирования расстройств поведения детского и подросткового возраста – «проживание в детском доме», «плохие отношения в семье», «патология течения беременности и родов». В этой связи оправданным является осуществление мероприятий, в том числе направленных на предупреждение реализации агрессивных, насильственных методов воспитания в отношении несовершеннолетних с привлечением сотрудников правоохранительных органов, комиссии по делам несовершеннолетних, органов социальной защиты населения.

Было выявлено, что 19,9 % несовершеннолетних правонарушителей не заняты учебной или трудовой деятельностью, рано оказываются вовлеченными в асоциальные и маргинальные группы с формированием криминальных стереотипов поведения. В таких условиях обеспечение занятости несовершеннолетних может выступать одной из эффективных мер профилактики преступности. При этом существенным недостатком работы соответствующих органов в районах Забайкальского края является не оказание в полном объеме необходимых мер, направленных на обеспечение занятости несовершеннолетних, не организована в должном объеме работа по трудоустройству подростков. Кроме того, выделение прогностических групп с соответствующими социально-демографическими и клиническими характеристиками позволит специалистам, которые занимаются несовершеннолетними (сотрудники правоохранительных органов, педагоги, врачи-психиатры, наркологи, психологи), дифференцированно проводить профилактические мероприятия по предупреждению совершения подростками противоправных деяний. Выявленная в ходе исследования недостаточная диагностика наркологических расстройств у подростков-правонарушителей при проведении амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз в учреждениях психиатрического профиля, диктует необходимость улучшения диагностики указанных нарушений. В этой связи оправданным является проведение более углубленной подготовки врачей судебных психиатров по диагностике наркологических расстройств у несовершеннолетних в рамках проведения амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы, т.к. верная верификация расстройств будет способствовать дальнейшим медицинским и реабилитационным подходам в системе исполнения наказаний с осужденными несовершеннолетними, склонными к употреблению психоактивных веществ. Это также может выступить серьезной профилактической мерой, особенно в плане профилактики рецидива преступлений.

Заключение. В ходе проведенного исследования установлено, что внедрение представленных рекомендаций в практику заинтересованных служб и ведомств позволит осуществлять профилактику психических расстройств и противоправного поведения у лиц подросткового возраста. При этом комплексный подход к сохранению и улучшению психического здоровья несовершеннолетних следует осуществлять на государственном, региональном/районном и семейном уровнях. На государственном и региональном уровнях должны решаться, прежде всего, вопросы улучшения экономического благосостояния населения, снижения спроса на алкогольную продукцию, профилактики социального сиротства, создания условий, обеспечивающих учебную или трудовую занятость несовершеннолетних, совершенствования оказания медицинской помощи, особенно в отдаленных районах. Профилактика на семейном уровне заключается в работе соответствующих служб с неблагополучными и малообеспечен-

ными семьями, в том числе с привлечением медицинских работников, для разносторонней помощи и их сопровождения, способствующими отказу от употребления алкоголя родителями и контролю за материальным обеспечением, воспитанием и учебной занятостью детей.

Колесников Д.А., Воронько Е.А., Чистякова Ю.С., Кондуфор О.В.
**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ МОТОРНЫХ НАВЫКОВ
У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАЗЛИЧНО
ВЫРАЖЕННЫМ ДЕФЕКТОМ**

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

Когнитивная сфера включает в себя различные аспекты психики человека: память, мышление, праксис и другое. Нарушение моторных функций характерно для многих неврологических расстройств, однако может наблюдаться и при эндогенно-процессуальных заболеваниях вследствие долгого приема типичных нейролептиков. Везаническое, апатическое или шизофреническое слабоумие представляет собой конечное состояние при шизофрении, серьезно затрагивающее когнитивную сферу. Классическим является концепция расстройств мышления вследствие эндогенного процесса, однако исследования последних лет говорят о влиянии шизофрении и на другие составляющие когнитивной сферы. Определенный интерес имеет сравнение некоторых когнитивных функций при слабоумии, обусловленном эндогенными факторами, и другим дефектным состоянием в виде редукции энергетического потенциала ввиду максимальной выраженности негативных симптомов при данных видах дефекта.

Цель исследования: сравнить уровень нарушения моторных навыков пациентов, страдающих шизофренией, с дефектом уровня апатического слабоумия и редукции энергетического потенциала.

Материал и методы. Исследование было проведено на базе психиатрических отделений ГУ «Луганская республиканская клиническая психоневрологическая больница» ЛНР, которые являются клинической базой кафедры психиатрии и наркологии ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки». Было обследовано 23 пациента, 10 мужчин и 13 женщин, которых разделили на две исследуемые группы: 1-я – пациенты с шизофренией и везаническим слабоумием ($n=8$), 2-я – пациенты с шизофренией и дефектом уровня редукции энергетического потенциала ($n=15$). Проводилось клиническое интервью, изучались данные анамнеза, из психометрических методов были использованы Шкала краткой оценки когнитивных функций у пациентов с шизофренией (BACS), Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA), а также Шкала позитивных и негативных синдромов (PANSS). Статистическая обработка проведена в программе Statistica V. 12.5 с применением критерия Манна-Уитни ($p \leq 0,05$).

Результаты и их обсуждение. Пациенты 1-й группы показали более низкие результаты как в субтесте на моторные навыки (на 39,7 балла меньше), так и при сравнении композитного балла BACS (на 15 баллов меньше). Подобные результаты показал анализ балла по MoCA (на 17 баллов меньше у 1-й группы). При сравнении результатов по PANSS удалось установить большую выраженность негативных симптомов у пациентов 1-й группы (на 3,3 балла больше). Статистически достоверной разницы по субшкале позитивных симптомов не было выявлено.

Выводы. В результате исследования было установлено, что пациенты с дефектом уровня апатического слабоумия имеют более низкий показатель как по субтесту моторных навыков, так и по композитному баллу BACS, что свидетельствует о более выраженном нарушении когнитивных функций при данном типе дефекта.

Колчина М.А., Горчакова Е.А.

АНАЛИЗ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИКО-ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

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

Отделение оказывает медико-психосоциальную помощь пациентам, страдающим психическими расстройствами, в амбулаторных условиях и рассчитано на 50 мест.

Основными функциями отделения являются следующие. Ведение приема пациентов, осуществление обследования с целью определения снижения трудоспособности и направления на МСЭ. Оформление необходимой документации, предоставление на МСЭ. Совместная работа с психологом и социальным работником, направленная на реабилитацию, социальную адаптацию пациента. Проведение совместно с организациями социальной защиты населения медико-психосоциальной работы с пациентами и их семьями. Организация взаимодействия с организациями, осуществляющими психосоциальную работу с пациентами. Поддержка пациентов в условиях обычного проживания (на дому) при улучшении состояния пациентов. Формирования навыков самостоятельного проживания у лиц, страдающих психическими расстройствами, утратившие социальные связи. Снижение риска направлений пациентов в отделение для оказания круглосуточной стационарной помощи. Улучшения качества жизни пациента и его близких. Освоение и внедрение в клиническую практику современных методов бригадного ведения. Привлечение пациентов к активному участию в выполнении лечебно-реабилитационных программ. Ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке.

Показания для направления в отделение: лица, страдающие психическими заболеваниями в стабильном психическом состоянии, нуждающиеся в социально-психологической помощи, решение вопросов медико-социальной экспертизы (первичное представление на инвалидность, повторное переосвидетельствование, разработка ИПР), межведомственное совместное решение вопросов жилья, трудоустройства, льгот, правовых аспектов и пр., совместная юридическая помощь по устранению нарушенных прав граждан, страдающих психическими расстройствами, восстановление социального статуса пациента (оформление, восстановление, замена необходимых документов), восстановление прежних или налаживание новых социальных контактов больного, психосоциальная помощь семьям, родственникам пациентов, оформление в учреждения социального обеспечения для лиц, утративших социальные связи, прочие социальные трудности, решение которых невозможно осуществить пациенту самостоятельно в силу имеющихся психических расстройств.

11 марта 2020 года Всемирная организация здравоохранения объявила вспышку новой коронавирусной инфекции, случаи которой были впервые зарегистрированы в Китае в конце 2019 года, пандемией. В целях усиления мер по профилактике и предотвращению распространения новой коронавирусной инфекции были изданы Указы Президента РФ и постановления Правительства России по противодействию распространения COVID-19. В период пандемии коронавирусной инфекцией Правительство РФ утвердило Временный порядок признания лица инвалидом, который действует до 1 октября 2021 г. Установлено, что медико-социальная экспертиза (МСЭ) проводится заочно в целях предотвращения распространения коронавирусной инфекции.

Ограничительные мероприятия, связанные с пандемией новой коронавирусной инфекцией внесли свои коррективы в работу отделения медико-психосоциальной помощи в амбулаторных условиях в 2020 году. В сравнении с 2019 годом, число посещений в 2020 году уменьшилось на 20 %. Также, в 2020 году сократилось количество пациентов, нуждающихся в переосвидетельствовании группы инвалидности на 136 человек, что на 5 % меньше, чем в 2019 году.

Обращает на себя внимание значительное сокращение количества сельских жителей, посетивших Отделение медико-психосоциальной помощи в амбулаторных условиях. В 2019

году из сельской местности было 394 человека, что составило 25,6 % от общего количества посещений, а в 2020 году было 129 пациентов, это 10,5 % от общего количества посещений.

В сравнении с 2019 годом, число пациентов впервые обратившихся для установления группы инвалидности, в 2020 году увеличилось незначительно (на 2 %).

Число пациентов, обратившихся с целью получения заключения для соматической МСЭ традиционно остается на высоком уровне. В 2019 году – 807 человек, что составило 52,5 % от числа обратившихся, а в 2020 году – 738 человек, 60 % от числа обратившихся.

В 2020 году на 4 % уменьшилось количество пациентов, нуждающихся в определении типа дома-интерната и заключения на опеку.

Снижение показателей повторного освидетельствования на МСЭ и числа сельских жителей можно объяснить тем, что пациенты воспользовались своим правом проведения медико-социальной экспертизы в заочной форме.

Несмотря на сложную эпидемиологическую обстановку Отделение медико-психосоциальной помощи в амбулаторных условиях продолжало работать в обычном режиме, согласно графика работы отделения, утвержденного главным врачом.

Коцюбинская Ю.В.

ОСНОВНЫЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии

им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Синдром болевой дисфункции (СБД) – одна из самых распространенных патологий височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), с которой неразрывно связана дискоординация работы жевательных мышц и, в первую очередь, – латеральной крыловидной мышцы. De Souza Tesch R. с соавторами (2019) доказал, что наличие хронической боли у пациентов с СБД ВНЧС, отсутствие видимых повреждений периферических тканей, а также частые жалобы на мышечно-суставные боли в других областях тела связаны с особенностями центральной и периферической ноцицепции (активности в афферентных нервных волокнах, возбуждаемой разнообразными стимулами). СБД ВНЧС следует относить к редким соматоформным расстройствам, основными проявлениями которого являются соматоформный болевой синдром в орофациальной области и дисфункция жевательной мускулатуры, часто сопровождаемая мышечно-тоническим расстройством.

Цель. Клиническое выделение и описание основных психопатологических проявления синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

Методы. Средний возраст обследованных пациентов с миофасциальным болевым синдромом в области жевательной мускулатуры составил $48,3 \pm 0,7$ года (от 18 до 75 лет). Женщины составили большинство – 94 (92,1 %) против 8 (7,8 %) мужчин. Пациенты прошли полуструктурированное интервью, направленное на выявление жалоб не только неврологического, но и психопатологического характера (тревожность, перепады настроения, навязчивые мысли, нарушения сна). Для объективизации уровня мышечно-тонических нарушений в жевательной мускулатуре и дисфункции использовали жевательный «Клинический индекс Хелькимо» (Helkimo M., 1976), где дисфункциональные, мышечно-тонические болевые расстройства представлены численно – от 0 до 16 баллов. Для оценки боли использовалась оценочная шкала «Вербальная описательная шкала боли». Психопатологический статус пациентов диагностируют с помощью следующих методов: «Рейтинговая шкала депрессии Гамильтона» (HRDS), «Симптоматический опросник SCL-90-R» (Symptom Check List-90-Revised). Методы психологической экспертизы включали: «I-структурный тест Аммона» (ISTA); SF-36.

Результаты и обсуждение. Помимо алгических (явных или скрытых) феноменов, суще-

ственной частью СБД ВНЧС являются определенные психопатологические нарушения, выступающие как неотъемлемый атрибут этого заболевания. Это обстоятельство, к сожалению, нередко «ускользает» от внимания не только стоматолога, но и невролога, оказывающихся «в плену» ограниченно жесткой «физикальной» (телесной) причинно-следственной категоризации наблюдаемых клинических феноменов. К тому же пациенты не всегда четко излагают свои жалобы, что связано с имеющейся у них алекситимией. Помимо этого, своевременную диагностику затрудняет то обстоятельство, что, при наличии свойственной данной группе больных интерперсональной сенситивности, эти пациенты скрывают свои эмоциональные переживания. Это в ещё большей степени способствует хронизации соматоформного расстройства.

В то же время данным пациентам присущи отдельные аффективные симптомы, проявляющиеся не только в снижении настроения и активности, уменьшении положительных эмоций, ограничении социальных контактов, но и в интрасоматических расстройствах, нарушении аппетита, катастрофизации проявлений имеющегося недуга (восприятию боли как серьезной угрозы, болезненной фиксированности на алгических симптомах, преувеличении негативных последствий боли), навязчивых мыслях о боли и о собственном страдании и т. п. Также имеют место тревожные переживания (прежде всего, в виде повышенного реагирования на внешние события), сопровождающиеся с состоянием усиленного мышечного напряжения, которое часто сопровождается сжиманием челюсти, изменением выражения лица.

Уже на первичном клиническом приеме необходимо дифференцировать неврологические и психопатологические симптомы заболевания, что позволит эффективно и своевременно провести обследования и лечение. Негативные эмоции или настроение, а также высокий уровень воспринимаемого стрессора также являются важными факторами риска хронизации болевого синдрома в орофациальной области. Связанное с этими обстоятельствами беспокойство может быть попыткой пациента решить проблему хронической боли. В целом, процесс беспокойства представляет собой негативную, нагруженную аффектами когнитивную деятельность, протекающую неуправляемо, с неопределенной для пациента целью и с возможным неприятным результатом. Негативная оценка результата последствия боли приводит к формированию у пациента избегающих форм поведения и неэффективных стратегий. Например, пациент, испытывая боль в ВНЧС, предполагает, что произошло разрушение сустава и, опасаясь оперативного лечения, отказывается от обращения к врачу. Таким образом, можно говорить о том, что у пациентов с СБД ВНЧС возникает специфический психопатологический феномен – соматосенсорная амплификация. Формируется своего рода тенденция воспринимать полученное нормальное соматическое ощущение (например, прием горячей / холодной пищи, прикосновение) как интенсивное, вредное и тревожное (Chow J.C., Cioffi I., 2019). Усиление соматических ощущений включает в себя телесную гипернастороженность, для которой характерны повышенное внимание к телу, лицу к обнаруженным ощущениям. J.C. Chow с соавт. (2019) выявили, что пациенты с повышенным контролем над состоянием своего тела и лица склонны к повышенному восприятию зубной окклюзии. Люди с окклюзионной гипернастороженностью склонны проверять свою окклюзию. Так возникает определенной «оральное поведение», которое включает в себя стремление к повторяющемуся контакту между зубами и сжиманию с целью «сканирования» внутриротовой среды в поисках возможных угроз. При исследовании у данной группы пациентов была обнаружена связь между тревогой, болью и стремлением контролировать внутриротовую среду и положение нижней челюсти. Во многих исследованиях была предпринята попытка выяснить специфическую роль соматосенсорной амплификации как патогенного механизма в соматизации психопатологического феномена.

Таким образом, нами было выявлено, что транзиторные жалобы на боль в области жевательной мускулатуры (миалгию) и разлитые боли, усиливающиеся при нагрузке на жевательный аппарат (миофасциальный болевой синдром), а также на мышечную дисфункцию (как последствие стресса и/или нагрузки на жевательный аппарат) в острой форме могут перенос-

силь и здоровые индивидуумы. Однако если болезненное состояние наблюдается длительно (более 6 месяцев), то необходимо провести полипрофессиональное обследование с участием стоматолога, невролога, психотерапевта, позволяющее диагностировать синдром болевой дисфункции ВНЧС.

Коцюбинский А.П., Гусева О.В.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 У ЛИЦ С АУТОХТОННЫМИ НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

*Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии
им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия*

Введение. В течение прошедшего года появилось большое количество работ, изучающих психологическое состояние общества в период пандемии (Алехин А.Н., Данилова Ю.Ю., Щелкова О.Ю., 2020; Нестик Е.А., 2020; Кекелидзе З.И. и др., 2020; Сорокин М.Ю. и др., 2020). Первые работы были посвящены психологическим реакциям населения как на сам факт пандемии COVID-19, так и на необходимость внезапного изменения людьми привычного уклада жизни, и были построены на свободных, неструктурированных самоотчетах респондентов. Дальнейшие исследования с использованием стандартного психологического тестирования (Ениколопов С.Н. и др., 2020) позволили авторам сравнить особенности реакции населения на пандемию с динамикой принятия ими угрозы природной катастрофы. Характеризуясь при этом чередованием следующих фаз: шока, отрицания с элементами эйфорической реакции, в дальнейшем, принятия, сопровождающегося повышением уровня непсихотической психопатологической симптоматики (тревоги или тревожно-депрессивных реакции), которым более подвержены женщины, а также напряжение, защитное обращение индивидуумов к религии или повышение уровня их семейного насилия и агрессивности в целом. О преобладании тревожного спектра переживаний, носящего защитный антистрессовый характер, косвенно свидетельствует факт снижения в условиях пандемии более глубоких форм дезадаптации. Так, сравнительный анализ частоты суицидов в 5 субъектах РФ в апреле 2019 г. (до-пандемический период) и апреле 2020 г. (период пандемии) выявил снижение частоты суицидов среди населения (Кекелидзе З.И., Положий Б.С., Бойко Е.О. и др., 2020). Незначительное число лиц с суицидальными идеями в выборке при одновременном усилении выраженности депрессивной психопатологической симптоматики (Медведева Т.И., Ениколопов С.Н. и др., 2020). В обзорной работе (Вельтищев Д.Ю., Лисицина Е.Ф., Борисова А.Б., 2020) особо подчеркивается комплексный характер стрессовой пандемической ситуации, который определяется, во-первых, развитием практически неконтролируемой опасной инфекции, во-вторых – защитными противоэпидемическими требованиями и ограничениями, в-третьих – экономическими последствиями. Кроме того, в первые месяцы пандемии негативное влияние на население оказывало информационное давление СМИ. Несмотря на повсеместную регистрацию увеличения тревожно-депрессивных реакций населения в целом, авторы призывают к осторожной оценке полученных ими цифр, т.к. в скрининговых телефонных и интернет-опросах принимали участие ограниченные группы респондентов, которые, возможно, уже имели соответствующие непсихотические расстройства еще до пандемии. Так, в первом крупном отечественном исследовании (Сорокин М.Ю. и др., 2020) 29,5 % респондентов отмечали, что ранее имели аффективные расстройства.

В этом контексте представляется необходимой дифференцированная оценка непсихотической психопатологической симптоматики, наблюдаемой на фоне чрезвычайной стрессовой ситуации. Особую группу при этом представляют пациенты с непсихотическими проявлениями аутохтонных психических расстройств. Необходимость дифференцированного ана-

лиза реакций на ситуацию пандемии этих лиц диктуется их изначально меньшей толерантностью к стрессу, большей тревожностью и сенситивностью, а также менее гибкими и более дезадаптивными формами защитно-совладающего поведения, и, как следствие, большей уязвимостью. Гипотетически именно в этой особой когорте населения должны были бы проявляться наиболее выраженные реакции на запредельную стрессовую ситуацию. В этом случае в качестве маркеров триггерной роли стресса должны рассматриваться: усиление аутохтонной психопатологической симптоматики (в первую очередь, депрессивной, тревожно-ипохондрической и психопатоподобной с потребностью в увеличении дозы лекарственной терапии, повышении напряженности взаимоотношений в семье, увеличении потребности в психотерапевтической и психиатрической помощи, повышении суицидальной активности, росте показателей госпитализации). Помимо этого, можно допустить, что у данной группы населения происходит более быстрое формирование психопатологической симптоматики «по типу психологического эмоционального заражения» (что довольно часто приходится наблюдать в групповой психотерапевтической работе с данным контингентом психически больных), более выраженного и деструктивного поведения, а именно – провокации конфликтов в семье, нарушении комплаентности, усилении проявлений различных форм зависимостей, а также вовлечении в различные деструктивные коалиции так называемых ковид-диссидентов с отказом от соблюдения противоэпидемических мер.

Цель настоящей работы – исследование особенностей психологических реакций и защитных факторов у лиц с аутохтонными непсихотическими расстройствами в период пандемии.

Материал и методы. В работе использовались клинический и клинико-психологический методы. Проанализирована сплошная выборка пациентов за период 5 месяцев, предшествующих пандемии, обратившихся в амбулаторный Центр психопрофилактики НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева для получения амбулаторной консультативно-лечебной помощи. Включено 74 человека, в возрастном диапазоне от 20 до 40 лет. Из них: 31 чел. (41,9 %) – с заболеваниями шизофренического спектра непсихотического уровня; 43 чел. (58,1 %) – с аффективной патологией непсихотического уровня. Из этого числа в период пандемии более половины пациентов (43 человек) обращались к врачам Центра психопрофилактики за помощью по телефону, используя при этом текстовые сообщениями через мессенджеры или другие формы on-line.

Результаты. По результатам самоотчетов, перенесли подтвержденную Covid-инфекцию, протекавшую в легкой и среднетяжелой форме, около 10 % пациентов. При этом только в одном случае наблюдалась субпсихотическая тревожно-ажитированная реакция пациентки (F 21,3), которая была купирована в первый же день её пребывания в ковидном стационаре. Консультирование пациентов, ранее обращавшихся в Центр психопрофилактики, в режиме on-line в течение последующих пяти месяцев пандемии позволило установить, что пациенты с непсихотическим уровнем аутохтонной патологии (неврозоподобная и психопатоподобная формы шизофрении, затяжные эндогенные депрессивные состояния амбулаторного уровня), неожиданно демонстрировали поведение, диссонирующее, по сравнению с ожидаемым в стрессовой ситуации. Консультируемые нами пациенты, в большинстве своем, продолжали прежний стереотип жизни: обращались с прежней периодичностью за помощью, регулярно принимали базовый препарат в стандартной дозе, не обнаруживали усиления тревожно-депрессивно-ипохондрических переживаний, соблюдали необходимые противоэпидемические мероприятия; часть из них продолжали профессиональную или учебную деятельность. Интерес к регулярной информации по поводу пандемии в СМИ был у них не выше общепопуляционного; так, значительная часть пациентов отметили, что на втором месяце пандемии перестали следить за цифровым отражением ситуации, не включались в обсуждение данного вопроса в интернете, не проявляли особого интереса к вопросу о причинах возникновения инфекции. Однако попытки реализации предполагаемого ранее для этих пациентов снижения дозы базового лекарственного препарата (на этапе лекарственной ремиссии) неизменно оказывались малоуспешными, т.к. сопровождалась появлением тревожно-депрессивной симптоматики.

Обсуждение. Объяснение наблюдаемому феномену не носит однозначного характера. С одной стороны, наиболее важное значение для стабильности психиатрического пациента имеет гарантированный регулярный уровень обеспечения лекарственными препаратами, возможность иметь поддерживающий постоянный контакт с врачом, степень доверия к нему, поддержка референтного окружения. Возможно, именно факт регулярной поддерживающей психофармакотерапии (большой частью антидепрессанты из группы СИОЗС) оказывает наибольшее защитное влияние, т.к., помимо противотревожного и тимолептического эффекта, предположительно характеризуется также противовоспалительным и противовирусным эффектом (Hoertel N., Rico M., Vernet R. et al., 2020). Помимо этого, все вопросы, касающиеся ситуации пандемии (степень серьезности ситуации, ее продолжительность, необходимость коррекции жизненных планов, варианты лечения в случае заболевания, отношение к вакцинации и пр.) больные делегировали специалистам психиатрического профиля и своевременно ее получали (в отличие от широкого круга населения, имевшего выход лишь на общую службу первичного звена здравоохранения). Следует отметить, что все пациенты из описываемой выборки имели родительскую или (значительно реже) собственную семью либо долговременные партнерские отношения, что, помимо позитивного эмоционального влияния, позволяло снижать уровень бытовой нагрузки, падающей на индивидуума. Наконец, по отчетам большинства пациентов, их роль в семье не была связана с ответственностью за финансовое благополучие семьи, и, следовательно, данный (экономический) аспект психотравмирующей ситуации не имел для них большого значения. С другой стороны, определенная степень стабильности психиатрических пациентов могла быть обусловлена психологическими механизмами, в частности – защитными процессами «отрицания», поведенческими стратегиями «ухода от контактов», что в данной конкретной пандемической ситуации оказалось конструктивным (не переживалось в качестве стрессового фактора, как у большинства населения). Возможно, в части случаев имела место недостаточная критичность мышления, что сказывалось на восприятии пандемической ситуации как менее угрожающей (по сравнению с другими группами населения). Для пациентов более важное субъективное значение имели малозначимые колебания привычного состояния, необходимость коррекции психофармакотерапии, чем изменения пандемической ситуации.

Выводы. Вопрос о предикторах стабильности состояния психиатрических пациентов в экстремальной длительной ситуации требует детального изучения на достаточной выборке и с использованием методов математической объективации. На предварительном этапе представляется, что наиболее важными защитными факторами являются: регулярная поддерживающая психофармакотерапия; многозначный факт доверия (на микро/макроуровнях), возможность обращения к референтному для пациента лечащему врачу при первой необходимости для прояснения всех возникающих затруднений, дозированное информирование пациентов с учетом их личностных особенностей, поддержка семьи, а также определенные сформированные паттерны защитно-совладающего поведения. Возможно, что исследование этих факторов окажется полезным для разработки мер профилактики негативных психологических реакций не только в уязвимых группах населения, но и в здоровой популяции.

Крылова Е.С., Кулешов А.А.

**КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ
(НЕХИМИЧЕСКИХ) АДДИКЦИЙ ПРИ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ
В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ**

Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

Поведенческие (нехимические) аддикции (ПА), включающие различные виды Интернет и игровых зависимостей, представляют собой серьезную проблему для здравоохранения и связаны с обширной сопутствующей психической патологией. По-прежнему остается дис-

кутабельным вопрос насколько поведенческие аддикции, одной из основ которых является нарушение импульсивного контроля, возможно рассматривать как отдельное психопатологическое образование (Pinna F. et al., 2015; Starcevic V. et al., 2017). Большинство исследователей подчеркивается важность личностного вклада и индивидуального различия, предрасполагающих к ПА (Calado F. et al., 2014; Ciccarelli, M. et al., 2019). Поведенческие аддикции утяжеляют течение расстройства личности (РЛ) и нередко приводят к стойкому нарушению социального функционирования и формированию суицидального риска (Jo Yung-Wei Wu et al., 2016; Zadra S., Bishof G. et al., 2016; Wei-Hsin Lu et al., 2017). В ряде публикаций показана достаточно высокая коморбидность и распространенность аддикций с РЛ. Так в исследовании М.А. JoYung-Wei Wu (2017) 75 % девушек и 35 % юношей, включенных в исследование с выявленной Интернет-аддикцией обладали диагностическими критериями РЛ. D. Munno с коллегами (2016) при обследовании пациентов с РЛ 15-18 лет, установили, что в сравнении с химическими - поведенческие составили 66,7 %. В исследовании, выполненных среди студентов молодого возраста с поведенческими аддикциями чаще обнаруживались РЛ демонстративного кластера – 14 % и зависимого РЛ – 7 % (Bernardi S. et al., 2009; Yang et al., 2001; Potembska E. et al., 2019). В работе Chen T. et al. (2019), среди обследованных им пациентов подростково – юношеского возраста с пограничным расстройством личности аддикции были выявлены у 15,7 %.

Кроме того, в ряде работ, исследователями (Laier et al., 2018) указывается на различие в механизмах формирования поведенческих аддикций в зависимости от типа РЛ. Таким образом, изучение поведенческих аддикций при РЛ в период юношеской динамики, установление их связей с типом РЛ и другими коморбидными психопатологическими расстройствами, а также оценка суицидального риска остаётся одним из актуальных вопросов клинической психиатрии.

Цель исследования: установление клиничко-психопатологических особенностей поведенческих аддикций при расстройстве личности в юношеском возрасте.

Материал и методы. Исследование выполнено в ФГБНУ НЦПЗ в отделе юношеской психиатрии (руководитель – д.м.н., проф. В.Г. Каледа). Группы больных для настоящего исследования были сформированы на основании следующих критериев включения: юношеский возраст на момент первичного обследования (16-25 лет); поведенческие (нехимические) аддикции (F50X; F63X; F65X; F66X); расстройство личности (F60.X-61.X); информированное согласие пациента на участие в исследовании.

Критерии исключения: наличие в анамнезе расстройств шизофренического спектра (F20.X, F21.X, F25.X); сопутствующая соматическая, неврологическая или психическая патология, затрудняющая исследование.

Клиничко-психопатологически были обследованы 78 больных 16-25-ти лет с РЛ (51 больных мужского и 26 женского пола), госпитализированных в психиатрический стационар и получающие лечение амбулаторно по поводу поведенческих (нехимических) аддикций, включающих игровые, Интернет, пищевые и сексуальные и имеющих диагноз расстройство личности. Исследование соответствовало положениям Хельсинской декларации по вопросам медицинской этики и проводилось с соблюдением прав, интересов и личного достоинства участников. План исследования одобрен локальным этическим комитетом ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Все обследуемые дали письменное информированное согласие на участие в исследовании.

Основными методами были избраны: клиничко-психопатологический и психометрический (шкала оценки аддикций «ОДА-2010» А.В. Смирнова (2010).

При оценке конституционально-личностного типа больные распределились следующим образом: пограничное РЛ (F60.31) – 32 (41,0 %) больных, нарциссическое РЛ (F60.8) – 8 (10,2 %) больных, тревожное РЛ (F60.6) – 24 (30,7 %), шизоидное РЛ (F60.1) – 14 (17,9 %) больных. Средний возраст обследованных больных к моменту первого стационарирования составил $18 \pm 3,2$ лет, то есть преобладали учащиеся высших и средних учебных заведений.

Результаты. Как было установлено, отдельные проявления ПА можно было отметить у

изученных пациентов с детства. Наиболее характерным было наличие импульсивности, эмоциональной неустойчивости, склонности к пассивному аутоагрессивному и рискованному поведению. С началом подростково-юношеского возраста, склонность к аддикциям приобретала неотступный характер. Наиболее частой причиной обращения за специализированной медицинской помощью было усиление аффективной нестабильности, самоповреждающее поведение, аутизация, учебная и социальная дезадаптация. Детальный клинико-психопатологический анализ изученных состояний позволил выявить существенные различия в структуре аддиктивного комплекса, определяющиеся дополнительным наличием аффективного, сверхценного и обсессивного компонента. В зависимости от их выраженности были условно выделены следующие основные клинико-психопатологические типы аддиктивных состояний при РЛ в юношеском возрасте.

Аддиктивно-аффективный (25 больных – 32,1 %) – аддикции формируются под влиянием аффективной фазы и возникают только в период развернутых проявлений. В случае депрессий больные с помощью аддикций стремятся избавиться от болезненного состояния, что способствует лишь его утяжелению. При гипоманиакальных/маниакальных состояниях наряду с идеаторной и моторной ускоренностью, поведенческие аддикции становятся ведущими.

Аддиктивно-обсессивный (21 больной – 26,9 %) – являются результатом навязчивых влечений, относящихся к образным обсессиям, близким к контрастным, сопровождаются тягостным ощущением, неотступными навязчивыми мыслями, доходящим до руминаций и идеями малоценности. Сохраняется критическое отношение к аддикциям, при этом отличительной особенностью является их реализация.

Аддиктивно-сверхценный (18 больных – 23,1 %) – в клинической картине аддикции носят характер непреодолимости с постепенным формированием сверхценного мировоззрения. При этом характерным для этих больных преобладание конкретной деятельности и чувство «аффективной удовлетворенности», получаемое от реализации подобной «одержимости», что свидетельствует о доминировании влечений над сверхценностью. Эмоционально значимые увлечения выходят на первый план среди ценностных категорий, что приводит к формированию специфического жизненного уклада.

Собственно аддиктивный (14 больных – 17,9 %), соответствует общепринятым критериям импульсивных влечений с появлением стремления к осуществлению побуждения с последующим доминированием в сознании, нарастанием аффективной напряженности с чувством удовлетворения при реализации. Как правило, идеи малоценности и собственной несостоятельности выражены неотчетливо, вектор вины направлен на близкое окружение. В этой группе наиболее часто у больных отсутствует критика и высокая склонность к асоциальным поступкам.

При анализе взаимосвязи типов РЛ с выделенными разновидностями поведенческих аддикций, была обнаружена их следующая предпочтительность: при пограничном РЛ – аффективный и аддиктивные типы (62,5 % и 37,5 % соответственно), при нарциссическом и шизоидном – сверхценный тип (75,0 % и 78,5 % соответственно), а при тревожном – обсессивный тип (79,2 %). Полученные данные позволили определить конституционально-личностную структуру как одну из ведущих в генезе данных состояний, то есть собственно РЛ и обуславливает уязвимость к формированию аддикций.

Было определено, что аддикции, коморбидные с РЛ обуславливали высокую частоту аутоагрессивных действий (83,3 %) и суицидальную активность (42,3 %). Аутоагрессивные действия носили характер влечений, нередко после многократных самоповреждающих действий с образованием рубцов, а также активной критики со стороны близкого окружения, больные начинали наносить множественные татуировки.

Суицидальные попытки чаще возникали на высоте состояния, нередко на фоне злоупотребления алкоголем или психоактивными веществами, носили импульсивный или демонстративный характер. Этап личностной переработки конфликтной ситуации либо отсутствовал, либо был кратковременным.

Характер влечений при этой разновидности приобретали и суицидальные тенденции. Как правило, провоцирующим для них моментом являлись разные по значимости внешние обстоятельства, под влиянием которых пациенты прибегали к приему психоактивных веществ или алкоголя, что в большинстве случаев не приносило желаемого или длительного облегчения. На этом фоне возникало чувство напряжения, вновь нарастала охваченность пессимистическими сверхценными идеями с выраженной дисфорией и возникновением суицидальных мыслей, что приводило к их реализации либо в виде аутоагрессивных действий для снятия «напряжения», либо непосредственно в суицидальных попытках.

Преобладающие в поведении аддиктивные тенденции «подкреплялись» теоретическими оправданиями о необходимости «расширения сознания» для осознания смысла жизни, о ценности кратковременных удовольствий в свете бесперспективности человеческого существования. Эти больные нередко рассматривали свое участие в драках, нанесение самоповреждений как способ «снятия напряжения», а на высоте депрессивного состояния неоднократно совершали суицидальные попытки. В то же время подобные поступки нередко носили демонстративный, провокационный характер, а больные после их совершения испытывали непродолжительное чувство раскаяния, «опустошения».

Выводы. Таким образом, аддикции при РЛ отличаются значительным многообразием их психопатологической основы, обусловленной, прежде всего, структурой расстройства личности, а также коморбидными расстройствами и патопластическим возрастным фактором, что обосновывает их дальнейшее отдельное изучение и определяет научно-практическую значимость.

Лобанова А.А.

ОПЫТ РАБОТЫ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЕВОГО НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

2020 год войдет в историю в связи с выявлением неожиданной для всего человечества угрозы, началом пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19. Первых заболевших коронавирусной инфекцией в России выявили 31 января 2020 г. COVID-19 диагностировали у граждан Китая, один из них находился в Забайкальском крае. В начале февраля коронавирус впервые зарегистрировали у гражданина России.

ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер» (ГАУЗ ЗКНД) был одной из первых медицинских организаций Забайкальского края, которая столкнулась с проблемой возникновения и распространения новой коронавирусной инфекции. Хронология событий началась 17 апреля 2020 года, когда у одного из медицинских работников ГАУЗ ЗКНД, по контакту с заболевшим родственником, был выявлен положительный результат мазка на COVID-19 методом ПЦР.

18 апреля у 4 пациентов наркологического отделения № 1 ГАУЗ ЗКНД, обследованных по контакту с медицинским работником, также выявили вирус SARS-CoV-2, возбудитель новой коронавирусной инфекции COVID-19. С этого дня в ГАУЗ ЗКНД введен режим карантина, прием и госпитализация пациентов прекращены, смены сотрудников наркологического отделения № 1 (12 человек) и отделения медицинской реабилитации № 2 (2 человека) изолированы вместе с пациентами в зданиях отделений. Всего на начало карантина в ГАУЗ ЗКНД находилось 76 пациентов.

В отделениях был организован строгий противоэпидемиологический режим с запретом входа-выхода и передвижений пациентов из палаты в палату. Силами Росгвардии осуществлялась охрана территории отделений. Медицинским персоналом проводилось круглосуточное динами-

ческое наблюдение изолированных пациентов и сотрудников; контроль температуры, сатурации, общего состояния. Под руководством специалистов Роспотребнадзора осуществлялся забор материала для повторных исследований на COVID-19. Врач, средний и младший медицинский персонал, сотрудники вспомогательных служб находились на постоянной связи с администрацией диспансера, получали всю необходимую консультативную, методическую помощь.

Карантин продлился: в отделении № 2 – до 27 апреля, в отделении № 1 – до 13 мая 2020 г. За весь период карантинных ограничений в ГАУЗ ЗКНД было выявлено 44 заболевших новой коронавирусной инфекцией: 35 из числа пациентов и 9 сотрудников диспансера. Среди заболевших преобладали случаи латентного течения заболевания и легкие формы вирусной инфекции верхних дыхательных путей. Всех заболевших переводили в моностанции г. Читы для лечения новой коронавирусной инфекции.

Функции по госпитализации больных наркологического профиля, нуждающихся в неотложной наркологической помощи переданы ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского», медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения – дежурным многопрофильным стационарам города.

В середине мая 2020 года, госпитальная база для лечения COVID-19, развернутая на базе трех крупных больниц Читы, не справлялась с потоком заболевших. Распоряжением Министерства здравоохранения Забайкальского края от 30.04.2020 г. № 542\р разработан план поэтапного перепрофилирования коечного фонда для лечения больных с COVID-19. ГАУЗ ЗКНД входил в 10-ку медицинских организаций края, предусмотренных для оказания помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией.

24 мая 2020 года наркологическое отделение № 1 ГАУЗ ЗКНД было переоборудовано в провизорное отделение на 40 коек для наблюдения, обследования и лечения больных, подозрительных на COVID-19.

Отделение в круглосуточном режиме принимало пациентов разного возраста (самому младшему было 5 дней), доставленных бригадами СМП с симптомами ОРВИ и подозрением на новую коронавирусную инфекцию. При госпитализации всем пациентам проводилось обследование на COVID-19 методом ПЦР, в случае получения положительного результата, пациента переводили в моногоспиталь для лечения COVID-19.

Пациентам с отрицательным анализом ПЦР в течение 10-12 дней оказывалась необходимая медицинская помощь в провизорном отделении до выздоровления и получения отрицательных анализов мазков на COVID-19 в динамике. Лечение проводилось в соответствии с Временными методическими рекомендациями по лечению новой коронавирусной инфекции. Основную часть врачебного штата составляли психиатры-наркологи, консультативную помощь оказывали врачи инфекционисты, терапевт, педиатры, гинекологи. Все сотрудники проходили медицинский фильтр на входе в отделение, обеспечивались средствами индивидуальной защиты. В отделении были выделены «красная» и «зеленая» зоны.

В основном, пациентами провизорного отделения становились жители Забайкальского края, которые, после контакта с больным новой коронавирусной инфекцией, по разным причинам не имели возможности к самоизоляции: приезжие, жители общежитий и социальных учреждений.

8 июня 2020 года на базе отделения медицинской реабилитации ГАУЗ ЗКНД открыто провизорное отделение № 2 на 15 коек для наблюдения и обследования пациентов, подлежащих дальнейшей плановой госпитализации в ГУЗ «Забайкальский краевой онкологический диспансер». Среди них были и маломобильные пациенты, нуждавшиеся в постороннем уходе, перевязках. Как правило, сроки госпитализации не превышали 2-х суток.

За весь период работы, в провизорных отделениях диспансера лечебно-диагностическую помощь получили 373 пациента, 49 из них, переведены в моностанции Читы с диагнозом: новая коронавирусная инфекция COVID-19.

Провизорное отделение на базе наркологического отделения № 1 ГАУЗ ЗКНД было открыто 07 июля, на базе отделения медицинской реабилитации № 2 – 13 июля 2020 года.

Как и в других регионах России, вторая волна заболеваемости новой коронавирусной инфекцией COVID-19, в Забайкальском крае началась в сентябре-октябре 2020 года, сразу после начала учебного года в образовательных организациях.

В начале октября 2020 года, Министерством здравоохранения Забайкальского края было принято решение о повторном открытии провизорного отделения на базе ГАУЗ ЗКНД, и 4 октября 2020 года наркологическое отделение № 1 вновь приняло пациентов с подозрением на новую коронавирусную инфекцию.

Однако, темпы заболеваемости COVID-19 в образовательных организациях, общежитиях и учреждениях социальной защиты, заставили изменить решение. 10 октября 2020 года, на базе наркологического отделения № 1 ГАУЗ ЗКНД был открыт моностационар для лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией легкой степени тяжести, нуждающихся в госпитализации по эпидемиологическим показаниям на 180 коек. В штат моностационара вошли врачи инфекционисты, терапевт, врачи психиатры-наркологи. Были приобретены лекарственные препараты для лечения COVID-19. Все сотрудники прошли обучение тактике лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией.

В качестве моногоспиталя, отделение функционировало до 1 декабря 2020 года. За этот период, в отделении пролечено 392 пациента, 33 из них были доставлены из учреждений социальной защиты населения, остальные – из общежитий г. Читы и Забайкальского края, в частности, работники ГОК «Быстринский».

Таким образом, 2020 год предоставил возможность ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер» получить большой практический опыт работы в экстремальных условиях: лечение наркологических больных в эпид. очаге, в условиях карантина; оказание медицинской помощи, в том числе беременным и детям в «красной зоне» моностационара; приобретение навыков лечения инфекционной патологии и неотложных состояний. 47 сотрудников диспансера в 2020 году переболели COVID-19.

Ломакина Г.В., Косенко В.Г., Косенко Н.А., Шулькин Л.М., Агеев М.И.

ВКЛЮЧЕНИЕ В ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПСИХИАТРОВ ВОПРОСОВ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Пандемия, стремительно изменившая мир, не могла не отразиться на состоянии психического здоровья как больных COVID-19, так и здоровых граждан.

Психиатры – слушатели ФПК и ППС кафедры психиатрии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России с началом пандемии и введением ограничений как при дистанционной, так и при очной форме обучения постоянно поднимали вопросы, связанные с организацией психиатрической помощи, отмечали трудности в связи с введением ограничений, высказывали беспокойство по поводу сокращения объемов амбулаторной и стационарной помощи. На занятиях обсуждались весьма неоднозначные вопросы, как организационного характера, так узко направленного, как например, взаимодействие лекарств при лечении конкретного психического заболевания и ковид-инфекции одновременно.

По ходу развития ситуации с пандемией динамика поднимаемых проблем развивалась в определенном русле – от особенностей лечения сочетанной патологии психического расстройства и COVID-19, до вышедших сейчас на первый план стрессовых расстройств среди населения.

Слушатели отмечают вал информации и дезинформации, огромное количество советов от разных психиатров в соцсетях. В отношении информационных воздействий на людей в связи с распространением коронавируса есть все основания квалифицировать текущую ситуацию как «информационную пандемию».

С учётом потребностей слушателей в достоверной информации преподавателями кафедры психиатрии ФПК и ППС был разработан и включен в программы (модули) подготовки/переподготовки специалистов лекционный материал, обновляемый по мере развития пандемии и реорганизации работы системы психиатрической помощи.

В самом начале пандемии больше всего вопросов затрагивалось по изменениям в деятельности психиатрических организаций, закрытию или перепрофилированию отделений, ограничениям приема в амбулаторном звене. Актуальным было обсуждение порядка действий медицинского персонала в случае выявления инфицированных пациентов и т.д.

В связи с этим мы на первом этапе сконцентрировали внимание на изучении документов ВОЗ, приказов, распоряжений и рекомендаций Минздрава и Роспотребнадзора, которые регламентируют общие для медицинских учреждений различного профиля изменения в их деятельности в Российской Федерации. Сюда относятся меры по предупреждению распространения новой коронавирусной инфекции в медицинских организациях, а также порядок действий медицинского персонала в случае выявления инфицированных пациентов.

Надо отметить, что властями и общественностью уделяется слишком мало внимания вопросам оказания помощи больным психическими заболеваниями, а нормативные документы не затрагивают проблемы оказания специализированной помощи особо уязвимым группам населения – пациентам психиатрического профиля и жителям психоневрологических интернатов.

На настоящий момент на первый план выступают последствия перенесенной инфекции, которые затрагивают психическое здоровье и вопросы профилактики психических отклонений у населения.

Психиатры сталкиваются с соматоформными расстройствами, паническими атаками, суицидоопасными кризисными состояниями, возросшим употреблением алкоголя в условиях пандемии. Часто фиксируются эмоционально неустойчивые личностные расстройства. При разборе негативных защитных реакций у пациентов болеющих, или переболевших ковидной инфекцией нами рассматриваются такие реакции, как: «Отрицание», «Агрессия», «Избегание», «Подозрительность». Также часто встречается острая реакция на стресс, тревожные и тревожно-депрессивные расстройства (Ениколопов С.Н. и др., 2020). Отдельным вопросом разбираются особенности реагирования на стресс у лиц пожилого и старческого возраста и риск совершения суицида у пациентов с COVID-19 в краткосрочной перспективе.

Лекарственная терапия пациентов с психическими расстройствами, заболевших коронавирусной инфекцией представляет значительные сложности из-за вероятности утяжеления психического состояния (Мосолов С.Н., 2020). Антипсихотическая терапия в сочетании с лечением ковид-инфекции нередко вызывает побочные эффекты и осложнения. Нейролептики при длительном приеме обладают иммуносупрессивным действием, поэтому течение коронавируса протекает более тяжело.

Одним из самых серьезных обсуждаемых проблем, является фактор сохранения здоровья медицинского персонала всей системы здравоохранения. С учетом имеющегося дефицита кадров в психиатрической службе и высокой опасности их инфицирования требуется решение вопросов психологической помощи медикам, работающим с пациентами с наличием COVID-19, и профилактика у них синдрома эмоционального выгорания (Бойко О.М. и др., 2020; Островский Д.И. и др., 2020).

Как и все прочие значимые негативные процессы глобального масштаба, нынешняя пандемия провоцирует у людей повышение тревожности, дистресса и прочих реактивных состояний. Это ставит перед специалистами в области психического здоровья новые задачи по психопрофилактике и кризисному консультированию широкого круга граждан (Крала О.В., 2020).

При разработке и обновлению содержания модуля мы пользуемся информацией и снабжаем ею слушателей, публикуемой ФГБУ «НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России и «Национальным медицинским исследовательским центром психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России.

Разработанный преподавателями кафедры психиатрии ФПК и ППС новый модуль «Психиатрия в период пандемии Covid-19» отвечает запросам слушателей. Модуль постоянно обновляется и дополняется новыми данными как по линии ВОЗ, так и по материалам отечественных психиатрических исследований.

Максимов А.А., Михеев А.С., Цыбикова Т.В.,

Убонеева Л.М., Цыренова В.И., Гроссман А.А.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ

Республиканский наркологический диспансер, Улан-Удэ, Россия

Информатизация большинства сфер деятельности человека не обошла стороной и рынок сбыта наркотических средств и психоактивных веществ. Использование различных анонимайзеров, электронных кошельков и криптовалют позволяют дилерам и наркопотребителям беспрепятственно осуществлять противозаконную деятельность по продаже и приобретению запрещенных веществ, пресечь которую крайне затруднительно, а меры, принятые в рамках противоэпидемиологических мероприятий по противодействию распространения новой коронавирусной инфекцией Covid-19, только подстегнули интерес к бесконтактным способам приобретения НС и ПАВ.

Исследование одного из самых известных маркетплейсов в русскоязычном сегменте даркнета, на котором происходит продажа запрещенных веществ, свидетельствует о том, что на территории Республики Бурятия распространен широкий спектр НС и ПАВ, в том числе соединения, определение которых, на имеющемся в распоряжении химико-токсикологической лаборатории оборудовании, затруднено или практически невозможно.

На данном интернет ресурсе зарегистрировано множество магазинов, предлагающих «моментальную» или «под заказ» покупку наркотиков, посредством различных типов закладок: «магнит», «тайник», «земляной прикоп» или «снежный прикоп». Из анализа информации по предложениям в г. Улан-Удэ по моментальным покупкам следует, что по состоянию на 14.05.2021 г. количество магазинов по продаже НС конопли – 9, стимуляторов – 22, эйфоретиков – 23, психоделиков – 5, бутиратов – 4, героина и метадона по 1. Также в качестве инструмента для примерной оценки интереса покупателей к различным группам НС и ПАВ можно использовать количество отзывов в магазинах по наименованиям различных «продуктов». С этой целью нами было оценено количество отзывов по различным соединениям в магазинах предлагающих моментальную покупку. Несмотря на то, что количество магазинов, предлагающих НС конопли в разы меньше, чем стимуляторов или эйфоретиков, на первом месте по отзывам занимает марихуана и ее продукты – 3243 отзыва, на втором месте альфа-PVP – 3049 отзывов, на третьем мефедрон – 2748 отзывов, далее цифры значительно меньше: экстази – 510, LSD и ее синтетические аналоги – 333, амфетамины – 183, кокаин – 140, метадон 79, галлюциногенные грибы – 61, бутираты – 23 и героин – 9. Необходимо отметить, что на сайте нет предложений по продаже синтетических каннабиноидов («спайсы»).

По данным химико-токсикологической лаборатории ГАУЗ «РНД» МЗ РБ в 2020 году количество проб, в которых было подтверждено наличие каннабиноидов, составило 2638, альфа-PVP – 184, опиатов – 120, мефедрона – 6, амфетаминов – 2, экстази – 2.

При сравнении статистических данных лаборатории и результатов оценки исследования сайта, можно сделать ряд выводов:

1. В связи с тем, что на маркетплейсе количество отзывов на марихуану и катиноны соизмеримы, а на практике количество выявлений каннабиноидов на порядок больше, чем всех стимуляторов вместе взятых, можно предположить, что на территории Республики Бурятия основным источником распространения НС конопли является сбор потребителями

дикорастущей марихуаны.

2. Исходя из того, что популярность альфа-PVP и мефедрона среди покупателей на маркетплейсе примерно одинакова, а количество выявлений мефедрона при проведении медицинских осмотров и освидетельствований в десятки раз меньше, можно предположить, что потребители мефедрона находятся за областью контроля правоохранительных органов и врачей психиатров-наркологов. Возможно, необходимо принятие мер по включению мефедрона в список НС и ПАВ, на наличие которых предварительные ХТИ проводятся в обязательном порядке.
3. Значительное количество выявлений морфина при проведении ХТИ и отсутствие популярности героина среди покупателей маркетплейса подтверждает факт того, что на территории Республики Бурятия основным наркотиком опийной группы является ацетилированный опий, который изготавливается кустарным способом из маковой соломы или плохо очищенных семян мака.
4. Несмотря на то, что среди потребителей НС и ПАВ имеют определенную популярность оксибутират натрия и псилоцибиновые грибы, за время работы химико-токсикологической лаборатории не зафиксировано ни одного случая выявления следов потребления данных НС в биологических объектах освидетельствуемых. Указанные вещества не входят в список соединений, на наличие которых в обязательном порядке проводятся химико-токсикологические исследования при проведении медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, и требуют целенаправленной пробоподготовки биообъектов при проведении подтверждающих ХТИ на имеющемся в лаборатории оборудовании, что затрудняет их идентификацию при скрининговых исследованиях.
5. Отсутствие в химико-токсикологической лаборатории оборудования для анализа биологических проб методом высокоэффективной жидкостной хроматографии тандемной масс-спектрометрией приводит к тому, что обнаружение в организме освидетельствуемых LSD становится практически невозможным, а определение синтетических аналогов LSD на имеющемся в лаборатории оборудовании возможно только при поступлении пациентов в стационары с отравлениями, в случаях, когда концентрации аналитов выходит на уровень чувствительности метода газовой хромато-масс-спектрометрии. Поэтому в настоящий момент потребители психоделиков также находятся за рамками контроля правоохранительных органов и врачей психиатров-наркологов.
6. Отсутствие случаев выявления синтетических каннабиноидов при проведении ХТИ обусловлено отсутствием предложений о продаже.

Исходя из всего вышесказанного следует, что статистические данные лаборатории могут не отображать полной картины потребления наркотических средств и психоактивных веществ в регионе, так как отсутствие той или иной группы НС в этой статистике может быть обусловлено недостаточным оснащением лаборатории. Поэтому специалистам наркологической службы необходимо дополнительно использовать в своей работе все доступные ресурсы, которые в той или иной мере позволяют оценить наркотическую ситуацию в Республике, в том числе маркетплейсы в сети даркнет.

Мелёхин А.И.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ЦИСТИТОМ

Гуманитарный институт им. П.А. Столыпина, Москва, Россия

Интерстициальный цистит (ИЦ) – хроническое заболевание мочевого пузыря с возможной психосоматической этиологией (Bowers, Schwar, 1958; Noll-hussong, 2014; Chen, I-Chun, 2017). Обычно предполагается, что это воспаление вызвано инфекцией мочевыводящих путей, при которой иммунологические, неврологические предпосылки остаются до конца не-

ясными. Типичные симптомы включают дискомфортные, тянущие ощущения («инородного тела внизу живота»), боль при мочеиспускании, частое мочеиспускание.

Симптомы могут появляться после близости с партнером. Присутствует коитальная и посткоитальная боль, тонические проявления во время сексуального контакта с преобладанием тревожных ожиданий (например, «а вдруг зайдет ребенок и уведёт нас») и неспособностью расслабиться. Пациентки могут также испытывать хроническую тазовую боль, может присутствовать кровь в моче и лихорадка, что существенно влияет на качество жизни и взаимоотношения. Пациентки отмечают атипичные симптомы: когда ложатся спать, после интенсивного рабочего дня в горизонтальном положении – тянет и ноет мочевого пузыря и хочется в туалет; днём, когда сидят, ходят – ничего дискомфортного.

Около половины всех женщин имеют, по крайней мере, один приступ цистита в своей жизни. Многие женщины страдают только от одного или двух приступов в своей жизни, а некоторые от более частых эпизодов. Лечение в первую очередь направлено на облегчение, управление симптомами.

В большинстве случаев, у пациентов нет видимой причины, по которой цистит рецидивирует. При ИЦ может быть показана антибактериальная терапия, интимные гель-смазки, гели с бактериофагами для интимной гигиены и поведенческие рекомендации (половой контакт, физическая активность, одежда, личная гигиена), физиотерапия. Отметим, что в литературе нет четкого консенсуса относительно выбора антибиотика или продолжительности терапии при лечении ИЦ.

Различные, преимущественно соматические процедуры были использованы для попытки «вылечить» это заболевание (например, иммуномодулирующие подходы и иглоукалывание); однако более масштабных научно-обоснованных исследований, убедительно показывающих эффективность этих подходов по сей день нет.

Хотя интерстициальный цистит часто ассоциируется с эмоциональными расстройствами (тревожный спектр расстройств) и функциональными нарушениями ЖКТ, часто трудно определить причину и следствие в каждом отдельном клиническом случае (Noll-hussong, 2014). В клинической психологии психосоматические аспекты ИЦ лишь изредка становились предметом исследования. Исследования коммуникационных путей от иммунной системы к нервной системе представили новые захватывающие данные патофизиологии воспалительных симптомов соматоформных расстройств (Chen, I-Chun, 2017). Результаты исследований подтверждают значимость в ИЦ изменений в регуляции оси стресса (гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось), катастрофизирующего стиля мышления, нарциссического расстройства личности, сниженной психологической гибкости, наличия истории физического/сексуального насилия, чувства стыда, склонности к соматизации, высокого нейротизма (Noll-hussong, 2014; Chen, I-Chun, 2017; Rees, Farhoumand, 1977).

Измерение воспаления с помощью биомаркеров не только клинически документирует соответствующую инфекцию, но и служит важным инструментом для определения потенциально вредных последствий хронических психосоциальных стрессоров, таких как финансовый, социальный, семейный стресс и детские травматические переживания (феномен «фаллической матери»), а также другие жизненные события, таких как одиночество, чрезмерная гипербдительность, проблемно-ориентированный личностный тип.

Предполагается, что в основе ИЦ у женщин лежат изменения в психонейро-эндокрино-иммунологическом пути, которые активируются при построении отношений с партнером (Noll-hussong, 2014). Психическое состояние пациентки, пребывание в режиме гипермобилизации влияет на иммунную систему и нейронную активность, бактериальную нагрузку. В связи с этим при обследовании пациенток с ИЦ следует уделять внимание психическому состоянию для построения эффективной тактики лечения.

Выборка исследования: 25 женщин от 25 до 48 лет, страдающих от рецидивирующего ИЦ на протяжении 7-12 лет. Симптомы заболевания были определены врачами урологами, гине-

кологами как бактериальная поллакиурия и дизурия, сопровождающиеся наличием бактерий в моче и вагинальных мазках, которые в основном составляли кишечная палочка и энтерококки. Урологическое обследование и уродинамика нарушений не выявила ничего кроме гипертонического мочевого пузыря. У пациентов были установлены следующие диагнозы: соматоформная вегетативная дисфункция мочеполовой системы (F45.34); психологические факторы при хроническом рецидивирующем цистите (F54); рецидивирующее депрессивное расстройство, эпизод средней тяжести (F33.1).

Методики исследования: опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R); диагностика ранних дезадаптивных схем (Young Shema Questionnaire-Short Form Revised, YSQS3R).

Результаты исследования: По данным SCL-90-R у пациенток наблюдаются высокие показатели депрессии – многое дается чрезмерным усилием; потеря сексуального интереса или удовольствия, беспокойство о разных вещах, ощущение сниженной энергичности, чувство одиночества, тоски. Обсессивно-компульсивные проявления – нужно делать все очень медленно, чтобы обеспечить безошибочность, наличие повторяющихся неприятных мыслей, которые не покидают голову; проблемы с концентрацией внимания; необходимость проверять и перепроверять то, что делает. Тревоги – чувство страха, напряжение или перевозбуждение. Межличностной чувствительности – обидчивость, чувство критики по отношению к другим, чувство, что другие не понимают вас или не сочувствуют. GSI (общий индекс тяжести психопатологической симптоматики) – 1,7•0,31.

По данным YSQS3R наблюдаются высокие баллы по шкалам: 1) Поиск одобрения «Я хорошая?» Самооценка зависит от мнения людей, озабоченность тем, как на меня смотрят другие люди; 2) Покинутость / Нестабильность. «Не бросай меня!» Убежденность, что в любой момент близкие отношения могут оборваться; 3) Недостаток самоконтроля «Не могу удержаться». Избегание скуки, проблемы со злоупотреблением и безответственностью.

Психодинамически повторяющиеся проблемы с мочевым пузырем были тесно связаны с проблемой партнерства, отношений с другим. Пациенткам свойственно подавлять личные желания и потребности, в частности агрессивные импульсы и усилия индивидуализации, с помощью «жестких» защитных механизмов. Эти подавленные аффекты и импульсы, по-видимому, изменялись и проявляли себя как эквивалент аффекта проблем с мочевым пузырем. Орган выбора, и это было подтверждено в ходе нашего лечения, также указывал на вопросы сексуализации, сексуальные проблемы. В контексте «вторичной выгоды от своей болезни» пациентки принимали свое сексуальное отрицание партнеру только под прикрытием соматического симптома.

Одновременная депрессивная симптоматика легко объясняется механизмом обращения агрессии против самой себя. Кроме того, пациентки в значительной степени бессознательно отождествляли себя со своей депрессивной материнской фигурой (мать, бабушка), что подкреплялось бессознательным чувством вины. Враждебность не могла быть сдержана только симптомами со стороны мочевого пузыря, но и потребностью пациенток в наказании, как средстве успокоения. Тревога и искупления ненавистных импульсов, которые они испытывали по отношению к другим, могли быть частично удовлетворены их многочисленными болезнями, полихирургическими и фармакологическими вмешательствами и множественными цистоскопиями, не говоря уже о серьезных характерологических сдвигах с постоянным перестраховочным приемом антибактериальной терапии и нападками на партнера. Подавленная враждебность по отношению к значимым родительским фигурам, с которыми мазохистски обращались пациентки через симптомы мочевого пузыря с младенчества и во взрослой жизни. При обследовании пациентов мы обратили внимание на наличие у них мазохистических проявлений в форме обращений к хирургам, проведении полихирургических процедур, множественных цистоскопий, жестком ограничении сексуальных контактов, феномене вычеркивания генитальности из жизни. Раннее осознание психосоматических факторов болезни могло предотвратить трагические последствия этого порочного круга.

Выводы. Полученные данные следует учитывать в ходе комплексного лечения пациенток и для проведения мультимодальной психодинамической психотерапии или когнитивно-аналитической терапии, которые обладают способностью уменьшать соматизацию и положительно влиять на психонейро-эндокрино-иммунологический путь для снижения рецидивов и улучшения качества жизни (de Greck, Scheidt M., 2011).

Мындускин И.В., Сахаров А.В.

**ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕЙРОПЛАСТИЧНОСТИ
У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ШИЗОФРЕНИИ
В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ АНТИПСИХОТИКАМИ**

Читинская государственная медицинская академия

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

Уже давно установлено – в развитии шизофрении существенную роль играют процессы нейродеструкции, связанные с активацией аутоиммунных механизмов болезни и повышением проницаемости гематоэнцефалического барьера, что ведет к появлению в крови мозгоспецифических белков – маркеров повреждения нервной ткани. Нейровоспаление в основном опосредуется провоспалительными цитокинами и нейроглией. В отличие от периферических воспалительных реакций, нейровоспаление участвует в различных функциях нейронов, в том числе и в нейрогенезе. Поэтому нейродеструкции, как правило, сопутствует нейрорепарация.

Нейрорепарация – естественный процесс, подразумевающий постоянство правильной экспрессии ДНК и сохранение нормального фенотипа нервной клетки, при этом ей может способствовать большое количество факторов.

Первым идентифицированным нейротрофным фактором и родоначальником этой особой по своей биологической активности группы белков стал фактор роста нервов (NGF). Еще одним хорошо изученным нейротрофином является мозговой нейротрофический фактор (BDNF). Указанные нейротрофины у взрослого человека способствуют восстановлению нейронов и аксонов, миелиновой оболочки, формированию новых связей.

Значимым фактором, усиливающим нейрогенез, является хемокин CX3CL1 или фракталкин. Этот небольшой по размеру белок относится к цитокинам, сочетает в себе свойства хемоаттрактантов и молекул клеточной адгезии. Связываясь со специфическим рецептором в центральной нервной системе, CX3CL1 регулирует взаимодействия между нейронами, микроглией и иммунными клетками. Предполагается, что данный хемокин может играть важную роль как в нейрогенезе, так и при патологических состояниях, например, при болезни Альцгеймера.

Другим существенным фактором, участвующим в нейрорепарации, считается сосудистый эндотелиальный фактор роста (VEGF). Этот гомодимерный дисульфидсвязанный гликопротеин способствует росту эндотелия и представляет собой важный фактор для ангиогенеза и васкуляризации.

Ряд из представленных показателей нейрорепарации уже изучались у пациентов с шизофренией. Получены противоречивые данные по динамике изменения содержания в сыворотке крови мозгового нейротрофического фактора при антипсихотической терапии. Подтвержденным фактом является его пониженная концентрация у больных до лечения. В немногочисленных публикациях установлено изначально пониженное содержание в крови у пациентов с шизофренией фактора роста нервов. Совсем недавно стал исследоваться фракталкин при шизофрении. Так, S.L. Hill et al. (2020) установили в посмертных образцах мозга больных шизофренией дефицит этого белка. В доступной литературе нам не встретилось публикаций, посвященных изучению содержания сосудистого эндотелиального фактора роста при шизофреническом процессе. При этом следует отметить, что в ряде проведенных исследований было выявлено, что антипсихотики как первого, так и второго поколения обладают

способностью уменьшать уровень маркеров нейродеструкции головного мозга и улучшать защитно-компенсаторные процессы, направленные на восстановление нейропластичности, которая приводит к нейрорепарации. Поэтому интересным является исследование влияния разных антипсихотиков на содержание нейротрофических факторов, что в перспективе может иметь серьезное практическое значение.

Кроме того, детальное функционирование системы «нейродеструкция-нейрорепарация» у пациентов с первым психотическим эпизодом изучено недостаточно, а роль большинства из представленных выше факторов нейрогенеза при шизофрении полностью не исследована.

Цель исследования: изучение некоторых показателей нейрорепарации у пациентов с первым эпизодом шизофренией при терапии антипсихотиками первого и второго поколений.

Материалы и методы: на базе ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница имени В.Х. Кандинского» было обследовано 40 пациентов с диагнозом «шизофрения параноидная, период наблюдения менее года» (шифр по МКБ-10 F20.09). Возраст обследованных пациентов находился в диапазоне от 18 до 35 лет. Возрастные ограничения введены, чтобы не включать в исследование юношеские варианты шизофрении и позднюю шизофрению, которые имеют характерные особенности клиники и течения, и исключить возрастное патопластическое влияние на лабораторные показатели.

В течение 8 недель пациенты находились на стационарном лечении. Все пациенты методом простой рандомизации были разделены на две группы. 1-я группа – 20 больных, принимавших антипсихотик первого поколения галоперидол; 2-я группа – 20 больных, которые принимали антипсихотик второго поколения рисперидон.

Доза галоперидола варьировала от 10 до 20 мг в сутки, средняя суточная доза составила $13,6 \pm 0,7$ мг. При возникновении экстрапирамидных расстройств в схему лечения включался тригексефенидил, средняя суточная доза которого составляла $4,3 \pm 0,2$ мг. Суточная доза рисперидона была в диапазоне от 4 до 8 мг, средняя суточная доза составила $5,9 \pm 0,3$ мг. Для купирования нейролептического синдрома использовался тригексефенидил в средней суточной дозе $3,6 \pm 0,2$ мг.

Больные на момент включения в исследование находились в остром психотическом состоянии. Общий балл по Шкале позитивных и негативных симптомов (The Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS) составил $107,5 [103,5; 114,0]$, в группе получающих галоперидол – $108 [101; 113,5]$, в группе получающих рисперидон – $106 [104; 116]$. Забор крови для исследований проводился дважды: в 1-й день поступления (до лечения) и через 4 недели от госпитализации и начала лечения антипсихотиками.

Критерии исключения из исследования: возраст младше 18 лет и старше 35 лет, потребление наркотических веществ и злоупотребление алкоголем, наличие воспалительных заболеваний любой этиологии (острых, хронических в стадии обострения), наличие другой патологии центральной нервной системы, беременные и лактирующие женщины.

Контрольную группу составили 20 психически и соматически здоровых людей. От всех включенных в исследование получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Обследованные лица были полностью сопоставимы между собой по полу и возрасту – $p > 0,05$.

Лабораторная часть исследования осуществлялась в лаборатории клинической и экспериментальной биохимии и иммунологии НИИ молекулярной медицины ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России. Определение показателей нейромаркеров проводили в сыворотке крови методом проточной флюориметрии на проточном цитометре CytoFLEX (BeckmanCoulter, США) с использованием тест-системы LEGEND plex TM Human Neuroinflammation Panel 1 (13-plex) (BioLegend, США) согласно инструкции производителя.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel 2016 и пакета прикладных статистических программ «Statistica-12».

Результаты и обсуждение. По результатам проведенного анализа установлено следующее: показатели в двух группах больных шизофренией до лечения не различались между собой, что характеризует их как сопоставимые.

Содержание фактора роста нервов (β -NGF) у больных обеих групп до лечения было сопоставимо с показателем в группе контроля. Через 8 недель лечения галоперидолом уровень данного нейротрофина увеличился в 1,85 раза ($p=0,003$), значимо превышая показатель как у лиц группы контроля ($p=0,001$), так и у пациентов, получающих рисперидон ($p=0,03$). При терапии рисперидоном в динамике отмечается только тенденция к росту уровня фактора роста нервов, значимых статистических отличий с группой контроля не получено.

Уровень мозгового нейротрофического фактора (BDNF) у пациентов с первым эпизодом шизофрении до лечения был существенно ниже, чем в группе контроля ($p=0,003$). Через 8 недель терапии антипсихотиками его содержание существенно увеличилось и стало не отличимым от показателей группы контроля. Зависимости от вида нейролептика установлено не было.

Содержание хемокина CX3CL1 у пациентов с шизофренией при поступлении в стационар не отличалось от такового содержания в группе контроля. Через 8 недель терапии показатель статистически значимо увеличивался ($p<0,05$), особенно при приеме рисперидона. Поэтому во 2-й группе больных, получающих рисперидон, величина фракталкина стала значимо отличаться от контроля ($p<0,05$).

Уровень васкулоэндотелиального фактора роста (VEGF) у пациентов с шизофренией до лечения не отличался от аналогичного показателя в группе контроля. При терапии антипсихотиками он статистически значимо повышался как в 1-й, так и во 2-й группе ($p<0,03$), но особенно у больных, получающих галоперидол, данный показатель стал превышать аналогичный среди здоровых лиц ($p=0,046$).

Заключение. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о повышении уровня всех исследуемых показателей нейрорепарации у пациентов с первым эпизодом шизофрении на 8-й неделе терапии антипсихотиками, что свидетельствует о раннем включении защитных нейропротективных механизмов и восстановлении мозговой ткани.

При этом уровень мозгового нейротрофического фактора оказался сниженным и постепенно возрастал до контрольных значений в процессе лечения, отличий в зависимости от вида антипсихотика установлено не было. Содержание фактора роста нервов и васкулоэндотелиального фактора роста существенно повышалось на фоне терапии галоперидолом, а фракталкина – при терапии рисперидоном.

Полученные результаты свидетельствуют о значительной роли компенсаторной нейрорепарации при шизофрении, которая сохраняется весьма продолжительное время после манифестации острых проявлений психоза. Вероятно, для более глубокого понимания функционирования системы «нейродеструкция-нейрорепарация» при терапии антипсихотиками у больных с первым эпизодом шизофрении необходимы более длительные исследования с оценкой роли показателей нейродеструкции.

Нечаева Л.Л.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ
МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ОБУЧАЮЩИХСЯ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ
И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ
ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ ЗА 2020-2021 ГГ.**

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Проблема употребления психоактивных веществ несовершеннолетними в Российской Федерации в последние годы является актуальной и представляет угрозу здоровью населения, экономике страны, социальной сфере и правопорядку. На сегодняшний день существует

ряд программ, направленных на противодействие распространению наркотиков. В дополнение к данным мерам государство предложило в помощь ещё один способ – добровольное тестирование обучающихся образовательных организаций на наркотики с целью выявления фактов употребления наркотических веществ.

Во исполнение Федерального закона РФ от 7 июня 2013 г. № 120-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам профилактики незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ» в Забайкальском крае в 2021 году проводились профилактические мероприятия по раннему выявлению потребителей психоактивных веществ в общеобразовательных и профессиональных образовательных организациях.

На первом этапе Министерством образования и науки Забайкальского края проведено социально-психологическое тестирование обучающихся на предмет раннего выявления немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ в общеобразовательных организациях, организациях профессионального образования Забайкальского края. В адрес Министерства здравоохранения Забайкальского края направлены результаты тестирования, по результатам которого 1393 человек (2,6 %) были отнесены к группе риска по употреблению наркотических средств и психотропных веществ.

Второй этап профилактических медицинских осмотров обучающихся был начат в первом квартале 2021 года в соответствии с распоряжением Министерства здравоохранения Забайкальского края от 20 февраля 2021 г. № 199/р «О проведении профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях Забайкальского края в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ».

Профилактические медицинские осмотры проводились при наличии информированного добровольного согласия, которое оформляли обучающиеся, достигшие 15 лет в письменной форме. Медицинский осмотр начинался с профилактической информационно-разъяснительной беседы с обучающимся по вопросам незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также сбора анамнестических сведений. Врачом психиатром-наркологом осуществлялся осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек.

В дальнейшем проводились предварительные химико-токсикологические исследования, направленные на получение доказательных результатов выявления в образцах биологических жидкостей человека наркотических средств и психотропных веществ.

В случае выявления положительных результатов проводились подтверждающие химико-токсикологические исследования, направленные на идентификацию наркотических средств, психотропных и иных токсических веществ (их метаболитов).

Результаты проведенного профилактического медицинского осмотра доводились до обучающегося, достигшего возраста пятнадцати лет либо одному из родителей или иному законному представителю обучающегося, не достигшего возраста пятнадцати лет.

В 2021 г. в г. Чите и районах края подлежало тестированию 31 859 обучающихся в 255 образовательных организациях (в г. Чите – 60, в районах края – 195).

По г. Чите подлежало тестированию 19 976 обучающихся, из них 8382 (42%) – учащиеся общеобразовательных организаций, 9341 (46,8 %) учащиеся профессиональных организаций, 2253 (11 %) учащиеся высших учебных заведений. Из 10 718 (54 %) человек, прошедших тестирование, 5880 (55 %) составили учащиеся общеобразовательных организаций, 4030 (38 %) – учащиеся профессиональных организаций, 808 (7,5 %) – учащиеся высших учебных заведений. Не прошли тестирование 9258 (46 % от подлежащих тестированию) человек, из них 888 (9,6 %) по причине отказа, 8370 (90,4 %) по причине отсутствия на месте учебы во время тестирования. По г. Чите выявлено 3 потребителя наркотических веществ – каннабиноидов, что составило 0,03 % от числа прошедших тестирование. Все они учащиеся профессиональных организаций.

В районах Забайкальского края подлежало тестированию 11 883 обучающихся. Прошли тестирование 7806 (66 %) человек. Не прошли тестирование 4077 (34 %), из них 1217 (30 %) – по причине отказа, 2860 (70 %) – по причине отсутствия на месте учебы во время тестирования.

Всего в районах края был выявлен 1 потребитель наркотических веществ – каннабиноидов, что составило 0,01 % от числа прошедших тестирование. Выявленный несовершеннолетний – учащийся общеобразовательной организации Забайкальского района.

Все выявленные несовершеннолетние потребители наркотиков были взяты под наблюдение врачом психиатром-наркологом для проведения профилактических мероприятий, направленных на отказ от употребления психоактивных веществ. Необходимо отметить, что тестирование обучающихся является составной частью государственной антинаркотической политики в сфере профилактики наркологических заболеваний и может выступать как сдерживающее средство, помогающее предотвратить начало употребления наркотиков или препятствовать его продолжению.

Нечаева Т.О.

**РАБОТА ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЕВОГО НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА
В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ**
Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Высокая распространенность новой коронавирусной инфекции (COVID-19) как в стране, так и в Забайкальском крае потребовала внесения существенных изменений в работу всех учреждений здравоохранения. Постановлением Главного государственного санитарного врача по Забайкальскому краю Забайкальский краевой наркологический диспансер в апреле 2020 года был переведен в режим работы по типу инфекционного стационара. Приказом главного врача был утвержден оперативный план первичных противоэпидемических мероприятий при выявлении больного, подозрительного на заболевание COVID-19, предусматривающий сбор эпидемиологического анамнеза у всех пациентов, поступающих в стационар и их обязательное обследование на COVID-19. Был установлен обязательный масочный режим для пациентов и медицинского персонала со сменой масок каждые 3 часа, питание пациентов в палатах и проведение текущей дезинфекции в палатах после каждого приема пищи, обработка рук кожными антисептиками. Организовано лабораторное обследование на COVID-19 медицинских работников, имеющих риски инфицирования на рабочих местах, 1 раз в неделю. Движение пациентов между отделениями было приостановлено. Персонал работал в средствах индивидуальной защиты, предусматривающих обязательное использование комбинезонов.

В связи с необходимостью создания в г. Чите провизорного и обсервационного отделений для проведения предварительного обследования на COVID-19 соматических больных перед плановой госпитализацией, отделение медицинской реабилитации в мае 2020 года было закрыто на карантин, все пациенты наркологического профиля были выписаны. В течение последующих 2 месяцев отделение выполняло функции провизорного и обсервационного отделений для пациентов онкологического профиля. За этот период в отделение поступило 246 пациентов, которые после обследования на COVID-19 и получения отрицательного результата санитарным транспортом переводились в онкологический диспансер.

Изменение профиля не могло не сказаться на итоговых показателях, характеризующих работу отделения медицинской реабилитации.

В 2020 году было госпитализировано 83 пациента с наркологическими расстройствами, что на 35 % ниже, чем в 2019 году (129). Занятость реабилитационной койки составила 297,3 дней в году, что на 14,3 % ниже показателя 2019 года (347,0). Средняя длительность пребывания пациента на койке составила 64,2 койко-дней, оборот койки – 4,6.

Также существенно изменились показатели дневного стационара. В 2020 году занятость койки дневного пребывания в отделении составила всего 260,0 дней в году, что на 41 % ниже показателя 2019 года (443,7). Учитывая дни закрытия отделения, почти в 4 раза снизилось количество пролеченных пациентов – с 44 в 2019 г. до 12 в 2020 г. Средняя длительность лечения в дневном стационаре составила 21,7 пациенто-дней, что на 28,4 % меньше, чем в 2019 году (30,3).

Большая часть поступивших пациентов обратилась самостоятельно, а также по направлению районных врачей психиатров-наркологов совместно с Комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав. Кратно снизилось число плановых переводов пациентов из отделения № 1 – с 15 в 2019 до 3 в 2020 году. Увеличилось число повторно поступивших пациентов до 12 человек (ранее число повторно поступивших не превышало 2-3 человек), что также обусловлено перепрофилированием реабилитационных коек в обсервационные.

Ежегодно согласно распоряжению Министерства здравоохранения Забайкальского края районам выделяются квоты для направления пациентов с наркологическими расстройствами на медицинскую реабилитацию. В 2020 году число пациентов составило 32. Наиболее активно направляли на лечение врачи психиатры-наркологи центральных районных больниц Нерчинского, Забайкальского, Борзинского, Краснокаменского, Оловянинского, Шилкинского районов.

Благодаря межведомственному взаимодействию отделения медицинской реабилитации с Комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав Забайкальского края на стационарную реабилитацию направлялись лица, у которых стоит вопрос о лишении либо ограничении в родительских правах. В рамках Соглашения о сотрудничестве Комиссиями районов и г. Читы в 2020 году был направлен 31 человек (всего за 5 лет в рамках Соглашения было направлено районными комиссиями 213 человек, из них 198 женщин и 15 мужчин).

В 2020 году 88 пациентов были включены в программу стационарной реабилитации, из них 43 женщины и 45 мужчин. 21 человек (23,9 %) успешно закончил основной курс реабилитационной программы, при этом в 2,4 раза увеличилось число пациентов, прервавших курс лечения в связи с закрытием отделения на карантин по коронавирусной инфекции и временным открытием обсервационного отделения. 5 человек были направлены судом при назначении административного наказания.

В 2020 году укомплектованность кадрами врачей не изменилась и составила 87 %, коэффициент совместительства 1,6. Все врачи имеют сертификаты специалистов и проучены на факультете последипломного образования. В целом по отделению укомплектованность кадрами составила 98 %, коэффициент совместительства – 1,25. В отделении работает врач психиатр-нарколог, психиатр, врачи психотерапевты, врач физиотерапевт, психологи, специалист по социальной работе. Активно привлекаются из числа пролеченных пациентов волонтеры, помогающие в освоении программы «новичкам», консультанты по химической зависимости из сообщества «Анонимные Алкоголики», православные священнослужители.

В 2020 году специалисты отделения в условиях закрытия отделения на карантин по коронавирусной инфекции и временным открытием обсервационного отделения освоили новые методы работы в сети интернет. Проводилась консультативная, лекционная работа в онлайн-формате на интерактивных площадках (скайп, зум, инстаграм). За 2020 год проведен 351 психологический тренинг, 650 индивидуальных психотерапевтических и 844 психологических бесед, 282 патопсихологических исследования.

В социальной сети Инстаграм @bagul.chita в течение 2020 года было размещено более 200 информационных постов на антинаркотические и антиалкогольные тематики. В отделении прочитано 105 лекций, из них 69 – по здоровому образу жизни.

За период работы реабилитационных коек в 2020 году было оказано 3564 физиотерапевтических процедур, что в 2,7 раза меньше, чем в 2019 году (9759). Наибольший спросом пользуется магнитолазерная терапия (Матрикс, Полимаг 2), динамическая электронейростимуляция (Дэнас Вертебра), ультразвуковая терапия, транскраниальная электростимуляция (Трансаир 05).

Таким образом, в период пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 работа отделения медицинской реабилитации была существенно ограничена и строилась с учетом строгого соблюдения всех противоэпидемических мероприятий. Несмотря на снижение общего числа пациентов, поступивших в отделение на медицинскую реабилитацию, приоритет при госпитализации отдавался пациентам, направленным Комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав.

На период закрытия отделения, перевод в режим карантина и работы по типу обсервационного отделения, профильная работа, проводимая специалистами, была продолжена с использованием дистанционных форм в онлайн-формате на интерактивных площадках сети интернет. По мере улучшения эпидемиологической обстановки отделение возобновило свою работу, а единый лечебно-реабилитационный процесс был восстановлен в полном объеме.

Новикова А.С., Горячкина О.В.

**ОПЫТ РАБОТЫ КАБИНЕТА ЭКСПРЕСС-ТЕСТИРОВАНИЯ
ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЕВОГО НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА
ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН**
Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

В соответствии с Федеральным законом от 25.07.2002 г. № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» каждый иностранный гражданин, подающий документы на патент, разрешение на временное проживание, вид на жительство или для получения гражданства Российской Федерации, обязан пройти медицинское освидетельствование для исключения наркомании.

Приказом Министерства здравоохранения Забайкальского края № 678 от 30.11.2015 г. «Об организации медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства на территории Забайкальского края» утвержден порядок такого освидетельствования и определен перечень уполномоченных на его проведение специализированных медицинских организаций. В ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер» проводится медицинское освидетельствование всех иностранных граждан и лиц без гражданства, въезжающих на территорию Забайкальского края.

Обследование иностранных граждан на наличие признаков употребления психоактивных веществ и выдача справок (сертификатов) о данном обследовании в ГАУЗ ЗКНД проводится на базе отделения медицинских осмотров. В медицинском освидетельствовании принимают участие высококвалифицированные специалисты с высшим и средним медицинским образованием. Проведение обследования врачом-психиатром-наркологом и выдача сертификата невозможны без химико-токсикологического исследования биологических объектов (как правило, мочи).

Отделение медицинских осмотров ГАУЗ ЗКНД оборудовано двумя процедурными кабинетами, работа которых организована строго в соответствии с требованиями приказа Минздравсоцразвития России от 27.01.2006 г. № 40 «Об организации проведения химико-токсикологических исследований при аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ». Предварительное химико-токсикологическое исследование проводится иммунохроматографическим методом с использованием тест-полосок (наборы реагентов для выявления до 10 видов веществ). В случае положительного результата экспресс-тестирования образцы мочи незамедлительно направляются в химико-токсикологическую лабораторию диспансера, оснащенную газовым хроматографом.

За период 2018-2020 гг. отделение медицинских осмотров посетили около 25 тысяч иностранных граждан. Наибольшее количество иностранцев прибыло из стран СНГ и ближнего зарубежья: Республик Узбекистан, Таджикистан, Кыргызстан, Казахстан, Украины. На вто-

ром месте по посещаемости – граждане КНР, на третьем – граждане Армении. Были также зарегистрированы единичные случаи прохождения медицинского освидетельствования гражданами Германии, Канады, Эфиопии, Северной Кореи, Тайланда. Основную массу иностранных граждан, въезжающих на территорию Забайкальского края, составляют трудовые мигранты.

Учитывая особенности миграционной политики в области трудовой миграции, ежегодное количество иностранных граждан на территории края остается относительно стабильным. В 2018 г. было обследовано 9394 иностранных гражданина, в 2019 г. – 9284 (снижение на 1,2%). В 2020 г. в связи с действием ограничительных мероприятий по новой коронавирусной инфекции отмечалось практически двукратное (на 41,4 %) сокращение медицинских освидетельствований иностранных граждан (5439 человек). Максимальное количество иностранных граждан прибывает для освидетельствования в течение I и II кварталов года. В III и IV кварталах отмечается снижение медицинских обследований практически в три раза.

По результатам химико-токсикологических исследований мочи в 2018 г. было выявлено 6 случаев употребления растительных каннабиноидов: в 2-х случаях – гражданами Республики Узбекистан и по 1 случаю гражданами Азербайджанской Республики, Республики Таджикистан, Украины и Армении (0,06 % от общего количества обследованных). В 2019 г. было выявлено 3 случая употребления растительных каннабиноидов: в 2-х случаях – гражданами Республики Узбекистан и в 1 случае – гражданином Республики Таджикистан (0,03 % от общего количества обследованных). По результатам обследования иностранных граждан в 2020 г. было выявлено 6 случаев употребления психоактивных веществ: 3 случая употребления растительных каннабиноидов гражданами Республики Узбекистан, 2 случая употребления растительных каннабиноидов гражданами Украины и 1 случай употребления метадона гражданином Украины (0,1 % от общего количества обследованных). Таким образом, относительное число положительных результатов по итогам химико-токсикологических исследований в рамках медицинского освидетельствования иностранных граждан в 2020 г. увеличилось в 3,5 раза по сравнению с предыдущим годом. Во всех случаях, за исключением одного, положительный результат исследования был выявлен у трудовых мигрантов.

Анализ приведенных данных позволяет говорить о нестабильном положении дел в части употребления наркотических веществ трудовыми мигрантами, въезжающими на территорию Российской Федерации. Это требует от наркологической службы региона повышенного внимания к данной проблеме с дальнейшим наблюдением и анализом.

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

СКРЫТАЯ АНТИПСИХИАТРИЯ ИЛИ МОЖЕТ ЛИ ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ДИАГНОСТИРОВАТЬ И ЛЕЧИТЬ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Самарский государственный медицинский университет

Самарская городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова, Самара, Россия

Человечество уже больше года живет в условиях вирусной пандемии, которая, как ожидали его передовые представители, должна объединить страны и континенты. Но условия глобализма, либеральной демократии с ценностями меньшинства, философии постмодернизма, вплетенные в политику наиболее развитых западных стран, не могут не отразиться на медицине (ВОЗ), включая психиатрию. Не удивительно, что психиатрия оказалась на острие разрушения, сокращения, подмены понятий нормы и патологии и сведения психиатрии к «болезням мозга» (Макушкин Е.П. с соавт., 2017; Носачев Г.Н. с соавт., 2008-2020).

В рамках XIV Всероссийской школы молодых психиатров в Суздале в апреле 2019 года журнал «Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина» провел выше обозначенную дискуссию с международным участием (Казахстан, Беларусь, Нидерланды). В основу дискурса были положены рекомендации Всемирной организации здравоохранения, опыт

московского здравоохранения, заседание круглого стола, проходившего в рамках XIV Всероссийской школы молодых психиатров в Суздале (Психиатрия и психофармакотерапия – 2019, 21(5):55-65).

Практическая деятельность медицины в целом и деятельность врача в частности регламентируется и гарантируется государством и его законодательством, в частности, Федеральным законом № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ЗОЗГ). Отечественная психиатрия – единственная медицинская наука в России, имеющая свой закон – закон РФ N 3185-1 от 02.07.1992 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» (ЗОПП).

Цель работы – привлечь внимание психиатра-консультанта в общемедицинской сети к организационно-правовым вопросам, в частности, к диагностике и терапии врачом-интернистом, как это делегируется вышеозначенной школой, психических расстройств (на примере, синдрома депрессии) в соматической медицине.

Правовой нигилизм интернистов, включая частично и врачей-психиатров, общеизвестен и, к сожалению, поддерживается вольно или невольно правовым незнанием медицинского права обществом, да и многими юристами.

Остановимся на наиболее важных статьях указанных законов для психиатра и интерниста в соматическом стационаре.

Врач-интернист в стационаре – лечащий врач. Закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» гласит: единственным ответственным лицом является лечащий врач (ст. 70 ЗОЗГ): «1. Лечащий врач назначается руководителем медицинской организации ...или выбирается пациентом с учетом согласия врача. 2. Лечащий врач организует своевременное квалифицированное обследование и лечение пациента, предоставляет информацию о состоянии его здоровья, по требованию пациента или его законного представителя приглашает для консультаций врачей-специалистов, при необходимости созывает консилиум врачей... 5. Лечащий врач устанавливает диагноз, который является основанным на всестороннем обследовании пациента и составленным с использованием медицинских терминов медицинским заключением о заболевании (состоянии) пациента, в том числе явившемся причиной смерти пациента. 6. Диагноз, как правило, включает в себя сведения об основном заболевании или о состоянии, сопутствующих заболеваниях или состояниях, а также об осложнениях, вызванных основным заболеванием и сопутствующим заболеванием».

Консультацию психиатра назначает только лечащий врач, он же выносит психиатрический диагноз на титульный лист медицинской карты стационарного больного, вносит его в выписку, в направление в психиатрическое учреждение и т.д.

Может ли диагноз «Депрессия» являться для врача-интерниста основным? Нет, так как основными для его деятельности являются соматические болезни, а не психические расстройства. Диагностика и лечение лиц, страдающих психическими расстройствами, регламентируется ст. 10 ЗОПП «(1) ... в соответствии с общепризнанными международными стандартами... (3) Методы диагностики и лечения, а также лекарственные препараты для медицинского применения и медицинские изделия применяются только в диагностических и лечебных целях в соответствии с характером болезненных расстройств». Диагностику и терапию как психиатрическую помощь осуществляют только врачи-психиатры (ст. 18 ЗОПП) на основании психиатрического освидетельствования и согласия пациента на медицинское вмешательство. Ни то, ни другое интернист осуществлять не может, но обязан пригласить психиатра на консультацию и согласиться (или не согласиться) с его диагностическими, организационно-правовыми и терапевтическими предложениями.

Врач-интернист по действующему законодательству не является специалистом, оказывающим психиатрическую помощь. Кроме того, оказание психиатрической помощи всегда начинается с психиатрического освидетельствования, согласно ст. 65 ЗОЗГ и ст. 23 ЗОПП: «(1) Психиатрическое освидетельствование проводится для определения: страдает ли обследу-

дуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи. (2) Психиатрическое освидетельствование проводится при наличии информированного добровольного согласия обследуемого на его проведение. (3) Врач, проводящий психиатрическое освидетельствование, обязан представиться обследуемому и его законному представителю как психиатр...».

Таким образом, врач-интернист может оказаться под действием п. 7 статьи 69 ЗОЗГ: «Лица, незаконно занимающиеся медицинской деятельностью и фармацевтической деятельностью, несут уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации». Очень частая ошибка, приводящая к конфликту с пациентом – когда интернист вызвал психиатра, не предупредив пациента и ничего не объяснив. В связи с этим пациент в лучшем случае отказывается от психиатрического освидетельствования, в худшем – жалуется на действия лечащего врача руководству больницы.

Не следует забывать и о ещё одной цитате из статьи 73 ЗОЗГ: «Обязанности медицинских работников и фармацевтических работников 1) оказывать медицинскую помощь в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями».

Врач-интернист, поставив диагноз «Депрессия», «Паническая атака» и передав пациента врачу-психиатру, оказывается сразу в нескольких правовых ловушках. Вот некоторые из них.

Ловушка первая – необходимость довести до пациента информацию о состоянии его психического здоровья (ст. 20 ЗОЗГ и ст. 11 ЗОПП): «(1) Лечение лица, страдающего психическим расстройством, осуществляется при наличии в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья его информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство... Насколько информирован интернист и готов «...предоставить лицу, страдающему психическим расстройством, в доступной для него форме и с учетом его психического состояния информацию о характере психического расстройства, целях, методах».

Ловушка вторая. Доведя до сведения пациента информацию о синдроме депрессии, врач обязан получить согласие на медицинское вмешательство (информированное добровольное согласие), включая, естественно, лечение синдрома депрессии (ст. 20 п.7 ЗОЗГ и ст. 11 ЗОПП), что и должно «содержаться в медицинских документах пациента».

Ловушка третья. Синдром депрессии весьма «моден» сейчас в обществе. Депрессией называют всё подряд: от сплина, печали, горя (нормальные отрицательные эмоции) до тяжелой тоски; от депрессивной реакции на соматическую болезнь и психосоматических заболеваний до маскированных (скрытых, соматизированных), легких, умеренных и тяжелых, психотических депрессий. Самые тяжёлые проявления депрессии, представляющие социальную опасность, – аутоагрессия (суицид) и гетероагрессия (расширенный суицид). Все это – сложная дифференциальная диагностика в статике и динамике и по плечу она только врачу-психиатру. Знает ли и умеет ли это делать интернист?

Приведем ловушку собственно правовую. В психиатрии имеется раздел «Судебная психиатрия», в котором основное место занимает судебно-психиатрическая экспертиза. В своих заключениях психиатры-эксперты опираются и на медицинскую документацию, в том числе документацию врача соматического стационара, который «лечил» депрессию препаратами, предназначенными для лечения психических расстройств, и своевременно не направил пациента к психиатру, оказав ему тем самым «медвежью услугу». В таком случае, помимо нанесения прямого вреда здоровью из-за некорректного применения препаратов, используемых в психиатрии, врач-интернист лишает пациента правильной оценки его гражданских прав (например, констатации его дееспособности, процессуальной недееспособности и др.).

Перечень ловушек можно продолжить. Это и неумелая терапия препаратами, предназначенными для лечения психических расстройств (антидепрессантами, транквилизаторами, нейролептиками), и ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ), и сокрытие информации (ст. 237 УК РФ) и др. Но на практике соотнесение этих ста-

тей с постановкой конкретного диагноза ещё плохо осмыслено врачебной общественностью и, к сожалению, «поощряется» отдельными психиатрами.

Ряд западных психиатров ставит вопросы: «психиатрия или неврология», «психиатрия или патопсихология» (Макушкин Е.В. с соавт., 2020). Не отстают от них и многие отечественные неврологи (Левин О.С., Локшина А.Б., Яхно Н.Н. и др., 2002-2020) с юридически некорректным подходом к диагностике и лечению органических психических расстройств, в частности, деменций, и стремлением создать «нейропсихиатрию» («болезни мозга») без признания принципа демаркации клинических нейронаук (Носачев Г.Н. с соавт., 2006-2020). Медицинское сообщество должно соблюдать медицинское право, или его заставит соблюдать законы жизнь в правовом государстве.

Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А.
**НУЖНА ЛИ ДУХОВНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ
В БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ МОДЕЛИ В ПСИХИАТРИИ**

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

В XXI веке психиатрия вступила в кризис, в котором не сомневается большинство исследователей. Расхождения касаются глубины кризиса: перманентный или локальный, теоретический или практический, вне профессионального сообщества или внутри его. Западные психиатры предлагают (а по существу – пытаются) заменить психиатрию на неврологию («болезнь мозга»), вмешиваются своими либеральными «ценностями», исключая из психиатрических классификаций отдельные патологии. Современные руководства и учебники практически лишены теоретических (философских, методологических) вопросов.

По мнению Ю.С. Савенко (2016), «принципиально важным стал повсеместно ясно и недвусмысленно выраженный в самом именовании переход от длительное время преобладавших биологических моделей В. Гризингера – Т. Мейнерта – К. Вернике и психоаналитической модели З. Фрейда к личностной модели, в сторону которой обратился даже такой рефлексолог, как В.М. Бехтерев (1919), и которая совпадала с БПС-моделью». Н.Г. Незнанов, А.П. Коцюбинский с соавт. (2008-2020) посвятили ряд работ по биопсихосоциальной (БПС) модели с опорой на антропологический и холистический подходы.

Цель исследования – обосновать необходимость добавления в БПС-модель духовной составляющей.

Опираясь на философию науки и методологию научного познания, психиатрия предстает как смежная (междисциплинарная) наука (дисциплина) и исходит из следующих диад: «норма – патология», «здоровье – болезнь», «адаптация – дезадаптация» и «компенсация – декомпенсация» организма – психики – личности.

В текущий период идет вялая дискуссия о предмете психиатрии как самостоятельной науки. Авторы полагают, что предметом является патология (болезнь, аномалия, декомпенсация, дезадаптация и т.д.) психической деятельности (МКБ – расстройства) (Носачев Г.Н. с соавт., 2009-2020) у личности. Именно личность практически отсутствует в общей психопатологии, в терминологических словарях и скромно присутствует в клинических руководствах (расстройства зрелой личности). Вокруг личности в норме и патологии продолжают споры, особенно во времена преобладания философии постмодерна в политике, включая психиатрию. Но это тема отдельного дискурса. Несомненно одно: именно в личности среди системы её ценностей можно отыскать духовность.

Биопсихосоциальная концепция (модель) человека в норме и патологии, отдельные религиозные духовные практики достаточно широко вошли в современную отечественную психиатрию и психологию, в частности, в психотерапию. Однако вопрос «духовности», «духов-

ного», «духа» в психологии, а особенно в психотерапии, далеки от разрешения. По мнению С.К. Бондыревой и Д.В. Колесова (2007), «духовность – это мера владения индивида информационными ресурсами своего внутреннего мира, а также и содержательность (богатство и разнообразие элементов это мира)».

Е.Б. Фанталова (2013) выделяет три уровня психологической реальности: «Индивид», «Личность», «Душа». Под уровнем «Душа» ею понимается «глубинный, давно сложившийся, интериоризованный, автономный внутренний мир человека с присущими ему системой ценностей, «внутренних опор», «внутренних авторитетов».

Духовная практика по Э.Г. Эйдемиллеру (2012), – это формулирование и выдвижение идей, реализация которых способствует благополучию каждого отдельного человека и всего человечества в целом. Особенность таких идей заключается в том, что их трудно отнести либо к науке, либо к искусству. Духовная практика – своеобразный компромисс искусства и науки. Психотерапия как духовная практика включает в себя различные духовные практики, которые возникали в разные периоды развития человечества» (медицина, религия и этика, философия, педагогика, психология и политика).

Со времен З. Фрейда и К. Юнга большинство психологов и психотерапевтов пыталось изучать внутренний мир невротика и стремилось проникнуть в него, в его психологические защиты, структуру личности, вскрыть внутриличностные конфликты и видоизменить их, т.е. в конечном счете, разобраться и изменить информацию, прибегая к имени Господа Бога или не упоминая его. В коллективном и индивидуальном бессознательном и сознаний Творец всего сущего на земле духовнее, т.е. информированнее любого своего творения, ибо знает обо всем и обо всех, как в прошлом, так и в настоящем и будущем.

Личность чаще всего рассматривается как индивид, как субъект, взятый со стороны его социальных взаимоотношений. Но для индивида личность предстает как виртуальный объект, образуемый нашим мышлением (самопознанием) путем проекции некоторых («лично значимых») особенностей самосознания, включая комплекс «Я», поведения и отзеркаливания себя от других. Иными словами, личность – это устойчивый комплекс «Я», включающий богатый и зрелый внутренний мир в его единстве (или пребывании) с внешним миром. Несомненно, что нельзя рассматривать личность как, с одной стороны, что-то навсегда застывшее, с другой – изменчивое, хотя и меняющееся, например, в болезни или дезинформации и характерные проявления индивида, включая духовность. Дух, в частности универсум, иногда понимается как бессмертное (т.е. необходимое всему человечеству) ядро личности. Между тем в светском понимании дух – устойчивые основы, высшие способности человека, т.е. личностное богатство его внутреннего мира, что собственно и является мерилем его духовности.

Могущество и свобода человека проявляются в виртуальном пространстве его личности (внутреннем мире комплекса «Я»), которое позволяет ему создавать множество как виртуальных, так и реальных миров, используя возможности выбора наиболее эффективных или недостаточно эффективных. Следовательно, в процессе жизнедеятельности и жизнестойкости (удовлетворения биологических, психологических и социальных потребностей) у индивида пересекаются два встречных потока информации: информация из внешнего мира и информация из внутреннего мира. Калейдоскоп этих двух миров внешнего и внутреннего и формирует личность, а в ней – духовную составляющую, направленную больше на внутренний мир, но участвующую и во внешнем. И чем богаче внешняя составляющая духовности, тем богаче и свободнее личность. Параметры внутреннего мира существенно влияют на душевное и духовное благополучие (неблагополучие) человека. Личность складывается из проекции свойств комплекса «Я» на внутренний и внешний мир индивида: первое – умственной (когнитивной) деятельности в себе и второе – умственной деятельности во внешнем мире. Из калейдоскопа познания себя и внешнего мира и складывается личность. Зрелая личность характеризуется развитым и хорошо функционирующим комплексом «Я». Неврозом нередко называют «болезнь личности», т.е. речь идет о неразвитой, плохо функционирующей лич-

ности с нестабильной саморефлексией, невысоким и неустойчивым уровнем самооценки и обилием внутренних и внешних противоречий, не развитыми психологическими защитами. По мере становления и развития внутреннего мира человек приобретает все большую возможность проектировать его на внешний мир, проявляя активность и возможность приспособлять его под свои запросы и потребности. Следовательно, в процессе жизнедеятельности (удовлетворения своих потребностей) человека сталкиваются два потока информации: информация из внешнего мира формирует его внутренний мир по векторам потребностей, а индивидуальные свойства мира внутреннего проецируются на внешний мир, определяя его поведение и виды деятельности. Таким образом, возникает многовекторность внутреннего мира человека и, чем богаче внутренний мир – тем духовнее личность.

По мнению С.К. Бондыревой и Д.В. Колесова, «то, что в жизни и религии называется «духовностью», в научном плане можно назвать «информационностью»: свойством материи обязательно быть в той или иной форме», т.е. любая живая и неживая материя несет в себе информацию – содержательность для субъекта.

Внедрение информатики в различные сферы науки и общества привело к формированию понятий «информационное общество», в котором ведущая роль принадлежит информационным технологиям, и в дальнейшем это может даже привести к «информационному фетишизму», где абсолютизируется информация. С последних позиций – всё является информацией. «Мир – информационен, Вселенная – информационна, первичное – информация, вторичное – материя. Не бытие определяет сознание, а информация (сознание) определяет бытие» (Фанталова Е.Б.). Автор вполне серьезно предлагает всем физикам и обществу буквально во всем видеть проявление информации.

Все-таки информация является процессом познания, определенной разновидностью знания и в качестве такового не может быть признаком природных систем.

Содержательность информации включает в себя информативность и информированность, а также духовность. Духовность в свою очередь включает в себя активность (движение и подвижность), содержательность, отражение и отражённость, а также информативность и информированность. Таким образом, духовность через содержательность, в первую очередь, сводится к информации и её познанию.

Выделяют три родственных понятия: «информационность», «информированность», «информативность». «Информационность» является базовым свойством живой и неживой материи, включающей информативность объекта и информированность индивида (субъекта). «Информативность» – это мера информации, которая содержится в любом носителе, в частности, в пациенте (клиенте, собеседнике): рассказе (интервью), осмотре, тексте и любом другом материальном объекте. Информативность живых объектов, которые являются не только хранителями, но и одновременно пользователями, называется информированностью. Следовательно, «информированность» – эта та мера информации, которая не только присутствует, но и постоянно меняется, в первую очередь, пополняется и позволяет индивиду компенсироваться и адаптироваться или, наоборот, декомпенсироваться и дезадаптироваться в потоке информации в социальном мире.

Если ранее, в частности США, проводили «тайное» принуждение и манипулирование в нашем обществе с личностями, то в момент написания данной статьи открыто объявили о начале информационной войны для создания информационной дезорганизации и нарушения информационно-психологической безопасности нашей страны. Основой информационного воздействия и манипулирования в системе «человек – человек (личность)» является психотерапевтический метод, в частности социальная, психологическая и философская модели со всем богатством видов, методик, техник и приемов. Против страны и ее граждан идет информационная (ментальная) война, которой может противостоять только общество, состоящее из цельных, зрелых и духовных личностей.

Носачев И.Г., Носачев Г.Н., Киселева Ж.В.
**ЭТОЛОГИЯ В НАРКОЛОГИИ: КРИТИКА К БОЛЕЗНИ
И/ИЛИ ЗАВИСИМОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ПЬЯНСТВЕ И АЛКОГОЛИЗМЕ**
*Самарский государственный медицинский университет
Самарский наркологический диспансер, Самара, Россия*

Кризис психиатрии не мог не вызывать кризис в ее разделе – наркологии. И, в первую очередь, это кризис теоретический и клинический. С опорой на философию постмодернизма происходит замена понятий: «патологическое влечения к ПАВ» – на аддикцию, наркология – на аддиктологию и даже аддиктивную медицину. Мы неоднократно писали об этом, призывая к дискуссии. Противоречивым является и МКБ-10, в частности раздел «Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ», который включает все варианты употребления, но не решает клинических и особенно методологических вопросов поведения и личности (последней просто нет), в том числе и зависимой. Не решает вопросов и национальное руководство «Наркология» (2008), где эклектически перемешивается (подглава 6.1.) как подход МКБ, так и отечественный.

«Возмутитель спокойствия» отечественной наркологии В.Д. Менделевич разворачивает дискуссию преимущественно вокруг понятий (определений) – аддиктивное влечение, аддиктивное поведение, аддиктивная личность и аддиктология, как отдельная дисциплина (метанаука, специальность) вне или внутри психиатрии и наркологии. Но вопросы взаимоотношения поведения и личности в наркологии все еще плохо изучены. К сожалению, практически забыт вклад В.М. Бехтерева в рефлексологию, забыт он и как основоположник современной этологии человека.

Цель тезисов – привлечь внимание исследователей к взаимоотношениям поведенческих и личностных расстройств при пьянстве и алкоголизме, в частности к отдельным синдромам: обсуждается «критика к болезни» (от потери контроля до деградации личности: недоразвития, незрелости до распада) и расстройства поведения.

Отсутствие критики к болезни (анозогнозия) – один из наиболее расплывчатых, субъективных и рефлексивных критериев болезни как со стороны врача, так и со стороны пациента, обычно очень своеобразно им понимаемый и одновременно этот критерий является смыслообразующим для клинической оценки.

Аналізу подверглись 160 освидетельствуемых водителей-мужчин (клиентов, пациентов). Освидетельствуемым проводилось клинко-психопатологическое, клинко-этологическое, экспериментально-психологическое исследование (в частности, тесты самооценки, «условного двойника и др.) в период 2008-2010 гг. с последующим катамнезом. Приводятся только целевые данные. Выделено пять вариантов алкогольного опьянения: основной типичный – эйфорический и атипичные – дисфорический, депрессивный (дистимический), маниакальноподобный и истерический.

Оценивалась критика к факту опьянения в структуре системы «влечение – ситуация (административное нарушение) – оценка опьянения – критичность»).

Только 6 человек согласились с наличием опьянения. Остальные пытались его диссимулировать. Выделены следующие варианты анозогнозии: тотальная, частичная, псевдорациональная, ретроанамнестическая и конвенционально-камуфлирующая. Наиболее частая – тотальная анозогнозия, преимущественно зависит от ситуации и стремления найти какое-то оправдание. Остальные в основном зависят от варианта опьянения. Преобладали отрицание, редко – перенос, рационализация как психологические защиты в осмыслении ситуации. Катамнестическое исследование показало (от 6 до 10 лет), что 57 пациентов неоднократно обращались в наркологический диспансер с рецидивирующим и хроническим течением алкоголизма и тотальной анозогнозией к терапии.

Основная проблема пьянства и алкоголизма как формы поведения с последующим формированием (или изменением) расстройства личности ранее плохо осмыслена и оторефлекси-

рована и в психиатрии, и ее разделе – наркологии. Мы ранее писали о необходимости системного изучения «влечения – поведения – осознание личностью».

Обратимся к отечественным исследователям поведения, в частности к первому исследователю поведения человека В.М. Бехтереву.

Созданная В.М. Бехтеревым рефлексология, не отменяя и не подменяя учения о сознании (психике) и субъективных методов (интроспекционизма), допускала также развитие новых областей научного знания, в первую очередь, изучение поведения, построенное на объективной психологии. Вот что предсказал В.М. Бехтерев: «В будущем «субъективная» психология явится только дополнительным знанием, которое свои задачи будет соотносить с данными объективной науки» (1991). Похоже, что его предсказание сбывается, если принять логику философии объективизма, как главного и единственного принципа в науке. Кроме того В.М. Бехтерев признавал «важной ошибкой психологов и социологов субъективистов» поиск одного общего принципа (1991), что важно понимать и в наши дни.

Приведем только список научных работ В.М. Бехтерева, составленный им самим. Всего 135 наименований, включая статьи на немецком и французском языках, опубликованные в западных изданиях. Более 30 названий, в которых содержатся в качестве основополагающего понятие «объективность». В частности понятий (терминов): «объективная психология» (и ее предмет, 1904); «объективное исследование» (нервно-психической деятельности..., Амстердам, 1907); «объективное изучение...»; «объективно-психологическая точка зрения» (биологическое развитие мимики, Париж, 1910); «объективные проявления»; «объективные признаки»; «строго объективный метод»; «объективная наука»; «объективно-биологическое исследование»; «объективно-психологический метод (в применении и изучении преступности, 1912)»; «объективное рассмотрение социальной жизни..., 1922» и многие другие.

Второй раздел (30 публикаций) связан с проблемой «строения и функций мозга в связи с рефлексологией».

Третий раздел касается «патологической рефлексологии» (29 статей) посвящен неврозам, истерии; психотерапии, гипнозу, внушению; исследованию душевнобольных; навязчивым состояниям, «половым извращениям и уклонениям»; фобиям.

Четвертый раздел (10 статей) связан с научными работами, посвященными социальным исследованиям («коллективная и социальная рефлексология»), планируемым и выполняемым с позиций объективизма групп и общества.

Пятый – работы В.М. Бехтерева по «генетической рефлексологии» (7 статей) включают в себя исследования нервно-психической сферы, (в частности, поведения) в младенческом возрасте, эволюции детского рисунка, биологического развития человеческой речи и др.

Шестой раздел (6 работ) отражает «педагогическую рефлексологию» и связан с вопросами общественного воспитания, социально-трудового воспитания и общественной деятельности и т.д.

Имеются также отдельные работы по «рефлексологии физического и умственного труда», «зоорефлексологии», «художественной рефлексологии», а также «судебной пато-рефлексологии». Разнообразие работ поражает, особенно, разрыв рамок установленных В.М. Бехтеревым границ объективности и субъективности, в которых «запутались» современные психиатры.

В монографии «Объективная психология» В.М. Бехтерев определяет путь развития: «С нашей точки зрения, совершенно ошибочно распространенное определение психологии как науки только о фактах или явлениях сознания. На самом деле психология не должна ограничиваться изучением явлений сознания, но должна изучать и бессознательные психические явления, и вместе с тем она должна изучать также внешние проявления в деятельности организма, поскольку они являются выражением его психической жизни. Наконец, она должна изучать также и биологические основы психической деятельности» (1991), включая психиатрию и наркологию.

Возрождение этологии в России началось в 80-е годы XX века, в том числе и в психиатрии. Это не помешало отечественному психологу М.Г. Ярошевскому в монографии «Наука

о поведении: русский путь» (1996), с одной стороны, назвать этологию репрессивной наукой, практически не оценивая вклад В.М. Бехтерева, а с другой – предложить использовать системный подход к изучению поведения – «организм – поведение – сознание», не отразив современного состояния. Призывы, к сожалению, практически не услышаны.

Более тщательное изучение этологии, в частности, невербального поведения (НП) при психических заболеваниях, по существу, началось с 70-х годов XX века, когда появился глоссарий НП человека, предложенный В.П. Самохваловым (1984-1990), с последующим использованием его для дифференциальной диагностики шизофрении (Самохвалов В.П., 1984-2002; Коробов А.А., 1984-1991 и др.). Результатом исследований авторов стали, на наш взгляд, две монографии: «Этология в психиатрии» (1990) и «История души и эволюция помешательства (начало эволюционного психоанализа)» (1994). Параллельно в психологии разрабатываются такие проблемы, как «внешний облик» (Бодалев А.А., 1981, 1994; Панферов В.Н., 1975, 1987), «невербальная коммуникация» (кинесика) (Матехин Х.П., 1976), «невербальное общение» (Андреева Г.М., 1980; Ковалев Г.А., 1989; и др.), «невербальное поведение» (Лабунская В.А., 1986-1990), в психиатрии – невербальное поведение при депрессиях и в наркологии – невербальное поведение у потребителей алкоголя (Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Киселева Ж.В., 1996-2020).

Однако в этологии человека в норме и патологии объективно мало исследований, особенно в наркологии. Хотя именно формирование поведения в быту (семья, ближайшее окружение) приводит к формированию зависимого поведения и частично незрелой личности с искаженной системой бытовых ценностей.

Возникает естественный вопрос: является ли наркология парадигмальной дисциплиной? Существуют ли четко выверенные по философии методологии науки (дисциплины, раздела) исследовательская программа (Лакатос И.), исследовательская традиция (Лаудан Л.) и т.д.? Пока ответы противоречивы. Наркология является разделом психиатрии как науки, преимущественно практическим разделом (по группе расстройств, имеющим тот же предмет науки – патологию психической деятельности, по организационно-правовому подходу, по терминологическому, диагностическому, терапевтическому подходу и т.д.). Однако это не означает, что наркология как раздел психиатрии не может иметь свои частные цели и задачи, не во всем совпадающие с другими разделами психиатрии.

Нурходжаев С.Н., Абдуллаева В.К.

**ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА
У ЖЕНЩИН С ЛИЧНОСТНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ
И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Изучение депрессивных нарушений связано с их высокой распространенностью и низким качеством диагностики, неблагоприятным влиянием на развитие, течение и прогноз многих соматических заболеваний, на показатели трудоспособности и качества жизни пациентов, высоким социально-экономическим бременем депрессий (Александров А.А., Балашова Т.Н., 2000). Особую значимость приобретает данное исследование в силу сложившихся обстоятельств с пандемией COVID-19, провоцирующей обострение депрессивной симптоматики, способствующей ухудшению самочувствия и психоэмоционального состояния различных возрастных и социальных групп населения (Нурходжаев С.Н., 2020). Депрессия является пусковым фактором в формировании суицидальных тенденций, особенно, если она терапевтически резистентна, отличается тяжестью проявлений клинической симптоматики и коморбидна с личностными расстройствами (Нурходжаев С.Н., 2017). Согласно научным данным российских психиатров, в последние годы определяется выявляемость терапевтической резистентности у категории пациентов с коморбидными личностными и депрессивными рас-

стройствами (Ротштейн В.Г., Богдан М.Н., Долгов С.А., 1997). Исследование суицидального риска при депрессивных нарушениях, возникающих на фоне ПМС у женщин, обусловлена с их высокой распространенностью и неблагоприятным влиянием на качество жизни пациенток (Нурходжаев С.Н., Абдуллаева В.К., Бабарахимова С.Б., 2020).

Цель исследования: изучить риск развития суицидального поведения у женщин с предменструальным синдромом в структуре терапевтически резистентных депрессий, коморбидных с расстройствами личности.

Материал и методы. Обследовано 55 пациенток в возрасте от 17 до 45 лет, находившиеся на стационарном лечении с терапевтически резистентными депрессиями в Республиканской городской психиатрической клинической больнице. Критерием для отбора пациенток было наличие на момент госпитализации депрессивной патологии с превалированием симптомокомплекса ПМС и личностных расстройств, отвечающим диагностическим критериям МКБ-10, а также регистрируемая в течение трёх недель госпитализации фармакорезистентность к назначаемым психотропным препаратам. Ведущими методами исследования являлись клинико-психопатологический и клинико-катамнестический. В ходе исследования использовали Стандартизированный многофакторный метод исследования личности – СМИЛ (ММПИ) (Собчик Л.Н., 2002), шкалы SIGH-SAD (Williams J., 1992), опросник структуры личности и темперамента TCI-125 (Cloninger C., 1991). Для определения степени суицидального риска и особенностей суицидальных тенденций была использована «Колумбийская шкала оценки тяжести суицидального риска» (Posner K., Brent D., Lucas C., 2009).

Результаты. Вся исследуемая выборка была разделена на две группы. В основную группу вошли 36 женщин, у которых в клинической картине терапевтически резистентных депрессий на фоне ПМС выявлено появление актуальных суицидальных мыслей с планированием и размышлениями о способах самоубийства. В группу сравнения вошли 19 пациенток без суицидальных тенденций и личностных расстройств.

На инициальном этапе исследования в общей выборке обследуемых пациентов были выявлены личностные расстройства. В основной группе были установлены диагнозы расстройств личности в 63,8 % (n=23) случаев – смешанное расстройство личности (F61.0), в 22,2 % (n=8) случаев – пограничное расстройство личности (F60.31), в 13,8 % (n=5) случаев – истерическое расстройство личности (F60.4). В группе сравнения личностные особенности не достигали критериев личностного расстройства, однако отмечались акцентуированные личностные черты характера.

В ходе исследования был проведен сравнительный анализ клинических проявлений предменструального синдрома (ПМС) в основной группе и группе сравнения. Согласно диагностическим критериям МКБ-10, аффективные расстройства, связанные с менструальным циклом, могут быть соотнесены с аффективными нарушениями (например, как депрессивный эпизод, возникающий в связи с менструальным циклом – F38.8). В пользу связи ПМС с формированием ТРД может свидетельствовать тот факт, что при терапии ПМС может быть эффективно использование антидепрессантов (особенно из группы СИОЗС). По данным нашего исследования в основной группе ПМС регистрировался статистически значимо чаще, чем в группе сравнения. Средний возраст к началу ПМС у женщин из основной группы был ниже, чем в группе сравнения (соответственно $17,1 \pm 4,7$ и $21,4 \pm 8,3$ года; $p < 0,01$). В обеих исследуемых группах началу аффективного расстройства предшествовало появление ПМС. В основной группе среднее количество лет между началом аффективного расстройства и появлением симптомов ПМС составило $15,8 \pm 9,4$ года, в то время как в группе сравнения этот показатель составил $18,1 \pm 13,7$ года ($p > 0,05$). ПМС в исследуемых выборках пациенток предшествовал началу аффективного расстройства, при этом возраст к началу ПМС у пациенток основной группы был более ранним, чем у пациенток группы сравнения; встречаемость ПМС была статистически выше у пациенток с коморбидным личностным расстройством.

В основной группе обследуемых женщин клинические проявления ПМС были значи-

тельно выражены, отмечалось раннее начало и неблагоприятное в прогностическом плане течение заболевания, а также сочетанная патология личностных характеристик пациентов с преобладанием истеро-возбудимых черт характера. Нами была проведена оценка основных клинико-динамических характеристик у исследуемых женщин: средний возраст возникновения аффективных расстройств, средняя длительность депрессивного эпизода, среднее количество перенесенных аффективных эпизодов. Средний возраст пациентов к началу аффективного расстройства в основной группе и группе сравнения составил соответственно $32,9 \pm 8,9$ и $40,5 \pm 9,8$ года ($p < 0,001$) соответственно, что свидетельствует о появлении аффективных расстройств у пациентов основной группы в более молодом возрасте, чем у пациентов в группе сравнения. Внутригрупповой анализ не выявил статистически значимых различий показателей возраста к началу аффективного расстройства; кроме того, не было обнаружено статистически значимых различий возраста к началу аффективного расстройства между исследуемыми группами в зависимости от пола и диагноза ($p > 0,05$). Более ранний возраст к началу психических нарушений может свидетельствовать о большей патологической затронутости патогенетических механизмов, обеспечивающих развитие психических расстройств.

Клиническая картина депрессивной симптоматики у пациенток основной группы отличалась преобладанием дисфорического компонента с тоскливо-злобным настроением, на высоте которого отмечалось возникновение суицидальных тенденций, Психометрическое тестирование пациенток основной группы по Колумбийской шкале оценки тяжести суицида выявило превалирование актуальных суицидальных мыслей с конкретным планом и намерением у женщин с пограничным расстройством личности, а неспецифические суицидные идеи наблюдались у женщин с истерическим расстройством личности в большей степени. У пациенток со смешанным расстройством личности в большей мере определялись актуальные суицидальные мысли, включая размышления о способах самоубийства.

Исследование по второму модулю Колумбийской шкалы оценки тяжести суицидального риска – интенсивности суицидных идей установило, что пациентки с истерическим расстройством личности могли с легкостью контролировать суицидальные мысли, длительность протекания наплывов суицидальных мыслей у них была непродолжительной – в течение нескольких минут, все пациентки указали на наличие сдерживающих факторов, которые с вероятностью удержали от реализации суицидальных действий и намерений. Пациентки с пограничным расстройством личности при тестировании отметили, что длительность наплыва суицидальных мыслей продолжалась более 4 часов в сутки, появлялись они с частотой многократно каждый день, основанием для возникновения суицидных идей являлось желание отомстить или привлечь внимание окружающих людей. У пациенток со смешанным расстройством личности в большей мере наблюдались суицидальные мысли продолжительностью более 8 часов в день, женщины указали на отсутствие возможности контролировать такие мысли и малую вероятность сформированности антисуицидального барьера. Анализ полученных результатов исследования интенсивности суицидных идеаций установил, что у лиц со смешанным расстройством личности, коморбидным с терапевтически резистентными депрессиями, более высокий суицидальный риск, в отличие от пациенток с истерическим расстройством личности, у которых наблюдаются более низкие показатели по всем параметрам исследования, кроме наличия хорошо сформированных протективных сдерживающих факторов.

Выводы. Таким образом, полученные результаты исследования показали, что наличие предменструального синдрома в клинической картине терапевтически резистентных депрессий у женщин с личностными расстройствами оказывает значительное влияние на основные клинические характеристики текущего депрессивного эпизода: обуславливает большую тяжесть текущего депрессивного эпизода, большую выраженность типичных симптомов депрессии, имеет неблагоприятный исход в прогностическом плане эффективности фармакотерапии, а также способствует формированию суицидальных тенденций, тем самым повышая риск развития суицидального поведения. У пациенток со смешанным расстройством

личности в период нарастания ПМС на фоне пониженного настроения отмечается наиболее высокий риск реализации суицидальных действий. Раннее выявление ПМС при депрессии способствует выбору правильной тактики медико-психологической коррекции и предотвращает самоубийства и аутодеструктивные действия.

Озорнин А.С., Говорин Н.В., Сахаров А.В.

СОДЕРЖАНИЕ АДИПОНЕКТИНА И ЛЕПТИНА В КРОВИ ПРИ МАНИФЕСТАЦИИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ И АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Читинская государственная медицинская академия

Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского, Чита, Рлссия

Государственная Дума Федерального Собрания Российской Федерации, Москва, Россия

В течение последних двух десятилетий стала актуальной проблема метаболических нарушений у больных шизофренией. В клиническую психиатрию прочно вошел термин «метаболический синдром», который включает в себя ряд симптомов, связанных между собой по принципу порочного круга (инсулинорезистентность, ожирение, дислипидемия, артериальная гипертензия). По данным зарубежных исследований у пациентов, страдающих шизофренией, частота распространения метаболического синдрома составляет 27-67 % (Healdetal A., 2017; Naderyan Fe'li Shadi et al., 2019; Shojaeimotlagh V. et al., 2019). Механизм формирования метаболического синдрома сложен и включает в себя несколько патогенетических звеньев. Установлено, что определенную роль в механизмах формирования метаболического синдрома играют адипокины – биологически активные вещества, синтезируемые висцеральной жировой тканью.

Адипонектин был открыт в 1995 году. Известно, что адипонектин может улучшать углеводный обмен за счет уменьшения инсулинорезистентности. Кроме того, адипонектин способен сокращать синтез печенью триглицеролов и липопротеинов очень низкой плотности. Лептин, воздействуя на гипоталамус, способствует снижению потребления пищи, тем самым он играет большую роль в регуляции пищевого поведения (Дедов И.И. и соавт., 2006). Установлено, что у людей с ожирением имеется повышенный уровень лептина. В то же время, повышенный уровень лептина не способен изменить нарушенное пищевое поведение, что связано с формированием лептинорезистентности (Crujeiras A.V. et al., 2015).

Содержание адипонектина и лептина ранее изучалось у больных шизофренией. Было установлено, что у больных с метаболическим синдромом повышается количество лептина в крови и снижается уровень адипонектина. В то же время, содержание адипокинов у больных с первым эпизодом шизофрении исследовано не достаточно.

Цель исследования: изучение содержания адипонектина и лептина в плазме крови у больных с первым эпизодом шизофрении при терапии галоперидолом и рisperидоном.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского» Забайкальского края в период с 2016 по 2020 годы. Объектом исследования были больные с диагнозом «Шизофрения параноидная, период наблюдения менее года» (F 20.09). В исследование было включено 212 пациентов, из которых 109 больных мужского пола, а 112 – женского. Средний возраст больных составил 27 ± 6 лет. У всех пациентов, включенных в исследование, индекс массы тела был в диапазоне от 18 до 25 кг/м². Контрольную группу составили 132 здоровых донора, сопоставимых по возрасту, полу и социальной принадлежности с исследуемыми больными.

В работе с обследуемыми лицами соблюдались этические принципы, предъявляемые Хельсинкской Декларацией Всемирной Медицинской Ассоциации и «Правилами клинической практики в Российской Федерации», утвержденными Приказом Минздрава РФ № 266 от 19.06.2003 года. Исследование одобрено в локальном этическом комитете ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России 22.01.2016 года, про-

токол № 76. От всех обследованных получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

При лечении острого психотического состояния использовалась монотерапия галоперидолом или рисперидоном. Во время исследования все пациенты находились на стационарном лечении, у них было идентичное питание и одинаковая физическая нагрузка.

Для изучения содержания адипокинов в крови применялся мультиплексный анализ. Использовалась метаболическая панель LEGENDplex (BioLegend, США). Количественное измерение адипокинов производили на цитофлуориметре CytoFLEX LX (BeckmanCoulter, США).

Результаты. До начала терапии у больных отмечалось повышение уровня адипонектина более чем в два раза по сравнению с контрольными показателями ($p=0,00001$). Содержание лептина статистически не отличалось от контрольных значений ($p>0,05$). При терапии галоперидолом на 8-й неделе уровень адипонектина увеличился на 27,2 % ($p=0,02$), а содержание лептина не изменилось. При использовании рисперидона количество адипонектина и лептина в плазме крови выросло на 13,0 % ($p=0,003$) и на 0,2 % ($p=0,04$), причем величина лептина превысила контрольные значения ($p=0,01$). На 8-й неделе исследования в группе больных, принимавших галоперидол, содержание адипонектина превысило аналогичные показатели группы больных, получавших лечение рисперидоном, на 75,2 % ($p=0,03$). Значение уровня лептина в группе пациентов, которые получали терапию рисперидоном, было на 6,6 % больше, чем в группе больных, психотическое состояние которых купировалось галоперидолом ($p=0,01$).

Выводы. У больных с манифестацией параноидной шизофрении было зарегистрировано повышение уровня адипонектина по сравнению с контрольными показателями. При терапии галоперидолом и рисперидоном произошло повышение содержания адипонектина, а при использовании рисперидона – лептина. Таким образом, антипсихотические препараты действуют на адипокиновый статус по-разному. Механизмы изменений содержания адипокинов при терапии нейрорептиками требуют дополнительного изучения.

Озорнин А.С., Озорнина Н.В., Ступина О.П.
**ПЕРВЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕАКТИВНОГО ПСИХОЗА
В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ В НАЧАЛЕ ПАНДЕМИИ НОВОЙ
КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19**

Читинская государственная медицинская академия

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

Пациентка М., 30 лет, не работающая трудоспособного возраста, проживающая в Забайкальском крае, была госпитализирована в ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского» в мае 2020 года.

Анамнез жизни: наследственность психопатологически не отягощена. Уроженка Забайкальского края. Родилась младшей из двоих детей в полной, социально благополучной семье. Беременность матери протекала хорошо. Родилась в срок, доношенным здоровым ребенком. Развивалась согласно эпикризным срокам. В детские годы болела только простудными заболеваниями и детскими инфекциями. Воспитывалась в условиях гиперопеки, росла активным, избалованным ребенком. Детское дошкольное учреждение посещала, была адаптированной в детском коллективе. В школу пошла по возрасту, успеваемость была хорошей в течение всего времени обучения. Окончила 11 классов. В дальнейшем закончила Забайкальский государственный университет, работала по специальности. В течение последних 5 лет не работала, т.к. решила «посвятить себя семье и воспитанию детей». Замужем, от брака имеет ребенка десяти лет. Отношения в семье гармоничные, теплые. Хронических заболеваний не имеет. Черепно-мозговые травмы, приступы с потерей сознания, сноговорение, снохождение отрицает. Алкоголь употребляет редко, в небольших количествах. Наркотические вещества не пробовала.

Анамнез заболевания: ранее за психиатрической помощью не обращалась. С марта 2020 года стала переживать по поводу распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19. Информацию о заболевании получала из средств массовой информации, Интернет-ресурсов. Новости о росте заболевших в России, тяжелом протекании болезни, летальных случаях глубоко переживала, по причине чего находилась в постоянном эмоциональном напряжении. В течение полутора месяцев настроение было подавленным, ночами спала плохо. В конце апреля появились постоянная тревога, страх по поводу того, что она и ее родственники могут заболеть COVID-19 и погибнуть. В начале мая в течение недели долго не могла уснуть, сон был прерывистым, непродолжительным. На фоне выраженного страха стала ощущать, что не может глубоко вздохнуть, испугалась того, что она уже заболела коронавирусной инфекцией. Обратилась в частный медицинский центр, прошла обследование (КТ органов грудной клетки), была диагностирована сегментарная пневмония в верхней доле правого легкого. В этот же день самостоятельно обратилась в инфекционную больницу г. Читы, была госпитализирована с диагнозом «Внебольничная сегментарная пневмония верхней доли правого легкого, нетяжелое течение». При госпитализации сдала мазок на COVID-19. В течение двух дней после госпитализации нарастала уверенность, что она заболела COVID-19. Появившиеся неприятные ощущения в теле (тянущие боли, которые мигрировали по грудной клетке, спускаясь на живот) еще больше убеждали пациентку в ее заболевании. В конце второго дня лечения в инфекционном стационаре пришел отрицательный результат на COVID-19, но пациентка оставалась уверенной в том, что она больна коронавирусной инфекцией. Ночь со второго на третий день госпитализации вообще не спала, вспоминала, какие места она посетила перед тем, как ей был установлен диагноз пневмонии. Поняла, что ее неправильное поведение привело к тому, что коронавирусной инфекцией заразились много людей. Испугалась того, что в настоящее время она заражает соседей по палате, медицинский персонал, т.к. «выделяет коронавирус». Позвонила на номер 112, сообщила о заражении COVID-19 в инфекционной больнице сотрудников и пациентов, потребовала произвести эвакуацию людей из больницы. После этого ножницами нанесла самопорезы в области левого предплечья, схватила стул, чтобы разбить окно и выпрыгнуть из него, но была остановлена медицинским персоналом больницы. В связи с неадекватным поведением была осмотрена врачом-психиатром, рекомендован перевод в психиатрический стационар.

При обращении в психиатрическую больницу ее психическое состояние было следующим: внешне тревожная, не может находиться на одном месте, мечется по кабинету. Продуктивному контакту доступна. Ориентирована верно, в полном объеме. Речь быстрая, сбивчивая. Заявляет, что «из-за нее заразилось коронавирусной инфекцией много людей и они могут умереть». Из-за этого за ней «следит Федеральная служба безопасности, которая прослушивает ее телефон». Считает, что «за распространение вируса» ей грозит двадцать лет тюрьмы и штраф в сумме один миллион рублей. Обвиняет себя в том, что ее семья обречена на бедность, т.к. ее мужа должны уволить с работы, поскольку его работодатели уже знают, что она распространяла коронавирус. Доводы врача, что у нее коронавирусная инфекция не подтвердилась, не воспринимает, продолжает настаивать на том, что больна и из-за ее неправильного поведения погибли люди. Не отрицает мысли о нежелании жить, хотя в настоящее время совершить суицидальные действия не намерена. Обманы восприятия отрицает, хотя по поведению больной их полностью исключить не представляется возможным. Мышление ускоренное по темпу, непоследовательное. Внимание отвлекаемое. Эмоциональные реакции лабильные, не совсем адекватные ситуации и контексту беседы. Настроение снижено с тревожным радикалом. Критики к состоянию и поведению нет. На лечение и обследование в психиатрическом стационаре согласилась.

Соматическое состояние расценено как удовлетворительное, температура тела 37,2°C, АД 110/70 мм рт. ст., SpO₂ 98 %. При неврологическом осмотре были выявлены оживление сухожильных рефлексов и дистальный гипергидроз.

По шкале общего клинического впечатления (Clinical global impression scale, CGI) психическое состояние расценено как крайне тяжелое. Общий балл по шкале позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS) составил 97, что указывает на выраженность психопатологических расстройств.

В стационаре пациентка была тревожной, суетливой, продолжала высказывать идеи самообвинения, преследования, говорить, что ей лучше будет умереть, чем отбывать длительное наказание в тюрьме. При этом за все время наблюдения больной ее соматическое состояние оставалось удовлетворительным, температура тела не повышалась выше субфебрильных цифр, гемодинамика была стабильной. Со дня госпитализации было продолжено лечение соматической патологии, для купирования психотических расстройств были назначены в инъекционной форме галоперидол и диазепам. Через 3-4 дня пациентка стала заметно спокойнее, удерживалась в рамках отделения, в поведении была адекватной, но ее настроение было неустойчивым, актуальность бредовых переживаний сохранялась. Дальнейшая терапия таблетированным галоперидолом в сочетании с препаратом вальпроевой кислоты на 10-й день госпитализации привела к купированию психопатологических расстройств, снижению общего балла по шкале PANSS более чем на 60 %. По выходу из психоза у пациентки мы не отметили наличие негативных симптомов.

Обсуждение. Анализ клинического случая позволяет утверждать, что широкое распространение в средствах массовой информации и социальных сетях новостей, а нередко фейковой информации, о тяжелых осложнениях новой коронавирусной инфекции COVID-19, вынужденная самоизоляция послужили причиной ухудшения психического состояния больной. Сначала появились аффективная напряженность и нарушения сна. Затем тревожно-депрессивная симптоматика усложнилась фобиями заразиться ей и ее родственникам COVID-19. Тревожные расстройства сопровождались соматовегетативными нарушениями и сенестопатиями, которые расценивались пациенткой как симптомы коронавирусной инфекции. После формирования ипохондрического бреда мы наблюдали расширение его фабулы, когда появились бредовые идеи самообвинения, самоуничтожения, преследования. Бредовые переживания отражали содержание психотравмы, обуславливали неадекватное и суицидальное поведение больной. Антипсихотическая терапия позволила полностью купировать острые проявления психоза на 10 день лечения без формирования негативной симптоматики.

Таким образом, причинно-следственная связь развития психотических расстройств с психотравмой, отражение содержания психотравмы в переживаниях больной, быстрое купирование психопродуктивных расстройств без формирования негативных симптомов позволили нам выставить диагноз острого реактивного психоза (F 23.31 – Острое психотическое расстройство, преимущественно бредовое, ассоциированное со стрессом).

Озорнин А.С., Говорин Н.В.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ДОФАМИН-БЕТА-ГИДРОКСИЛАЗЫ RS1611115 У БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Читинская государственная медицинская академия

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

Государственная Дума Федерального Собрания Российской Федерации, Москва, Россия

Дофамин β -гидроксилаза (D β H) катализирует окислительное гидроксילирование дофамина до норадреналина – ключевого нейромедиатора центральной и периферической нервной системы. D β H поступает в плазму после везикулярного высвобождения из симпатических нейронов и мозгового вещества надпочечников (Gonzalez-Lopez E., Vrana K.E., 2020). Активность D β H в плазме крови различается среди индивидуумов и генетически контролируется (Cubells J.F. et al., 2011). Известно, что активность D β H в плазме крови изменяется при различных нерв-

но-психических заболеваниях (Gonzalez-Lopez E., Vrana K.E., 2020). Установлено снижение ее активности у больных, страдающих шизофренией (Punchaichira N.J. et al., 2018).

Ген, кодирующий DβH, локализован в 9 хромосоме. Исследования полиморфизмов гена DβH у больных шизофренией немногочисленны и их данные противоречивы. Так, одни исследователи указывают на связь полиморфизмов гена DβH с шизофренией, а другие – ее отрицают (Long J. et al., 2016; Shakiba M. et al., 2016). При этом обнаружены связи некоторых полиморфизмов гена DβH с симптомами шизофрении (Hui et al., 2012). Однако SNPrs161115 (C-1021T) у больных шизофренией изучен недостаточно.

Цель исследования: изучение полиморфного варианта гена дофамин-β-гидроксилазы rs161115 у больных с первым эпизодом параноидной шизофрении, проживающих на территории Забайкальского края.

Материалы и методы. В работе с обследуемыми лицами соблюдались этические принципы, предъявляемые Хельсинкской Декларацией Всемирной Медицинской Ассоциации и «Правилами клинической практики в Российской Федерации», утвержденными Приказом Минздрава РФ № 266 от 19.06.2003 года. 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.

Исследование проводилось в период с 2016 по 2020 годы. Пациенты, включенные в исследование, находились на лечении в ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского» Забайкальского края.

Критерии включения: европеоидная раса больных и представителей группы контроля; проживание больных и добровольцев на территории Забайкальского края; диагноз «Шизофрения параноидная, период наблюдения менее года» (F 20.09) (выставленный согласно критериям МКБ 10), общий балл не менее 80 по Шкале позитивных и негативных синдромов (The Positive and Negative Syndrome Scale).

Критерии исключения: сопутствующие соматические заболевания (острые или обостренные хронических), патология центральной нервной системы, потребление психоактивных веществ, беременность и период лактации.

Всего в исследование было включено 212 пациентов: 110 больных мужского пола и 112 – женского. Группу контроля составили 152 человека, которые были сопоставимы по возрасту, полу и социальной принадлежности с исследуемыми больными.

Молекулярно-генетические исследования были проведены на базе лаборатории молекулярной генетики Научно-исследовательского института молекулярной медицины ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России. Геномную ДНК человека выделяли из лейкоцитов цельной крови с помощью реагента «ДНК-экспресс-кровь» (производитель НПФ «Литех», г. Москва). С образцом выделенной ДНК параллельно проводили две реакции амплификации с двумя парами аллель-специфичных праймеров при помощи термоциклера «МахуGene» (США) с последующей электрофоретической детекцией продуктов. Выявление полиморфизма DBH C-1021T rs 161115 в геноме человека методом ПЦР осуществляли с помощью реагентов «SNP –экспресс» НПФ «Литех» (г. Москва).

Результаты. Проведенное молекулярно-генетическое исследование позволило обнаружить все искомые генотипы rs161115, при этом распределение их частот соответствовало Закону Харди-Вайнберга ($p > 0,05$).

При сравнении частот генотипов и аллелей rs161115 мы обнаружили статистически значимые различия между группой больных и группой контроля. Так, у больных с шизофренией в 1,2 раза чаще ($p = 0,01$) встречался C/C-генотип rs161115, для носителей которого относительный риск развития заболевания составил 1,85. Носители C/T-генотипа регистрировались в 1,3 раза чаще в контрольной группе, для них шанс развития шизофрении составил 0,61. Аллель C в 1,13 раза чаще ($p = 0,02$) присутствовал в клинической группе обследованных

лиц. Следовательно, для обладателей нормального аллеля C OR было равно 1,81, для носителей мутантного аллеля TOR составило 0,55.

Выводы. Таким образом, нами были обнаружены различия в распределении частот между больными и группой контроля. По данным литературы полиморфный вариант гена D β H rs1611115 ассоциирован с активностью D β H, которая, как известно, изменена у больных шизофренией (Punchaichira N.J. et al., 2018). Необходимы дальнейшие исследования по изучению роли rs1611115 в патогенетических механизмах развития шизофрении.

Павлов А.А.

ОПЫТ РАБОТЫ КАБИНЕТА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЕВОГО НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Электроэнцефалография является одним из самых востребованных методов функциональной диагностики при верификации неврологических заболеваний. Это в значительной степени актуально для больных наркологического и психиатрического профиля (в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами оказания специализированной медицинской помощи), а также в рамках диагностики медицинских противопоказаний к различным видам деятельности (как правило, связанной с источниками повышенной опасности).

С декабря 2017 года в структуре отделения медицинских осмотров Забайкальского краевого наркологического диспансера работает кабинет функциональной диагностики, специализирующийся на проведении стандартной электроэнцефалографии.

Проведение исследования в рамках медицинских осмотров регламентировано приказом Минздрава России от 15.06.2015 г. № 344н «О проведении обязательного медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств)», Постановлением Правительства России от 28.04.1993 г. № 377 «О реализации Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (в редакции Постановления Правительства России от 23.09.2002 г. № 695 «О прохождении обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с источниками повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающими в условиях повышенной опасности». Кроме того, исключение эпилепсии, как абсолютного медицинского противопоказания, необходимо в рамках медицинского осмотра для допуска к работе со сведениями, составляющими государственную тайну (приказ Минздравсоцразвития России от 26.08.2011 г. № 989н), и допуска к государственной гражданской службе (приказ Минздравсоцразвития России от 14.12.2009 г. № 984н).

Анализ работы кабинета функциональной диагностики за последние три года демонстрирует как увеличение общего количества исследований, так и рост относительного числа выявленных неврологических расстройств и абсолютных противопоказаний к различным видам деятельности.

В 2018 году в рамках медицинских осмотров и медицинских освидетельствований было проведено 6732 исследования, в 2019 году – 12894 (рост на 91,5 %), в 2020 году – 11269 (снижение на 12,6 %). Из них с целью последующего обязательного психиатрического освидетельствования в 2018 г. проведено 922 исследования, в 2019 г. – 1902 (рост на 106,3 %), в 2020 г. – 2048 (рост на 7,7 %). В рамках обследования лиц, обратившихся за наркологической помощью, в 2018 г. был обследован 91 пациент, в 2019 г. – 235, в 2020 г. – 204.

Гендерный состав лиц, обращающихся для прохождения электроэнцефалографии, демонстрирует абсолютное преобладание мужчин (94 %), что отражает специфику видов деятельности, связанных с источниками повышенной опасности. По возрастному составу преобла-

дают лица среднего (трудоспособного) возраста (94,3 %). Число лиц младше 18 лет составляет 1,2 %, лиц, старше 60 лет – 4,5 %.

За период 2018-2020 гг. по результатам электроэнцефалографии с последующим осмотром врачом-неврологом в рамках медицинских осмотров и медицинских освидетельствований было выявлено 134 абсолютных медицинских противопоказания к управлению транспортным средством (0,44 % от числа обратившихся), 31 случай эпилепсии у лиц, занятых на работах с источником повышенной опасности (0,1 % от числа обратившихся), 13 случаев эпилепсии у лиц, претендующих на работу со сведениями, составляющими государственную тайну (0,04 % от числа обратившихся).

В результате работы за 3 года всего выявлено 173 абсолютных противопоказания. В динамике выявления медицинских противопоказаний по результатам электроэнцефалографии по годам (2018-2020 гг.) отмечается отчетливая тенденция к увеличению, что требует дальнейшего наблюдения и анализа.

Таким образом, проведение электроэнцефалографии в рамках различных видов медицинских осмотров и медицинских освидетельствований является неотъемлемой частью процедуры допуска граждан к выполнению важных профессиональных функций.

Пасько Л.Б.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И БОЛЕЗНЕННОСТИ ПОДРОСТКОВОГО НАСЕЛЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ ЗА ПЕРИОД 2018-2020 ГОДЫ

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

Численность подросткового населения Забайкальского края в течение последних трех лет имеет тенденцию к росту и составила на 01.01.2020 года 39 848 человек (2019 г. – 38425 человек, 2018 г. – 37436 человек).

Показатель заболеваемости психическими расстройствами среди подросткового населения Забайкальского края стабильно снижается в течение трех лет и в 2020-м году составил 798,0 на 100 тыс. подросткового населения, что на 29,4 % меньше показателя 2019 года (1129,5 на 100 тыс.) и почти в 2 раза (на 44 %) ниже показателя 2018 года (1423,8 на 100 тыс.). В 2020 году первичная регистрация психотических состояний составила 27,6 на 100 тыс., это выше показателя 2019 года (20,8 на 100 тыс.) на 15 % и на 32,7 % выше показателя 2018 года (24,0 на 100 тыс.). До 2018 года наблюдался непрерывный рост первичной регистрации психических расстройств непсихотического характера у подросткового населения в крае, пик заболеваемости зарегистрирован в 2018 году (1140,6 на 100 тыс.). В последующие годы данный показатель снижался и в 2020 году составил 657,5 на 100 тыс., уменьшившись на 25,7 % по сравнению с 2019 годом (884,8 на 100 тыс.). Показатель впервые взятых под наблюдение подростков с умственной отсталостью в течение 3 лет так же снижается. В 2020 году он составил 112,9 на 100 тыс., что в 2 раза меньше показателя 2019 года (223,8 на 100 тыс.) и на 56,4 % меньше показателя 2018 года (259,1 на 100 тыс.).

По районам края в 2020 году наибольшие показатели первичной заболеваемости регистрируются в течение последних 3 лет в Нерчинско-Заводском (2638,5 на 100 тыс. и Кыринском (2663,9 на 100 тыс.) районах. На третье место впервые вышел Калганский район. Наименьшие показатели заболеваемости в А-Заводском и Красночикоийском районах, где первичная заболеваемость не зарегистрирована. Показатель в Агинском районе составил 267,6 на 100 тыс. подросткового населения.

Показатель болезненности психическими расстройствами среди подросткового населения Забайкальского края в течение трех лет снижается. В 2020 году он уменьшился на 8,7 % по сравнению с 2019 годом и на 12,3 % с 2018 годом, составив 5119,5. Показатель болезненности психическими расстройствами имеет волнообразное течение в течение последних 3 лет, в

2020 году он составил 198,3, это чуть больше показателя 2018 года, но меньше показателя 2019 года на 8,2 %. По структуре психотических расстройств наблюдается увеличение показателя болезненности на 9,2 % при шизофрении среди подростков (49,5 – 74,0 – 69,5 – 78,1 – 85,3 на 100 тыс. населения соответственно в 2016 – 2017 – 2018 – 2019 – 2020 годах), и повышение на 12,5% показателя при аутизме (13,5 – 19,2 – 42,7 – 31,2 – 35,1). Распространенность психических расстройств непсихотического характера среди подростков в 2020 году снизилась на 4,3 % по сравнению с 2019 годом, составив 3643,8 (2019 год – 3807,4, 2018 год – 3830,5). Показатель болезненности больных с синдромом Аспергера в отчетном году составил 0. Показатель распространенности умственной отсталости среди подростков с 2009 г. до 2011 г. имел тенденцию к росту, однако, с 2012 г. наблюдается неуклонное снижение этого показателя. В 2020 году он составил 1277,4 на 100 тыс. подросткового населения, уменьшившись на 19,2% по отношению к предыдущему году (2019 г. – 1579,7, 2018 г. – 1744,3). Таким образом, показатель болезненности психическими расстройствами среди подростков Забайкальского края в целом уменьшился за счет всех групп.

По краю наибольшие показатели болезненности регистрируются в Карымском (9406,7 на 100 тыс.), Приаргунском (9104,0 на 100 тыс.) и Калганском (8029,2 на 100 тыс.) районах. Возможно, в данном случае следует своевременно снимать с наблюдения детей и подростков, т.к. часть детей, наблюдаемых по рекомендации медико-педагогической комиссии, передаются в подростковую сеть без пересмотра установленных в начальной школе диагнозов. На протяжении нескольких лет наименьшие показатели болезненности отмечаются в Дульдургинском (2814,8 на 100 тыс.), Могойтуйском (3069,8 на 100 тыс.) и Каларском (2786,4 на 100 тыс.) районах. Это, в свою очередь, свидетельствует о недостаточной работе специалистов по выявлению психической патологии у детей.

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 и 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 медицинской 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.

Формы работы: индивидуальные и групповые. Используются методы когнитивно-поведенческого направления (техники АВС, техника замещения, техники побуждения, подкрепления, адаптивного поведения), экзистенциально-гуманистического направления (клиент-центрированная модель Роджерса), психодинамического направления.

Задачи медицинской реабилитации в амбулаторных условиях: первичное консультирование больных и их родственников врачом психиатром-наркологом; мотивация больных на уча-

стие в программе медицинской реабилитации; консультация психолога; специализированное диагностическое консультирование врачом психиатром-наркологом; диагностическое консультирование врачом психотерапевтом; организация поддерживающих противорецидивных реабилитационных программ; вовлечение пациентов в группы само- и взаимопомощи Анонимных алкоголиков, Анонимных наркоманов. 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 (УРП). На медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях направляются пациенты, состоящие под диспансерным наблюдением и нуждающиеся в реабилитации. Пациенты, которые прошли реабилитационную программу в стационарных условиях и находящиеся в ремиссии, нуждающиеся в поддерживающей медицинской реабилитационной программе, направляются на постреабилитационный этап программы. На медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях направляются пациенты после их полного обследования, в стабильном психическом и соматическом состоянии, не требующем круглосуточного медицинского наблюдения и ухода, при наличии способности к самообслуживанию.

При поступлении на медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях пациент предоставляет соответствующее направление с указанием основного и сопутствующих заболеваний и показаний для проведения медицинской реабилитационной программы в амбулаторных условиях.

Продолжительность медицинской реабилитационной программы в амбулаторных условиях для пациентов с высоким 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 медицинской реабилитации может пролонгироваться на срок, необходимый для полного восстановления состояния больного. При ухудшении клинического состояния пациента, выявлении неоднократных срывов, пациенты направляются на лечение в отделение для лечения в стационарных условиях, для проведения противорецидивной или восстановительной терапии.

В 2020 году 339 пациентов с наркологическими расстройствами были включены в амбулаторные программы реабилитации, что на 48,2 % меньше, чем в 2019 году, это составило 7,5 % от общего числа пациентов (ДФО – 10,1 %, РФ – 5,5 %). Успешно завершили реабилитационную программу 54 % от числа включенных (ДФО – 52,3 %, РФ – 53,6 %).

Пономарева Е.В.

**КЛИНИКО-КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ
С СИНДРОМОМ МЯГКОГО КОГНИТИВНОГО СНИЖЕНИЯ
АМНЕСТИЧЕСКОГО ТИПА**

Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

Неуклонно растущая частота болезни Альцгеймера (БА) и особая тяжесть ее медико-социальных последствий делает задачу выявления пациентов на додементном ее этапе одной из приоритетных. Лица с амнестическим вариантом синдрома мягкого когнитивного снижения (amnesic Mild Cognitive Impairment – аМСИ) рассматриваются как группа высокого риска развития деменции, обусловленной БА. Разработка критериев и инструментов ранней диагностики, решение вопросов дифференциально-диагностической оценки при первичном обращении за медицинской помощью, а также изучение дальнейших закономерностей тече-

ния аМСІ стало обоснованием для проведения этого исследования.

Целью исследования являлось определение долгосрочного (трехлетнего) прогноза прогрессирования когнитивного дефицита у пожилых лиц с аМСІ на основе анализа исходных клинико-иммунологических показателей.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 252 пациента с аМСІ, 150 женщин и 102 мужчины (59,5 % и 40,5 % соответственно) в возрасте от 50 до 93 лет (средний возраст $67,0 \pm 10,3$ лет), находящихся на амбулаторном наблюдении в ФГБНУ НЦПЗ в течение 3 лет с 2018 по 2020 гг. Психометрический оценочный комплекс включал следующие шкалы и тесты: Шкалу общего клинического впечатления (CGI), Мини-тест оценки когнитивных функций (MMSE), Монреальскую шкалу оценки когнитивных функций (MoCA), Тест произвольного запоминания 10 слов (Лурия А.Р., 1963), Шкалу Гамильтона для оценки депрессии (HAM-d), Шкалу Гамильтона для оценки тревоги (HAM-A), Гериатрический опросник депрессии (GDS), Нейропсихиатрический опросник (NPI), Субъективную шкалу оценки астении (MFI-20), Нейропсихиатрическую шкалу (NPI).

Результаты. В зависимости от клинического варианта аМСІ все пациенты были разделены на амнестический монофункциональный вариант (АМФ) – 111 пациентов (44,0 %) и амнестический полифункциональный вариант (АПФ) – 141 пациент (56 %), которые не отличались по возрастным и гендерным различиям. Всем пациентам было проведено клинико-катамнестическое исследование, динамика когнитивного статуса оценивалась через 3 года, в зависимости от его результатов пациенты были разделены на 4 подгруппы: 1 подгруппа (67 пациентов – 26,6 %) – пациенты с прогрессированием когнитивного дефицита до деменции или выраженным ухудшением когнитивных функций (по шкале MoCa > 3 баллов). 2 подгруппа – пациенты с минимальным ухудшением когнитивных функций (по шкале MoCa < 3 баллов) – 30 человек (11,8 %). 3 подгруппа – пациенты со стабильным течением когнитивных функций (по шкале MoCa без динамики) – 108 человек (42,9 %). 4 подгруппа – пациенты с улучшением когнитивных функций (по шкале MoCa < 3 баллов) – 47 человек (18,7%). Пациенты в подгруппах были примерно равными по возрасту с небольшим увеличением возраста среди лиц первой и второй подгруппы ($68,9 \pm 10,8$ и $68,5 \pm 9,9$ лет соответственно) и снижением возраста у пациентов 4-ой подгруппы ($64,1 \pm 10,0$ лет). Во всех подгруппах преобладали женщины, их доля составила от 55,2 % (среди пациентов первой подгруппы) до 63,3 % (среди пациентов второй подгруппы).

Наличие высшего образования имело также важное прогностическое значение, доля пациентов с высшим образованием была наибольшей (74,5 %) среди пациентов с улучшением когнитивных функций и наименьшей среди пациентов с минимальным ухудшением когнитивных функций (36,6 %). Прогностическую значимость имел и клинический вариант течения аМСІ, так, среди пациентов с выраженным ухудшением и переходом в деменцию преобладали лица с АПФ вариантом (78,8 %), а среди пациентов с улучшением когнитивных функций – АМФ вариант (53,2 %), среди пациентов со стабильным течением соотношение пациентов с АПФ и АМФ было примерно равным (51,9 % и 48,1 % соответственно).

Оценка первичного когнитивного статуса не выявила статистически достоверных различий в выделенных подгруппах. Анализ некогнитивных симптомов по шкале NPI выявил статистические различия в оценках между пациентами с выраженным ухудшением и переходом в деменцию и пациентами с улучшением когнитивных функций ($16,8 \pm 5,2$ и $10,2 \pm 4,2$ соответственно). Наличие симптомов субдепрессии и тревоги при первичном обследовании пациентов также имело статистически достоверную прогностическую значимость, среди пациентов с выраженным и минимальным ухудшением отмечалась более высокая оценка по шкале депрессии Гамильтона и этот показатель был статистически достоверно выше, чем у пациентов с улучшением когнитивных функций. Оценка тревоги по шкале Гамильтона также выявила статистические различия между пациентами с минимальным и выраженным ухудшением и пациентами со стабильным течением и улучшением когнитивных функций. Оценка уровня астении по шкале MFI-20 показала статистически достоверное увеличение всех компонентов

астении среди пациентов с выраженным ухудшением или переходом в деменцию по сравнению с аналогичными показателями у пациентов с выраженным улучшением.

Вывод: наличие симптомов астении, депрессии и/или тревоги у пациентов с aMCI способствовало более прогрессивному течению когнитивных расстройств в течение трехлетнего наблюдения, а, возможно, являлось и триггерным механизмом для дебюта когнитивных расстройств.

Раменская Н.М., Калинина Е.Н.

**НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ
МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ И МЕДИЦИНСКИХ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЙ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫМИ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ
И ПСИХИАТРИЧЕСКИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ**

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Защита прав человека в современном обществе является одной из актуальных проблем. Удовлетворенность пациентов оказываемой медицинской помощью, а также результат действий медицинского учреждения во многом зависит от нормативного регулирования. Изменения в современном законодательстве привели к практическим трудностям, возникающим при осуществлении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований врачами психиатрами и психиатрами-наркологами в специализированных учреждениях. Исходя из практики отделения медицинских осмотров Забайкальского краевого наркологического диспансера за период 2018-2020 гг., следует выделить следующие проблемы, возникающие вследствие существующих особенностей нормативного регулирования и коллизий норм права.

Первая проблема не касается напрямую деятельности отделений (кабинетов) медицинских осмотров, но представляется наиболее значимой, поскольку относится к вопросам общественной безопасности. Вопрос заключается в отсутствии в действующем законодательстве норм по внеочередному медицинскому освидетельствованию граждан, владеющих оружием, и водителей транспортных средств (за исключением лиц, работающих в качестве водителей). Медицинское освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием и обязательное медицинское освидетельствование водителей (кандидатов в водители) транспортных средств регламентированы приказами Минздрава России и проводятся в установленных данными приказами случаях. Периодичность указанных медицинских освидетельствований соответствует сроку действия разрешительных документов (срок действия разрешения на хранение и ношение оружия – пять лет, водительского удостоверения – десять лет). В соответствии с приказом Минздрава России от 30.06.2016 № 441н «О порядке проведения медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием и химико-токсикологических исследований наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов», медицинское освидетельствование проводится только в отношении лица, намеревающегося владеть оружием. Иных случаев приказом не предусмотрено. Приказ Минздрава России от 15.06.2015 № 344н «О проведении обязательного медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств)» также содержит перечень случаев, в которых проводится медицинское освидетельствование – при обращении кандидата в водители, при обращении водителей в связи с заменой водительского удостоверения, при направлении лиц, у которых при проведении обязательного периодического медицинского осмотра выявлены признаки заболеваний (состояний), являющихся медицинскими противопоказаниями. Порядок направления на внеочередное освидетельствование лиц, не являющихся профессиональными водителями, также не предусмотрен.

Считаем, что данный вопрос касается большей частью медицинских учреждений (зача-

стю – специализированных наркологических и психиатрических), обладающих информацией о возникновении у того или иного лица медицинских противопоказаний к владению оружием или управлению транспортным средством и не имеющих возможности сообщить об этом в разрешительные органы. Медицинские учреждения в данном случае законодательно связаны запретом на разглашение врачебной тайны и отсутствием установленного порядка, позволяющего инициировать внеочередное освидетельствование, опираясь на приоритет общественной безопасности.

Вторая проблема, с которой столкнулись уже не сколько сами специалисты, а учреждения в целом, это региональные персонифицированные базы лиц, обратившихся за наркологической и психиатрической помощью. На сегодняшний день такая база не регламентирована ни одним действующим нормативным актом. Тем не менее, при проведении всех видов медицинских осмотров врачами психиатром и психиатром-наркологом, специалист, помимо проведения самого медицинского осмотра, обращается к базе данных, которая, учитывая специфику заболеваний, является несомненным подспорьем при выдаче медицинского заключения.

Проблема не была бы проблемой, если бы медицинские осмотры врачами психиатром и психиатром-наркологом проводились исключительно в учреждениях, обладающих такой базой данных. Только в приказах о порядке проведения медицинского освидетельствования на право владения оружием и обязательного медицинского освидетельствования водителей прописаны требования к медицинской организации («государственной или муниципальной системы здравоохранения по месту жительства (пребывания)» – оружие; «в специализированных медицинских организациях государственной или муниципальной системы здравоохранения по месту жительства либо месту пребывания» – водители). В большинстве же случаев медицинские осмотры врачами психиатром и психиатром-наркологом могут проводиться любым медицинским учреждением, обладающим соответствующей лицензией, в связи с тем, что наличие такой базы данных, как обязательной, не установлено лицензионными требованиями. Таким образом, проблема выражается в том, что гражданин, находящийся под наблюдением в психиатрической больнице или наркологическом диспансере при обращении в любое другое медицинское учреждение может получить медицинское заключение об успешном прохождении медицинского осмотра. Вариант обмена базой данных с другими учреждениями опять же ограничивается требованиями о соблюдении врачебной тайны и не является решением проблемы.

С целью минимизации ситуаций выдачи медицинских заключений лицам с нестойкой ремиссией психического или наркологического расстройства, диагностировать которое объективно в момент проведения медицинского осмотра не представляется возможным ввиду особенностей течения заболевания, медицинскими организациями делаются запросы (со ссылкой на пп. 8 п. 4 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ») в соответствующие медицинские организации по предыдущему месту пребывания (по постоянной регистрации, по месту отбывания наказания, по месту службы в случае комиссования). При этом возникает вопрос в отношении лиц, не имеющих постоянной регистрации (зачастую это лица, освободившиеся из мест лишения свободы после длительного срока отбывания наказания, нередко скрывающие данный факт). Медицинская организация, находясь в неведении по указанным категориям граждан, запросы не осуществляет, несмотря на то, что такой гражданин может оказаться диспансерным больным и иметь медицинские противопоказания к различным видам деятельности. Фактически же направление подобных запросов о медицинской информации не регламентировано ни одним из действующих нормативных актов, в связи с чем, часть регионов информацию о гражданах в ответ на запрос не предоставляют, мотивируя это врачебной тайной и неприкосновенностью права человека на свободу передвижения. То же самое касается граждан других государств, запрос на которых сделать в другую страну невозможно ввиду технических причин. Решение описанной проблемы в настоящее время в действующем законодательстве также не отражено.

Указанная выше проблема является и частью проблемы взаимодействия – межведомствен-

ного и внутриведомственного на межрегиональном уровне. Проблема взаимодействия с пени-тенциарной системой выражается в том, что передача информации о лицах с психическими и наркологическими расстройствами при их освобождении из мест лишения свободы в настоящее время законодательно не урегулирована. В Забайкальском крае информация об освобождающихся, подлежащих диспансерному наблюдению по поводу психического расстройства, приобретенного в период отбывания наказания, или наркологического расстройства, впервые диагностированного в местах лишения свободы и требующего продолжения диспансерного наблюдения, передается по месту жительства пациента только на основании соглашений о взаимном сотрудничестве между медико-санитарной частью ФСИН субъекта и соответствующими государственными специализированными учреждениями региона (со ссылкой на Методические рекомендации по системе динамического диспансерного учета и наблюдения психически больных Минздрава СССР от 1988 г., которые по своей правовой природе не являются нормативным правовым актом, и Порядок диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ, утвержденный приказом Минздрава России от 30.12.2015 г. № 1034н). Подобные соглашения с учреждениями ФСИН других регионов отсутствуют (при этом, попытки получить необходимую информацию об освободившемся из исправительного учреждения другого региона безрезультатны). Подобный же вопрос возникает в отношении пациентов, имеющих постоянную регистрацию в одном субъекте РФ, но госпитализированных в психиатрический стационар другого субъекта с впервые возникшим тяжелым психическим расстройством. В практике отделения медицинских осмотров не раз имели место случаи, когда информация о таких пациентах была получена только в ответ на обоснованный запрос в другой регион.

Проблема взаимодействия с вооруженными силами выражается в том, что в военном билете не указывается статья годности к военной службе, а информация о комиссованных по психическим и наркологическим расстройствам в региональных персонифицированных базах лиц, обратившихся за психиатрической и наркологической помощью, зачастую отсутствует. Только с недавнего времени в рамках соглашения о взаимном сотрудничестве такая информация начала передаваться, но пока его законность не была оценена.

В заключении необходимо отметить, что правовые пробелы объективно неизбежны, в большинстве случаев они являются негативным явлением и требуют искоренения, так как являются существенным недостатком действующей правовой системы, обусловленным отсутствием достаточного внимания к тенденциям развития общественной жизни. Чем меньше будет пробелов в законодательстве, тем прочнее будет законность и как следствие работать и принимать решения конкретным специалистам, будет проще. Основным способом устранения пробелов является правотворчество (издание новых нормативных актов и дополнение действующих).

Рыжих Л.А.

РАБОТА ОТДЕЛЕНИЯ ИНТЕНСИВНОГО ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ В СООБЩЕСТВЕ В 2020 ГОДУ В УСЛОВИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Краевая клиническая психиатрическая больница имени В. Х. Кандинского, Чита, Россия

2020 год ознаменовался напряженной эпидемиологической обстановкой в связи с новой коронавирусной инфекцией. В сложившейся ситуации изменилась и работа отделений Краевой клинической психиатрической больницы им. В.Х. Кандинского. Часть отделений больницы была перепрофилирована под моногоспиталь для пациентов с новой коронавирусной инфекцией. В результате чего возросла нагрузка на отделения внебольничной помощи, в том числе и на отделение интенсивного оказания психиатрической помощи в сообществе.

Отделение интенсивного оказания помощи рассчитано на 75 коек, 50 коек дневного пребывания для пациентов клиники первого психотического эпизода, для пациентов длительно

болеющих, с неблагоприятным течением заболевания, имеющим частые обострения с длительными госпитализациями, 25 коек – «стационар на дому». В дальнейшем пациенты клиники первого психотического эпизода, а также пациенты с часто обостряющимися хроническими заболеваниями получают амбулаторную помощь в так называемом «виртуальном» участке (участок построен по специфике контингента пациентов). Работа в отделении осуществляется на основе принципа партнерства с пациентами в наименее стигматизирующих условиях. Помощь пациентам в отделении оказывается в составе полипрофессиональной бригады, бригадиром которой является врач-психиатр, помощники: медицинская сестра, психотерапевт, психолог, специалист по социальной работе.

В 2020 году отделение ИОПП работало с большей эффективностью. В работе дневного стационара в сравнении с 2019 годом увеличился оборот койки и составил 8,9 (в 2019 6,1), увеличилось число поступивших на лечение (2020 – 380, 2019 – 285), выписанных (2020 – 392, 2019 – 244), уменьшились сроки пребывания пользованного больного (2020 – 54,6 дней, 2019 – 67дней), увеличилась средняя занятость койки (2020 – 484дней, 2019 – 412 дней).

В структуре заболеваний наибольший удельный вес составили пациенты, страдающие шизофреническим спектром расстройств (шизофрения, шизотипические расстройства, острые преходящие расстройства с симптомами шизофрении), ввиду перепрофилирования коек клиники первого психотического эпизода пациенты с критикой, неглубокими расстройствами, при наличии адекватного контроля со стороны родственников смогли получать помощь на дневном стационаре. В данную группу так же вошли пациенты, которые после купирования острой симптоматики в стационарных условиях продолжили долечивание в отделении интенсивного оказания помощи, тем самым быстрее освободив стационарную койку для вновь поступивших.

Неизменно высокой остаётся группа органических расстройств – 26 % от общего количества пациентов (органические психотические расстройства – 4 %, непсихотические расстройства – 17 %, аффективные расстройства – 5 %). Данная тенденция связана с вовлечением в эту группу достаточно молодых пациентов. Всё это результат не только ранней сосудистой патологии, но и токсического, травматического характера повреждения головного мозга. Увеличилось и количество пациентов с невротическими расстройствами (2020 – 13 %, 2019 – 9 %), с аффективной патологией (2020 – 9%)

В 2020 году в отделении было проведено 42 обследования по линии РВК, из них 34 человека были городские жители и 8 человек из районов края. Из них здоровыми были признаны только 11 человек, что составило 26 %, с расстройством личности 36 %, органическая патология составила 19 %, невротические расстройства – 7 %, острые преходящие расстройства и умственная отсталость – по 5 %.

Пациенты геронтологического профиля и пациенты с запущенными формами хронических психотических расстройств смогли получать терапию в условиях «стационара на дому», что было так же актуально в виду нестабильной эпидемиологической ситуации. Пациенты обслуживались в составе бригады на дому, где осуществлялась лечебно-диагностическая помощь с использованием таблетированных, парентеральных средств с отдельными видами психосоциального воздействия (психотерапевтические беседы с самим пациентом, обучающие беседы с родственниками пациента). Одно из главных условий оформления больного на стационар на дому – это наличие у него адекватного социального окружения, людей, способных контролировать состояние пациента и прием лекарственных средств.

Среднее число дней пребывания на койке больного в 2020 году осталось значительно высоким и составило 48 дней (в 2019 59 дней), что связано с пациентами, обследующимися перед направлением в бюро МСЭ (где необходимы более длительные сроки динамического наблюдения и лечения), соответственно оборот койки составил 5,6 (в 2019 – 5,3). Койка работала 267дней.

Основной контингент пациентов «стационара на дому» – это пациенты с деменцией в

основном сосудистого генеза с психотическими симптомами – 70,5 %, с органической психотической патологией – 6 %, непсихотической – 10 %, органическими аффективными расстройствами (преимущественно депрессивными) – 8 %, шизофренией – 4 %. Пациенты данной группы были полностью дезадаптированы, вели замкнутый образ жизни с выраженным нарушением поведения, отсутствием установки на приём препаратов. Вследствие терапии, длительного динамического наблюдения удалось добиться купирования психотической симптоматики, формирования установки на продолжение лечения как у самого пациента, так и у родственников, подборе более комфортных, для самого пациента, форм психофармакотерапии.

После окончания лечения и обследования в дневном стационаре или «стационаре на дому», пациенты продолжили поддерживающее лечение на «виртуальном участке». За 2020 год амбулаторно было принято 3806 осмотров (в 2019 – 3428). В диспансерной группе наблюдения состоит 181 пациент, консультативно-лечебную помощь получили 97 человек.

Для более качественной работы в дальнейшем планируется применять препараты нового поколения, которые значительно улучшат качество жизни больного, усилить контроль за амбулаторными посещениями пациентов, состоящих в диспансерной группе наблюдения, улучшить работу с пациентом и семьей в плане психосоциальной терапии, применять бригадный метод работы к большему количеству пациентов.

Сарайкин Д.М.

АВТОБИОГРАФИЧЕСКИЕ КОНСТРУКТЫ БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ

*Национальный медицинский центр психиатрии и неврологии
им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия*

Для изучения представлений больных с расстройствами личности о своей жизненной истории было применено полуструктурированное автобиографическое интервью (Аммон М., 2002). В ходе исследования изучались фантазии и нарративы больных о родительских семьях с целью получить информацию о субъективном мире их жизненного опыта. Интервью проходил сам больной, а не все члены его семьи, поскольку речь не шла об «объективации» получаемого материала. Интервью проводилось на самых первых этапах психотерапевтической работы в рамках определения текущего уровня личностной организации.

В выборку вошли 120 респондентов с пограничными нервно-психическими расстройствами, находящихся на стационарном лечении в отделении неврозов и психотерапии НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, в возрасте от 20 до 60 лет (средний возраст $32 \pm 2,2$ года). Выборка состояла из 2 групп сравнения: пациенты с диагнозами, входящими в разделы F4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» и F6 «Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых» МКБ-10, по 60 человек в каждой группе, примерно равных в соотношении мужчин и женщин. Исследование проводилось индивидуально с каждым испытуемым. Оценка происходила на основании 4 шкал автобиографического интервью: «Нестабильность системы семейных отношений», «Неудавшаяся сепарация», «Бегство в мир фантазий», «Особенности в развитии сексуальности». Во время беседы подсчитывалось число упоминаний фактов, входящих в описанные конструкты, за каждое упоминание конкретного факта ставился один балл. В конце всего исследования для каждого испытуемого подсчитывались суммарные баллы, отражающие выраженность каждого автобиографического конструкта. Таким образом, чем выше было значение каждого конструкта, тем больше упоминаний о неблагоприятной атмосфере родительской семьи встречалось в рассказе испытуемого. Для сравнения средних значений выраженности конструкта в группах больных применялся критерий U Манна-Уитни.

Нет сомнений в том, что содержание рассказов больного зависит от большого числа пе-

ременных, в частности – от его актуального состояния. Кажется верным и то, что каждый рассказ больного представляет собой полимотивационное компромиссное образование, в котором решено большое число прошлых и актуальных личностных смыслов, и что исследованные рассказы больных о своём прошлом являются следствием работы психологических защит, сознательного умалчивания или иных установок. Тем не менее, исходя из полученных данных, можно сказать, что больные с расстройствами личности чаще, чем больные с невротическими расстройствами, описывали родительскую семью как нестабильную, запрещающую автономию. Они чаще говорили о том, что их собственные родители были зависимы от прародителей. Больные с расстройствами личности чаще описывали переживания заброшенности и беспомощности, из которой стремились «сбежать» в мир ярких фантазий.

У больных с расстройствами личности в описаниях стилей родительского воспитания чаще встречаются симбиотические отношения, с неясными правилами и границами. Больные же с невротическими расстройствами чаще отмечают, что могли видеть пример «нормальных отношений» в родительской семье, могли «брать пример» с родителей, наблюдая их относительно последовательное и просоциальное проблемно-решающее поведение. Кроме того, у больных с расстройствами личности была исследована связь между числом декомпенсаций и выраженностью автобиографических конструктов, применялся критерий Спирмена. Было установлено, что существует прямая положительная статистически достоверная корреляция между этими показателями. Таким образом, при большем числе декомпенсаций в анамнезе в рассказах больных с расстройствами личности отмечалось и большее число автобиографических сведений, касающихся деструктивных и дефицитарных проявлений в субъективном образе семейной системы.

Сахаров А.В., Гольгина С.Е., Анандаева Е.Н, Федорчук Е.А.
**НЕКОТОРЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ
МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПСИХИАТРИЧЕСКОГО
И НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРОВ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПОМОЩЬ
ПАЦИЕНТАМ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ**
Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

В период пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 уже отмечено ухудшение состояния психического здоровья населения. При этом двумя наиболее уязвимыми группами являются лица, непосредственно столкнувшиеся с данной проблемой – заболевшие, а также те, кто участвует в оказании помощи больным – врачи и медицинский персонал. Возросшая рабочая нагрузка медицинского персонала, страх заражения себя и своих близких, работа в специальных средствах индивидуальной защиты – все это приводит к проблемам собственного здоровья медиков, в том числе психологического, что требует особого внимания и исследований.

Цель работы: изучение алекситимии, копинг-стратегий, невротических расстройств, склонности к созависимости у медицинского персонала психиатрического и наркологического стационаров, работающих в условиях инфекционного отделения для больных с новой коронавирусной инфекцией.

Материалы и методы. Сплошным методом анонимно было проведено психологическое обследование врачей и среднего медицинского персонала инфекционного отделения для больных коронавирусной инфекцией COVID-19 на базе Краевой клинической психиатрической больницы им. В.Х. Кандинского и Забайкальского краевого наркологического диспансера. На каждого респондента заполнялась специально разработанная карта. Алекситимия изучалась при помощи Торонтской шкалы алекситимии (TAS-26), копинг-стратегии оценивались посредством методики Р. Лазаруса. Частота невротических расстройств определялась с помощью клинического опросника К.К. Яхина и Д.М. Менделевича. В исследование было включено 50 медицинских специалистов в возрасте от 24 до 61 лет (средний возраст $40,8 \pm 1,5$

лет). Женщины составили 84 %, мужчины – 16 %. Врачей было 36,4 %, медицинских сестер – 63,6 %. Стаж работы составил от 1 до 32 лет.

Результаты. Согласно шкале Спанн-Фишера, умеренно выраженная созависимость была установлена у 64 % персонала, резко выраженная – у 16 %, проявления созависимости отсутствовали в 20 % случаев.

Количество набранных баллов по Торонтской шкале алекситимии у работников инфекционного стационара составило в среднем $63,4 \pm 2,8$ (норма в общей популяции – $59,3 \pm 1,3$ балла). Выраженные алекситимические черты имели 26 % обследованных, в группе риска находились еще 36 %, «неалекситимический» тип личности был у 38 %.

При анализе полученных результатов по опроснику Яхина-Менделевича выявлено следующее: у 58 % всех обследованных отсутствовали признаки невротических нарушений, у 34 % были диагностированы невротические расстройства, ещё у 8 % имелись предболезненные невротические состояния.

Анализ копинг-стратегий у медицинского персонала показал следующее: по шкале «конфронтация» высокие результаты продемонстрировали 8 % опрошенных, средние – 70 %, низкие – 22 %. Высокий уровень стратегии дистанцирования в стрессовой ситуации присутствовал у 12 % респондентов, средний – у 58 %, низкий – у 30 %. По шкале «самоконтроль» высокие показатели получены у 32 % персонала, средние – у 62 %, низкие – у 6 %. Высокий уровень стратегии поиска социальной поддержки зарегистрирован у 26 %, средний – у 62 %, низкий – у 12 %. Стратегией «принятие ответственности» на высоком уровне обладали 42 % опрошенных, на среднем уровне – 48 %, на низком уровне – 10 %. По шкале «избегание» высокие показатели установлены у 6 % сотрудников, средние – в 68 % случаев, низкие – в 26 % случаев. Высокие цифры по шкале «решение проблем» имели 36 % респондентов, средние – 60 %, низкие – 4 %.

Заключение. Выявлено, что более чем у трети медицинских сотрудников психиатрического и наркологического стационаров, вынужденно оказывающего помощь пациентам с COVID-19, имеются признаки сформированных невротических нарушений, более половины сотрудников имеют склонность к созависимому поведению. У большинства присутствуют алекситимические черты характера, в стрессовых ситуациях персонал часто использует копинг-стратегии «самоконтроль» и «принятие ответственности». Данные психологические особенности обязательно должны учитываться при профилактической работе с медицинским персоналом.

Сахаров А.В., Ступина О.П., Пасютина М.С.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЖИТЕЛЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ В 2019 И 2020 ГГ. В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ

Читинская государственная медицинская академия

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

Забайкальский край до ноября 2018 года являлся субъектом Сибирского Федерального округа, последние 2 года – субъект Дальневосточного Федерального округа. Являясь типичным представителем восточных территорий нашей страны, регион традиционно входит в число субъектов Российской Федерации с высокой смертностью населения по причине самоубийств, в том числе среди несовершеннолетних.

Правомочно отметить существенное снижение суицидальной смертности населения Забайкальского края в последние два десятилетия (более чем в 3 раза). 2020 год ознаменовался широким распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19, длительным периодом самоизоляции и ростом напряженности в обществе. Поэтому мы продолжили изучать динамику суицидального поведения среди жителей Забайкалья.

Абсолютное число завершенных суицидов за 2020 год снизилось только на 1,3 % в сравнении с 2019 годом (302 и 306 случаев соответственно). Хотя годом ранее темп снижения был

выше в 10 раз (13,4 %). Снижение суицидальной смертности наблюдалось среди подростков и лиц трудоспособного возраста. Исключением стали представители пенсионного возраста, среди которых отмечена тенденция к увеличению самоубийств на 18,4 %, а также дети – произошел рост в этой возрастной группе в 4 раза. В целом, официальный показатель смертности по причине самоубийств в 2020 году снизился в Забайкальском крае всего на 1,1 % в сравнении с 2019 годом (28,5 и 28,8 на 100 тыс. населения соответственно).

Абсолютное число зарегистрированных суицидальных попыток за 2020 год оказалось на 56,1 % больше по сравнению с 2019 годом (726 и 465 случаев соответственно). Максимальный прирост парасуицидов отмечен среди несовершеннолетних – в 1,52 раза, но преимущественно в возрасте до 15 лет – в 1,9 раза. Также существенный прирост числа суицидальных попыток отмечен среди лиц трудоспособного возраста (в 1,56 раза), особенно мужчин (в 2,36 раза). У лиц пенсионного возраста показатели были стабильными. Официальный показатель зарегистрированных парасуицидов за 2020 год увеличился в Забайкальском крае на 57,1 % в сравнении с 2019 годом (68,5 и 43,6 на 100 тыс. населения соответственно).

Таким образом, можно говорить о негативном влиянии распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и связанных с ней неблагоприятных социально-экономических последствий на суицидальное поведение населения Забайкальского края. За 2020 год замедлилось снижение числа самоубийств среди населения, но самым неблагоприятным явлением стало увеличение более чем в 1,5 раза числа суицидальных попыток, особенно среди мужчин трудоспособного возраста и подростков младшей возрастной группы.

Ситчихин П.В., Пучева Н.А., Березенцева И.М.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПОВТОРНО ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОМОРБИДНОСТИ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Специализированная психиатрическая больница № 7, Краснодар, Россия

Заболевания сердечно-сосудистой системы в современных условиях – одна из самых распространённых патологий в популяции, в т.ч. среди больных шизофренией. Так по данным Росстата РФ в 2018 году всего в РФ зарегистрировано: болезней, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, – 11004,0 на 100 тыс. населения, ишемической болезни сердца – 5324,4 на 100 тыс. населения, тогда как совокупно шизофрении, шизоаффективных психозов, шизотипических расстройств и аффективных психозов с неконгруэнтным аффектом бредом лишь 298,9 на 100 тыс. населения (Здравоохранение в России, 2019). Наличие сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы (далее – ССС) у больного шизофренией существенно влияет на выбор антипсихотического препарата, в том числе в связи с необходимостью учёта взаимодействия лекарственных препаратов.

В современных условиях финансовые затраты на медицинское обслуживание больных с рецидивирующим течением шизофрении с частыми регоспитализациями более чем в два раза выше, чем пациентов, обострения которых были купированы в амбулаторных условиях любыми, в т.ч. дорогостоящими методами (Пашковский В.Э. и др., 2019). Необходимость лечения сопутствующих заболеваний ССС также существенно влияет на среднюю стоимость лечения законченного случая медицинской помощи. Поэтому изучение фармакотерапии у регоспитализированных больных шизофренией с сопутствующими заболеваниями ССС актуально и в современных условиях.

Цель исследования: изучение особенностей фармакотерапии повторно госпитализированных больных шизофренией в зависимости от коморбидности с сердечно-сосудистой патологией в городе Краснодаре.

Материалы и методы. На базе мужского общепсихиатрического отделения № 1 Красно-

дарской городской психиатрической больницы методом сплошной выборки исследована фармакотерапия группы больных шизофренией 2018 г., повторно госпитализированных в круглосуточный психиатрический стационар в течение 12 месяцев после выписки (с 01.01.2019 по 31.12.2019), в зависимости от коморбидности с сопутствующими заболеваниями ССС. Всего в исследование включено 92 больных, средний возраст которых составил $44,9 \pm 1,4$ года, а средняя длительность приёма антипсихотической терапии $21,3 \pm 1,14$ лет. Лечение больных осуществлялось согласно методическим рекомендациям и стандартам терапии соответствующих психических расстройств. Пациенты разделены на две группы: группа № 1 с верифицированными заболеваниями ССС (68 чел.), группа № 2 – больные без заболеваний ССС (24 чел.). Различий терапии между группами, за исключением учета патологии ССС, не производилось. ЭСТ и инсулинотерапия не использовались.

Результаты. Параноидная шизофрения непрерывного типа течения (F20.00 по МКБ-10) превалировала в обеих группах наблюдения: в группе № 1 – 77,9 %, в группе № 2 – 62,5 %, на втором месте – параноидная шизофрения эпизодического типа течения (F20.02 по МКБ-10): в группе № 1 – 14,7 %, в группе № 2 – 29,2 %. Остальные виды шизофренических расстройств представлены спорадическими случаями.

Нозологическая структура заболеваний ССС группы № 1: I место – токсико-дисметаболическая миокардиодистрофия (51,5 %), II место – гипертоническая болезнь (38,2 %), III место – синусовая тахикардия (33,8 %), IV место – ишемическая болезнь сердца (23,5 %), V место – атеросклеротический кардиосклероз и фибрилляция предсердий (по 2,9 %), VI место – симптоматическая гипотония (1,5 %). Различными сочетаниями заболеваний ССС страдали 31 чел. (45,6%). Изменения на ЭКГ зафиксированы у 33 больных (48,5 % больных группы № 1), в том числе диффузные изменения миокарда – 60,6%, нарушения ритма сердца – 51,5 %, из которых неполные блокады ножек пучка Гиса – 12,1 % (4 чел., полных блокад ножек пучка Гиса не зафиксировано), сочетание разных видов патологии ЭКГ составило 21,1 %.

В группе № 1 ведущим антипсихотическим препаратом являлся галоперидол (39 чел., 57,4 %), на II месте – кветиапин (16,2 %), на III месте – клозапин (7,4 %), далее – рисперидон (5,9 %), зуклопентиксол и флупентиксол (по 2,9 %), остальные антипсихотические препараты – по 1,5 %. В группе № 2 ведущие антипсихотические препараты представлены галоперидолом (13 чел., 54,2 %), на II месте – клозапин (12,5 %), на III месте – флупентиксол и палиперидон (по 8,3 %).

В 16 случаях в группе № 1 (23,5 %) и в 2 случаях в группе № 2 (8,3 %) антипсихотический препарат с большей выраженностью нежелательных явлений не являлся ведущим антипсихотическим препаратом, а был вспомогательным лекарственным средством для преодоления фармакорезистентности, и его дозировки не превышали среднетерапевтические. Чаще всего эти препараты представлены галоперидолом, клозапином, хлорпротиксеном и зуклопентиксолом. Из наиболее значимых нежелательных явлений антипсихотических препаратов на ССС зарегистрированы транзиторная симптоматическая синусовая тахикардия (3 чел.) и ортостатическая гипотония (2 чел.), что составило в целом 5,4 % всех обследованных лиц.

Всего в фармакотерапии заболеваний ССС в условиях психиатрического стационара нуждались 66 чел. (97,1 % группы № 1). Для лечения патологии ССС из лекарственных средств наиболее часто использованы бета-адреноблокаторы (62 чел., 93,9 %), антигипоксанты (48,5 %), ингибиторы АПФ (39,4 %), антиагреганты и диуретики (по 16,6 %), а комбинация из нескольких препаратов потребовалась в 41 случае (62,1 %). В 98 % случаев при выписке рекомендовались именно эта подобранная схема терапии, т.к. компенсации нарушений ССС удалось достичь у 39,7 % больных, субкомпенсации – у 60,3 % больных, а случаев отсутствия положительного эффекта или отрицательного эффекта не зафиксировано.

Обсуждение. При изучении подходов к терапии шизофрении и расстройств шизофренического спектра в Клинической психиатрической больнице им. Н.Н. Солодникова г. Омска за период 1995-2016 годы выявлено, что частота использования галоперидола в купирующей терапии психоза прогрессивно возрастала с 58,5 % до 86,4 % с увеличением средней дозировки

с 10 до 12 мг/сутки, на второе место по частоте применения вышел клозапин (11,9 %), а доля самих распространённых нежелательных явлений антипсихотической терапии со стороны ССС в виде гипотонии не превышала 10 % (Усов Г.М., Шевелева К.П., 2020). При анализе объемов потребления психотропных лекарственных средств, применяемых для лечения шизофрении, в психиатрических стационарах клинической и муниципальной больниц г. Саратова в 2000 году и 2010 году зафиксированы: тенденция к увеличению объемов потребления галоперидола и его лидирующее положение среди всех видов антипсихотических препаратов, а также стабильно лидирующее положение клозапина среди атипичных антипсихотических препаратов (Носова П.С., Решетько О.В., 2014). Следовательно, полученные данные подтверждают общероссийскую тенденцию к сохранению за вышеуказанными антипсихотическими препаратами лидирующих позиций. При этом комбинирование антипсихотических препаратов с медленным подбором эффективных дозировок позволяет сохранить процент нежелательных явлений со стороны ССС на минимальном уровне.

Выводы. При повторных госпитализациях у больных шизофренией вне зависимости от наличия или отсутствия заболеваний сердечно-сосудистой системы наиболее часто используются галоперидол и клозапин, как наиболее эффективные антипсихотические препараты. Для лечения патологии сердечно-сосудистой системы наиболее востребованы бета-адреноблокаторы и антигипоксанты. Минимизация нежелательных явлений со стороны сердечно-сосудистой системы у пациентов с патологией данной системы органов эффективно достигается комбинированием антипсихотических препаратов с медленным подбором дозировок.

Соснина В.Г., Сарайкин Д.М.

ОСОБЕННОСТИ КРОССПОЛОВЫХ АКЦЕНТУАЦИЙ ПОЛОРОЛЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

*Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии
им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия*

При исследовании особенностей людей, больных эпилепсией, редко отдаётся предпочтение изучению их личностных качеств вкуче с особенностями построения межличностных отношений и их роли в интимной сфере.

В рамках проведённого нами исследования была поставлена задача – определить особенности возрастной динамики и выявить выраженность акцентуаций полоролевого поведения у больных эпилепсией (с помощью «Методики диагностики кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения Б.Е. Алексеева») и их вклад в построение интимных отношений. В рамках исследования нами были изучены особенности динамики и выраженности кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения попарно между следующими группами: 1) между основной группой (людьми, страдающими эпилепсией) и контрольной группой (условно здоровыми респондентами); 2) между мужчинами и женщинами; 3) между женщинами обеих групп; 4) между мужчинами обеих групп; 5) между мужчинами и женщинами основной группы; 6) между мужчинами и женщинами контрольной группы.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 102 респондента (в возрасте от 19 до 45 лет): 52 обследуемых (27 мужчин и 25 женщин), находящихся на стационарном лечении в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» с верифицированным диагнозом «Эпилепсия» и 50 условно здоровых респондентов (25 женщин и 25 мужчин). Психологический инструментарий: «Методики диагностики кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения» Б.Е. Алексеева, клиническое интервью. Статистическая обработка: описательная статистика, непараметрический U-критерий Манна-Уитни. Компьютерная обработка осуществлялась с помощью пакета программ SPSS версии 17.0.

Результаты. В данном исследовании были выявлены статистически значимые различия

между следующими группами респондентов: 1) между мужчинами и женщинами; 2) между мужчинами обеих групп; 3) между мужчинами и женщинами основной группы (страдающими эпилепсией); 4) между мужчинами и женщинами контрольной группы (условно здоровыми). Между респондентами, страдающими эпилепсией, и респондентами контрольной группы, а также между женщинами обеих групп статистически значимых различий в отношении кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения выявлено не было.

Касательно гендерных особенностей выраженности кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения были выявлены различия по таким показателям, как: индекс кроссполового поведения в возрасте до 7 лет ($U=435$, $p<0,001$), индекс кроссполового поведения в возрасте от 7 до 13 лет ($U=467$, $p<0,001$), индекс кроссполового поведения в возрасте от 13 до 18 лет ($U=418$, $p<0,001$), индекс кроссполового поведения с дошкольного возраста по данный момент времени ($U=425$, $p<0,001$), выраженность акцентуаций ($U=931$, $p<0,05$).

Статистически значимые различия между мужчинами и женщинами по шкалам индекса кроссполового поведения в дошкольном, младшем школьном и подростковом возрасте, а также при оценке себя на данный момент времени говорят о том, что женщины ретроспективно оценивают свое поведение на всех возрастных этапах как несколько более свойственное противоположному полу, в сравнении с ретроспективной оценкой себя мужчинами. Это означает то, что на всех возрастных этапах представительницам женского пола свойственны мальчишеские черты: они могут постоять за себя и своих друзей, предпочитают мальчишеские игры и увлечения, склонны дружить, как с девочками, так и с мальчиками, проявлять интерес к одежде типа унисекс.

Различия в отношении выраженности акцентуаций говорят о том, что для женщин более характерна выраженность маскулинности, нежели для мужчин проявление феминности. В сексуальном поведении наличие маскулинных черт у женщин может говорить о том, что женская сексуальность имеет тенденцию все к большему освобождению от гендерных стереотипов, сексуальных установок и сексуальных мифов. Так, женщины становятся более свободными в выражении своих потребностей, проявляют больше активности, инициативности и смелости в отношениях. Таким образом, можно отметить, что для женщин на протяжении всех возрастных периодов характерно наличие более выраженных черт противоположного пола, нежели для мужчин.

Подобные различия (за исключением параметра «Выраженность акцентуаций») были отмечены при попарном сопоставлении мужчин и женщин контрольной группы и при попарном сопоставлении мужчин и женщин основной группы.

Если рассматривать особенности выраженности динамики кроссполового поведения в гендерном соотношении и в зависимости от наличия/отсутствия заболевания, то статистически значимые различия обнаружены лишь между мужчинами обеих групп по такому показателю, как: индекс кроссполового поведения в возрасте от 13 до 18 лет ($U=208$, $p<0,05$). Различия по данной шкале между мужчинами обеих групп говорят о том, что мужчины, страдающие эпилепсией, ретроспективно оценивают свое поведение в подростковом возрасте, как несколько более свойственное противоположному полу, в сравнении с ретроспективной оценкой себя мужчинами контрольной группы. Полученные данные указывают на то, что мужчины, страдающие эпилепсией, ретроспективно оценивают себя в пубертатном периоде как более чувствительных, ранимых, привязанных к дому, не всегда умеющих постоять за себя, не проявляющих интерес к спортивным играм и физическим нагрузкам.

В поведении это может проявляться в том, что мужчины, страдающие эпилепсией, в подростковом возрасте склонны в меньшей степени проявлять активность и инициативность в ухаживании за девушками, а порой и вовсе предпочитают общению с ними проводить время с семьей. Так, во время интервью некоторыми мужчинами, страдающими эпилепсией, отмечалось, что у них не складывались отношения со сверстниками, не было друзей, поэтому они предпочитали быть с родными. На взаимоотношениях с девушками это может сказываться тем,

что у мужчин, страдающих эпилепсией, из-за стремления избегать общения в подростковом возрасте, ухудшаются коммуникативные способности, вследствие чего могут отмечаться сложности в отношениях с девушками из-за пассивности, замкнутости и повышенной тревожности.

Таким образом, можно отметить, что для мужчин, страдающих эпилепсией, свойственно оценивать ретроспективно свое поведение в подростковом возрасте более феминным, в сравнении с мужчинами контрольной группы.

Хотя не было выявлено значимых различий в отношении выраженности акцентуаций между респондентами контрольной и основной группы, можно отметить следующие моменты. Среди больных эпилепсией кроссполовые акцентуации отсутствуют у 29,4 %, скрытые кроссполовые акцентуации наблюдаются у 56,9 %, явные кроссполовые акцентуации отмечаются у 13,7 %. В контрольной группе обнаружена несколько меньшая выраженность кроссполовых акцентуаций. Так, отсутствие кроссполовой акцентуации наблюдается у 42,9 %, скрытая – у 44,9 %, явная – у 12,2 % условно здоровых респондентов.

Среди женщин, больных эпилепсией, отсутствие кроссполовых акцентуаций наблюдается у 20,8 %, скрытые акцентуации – у 58,3 %, явные – у 20,8 %. Для женщин контрольной группы чаще характерно отсутствие акцентуаций. Так, акцентуации отсутствуют у 32 % условно здоровых женщин, находятся в скрытом виде – у 48 %, явно выражены – у 20 %. Среди мужчин, больных эпилепсией, кроссполовые акцентуации отсутствуют у 37%, в скрытой форме проявляются у 55,6 %, в явной – у 7,4 %. Среди мужчин контрольной группы акцентуации отсутствуют у 54,2 %, в скрытой форме встречаются у 41,7 %, в явной – у 4,2 %. Тем самым, можно отметить, что у мужчин, больных эпилепсией, прослеживается тенденция к более частому наличию акцентуаций в сравнении с условно здоровыми мужчинами.

Выводы. Обобщая информацию, можно отметить, что в отношении кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения обнаружили преимущественно гендерные различия, проявляющиеся в том, что для женщин на всех возрастных этапах характерно большее проявление черт противоположного пола и выраженность акцентуаций полоролевого поведения, нежели для мужчин. Для мужчин, страдающих эпилепсией, свойственно ретроспективно оценивать свое поведение в подростковом возрасте более феминным, в сравнении с оценкой мужчин контрольной группы, что может затруднять построение романтических отношений с противоположных полом. Также у мужчин, больных эпилепсией, отмечена тенденция к более частому наличию акцентуаций в сравнении с условно здоровыми мужчинами, что говорит о том, что им в большей степени характерны женственные черты.

Степанов И.Л., Крюков В.В., Воронович П.С., Головина Е.П.
**ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ
ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ
НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ**

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

Развитие коронавирусной пандемии является вызовом для мировой медицины, социальных служб и, в частности, психиатрической науки и практики. Влияние новой малоизученной формы коронавируса на организм человека характеризуются различными клиническими проявлениями, включая часто встречающиеся психические нарушения (Шмуклер А.Б., 2021). Данные проблемы обусловлены в первую очередь непосредственным инфекционным процессом, но в целом проявляются в таких последствиях как разнообразные нарушения физического здоровья, а также имеют существенное последующее влияние и на психическое здоровье (Вельтищев Д.Ю. и соавт., 2020; Шепелева И.И. и соавт., 2020; Tang W., Hu T., Hu B. et al., 2020).

Отсутствие разработанных алгоритмов ведения больных с коронавирусной инфекцией

создает в обществе ситуацию тягостной неопределенности. Результаты различных опросов, проведенных в различных странах среди населения, показали значительную распространенность психических расстройств, преимущественно в виде симптомов генерализованного тревожного расстройства (35,1 %) и депрессии (20,1 %) с выраженными нарушениями сна (18,1 %), тревоги, дистресса и стрессовых расстройств как среди взрослых, так и среди детей (Holmes E.A. et al., 2020). По данным американских авторов, у пациентов, перенесших COVID-19 и не имевших ранее психических расстройств, достоверно чаще после выздоровления встречаются некоторые психопатологические расстройства из круга расстройств аффективного спектра (Taquet M. et al., 2021). Отмечено, что при сочетании психического расстройства и COVID-19 повышается уровень смертности (8,5 % против 4,7 % среди пациентов с COVID-19 без психических расстройств ($p < 0,001$) и частота госпитализаций ($p < 0,001$). Эти результаты указывают на то, что пациенты с психическим расстройством относятся к группе повышенного риска заражения COVID-19, которая еще более усугубляется высокой частотой неблагоприятных исходов инфекции (Wang Q.Q., et al., 2021).

Материалы и методы. В исследовании, проводившемся в период с июля 2020 года по сентябрь 2020, приняли участие 323 пациента. Все обследованные были госпитализированы в стационарные клинические отделения Московского НИИ психиатрии. Все пациенты при поступлении в стационар были информированы о текущей эпидемической обстановке, связанной с пандемией COVID-19.

При поступлении проводилась клиничко-психопатологическая оценка статуса больного, для оценки степени влияния психологических факторов пандемии COVID-19 применялась шкала DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scale – Шкале депрессии, тревоги и стресса-21). Квалификация оценки показателей DASS-21 строилась на традиционной методике и включала в себя подсчет баллов по субшкалам «Депрессии», «Тревоги» и «Стресса».

Отдельно по историям болезни оценивались параметры, относящиеся к оценке влияния ситуации пандемии на самочувствие больного по жалобам и психическому состоянию пациентов. Градация признака строилась по следующей шкале: 0 – «Не отмечающие влияния», 1 – «Отмечающие некоторое влияние», 2 – «Отмечающие как непосредственный фактор, определяющий психическое состояние».

Методика анализа ситуационного влияния пандемии на психическое состояние пациентов со стороны исследователя исключала дополнительное воздействие на формирование переживаний по поводу пандемии у больных.

С учетом широкого разброса диагностических форм госпитализированных, было принято решение об объединении обследуемых в крупные диагностические кластеры V класса заболеваний, соответствующие основным обобщенным критериям вида и формы психического расстройства:

F00 – Органические, включая симптоматические, психические расстройства;

F10 – Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ;

F20 – Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства;

F30 – Расстройства настроения или аффективные расстройства;

F40 – Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства;

F60 – Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте).

Общая характеристика выборки

Пациенты стационара по всем отделениям обследовались не выборочно. Возраст женщин несколько выше ($n=189$, $m \pm \sigma = 38,1 \pm 15,8$), чем у мужчин ($n=134$, $m \pm \sigma = 35,17 \pm 12,25$). В общем количестве преобладают пациенты преимущественно молодого и среднего возраста: 25-34; 35-44 лет.

По диагностическим категориям МКБ-10 преобладали больные с аффективными расстройствами, шизофренией, невротическими и органическими расстройствами, а группы с

алкогольной зависимостью и расстройствами личности оказались незначительными по количеству.

Важно отметить, что приблизительно равный процент женщин (27,9 %) и мужчин (23,1 %) отметили некоторую обеспокоенность по поводу ситуации, связанной с пандемией COVID-19, при этом всего по выборке данная ситуация, как непосредственный фактор, определяющий психическое состояние, отметили 15,0 % мужчин (20 чел.) и 24,2 % женщин (46 чел.).

Ситуация пандемии COVID-19 как фактор, «влияющий в некоторой степени» или как «непосредственный фактор, определяющий психическое состояние», в большей мере отмечен в группах аффективных F30 и невротических F40 расстройств. В группе шизофрении (F20) текущая ситуация влияла в незначительной степени.

Показатели шкалы DASS-21 по уровню «стресса» преобладали у лиц с алкогольной зависимостью, несколько меньше при аффективных и личностных расстройствах, а по «тревоге» близко к достоверному значению ($p=0,06$); по выраженности «депрессии» группы аффективных и личностных расстройств превосходили группу органических (соответственно $p=0,0001$ и $p=0,02$). «Тревога» более выражена у больных алкогольной зависимостью и при личностных расстройствах, менее при аффективных расстройствах. Женщины по сравнению с мужчинами более подвержены стрессу ($p=0,02$), и как тенденция – тревоге и депрессии.

Пациенты, не болевшие COVID-19, достоверно реже отмечали влияние информированности о пандемии COVID-19 на свое психическое состояние в отличие от переболевших, и анализируемые группы достоверно отличались между собой.

При гендерном сравнении не болевших COVID-19 пациентов мужчины на уровне тенденции реже отмечали влияния ситуации пандемии на свое состояние, однако 16,7 % из них достоверно чаще считали эту ситуацию причиной обострения своего состояния. Женщины по выраженности «стресса», «тревоги» и «депрессии» достоверно превосходили мужчин в подгруппе «отмечающие некоторое влияние».

Заключение. Всего по выборке как непосредственный фактор обострения состояния отметили 15,0 % мужчин и 24,2 % женщин. Это означает, что в 20,4 % больных психиатрического стационара в ухудшении и обострении психического расстройства активное патогенное участие приняли информационные факторы, связанные с пандемией COVID-19 и, вероятно, изменения образа жизни в связи с эпидемиологическим режимом.

Наибольшая подверженность влиянию ситуации с пандемией отмечена у пациентов групп аффективных и невротических расстройств, а наименьшая – у больных шизофренией. Незначительные по представленности группы личностных расстройств и алкогольной зависимости показали выраженные значения по «тревоге», «депрессии» и «стрессу». Пациенты, переболевшие COVID-19, острее переживали ситуацию пандемии, чем не болевшие.

Проведенный психопатологический анализ позволил определить соотношение реакции на ситуацию пандемии COVID-19 пациентов психиатрического стационара и выявить негативную тенденцию влияния сложившейся эпидемической обстановки на психическое состояние больных. Подобные обстоятельства предполагают дополнительную нагрузку на стационарную психиатрическую службу в период текущей пандемии COVID-19 и требуют повышения ее готовности к возможным нестандартным ситуациям и дополнительным медико-реабилитационным усилиям.

Ступина О.П., Честикова З.И.

ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ

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

Основными задачами, стоящими перед психиатрической службой Забайкальского края в 2020 году, являлись организация оказания психиатрической помощи населению Забайкальского края в условиях пандемии.

Психиатрическая помощь в амбулаторных условиях оказывалась врачами-психиатрами диспансерного отделения, отделения интенсивного оказания психиатрической помощи в амбулаторных условиях, в отделении медико-социальной работы в амбулаторных условиях, кабинета активного диспансерного наблюдения и амбулаторного принудительного лечения, отделения интенсивного лечения в сообществе детей и подростков в амбулаторных условиях ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского». В районах края амбулаторно-поликлиническая психиатрическая помощь больным оказывалась врачами-психиатрами амбулаторно-поликлинических психиатрических кабинетов при центральных районных больницах, ГАУЗ «Краевая больница № 4», ГУЗ «Краевая больница № 3», ГАУЗ «Агинская окружная больница».

В 2020 году в амбулаторно-поликлинические учреждения психиатрической службы Забайкальского края обратилось за психиатрической помощью 32385 чел. (2018 г. – 33459; 2019 г. – 33213). Показатель общей заболеваемости (число зарегистрированных больных в расчете на 100 тыс. населения) в сравнении с 2019 годом уменьшился с 3139,4 до 3056,1 (на 2,7 %) за счет уменьшения общей заболеваемости психическими расстройствами во всех крупных нозологических группах. Несмотря на снижение, число зарегистрированных лиц с психическими расстройствами в Забайкальском крае (3056,1) превысило таковой показатель в РФ (2680,2) от 2019 года на 14 %.

В структуре контингентов зарегистрированных больных в Забайкальском крае, как и в РФ, преобладали больные непсихотическими расстройствами, таких больных было чуть меньше половины – 48,6 % (2018 г. – 48,4 %; 2019 г. – 48,8 %; РФ – 51 %; ДФО – 52,2 %), на втором месте, как и в ДФО, но в отличие от РФ находились больные умственной отсталостью – 27,6 % (2018 г. – 28,1; 2019 г. – 27,7 %; РФ – 21,2 %; ДФО – 28,9 %), больные психозами и состояниями слабоумия составили 23,7 % (2018 г. – 23,5 %; 2019 г. – 23,5 %; РФ – 27,7 %; ДФО – 26,4 %). 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 49,7 % (2018 г. – 50,7 %; 2019 г. – 50,5 %; РФ – 42,6 %).

Анализируя показатели общей заболеваемости психическими расстройствами, можно констатировать, что контингент больных незначительно уменьшился, в клиническом плане же остался сложным, так как 51,3 % всех обратившихся за помощью составили больные психозами, состояниями слабоумия и умственной отсталостью (2018 г. – 51,6 %; 2019 г. – 51,2 %).

В 2020 г. в общем числе зарегистрированных пациентов (32385) пациенты с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства составили 8,1 % (2648 чел.), в 2019 г. таких пациентов было 3407 и они составили 10,2 % из общего числа зарегистрированных.

Первичная заболеваемость психическими расстройствами (число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства на 100 тыс. населения) в Забайкальском крае в 2020 году составила 249,9 чел. на 100 тыс. населения, что ниже такового показателя от 2019 г. (319,7) на 21,8 % вследствие сложившейся ситуации с длительным проведением ограничительных мероприятий в целях предупреждения распространения новой коронавирусной инфекции. Вследствие указанной причины более значительное снижение первичной заболеваемости наблюдалось в группе непсихотических расстройств (на 24,8 %) и в

группе умственной отсталости (на 26,8 %), напротив, в группе психозов и состояний слабоумия снижение первичной заболеваемости психическими расстройствами составило только 5,4 %.

Относительно российского показателя первичной заболеваемости психическими расстройствами от 2019 года (312,2) снижение краевого показателя за 2020 год (249,9) составило 20 %. В общем контингенте с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства (2648) на долю лиц с диагнозами психозов и состояний слабоумия в Забайкалье в отчетном году приходилось 19,5 % (2019 г. – 16,1 %; РФ – 20,1 %). Удельный вес больных с диагнозом умственной отсталости составил 9,1 % (2019 г. – 9,7 %; РФ – 6,4 %), а доля больных с диагнозом психического расстройства непсихотического характера составила 71,4 % (2019 г. – 74,2 %; РФ – 73,5 %). За последний год структурный показатель самой крупной диагностической группы (непсихотические психические расстройства) уменьшился с 74,2 % до 71,4 %, доля пациентов с умственной отсталостью уменьшилась с 9,7 % до 9,1 %, а удельный вес группы психозов и состояний слабоумия, напротив, увеличился с 16,1 % до 19,5 %.

Под диспансерное наблюдение из числа обратившихся с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства было взято 158 чел. (2018 г. – 197; 2019 г. – 200) или 14,9 чел. на 100000 населения (2018 г. – 18,4; 2019 г. – 18,8), что ниже, чем в РФ (40,0) на 63 % и на 66,8 % ниже, чем в ДФО (44,9).

Консультативно-лечебную помощь из числа вновь выявленных больных в отчетном году получили 2490 чел. (2018 г. – 3141; 2019 г. – 3207) или 235,0 чел. на 100000 населения (2018 г. – 292,8; 2019 г. – 300,9), что ниже российского показателя (272,2) на 13,7%.

Соотношение групп диспансерного наблюдения и консультативно-лечебной помощи при первичной регистрации в отчетном году сохранилось на уровне 2-х последних лет, соответствовало 6 % и 94 % (2018 – 2019 гг. – 6 % и 94 %), что не достигает уровня показателей РФ от 2019 г. (12,8 % и 87,2 %). Доля больных шизофренией, которым при первичном обращении было назначено диспансерное наблюдение, составила 67,6 % (2019 г. – 67,7 %), превысив таковой показатель РФ (58,6 %) на 15,4 %. В группе психозов и состояний слабоумия при первичной регистрации больные диспансерного наблюдения составили 23,2 % (2018 г. – 27,5 %; 2019 г. – 30,2%), что ниже, чем в РФ (32,9 %).

Соотношение диспансерного наблюдения и консультативно-лечебной помощи в группе больных с умственной отсталостью составило 3,7 % и 96,3 % (2018 г. – 3,6 % и 96,4 %; 2019 г. – 3,6 % и 96,4 %), в РФ данное соотношение составляло 37,6 % и 62,4 %. 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 3 % (2018 г. – 8,5 %; 2019 г. – 6 %).

Таким образом, 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 вследствие психических расстройств в Забайкалье относительно 2018 года уменьшилось на 174 чел. (на 1,7 %). Относительно 2019 года снижение числа инвалидов по психическому заболеванию составило 114 чел. (на 1,1 %). Показатель инвалидности в целом вследствие психических расстройств (число инвалидов в расчете на 100 тыс. населения) относительно 2019 года уменьшился только на 0,6%, составил 931,3 чел. на 100 тыс. населения (2019 г. – 936,7), превысив российский контингент инвалидов на 29,5 % (719,2).

В структуре контингента инвалидов по нозологическим формам в крае 27,9 % (2019 г. – 28 %) составили больные шизофренией, 41,4 % (2019 г. – 40,5 %) – умственной отсталостью. Больные с III группой инвалидности составили 20,1 % (2019 г. – 20,3 %), дети инвалиды в возрасте от 0-17 лет включительно – 11,9 % (2019 г. – 12,2 %). В общем числе инвалидов РФ (2018 г.) больные шизофренией составили 33,1 %, умственной отсталостью 35,1%, инвалиды 3 группы – 11,7 %, инвалиды до 17 лет включительно – 14,5 %.

В расчете на 100 диспансерных больных число инвалидов составило 83,7 (2019 г. – 82,5; 2018 г. – 82,5), увеличение за 3 года на 1,5 %. 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 31,2 % (2019 г. – 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.

Султанова А.Н., Станкевич А.С., Рязанова А.С., Иониди Д.К., Яковлева Ю.Е
АЛЕКСИТИМИЯ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ
Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

В настоящее время в психологии уделяется большое значение проблемам отклоняющегося поведения. Недовольство реальной жизнью и желание уйти от нее является одной из сложнейших проблем человеческой жизни. Однако формы и способы ухода чрезвычайно разнообразны и нередко носят патологический характер. Одной из таких форм является аддиктивное поведение, когда жизнь человека, его состояние и поведение начинают жестко зависеть от различных факторов (Галютдинова С.И., Ахмадеева Е.В., 2013).

Глубинные причины аддиктивного поведения многочисленны и сложны. Большая часть имеющихся доказательств исходит из исследований, которые дают доказательства, связанные с целым рядом личностных факторов, включая генетику и личностные черты. Основным мотивом личностей, склонных к аддиктивным формам поведения, является активное изменение неудовлетворяющего их психического состояния. Такому человеку не удастся обнаружить в реальной действительности какие-либо сферы деятельности, способные привлечь надолго его внимание, увлечь, обрадовать или вызвать иную существенную и выраженную эмоциональную реакцию.

Алекситимия представляется как личностный конструкт, характеризующийся трудностями вербализации, идентификации и анализа чувств, а также ограниченной фантазийной жизнью и слабым эмоциональным возбуждением.

Было обнаружено, что люди с алекситимией имеют более слабую регуляцию своих эмоций, в той степени, в какой их психическое и физическое здоровье подвергается неблагоприятному воздействию, возможно, из-за состояния гипервозбуждения, связанного с трудностями в идентификации или описании своих эмоций и адекватной реакцией на них или их модуляцией. Склонность к экстернализации может также привести к уменьшению фантазийной жизни и поглощенности внешними деталями (Pandey R. et al., 2011).

Таким образом, было выдвинуто предположение о том, что алекситимия и аддиктивное поведение находятся в некоторой взаимосвязи. А именно, что алекситимия выступает фактором, основой развития у человека зависимого поведения. Однако данная тема изучена недостаточно, так как исследования в данной области не проводились.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на онлайн-платформе среди молодых людей от 18 до 26 лет. Выборку составили 38 человек, 23 женщины (60,5%) и 15 мужчин (39,5%). Из них у 19 человек выявлено наличие алекситимии, у 15 – нет алекситимии, и 4 человека показали промежуточные результаты. Основную группу составили лица с высоким уровнем алекситимии. В группу сравнения вошли лица с низким и средним уровнем алекситимии. Средний возраст составил 21,9 лет. В соответствии с поставленной целью, зада-

чами и гипотезой, в исследовании были применены тестирование и математические методы. Для выявления параметров, необходимых для исследования, использовались следующие методики: Торонтская Алекситимическая Шкала (TAS-26); методика диагностики склонности к 13 видам зависимостей (Лозовая Г.В.) и тест-опросник «Аддиктивная склонность» (Юсупов В.В.). Для выявления взаимосвязи между переменными проводился корреляционный анализ с определением критерия коэффициента корреляции Спирмена; для оценки уровня значимости в выборках был использован U-критерий Манна-Уитни. Все вычисления проводились с использованием программы STATISTICA 10.0 (Гржибовский А.М. и др., 2016).

Результаты исследования. При обследовании уровня алекситимии среди 38 респондентов ее высокий уровень был выявлен у 19 испытуемых (50 %), что соответствует явной алекситимии. Низкий уровень выявлен у 15 испытуемых (39,5 %), что считается нормальным уровнем. У 4 испытуемых (10,5 %) выявлены промежуточные значения. Низкий уровень алекситимии считается нормой и означает ее отсутствие. Средний уровень составляет промежуточные значения, не являющиеся показателем отсутствия или наличия алекситимии, таким образом, можно отнести данные показатели в группу с низким уровнем алекситимии. Высокий уровень показывает явно выраженную алекситимию, трудности в выражении и распознавании своих и чужих эмоций. Средний балл в основной группе по шкале алекситимии равен $78 \pm 5,7$ (высокий уровень, заданный автором, начинается с 74 баллов), а в группе сравнения средний балл составил $56,5 \pm 12,0$ (нормой считается показатели до 62 баллов, но так как средние показатели были приближены к нормативным значениям, то было решено объединить их в группу сравнения с низкими показателями).

В результате исследования средний уровень склонности к зависимому поведению был выявлен у 27 испытуемых (71,1 %). У 10 испытуемых (26,3 %) выявлена высокая степень склонности. И лишь у 1 испытуемого (2,6 %) выявлена низкая склонность к зависимому поведению. Высокий уровень показывает явную склонность и предрасположенность к формированию зависимостей. Средний уровень является вариантом нормы, однако, с тенденцией к повышенной вероятности формирования зависимостей. Показатели низкого уровня свидетельствуют об отсутствии склонности, либо ее слабой выраженности. Анализируя результаты по тесту склонности к зависимому поведению, а именно по шкале общей склонности к зависимостям, по критерию Манна-Уитни были обнаружены достоверные различия между группами лиц с высоким уровнем алекситимии и лиц с низким уровнем алекситимии ($p=0,0006$).

Средний балл в основной группе по общей склонности к зависимостям равен $15,5 \pm 3,5$, а в группе сравнения данный балл равен $13,5 \pm 0,7$ (нормой, согласно автору данной методики, является показатель до 11 баллов, тенденция к повышенной склонности и явной выраженностью – более 12 и 19 баллов соответственно). Согласно полученным данным, можно сделать вывод о том, что лица с высоким уровнем алекситимии более подвержены к развитию общей склонности к зависимому поведению.

По результатам теста-опросника «Аддиктивная склонность» (Юсупов Ю.Ю.), направленного на выявление группы риска зависимого поведения, были выявлены следующие результаты. У 22 испытуемых (57,9 %) не было выявлено риска развития аддиктивного поведения. Всего лишь у одного испытуемого (2,6 %) выявлен средний риск развития аддиктивного поведения. И у 15 испытуемых (39,5 %) выявлен высокий риск развития аддиктивного поведения, то есть у них явно выраженные признаки склонности к зависимому поведению.

Анализируя результаты по тесту риска развития зависимого поведения по критерию Манна-Уитни были обнаружены достоверные различия между группами лиц с высоким уровнем алекситимии и лиц с низким уровнем алекситимии ($p=0,0004$).

Среднее значение в основной группе по риску развития зависимого поведения равен $16,5 \pm 16,3$, а в группе сравнения данный балл равен $5 \pm 2,8$ (нормой, согласно автору данной методики, является показатель до 13; показатели более 17 баллов являются высокими, свидетельствующими о явной выраженности склонности).

Результаты исследования позволяют говорить о полученных достоверных различиях риска развития зависимого поведения в двух группах. Таким образом, исходя из полученных результатов, группа лиц с низким уровнем алекситимии не подвержена риску развития зависимого поведения. У группы с высоким уровнем алекситимии, наоборот, явно выражен повышенный риск развития зависимостей. Так как опросник выявляет общий риск склонности, то можно также говорить только о тенденции в вероятности формирования зависимостей.

При проведении корреляционного анализа в исследовании был использован критерий Спирмена. В результате получилась взаимосвязь между следующими шкалами: шкала алекситимии, шкала общей склонности к зависимостям и риск склонности к зависимому поведению. Выявлена прямая связь между шкалой алекситимии и шкалой общей склонности к зависимостям ($R=0,75$ при $p \leq 0,05$). Это может говорить о том, что наличие алекситимии может стать причиной аддиктивного поведения. Также можно предположить, что чем выше уровень алекситимии, тем выше вероятность развития зависимого поведения.

Выявлена прямая связь между шкалой алекситимии и риском склонности к аддиктивному поведению ($R=0,63$, при $p \leq 0,05$). Это также может говорить о том, что наличие алекситимии может быть причиной вхождения в группу риска по аддиктивному поведению.

Таким образом, если у человека преобладает высокий уровень алекситимии, то это может стать основанием, причиной ухода в различное аддиктивное поведение (как химическое, так и нехимическое) с целью получить и прочувствовать те эмоции, которых человек в реальной жизни лишен, и для этого ему нужны дополнительные, сопутствующие средства, способствующие получению этих самых ярких эмоций, недоступных в жизни.

Тихонова Н.В.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ АУТОИММУННОГО ЭНЦЕФАЛИТА В ПРАКТИКЕ ВРАЧЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

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

Пациентка Ю., 12 лет. Из анамнеза известно: наследственность психопатологически отягощена суицидом дедушки по линии отца. Родилась старшим ребёнком в полной семье из 2-х детей, в детстве в физическом и нервно-психическом развитии от сверстников не отставала. Учится на 4 и 5, занимается в художественной школе, очень хорошо рисует. По характеру добрая, спокойная, очень стеснительная. Хронических заболеваний не имеет. Около 5 лет назад перенесла психотравмирующую ситуацию: нападение педофила, без физического насилия, после этого занималась с психологом. Со слов мамы, уже ретроспективно оценивая ситуацию, вспомнила, что девочка не спала в ночь с 5 на 6 марта, и с 7 на 8 марта, а также отмечались дважды эпизоды «застывания».

Анамнез заболевания. Состояние изменилось внезапно. Вечером 8.03.21 г. в 21.00 мать, как обычно подошла забирать телефон перед сном, девочка приподнялась на подушке, посмотрела отсутствующим взглядом и вновь упала на подушку. Была вызвана БСМП. К приезду бригады девочка пришла в себя, было рекомендовано больше отдыхать и меньше «сидеть в телефоне». Поздно вечером младший брат сообщил, что «Юля хрипит», девочка была без сознания, громко храпела, на речь не реагировала. БСМП доставлена в стационар, в приёмном покое дожидаясь врача сидела напротив матери, внезапно начала громко «храпеть», издавать нечленораздельные звуки, развился судорожный припадок. Была госпитализирована, находилась под наблюдением в отделении реанимации и интенсивной терапии, проведены исследования: ЭЭГ, КТ головного мозга – без патологии.

С положительной динамикой переведена для дальнейшего лечения в отделение неврологии 10.03.21 г., никак себя не проявляла, однако родители других детей жаловались, что она «демонстрировала другим детям видео на телефоне и объясняла» кто такие «геи и лесбиян-

ки». 11.03 жаловалась, что ей трудно себя понять, казалось, что она говорит неправильно, была неопрятна (хотя до этого всегда отличалась чистоплотностью), было снижено настроение. 12.03.21 г. состояние ухудшилось, не спала ночью, светила фонариком в глаза соседкам по палате, намочив руки под краном смотрела на них со словами: «не поняла», ходила по палате и спрашивала соседок: «Я живая?», отправляла матери на телефон такие же вопросы. Писала матери бессвязные сообщения, просто набор слов, лишенных смысла. Утверждала, что в голове звучит музыка из «тик-ток», не следила за своим внешним видом. На предложение персонала причесаться, очень грубо расчесала половину головы, при этом буквально вырывая волосы и не реагируя на боль. Стала растерянной, не могла сообразить, как надеть ту или иную одежду, походка была шаткой. Для исключения ОНМК направлена на МРТ, по заключению – без патологии. В дальнейшем растерянность нарастала, не понимала обращённую речь. Во время беседы невролог начала читать ей книги, на что больная сделала изумлённое выражение лица и повторяла: «в смысле?», в последующем ходила по коридору, корчила гримасы и так же повторяла эту фразу. В вечернее время была расторможена, испытывала страхи, звала папу.

Для дальнейшего лечения переведена в ОРИТ, проведена спинномозговая пункция, ликвор выходил под повышенным давлением, цитоз 25 клеток лимфоцитарного характера, направлен на исследование методом ПЦР на вирусы, так же забрана кровь на вирусы герпеса 1,6 типа, ЦМВ, вирус Эпштейн-Барра – результат отрицателен. В динамике глазное дно – сохраняется перивазальный отёк, в ликворе цитоз уменьшился до 11 клеток, белок с 0,3 до 0,1 г/л, при видео ЭЭГ эпиактивности нет, осмотрена комиссионно, была переведена в ККПБ им. В.Х. Кандинского.

Психический статус при поступлении в психиатрический стационар: завезена в приёмный покой на каталке. На обращённую речь, команды, прикосновения не реагирует. Продуктивному контакту совершенно недоступна. С приёма помещена в ПИТ.

Соматический статус: состояние тяжёлое, кожные покровы обычной окраски и влажности, дыхание через нос свободное, аускультативно везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 90 в мин., АД 116/80 мм.рт.ст., живот симметричный, мягкий, участвует в акте дыхания, печень не увеличена, мочеиспускание – установлен катетер, установлен назогастральный зонд для питания.

Неврологический статус: лицо симметричное, сознание оценить невозможно, в контакт не вступает, на громкие голосовые раздражители не реагирует. Глаза открыты, фиксированы в одной точке. Менингеальных знаков нет. Акт глотания не нарушен, воду пьёт, не поперхивается.

Госпитализирована с предварительным диагнозом: острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении. Кататоно-онейроидный синдром.

19.03.21 г. утром состояние без особенностей, периодически следила глазами за передвижениями матери по палате. Через 3 часа внезапно отмечалось снижение сатурации до 80 %, появились хрипы над всеми полями лёгких, больная начала «храпеть», к приезду реанимации развился большой судорожный припадок, купированный введением диазепама 2,0. С диагнозом «Отёк лёгких, отёк головного мозга» доставлена в отделение реанимации КДКБ, где вышеуказанные диагнозы не подтвердились, осмотрена комиссионно, принято решение о продолжении лечения в детской больнице.

Состояние больной с отрицательной динамикой, с 21.03.21 г. находилась на ИВЛ, развилась нижнедолевая двусторонняя пневмония.

22.03.21 г. сделан экстренный телемедицинский запрос в Национальный исследовательский центр психиатрии и наркологии, в тот же день получен ответ с рекомендациями исключить аутоиммунный энцефалит (анти-NMDA-рецепторный энцефалит) и онкологическое заболевание (тератома яичников).

В последующем при дополнительных обследованиях выявлены атрофические изменения головного мозга, кистозное образование малого таза. Назначена антифугальная терапия. Динамика клинической картины с 26.03.21 г.: сохраняются эпизоды субфебрилитета, предано положение Фоулера с приподнятым головным концом на 30 градусов, продолжается ИВЛ.

После отмены седации отмечается усиление дистонии, навязчивых движений, гиперкинезов. Периодически возникает тоническое напряжение мышц верхних конечностей, спазм жевательных мышц, подергивание мимических мышц. Сознание угнетено до сопора, глаза открывает, но взор не фиксирует, не реагирует на громкие звуки, команды не выполняет, продуктивному контакту недоступна. Продолжена гормональная пульс-терапия, плазмаферез.

02.04.21 г. поступил положительный результат на выявление антител к NMDA-рецептору, что подтвердило диагноз аутоиммунного энцефалита. Вследствие рекомендованной терапии с добавлением препарата ритуксимаб состояние ребёнка стабильно тяжёлое за счёт общемозговой симптоматики. Со стороны неврологического статуса отмечается небольшая положительная динамика: стала увереннее фиксировать взор и следить, сгибает и разгибает кисть в кулак, совершает ротационные движения верхними конечностями, рассматривая их. Команды выполняет неуверенно, не всегда, звуки не произносит, продуктивному контакту недоступна.

Таким образом, становится очевидным, что недостаточная настороженность врачей всех специальностей в отношении исключения аутоиммунного энцефалита становится причиной поздней диагностики с развитием в последующем тяжёлых неврологических и когнитивных дефектов у больной. Необходимо учитывать, что данное заболевание часто сопровождается симптомами острого психоза, судорогами, экстрапирамидными расстройствами и поведенческими нарушениями. Появление этих антител чаще всего встречается у детей и лиц моложе 40-50 лет, а энцефалит имеет паранеопластическую природу. У молодых женщин его причиной является тератома яичника, реже встречаются другие новообразования. Анти-NMDA-энцефалит обычно начинается с продромальной фазы, характеризующейся головной болью, недомоганием и гриппоподобными симптомами, продромальная стадия длится 2 недели до развития психиатрических симптомов (Давыдовская М.В. и соавт., 2015).

Тихоньких И.Н.

**ПРИМЕР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ПАЦИЕНТКИ
С НЕВРОЗОПОДОБНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ
В ПЛАНЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ**
Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского, Чита, Россия

Несмотря на развитие современной психиатрии, до настоящего времени диагностика заболеваний в детском возрасте остаётся трудоёмкой задачей. Это может быть связано не только с особенностями детского контингента, но и с меньшей разработанностью семиотики расстройств детского возраста. Своеобразие протекания шизофрении в детском возрасте, сходство симптоматики, течения, конечных состояний говорит в пользу единства шизофрении у взрослых и детей. Тем не менее, симптоматика детской шизофрении не может считаться до конца разработанной. В детской практике, помимо основных симптомов, встречающихся у взрослых, может определяться огромное многообразие психопатологических расстройств: своеобразные аффективные расстройства, навязчивости, деперсонализация и дереализация, патологические фантазии, психопатоподобные расстройства, нарушения сознания и многое другое, что значительно размывает границы шизофрении у детей.

Так в ниже представленном клиническом случае дифференциальная диагностика шла между детской шизофренией, аффективным психозом (за счет выраженного чувства «вitalной» тоски и отсутствия привычной галлюцинаторно-параноидной симптоматики) и шизотипическим расстройством.

Больная М., 13 лет, учащаяся 7 класса, находилась на обследовании и лечении в детском отделении с 13.03.2020 по 27.05.2020 г.

Жалобы при поступлении: на плохой сон, страх смерти, тревогу, ощущение нереальности вокруг происходящего, нереальности себя.

Анамнез: наследственность не выявлена. Уроженка Забайкалья, родилась в полной социально благополучной семье от 1 беременности, 1 срочных родов, старшая из 2-х детей. Беременность на фоне ХФПН, угрозы прерывания. Роды естественным путем, без осложнений. Масса при рождении 3380, длина 50 см. Адаптационный период на фоне неврологической симптоматики. Из род. дома выписана с диагнозом: ППЦНС смешанного генеза. Росла и развивалась соответственно возрасту. ДДУ посещала, адаптировалась удовлетворительно. Всегда росла активным, общительным и жизнерадостным ребенком. В школу пошла по возрасту. Классы не дублировала, училась хорошо. На момент поступления в стационар обучается в 7 классе. Последнюю неделю до госпитализации в школу не ходила в связи с изменившимся психическим состоянием. Живет с родителями. С мальчиками не встречается, половой жизнью не живет. Менархе с 12 лет, цикл нерегулярный. ЧМТ, судорожные приступы, снохождение, сноговорение отрицает, ночной энурез отрицает. Жару, духоту, проезд в транспорте переносит удовлетворительно. Вредных привычек нет.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, дисфункция ЖКТ, пиодермия гладкой кожи, острый бронхит, миопия средней степени.

Анамнез заболевания: первые изменения в поведении появились в 4-м классе, когда стала более пассивной, ленивой, стала меньше за собой ухаживать (учителя замечали, что могла прийти в школу растрепанной и в несвежей одежде), как-то ровесники стали обзывать «бичевкой». С тех пор появился страх осуждения, в связи с чем, напротив, начала ежедневно мыться, ухаживать за собой, придираться к своей внешности (лишний вес, нависшее веко); перестала себе нравиться, начала носить свободного кроя одежду, пыталась сидеть на диетах. В 2018 г., после эмоционального потрясения, связанного со смертью любимой бабушки, в последующем заболел отец (межпозвоночная грыжа, лежал и не двигался, уносили на носилках в больницу), затем ослепла мать, в поведении стала еще более замкнутой, формальной, более холодной в общении с родными. С лета 2019 г. сменила круг общения – полностью потеряла интерес к прежним подругам, начала общаться с 2-мя другими девочками. С 12.2019 г. появились приступы затрудненного дыхания, сопровождающиеся сильным страхом смерти от остановки сердца, выраженным сердцебиением, потливостью. Спустя пару недель подобные приступы прекратились, но выросла усталость, истощаемость, потеряла ко многому интерес, снизился аппетит, появились частые и сильные головные боли, которые не купировались анальгетиками.

Значительное ухудшение состояния с начала февраля 2020 г., когда появились перепады настроения (от выраженной подавленности и плаксивости к раздражительности и конфликтности с придиричивостью), недифференцированная тревога, страх смерти от остановки сердца, навязчивые мысли о проблемах с сердцем, сердцебиение, вновь возникли проблемы с дыханием. В последующем появилось чувство «нереальности окружающего», чувствовала себя «лишней в этом мире»; появились растерянность, несобранность, трудно было разговаривать с окружающими, в связи с чем стремилась к уединению (закрывалась в комнате, не общалась ни с кем). 07.02.2020 г. внезапно развился приступ панической атаки (суетилась, металась, кричала, задыхалась), выросли явления дереализации и деперсонализации: «тело разделилось с разумом», чувствовала, что все действия стали механическими и автоматизированными, все чувства притупились, появились покалывания и онемения кончика языка; смотрела на себя в зеркало и не узнавала, «я и не я... будто я расщепилась на двое... что я не в своем теле... будто мое сознание смотрит на меня со стороны». В последующем нарушился сон, появилась путаница мыслей, «каша» в голове, которые сменялись пустотой. В связи с переживаниями обратились к неврологу. Выполнили ЭЭГ 17.02.2020 – легкие диффузные изменения. Невролог от 17.02.2020 г: невроз навязчивых состояний. Рекомендован осмотр психиатра, прием аминафенилмасляной кислоты, Магний В6, успокоительный сбор. Лечение без эффекта.

С марта появилось ощущение «перебоев в работе сердца», в связи с чем постоянно прикладывала руку к груди, проверяла пульс, появилось ощущение «комка в горле», появился страх сойти с ума, появилась фоточувствительность, повышенная чувствительность к зву-

кам, появилось иллюзорное восприятие – «постоянно что-то мерещилось», чувствовала себя абсолютно «пустой», постоянно злилась на окружающих, что они счастливы, а она «разучилась радоваться и любить», стала фиксированной на подобных мыслях. В последующем чувство «нереальности» усилилось, полностью пропал сон, в связи с чем вызвали БСМП. После «какой-то таблетки» с трудом заснула. В последующие 3 ночи тетя делала инъекции Димедрола, т.к. девочка абсолютно не спала. После инъекции засыпала на 2-3 часа, в остальное время сидела на месте, раскачивалась корпусом тела, смотрела в одну точку. С целью облегчения состояния шла в ванну и сидела под струёй воды прямо в одежде. В связи с состоянием девочки мать обратилась в кризисную службу, консультирована психотерапевтом – состояние без эффекта, рекомендовано обратиться в ПБ. Осмотрена, госпитализирована.

Психический статус при поступлении: внешне малоопрятна, волосы сальные, взъерошены. Выглядит уставшей. На беседу пошла спокойно. Ориентирована верно, в полном объеме. Эмоционально напряжена, суетлива, встревожена. В ходе беседы постоянно тяжело вздыхает, отмечается дрожь в руках и ногах. Голос тихий, монотонный. Лицо гипомимичное. Взгляд растерянный. На вопросы отвечает преимущественно в плане заданного. Фон настроения неустойчив, снижен, с тревожным радикалом. Эмоционально неадекватна. Несколько демонстративна. Фиксирована на своем состоянии, тяготится своими переживаниями. Мышление недостаточно последовательное, с элементами соскальзывания, рассуждательства. Детализировано рассказывает о своих ощущениях, подтверждает явления дереализации и деперсонализации. Подтверждает путаницу мыслей, обрывы мыслей. Часто рассуждает на тему «смысла жизни», говорит, что ее жизнь разделилась на «до и после». Интеллект соответствует возрасту и полученному образованию, пословицы трактует, счетные операции выполняет. Обманы восприятия отрицает, не проявляет. Активно бредовых идей не высказывает. Суицидальные мысли отрицает. Критика формальная.

Проведено обследование: ППИ от 30.03.20 г: снижение вработываемости внимания. Снижение показателей памяти. Нарушение операционального компонента мышления по типу искажения процесса обобщения. Снижение ассоциативного процесса. Дистимный тип акцентуации характера. Деадаптивный уровень «невротичности», «депрессивности», «эмоциональной лабильности». Дефектолог от 10.04.2020 г: уровень развития познавательной деятельности соответствует возрастной норме. ЭхоЭГ от 17.03.2020 г: без патологии. ЭЭГ от 17.03.20 г: Легкие диффузные изменения по ирритативному типу. Эпилептоформная и пароксизмальная активность не зарегистрирована. КТ ГМ от 23.03.2020 г: без патологии. Педиатр от 19.03.20: соматически здорова. Окулист от 16.03.2020 г: глазное дно без патологии.

Получала лечение: антипсихотики, нормотимики, антидепрессанты, витаминотерапия, ноотропы. В ходе лечения динамика оставалась неустойчивой и незначительной, появилась гранулоцитопения, легкие проявления нейролепсии (тремор, сальность кожных покровов). Наилучший эффект наблюдался на схеме терапии: Т. Risperidoni 0,002 по ½ т x 3р/д (у,о,в); Т. Sertralini 0,05 по 75мг(в) per os; Т. Trihexyphenidylu 0,002 по 1т x 2р/д в комплексе с нейрометаболической терапией. В динамике формула крови нормализовалась, симптомы нейролепсии нивелировались.

В отделении адаптировалась долго, в течение длительного времени была эмоционально отгорожена ото всех, тревожна, плаксива, активно высказывала жалобы соматического содержания, была навязчива к персоналу с жалобами на страхи и недифференцированную тревогу, большую часть времени проводила в постели, за собой не ухаживала, интереса ни к чему не проявляла, эмоциональный фон был стойко сниженным с тоскливо-апатичным радикалом, неустойчивым; постоянно говорила о «чувстве нереальности происходящего вокруг, о ощущении нереальности своего «Я»». В течение длительного времени сон оставался чутким, поверхностным, без «чувства отдыха» на утро, аппетит стойко сниженным.

На фоне лечения восстановился сон и аппетит, выровнялся эмоциональный фон, улучшился вербальный и зрительный контакт с девочкой, начала активно включаться в общеразвивающие занятия, начала общаться с детьми, купировались расстройства мышления (путаница мыслей),

появились планы на будущее и желание учиться. Тем не менее, сохранялись явления дереализации и деперсонализации, психосенсорные расстройства, периодическая тревога и страх.

Несмотря на все разнообразие психопатологии в данном клиническом случае, решающую роль в постановке диагноза сыграл синдромокинез, влияние шизофренического процесса на ядро формирующейся личности с изменением всего облика ребенка (преобладание негативной симптоматики, специфических структурных расстройств мышления шизофренического круга, неадекватности эмоционального ответа, крайней степени выраженности дереализационных и деперсонализационных расстройств до полного ощущения схизиса своего «Я»), а также положительный эффект от приема антидепрессантов в комплексе с нейрорептиками.

В удовлетворительном состоянии, с положительной динамикой девочка была выписана из стационарного отделения на долечивание в условиях дневного стационара с диагнозом: Шизотипическое расстройство, неврозоподобная шизофрения. Тревожно – депрессивный, дереализационный и деперсонализационный синдромы (F 21.3).

Уваров И.А., Бурт А.А.

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ,
СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ,
В ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ КОЛОНИЯХ ФСИН РОССИИ**

Ижевская государственная медицинская академия

*Научно-исследовательский институт Федеральной службы исполнения наказаний,
Ижевск, Москва, Россия*

За последние годы в исправительных колониях (ИК) ФСИН России число преступников, страдающих психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ (ПАВ) неуклонно растет (Игонин А.Л. и соавт., 2004). Отмечено, что большинство преступлений совершается в период постоянного приема наркотиков (Бурт А.А., Сандалов И.Ю., 2020). Ведущий мотив совершения преступления для зависимых от ПАВ – добыча и употребление наркотиков (Лекомцев В.Т. и соавт., 2021). В литературе описан ряд социальных и медицинских последствий злоупотребления наркотиками. Отмечаются низкая доля трудовой занятости, высокий процент криминогенного поведения и судимостей, нарушение семейных связей (Дмитриев А.С., Клименко Т.В., 2004). При отсутствии лечения они продолжают употребление наркотиков после освобождения из мест лишения свободы.

Отсутствие научных разработок для реализации программ реабилитации создает сложности в определении наиболее эффективных методик терапии и реабилитации в условиях пенитенциарных учреждений. Это связано с необходимостью учитывать специфику криминального контингента осужденных, социально-психологические и субкультуральные особенности личности осужденного наследственную отягощенность и сопутствующую соматическую патологию, которая выявляется именно на отдаленном этапе ремиссии (Гусев С.И., 2010; Ponomarev S. et al., 2020).

Таким образом, изучение распространенности психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением ПАВ среди осужденных, находящихся в исправительных колониях территориальных органов ФСИН России является актуальной темой на современном этапе.

Нами была изучена распространенность психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением ПАВ среди осужденных, отбывающих наказание в исправительных учреждениях ФСИН России в сравнении с общей распространенностью наркологических расстройств среди гражданского населения в РФ за период 2014-2019 гг.

В общей структуре распространенности психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением ПАВ, в исправительных колониях территориальных органов ФСИН России за период 2015-2019 гг. наркомании занимают ведущее положение (71,1 %), на втором

месте – алкогольная зависимость (28,3 %), третье место заняли больные токсикоманией (0,8 %). Показатель распространенности наркоманий среди осужденных в 2015 г. составлял 23 133 (на 100 тысяч осужденных), что превышало общероссийский показатель в 8,6 раз (372,0 на 100 тысяч населения). Повторный анализ показателя распространенности наркоманий в 2019 г. показал, что распространенность наркоманий в РФ составила 273,4 на 100 тысяч населения, а среди осужденных – 3497,2 на 100 тысяч населения, что выше в 12,8 раз.

Это отражает преобладание наркотической зависимости среди осужденных по сравнению с аналогичным показателем среди населения РФ и свидетельствует о значительном росте наркоманий среди преступников за анализируемый период. Данные цифры отражают реально сложившуюся обстановку, когда значительная часть преступлений совершается лицами, зависимыми от наркотиков (кражи, грабежи, незаконный оборот наркотиков). Основной причиной совершения преступлений является поиск денег на приобретение наркотиков, как следствие выраженности первичного патологического влечения и состояний абстиненции.

Показатель распространенности наркологических расстройств в исправительных колониях в 2019 г. увеличился по сравнению с 2015 г. на 2,4 % (соответственно 5041,8 и 4920,3 на 100 тыс.). Наименьший показатель распространенности наркологических расстройств в ИК РФ на 100 тыс. был в 2017 г. (4766,4 на 100 тыс.), наибольший – в 2019 г. (5041,8 на 100 тыс.), т.е. разница составила 5,5 %. Наименьший показатель распространенности алкогольной зависимости наблюдался в 2016 г. (1326,1 на 100 тыс.), наибольший – в 2019 г. (1518,9 на 100 тыс.), т.е. разница составила 14,5%. Наименьший показатель распространенности наркоманий был в 2015 г. (3195,9 на 100 тыс.), наибольший – в 2016 г. (3508,9 на 100 тыс.), разница составила 8,9 %. Наименьший показатель распространенности токсикоманий за анализируемый период наблюдался в 2017 г. (13,2 на 100 тыс.), наибольший – в 2015 г. (30,5 на 100 тыс.), т.е. разница составила 131,1 %.

Следует отметить, что наименьший показатель распространенности наркоманий в исправительных учреждениях ФСИН России превышал аналогичный показатель распространенности алкогольной зависимости в 2,5 раза, наибольший показатель распространенности наркоманий в исправительных колониях превышал аналогичный показатель распространенности алкогольной зависимости в 2,3 раза. Наименьший показатель распространенности наркоманий в пенитенциарных учреждениях превышал аналогичный показатель распространенности токсикоманий в РФ в 242 раза, наибольший показатель распространенности наркоманий в исправительных учреждениях ФСИН России превышал аналогичный показатель распространенности токсикоманий за исследуемый период в 115 раз.

Показатель распространенности психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением ПАВ в целом по России в 2015 г. (на 100 тыс.) был ниже аналогичного показателя в исправительных учреждениях ФСИН России в 2,7 раза (1811,1 и 4920,3 на 100 тыс. соответственно), в 2019 г. – в 3,9 раза (1293,4 и 5041,8 на 100 тыс. соответственно). В то же время показатель распространенности алкогольной зависимости в РФ в 2015 г. незначительно превышал аналогичный показатель в пенитенциарных учреждениях (1420,9 и 1391,3 на 100 тыс. соответственно), а в 2019 г. был ниже этого показателя в территориальных органах ФСИН России в 1,5 раза (1009,6 и 1518,9 на 100 тыс. соответственно).

Показатель распространенности наркоманий в исправительных учреждениях ФСИН России в 2015 г. превышал аналогичный показатель в РФ в 8,6 раза, в 2019 г. – в 12,8 раза. Показатель распространенности токсикоманий в пенитенциарных учреждениях в 2015 г. превышал аналогичный показатель РФ в 2015 г. в 1,7 раза (соответственно 30,5 и 18,2 на 100 тыс.), в 2019 г. – в 2,5 раза (соответственно 25,8 и 10,4 на 100 тыс.). В 2017 г. показатели распространенности токсикоманий в РФ и исправительных колониях ФСИН России практически не отличались (13,9 и 13,2 на 100 тыс. соответственно).

Анализируя показатели распространенности психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением ПАВ за период 2015-2019 гг. в РФ следует отметить отчетливую тенденцию к снижению этих показателей. Так, в 2019 г. показатель распространенности в РФ

снизился по сравнению с аналогичным показателем 2015 г. на 40,0 % (1293,4 и 1811,1 на 100 тыс. соответственно).

Анализируя аналогичные показатели распространенности наркологических расстройств в исправительных учреждениях ФСИН России за период 2015-2019 гг., заметна некоторая тенденция к увеличению этих показателей, как среди всей группы наркологических больных, так и среди больных алкогольной зависимостью и наркоманиями.

Таким образом, за период 2015-2019 гг. в ИК ФСИН России налицо рост показателей распространенности психических и поведенческих расстройств вызванных употреблением ПАВ, в том числе алкогольной зависимости и наркоманий. В то же время среди гражданского населения РФ наблюдается неуклонное снижение распространенности психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением ПАВ как в целом, так и алкогольной зависимости, наркоманий и токсикоманий в отдельности. При отсутствии в ближайшее десятилетие каких-либо значимых факторов, влияющих на распространенность наркологических расстройств в ИК РФ, прогнозируется, что этот показатель останется достаточно высоким.

Уваров И.А., Зылева О.Н., Бурт А.А.

ОСОБЕННОСТИ ПАТОМОРФОЗА ОСТРЫХ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.

Ижевская государственная медицинская академия

Республиканская клиническая психиатрическая больница

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

Патоморфоз – это стойкое изменение клинико-морфологических проявлений заболевания под влиянием окружающей среды и (или) лечебных мероприятий. Патоморфоз острых алкогольных психозов (ОАП), наблюдающийся за последние десятилетия, проявляется в изменении не только частоты отдельных форм психозов, но и видоизменении клинической картины и течения ОАП. Отмечается увеличение числа тяжелых и атипичных алкогольных делириев, случаев раннего дебюта ОАП (через 3-5 лет со времени начала заболевания), ОАП у подростков, интенсивный темп роста ОАП среди лиц молодого возраста и женщин, уменьшение доли abortивных и «классических» делириев, утяжеление течения картины заболевания, увеличении частоты вербального галлюциноза (Агарков А.П., 2000; Стрелец Н.В., 2001; Разводовский Ю.Е., 2002; Алиев З.Н., 2004-2005; Уваров И.А., 2009). Под влиянием средств массовой информации, кинофильмов, современной литературы (фэнтези, детективов, триллеров) в клинической картине наиболее распространенных форм ОАП (делирия, галлюциноза, параноида) изменилось содержание клинических проявлений (террористы, боевики, СОБР, «черные» риелторы, организованные преступные группировки, вживление чипов, датчиков прослушивания, бред трансплантационного воздействия, феномен «сканера», «лазерного и гипнотического воздействия»), что обуславливается влиянием социокультуральных факторов. Кроме того, наблюдается тенденция к преобладанию abortивных форм психозов, что, по всей видимости, является следствием терапевтических факторов (Уваров И.А., Иванец Н.Н., 2012). Все вышеописанное зачастую затрудняет диагностику и лечение ОАП, это определяет актуальность данного исследования.

Основной **целью** работы явилось изучение патоморфоза ОАП на современном этапе.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе БУЗ и СПЭ УР «Республиканская клиническая психиатрическая больница» г. Ижевска. Нами было обследовано 33 больных ОАП, находившихся на лечении за период 2020 г. Кроме того, было изучено 32 архивные истории болезни пациентов ОАП, находившихся на лечении за период 1980 г. Все обследованные были мужского пола. Отбор историй производился методом случайной типологи-

ческой выборки с учетом диагностических критериев МКБ-10 (раздел «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя») и МКБ-9 («Алкогольные (металкогольные) психозы»).

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования показали, что в 2020 г. по сравнению с 1980 г. уменьшилось число алкогольных делириев (48,5 % и 68,5 % соответственно), увеличилась доля алкогольных галлюцинозов (42,5 % и 25 % соответственно) и параноидов (9 % и 6,5 % соответственно). На современном этапе в клинической картине алкогольного делирия преобладали антропоморфные галлюцинации, тогда как в 1980 г. – демономанические обманы восприятия. Было выявлено сокращение продолжительности алкогольного делирия, уменьшение представленности зоологических, тактильных галлюцинаций, бредовых идей преследования, снижение выраженности аффектов страха и тревоги с одновременным увеличением удельного веса ротоглоточных галлюцинаций, феномена Кандинского-Клерамбо, бредовых идей ревности, воздействия, самообвинения, онейроидных включений, субдепрессивного и благодушно-эйфорического аффекта, зрительных галлюцинаций эротического содержания, слуховых галлюцинаций. В 2020 г. увеличилось доля больных с атипичными делириями, систематизированным делирием, уменьшились доля abortивного и гипнагогического делирия.

По сравнению с 1980 г. в 2020 г. резко изменилось соотношение развернутых и abortивных острых алкогольных галлюцинозов, последние стали встречаться намного чаще. Клиническая картина практически не отличалась и была представлена синдромом вербального галлюциноза, относительно систематизированным чувственным бредом преследования. Преобладали аффекты страха, гнева, тревоги и тоскливости. Поведение больных определялось содержанием голосов, особенностями бреда и аффективного состояния. Ориентировка в конкретно-предметной обстановке и во времени страдала незначительно. Во всех случаях содержание вербальных галлюцинаций имело отношение к больному, «голоса» локализовались во внешнем пространстве. Содержание вербальных галлюцинаций было следующим: обвинения в пьянстве, угрозы, диалоги о больном, комментарии поступков и намерений, приказы. Больные слышали не менее двух голосов. Галлюцинаторные высказывания неоднократно повторялись. В основном, «голоса» упоминали о больном в третьем лице.

Клиника острого алкогольного параноида за оба временных периода проявлялась бредовыми идеями преследования. В ряде случаев бред сопровождался необильными вербальными иллюзиями и галлюцинациями. В аффективной сфере наблюдались растерянность, тревога, страх. Поведение больных было импульсивным (больные внезапно бросались в бегство, иногда нападали на воображаемых врагов). Продолжительность психоза была от нескольких дней до нескольких недель.

Выводы. Таким образом, за последние 40 лет произошел определенный патоморфоз ОАП проявляющийся увеличением числа острых алкогольных галлюцинозов, сокращением продолжительности алкогольного делирия. В клинической картине ОАП наблюдалось снижение выраженности аффектов страха и тревоги, увеличение удельного веса антропоморфных и ротоглоточных галлюцинаций, феномена Кандинского-Клерамбо, бредовых идей ревности, воздействия, самообвинения, онейроидных включений, субдепрессивного и благодушно-эйфорического аффекта, зрительных галлюцинаций эротического содержания. Патоморфоз ОАП, по всей вероятности, связан с широким применением современных антипсихотических средств, изменением социально-бытовых условий, неблагоприятной экологической обстановкой.

Шарипова Ф.К., Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К., Сулейманов Ш.Р.
**ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ
У ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ**
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Проблема исследования аутодеструктивных действий у подростков с нарушением пищевого поведения вызвана ростом числа суицидальных попыток, обусловленных личностной незрелостью и наличием депрессивной симптоматики у данного контингента пациентов (Искандарова Ж.М., 2016). Расстройства приема пищи, начинающиеся в детском и подростковом возрасте, имеют тяжелые последствия для состояния здоровья подростков в будущем, сопровождаются формированием депрессивной симптоматики и риском развития суицидального поведения (Бабарахимова С.Б., 2016). В пубертатном периоде отмечается нарастание депрессивной симптоматики на фоне идей собственной неполноценности и дисморфофобических включений со склонностью к суицидальному поведению, своевременно не диагностированных вследствие неблагоприятного эмоционального микроклимата в семье и отсутствия взаимопонимания между детьми и родителями (Matveeva A.A. et al., 2020). Возникновению суицидального поведения способствуют дисморфофобические симптомокомплексы, которые проявляются у подростков расстройствами пищевого поведения. Депрессивные состояния, коморбидные с физиологическими нарушениями и физическими факторами в подростковом и юношеском возрасте повышают риск формирования суицидального поведения, являются одним из провоцирующих триггеров (Babarakhimova S.B. et al., 2019). В профилактике детско-подростковых самоубийств важная роль отводится ранней идентификации и превенции суицидальных тенденций у подрастающего поколения (Nurkhodjaev S. et al., 2020).

Цель исследования: изучить риск развития суицидальных тенденций у подростков с нарушениями пищевого поведения для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий и дифференцированного выбора психотерапевтической тактики.

Материалы и методы. Обследовано 61 девочек-подростков в возрасте 15-19 лет, находившихся на стационарном лечении в подростковых отделениях Городской клинической психиатрической больницы города Ташкента. Верифицированные диагнозы соответствовали критериям согласно МКБ-10 F50.0 «Нервная анорексия». Для исследования эмоциональной патологии использовались экспериментально-психологические методы исследования: шкала оценки депрессии Цунга. Для определения степени суицидального риска и особенностей суицидальных тенденций была использована «Колумбийская шкала оценки тяжести суицидального риска» (Posner K., Brent D., Lucas C., 2009).

Результаты и обсуждение. На инициальном этапе исследования при оценке выраженности депрессивных расстройств по шкале Цунга у 16 (26,2 %) девочек выявили депрессивную симптоматику тяжелой степени клинических проявлений. Основную массу 44,3 % (27 девочек-подростков) случаев составили исследуемые со средней степенью тяжести депрессии и лишь в 13,1 % случаев (8 пациенток) была выявлена депрессия легкой степени тяжести.

Депрессивная симптоматика проявлялась тревожно-фобическими расстройствами и соматовегетативными компонентами в виде стойкого снижения аппетита на фоне пониженного настроения и твердой убежденностью пациенток в неполноценности собственных параметров фигуры и несоответствия их параметрам мировых стандартов моды и рейтингов популярности. В клинической картине дисморфофобической депрессии ведущие жалобы были на наличие дефектов и недостатков в строении собственного тела, убежденности в собственной внешней непривлекательности или физической неполноценности. Данный тип депрессии сопровождался расстройствами приёма пищи в виде ограничительного пищевого поведения с соблюдением строгих диет и инициальным этапом нервной анорексии.

В большинстве случаев в преморбиде у девочек-подростков не отмечалось повышенного веса. Однако весь образ жизни был посвящён соблюдению строгих диет, посещению фитнес-

несс-центров, стремлению достичь параметров идеальной фигуры и веса. Подростки искали пути к самосовершенствованию, стремились к перфекционизму, в ряде случаев у больных в результате отсутствия взаимопонимания с родителями и близкими выявилась склонность к патохарактерологическим реакциям протеста в виде отказа от приёма пищи. Подростки предъявляли претензии к родителям по поводу генетического наследования недостатков фигуры в виде излишней массы тела, крупных размеров груди, широких бедёр или пухлых щек и огромного носа, обвиняли своих родителей в избыточном вскармливании в раннем детстве и чрезмерном употреблении калорий. Жалобы в основном были на недовольство собственной внешностью, наличие тревожных мыслей по поводу будущего, негативного восприятия прошлого и настоящего, обиды на родителей и окружающих, стремление к одиночеству и уединению.

На фоне пониженного настроения и убеждённости своей малоценности и никчемности, у девочек отмечалось появление суицидальных мыслей. Суицидальные тенденции в этой группе отличались скрытностью и малоинформативностью, высказывания имели нестойкий пассивный характер, подростки неохотно сообщали о своих замыслах и намерениях, сведения в основном были собраны у родителей, которые обнаружили регистрацию своих детей на различных сайтах социальных сетей и сообществ в Интернете, пропагандирующих культ смерти.

Психометрическое тестирование по Колумбийской шкале оценки тяжести суицидально-го риска проводилось в период выхода пациентов из критического состояния на фоне стабилизации психоэмоционального статуса. При оценке ответов на вопросы из первого модуля, исследующего наличие и специфику суицидальных мыслей, были получены следующие результаты: пассивные суицидальные мысли выявлены у 5 девочек-подростков (8,19 % случаев), активные неспецифические мысли о самоубийстве (мысли о том, чтобы убить себя при отсутствии размышлений о конкретных способах) – у 8 девочек-подростков (13,11 % случаев), актуальные суицидальные идеи, включая размышления о способе самоубийства – у 14 девочек-подростков (22,95 % случаев), актуальные суицидальные идеи, включая некоторое намерение действовать при отсутствии конкретного плана – у 12 девочек-подростков (19,67 % случаев), актуальные суицидальные идеи с конкретным планом и намерением – у 22 (36,06 %) пациенток.

Нами были исследованы интенсивность суицидальных мыслей, включающая в себя такие параметры, как частота появления, длительность возникновения, способность их контролировать и наличие сдерживающих, протективных факторов, отражающих уровень сформированности антисуицидального барьера. У 80 % подростков выявлялось стремление найти выход из сложившейся ситуации, у 20 % больных с депрессией средней тяжести выявлялось отрицательное отношение к жизни. Наиболее интенсивные мысли суицидоопасной мотивации наблюдались у девочек-подростков с депрессивной симптоматикой тяжелой степени клинических проявлений. Частота появления таких мыслей фиксировалась на параметрах многократно каждый день с длительностью возникновения более 8 часов день. Девочки-подростки стремились к одиночеству, испытывали проблемы в установлении межличностных контактов, у них отмечалась фиксация на негативных воспоминаниях из прошлого, пессимизм и снижение самооценки. В 56 % случаев пациентки испытывали разочарование, страх перед постановкой новых целей, что в ряде случаев приводило к формированию тревоги.

В задачи нашего исследования входило изучение мотивов суицидальных тенденций, которые мы распределили согласно классификации российских суицидологов Амбрумовой А.Г., Тихоненко В.А. В ходе тщательного опроса после установления доверительных отношений с подростками нами были установлены мотивы, подростки с заинтересованностью подробно излагали свои проблемы, касающиеся планируемых аутоагрессивных намерений и действий. Сравнительный анализ мотивов суицидальных мыслей и намерений у девочек с нарушениями пищевого поведения установил их разноплановость и вариабельность. Изучение личностной мотивации суицидальной попытки у девочек-подростков с нарушением пищевого поведения установило, что у 22 (36,06 %) подростков она имела демонстративно-шантажный характер манипуляторного регистра, у 12 (19,67 %) подростков – мотивом был отказ от жиз-

ни, у 10 (16,39 %) – протест, у 6 (9,83 %) лиц – устранение, у 3 (4,91 %) обследованных мотивом суицидального поведения оказалась месть. Следует отметить, что у 8 (13,11 %) подростков мотивом суицидального поведения оказался призыв к своей личности, желание привлечь внимание окружающих, крик о помощи. Мотивация суицидального поведения имела преимущественно демонстративно-шантажный характер, реже наблюдались мотивы протеста, призыва и мести. Исследование оснований суицидальных намерений определило, что подростки в большей степени планировали совершить суицидальные попытки с целью привлечения внимания родителей и окружающих лиц, в меньшей степени – чтобы отомстить или добиться признания у сверстников или лиц противоположного пола.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование особенностей суицидальных тенденций у подростков с нарушениями пищевого поведения установило, что они чаще всего имеют демонстративно-шантажный характер, отличаются нестойкостью и разноплановой мотивацией, формируются совместно с депрессивной симптоматикой. Развитие высокого суицидального риска у подростков с расстройствами пищевого поведения и наличие стойкой депрессивной патологии, утяжеляющей клиническую картину, способствуют нарушению адаптации подростков в окружающем социуме.

Шевченко Р.С.

ПРИМЕНЕНИЕ АРТ-ТЕРАПИИ В АМБУЛАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Одним из методов, применяемых в процессе реабилитации зависимых лиц, является арт-терапия. Арт-терапия не имеет противопоказаний, позволяет работать с чувствами, кажущимися непреодолимыми (страх, тревоги, внутренние конфликты, обида, чувство вины и др.). Любой вид и форма арт-терапии – это активизация творческого потенциала человека. На физиологическом уровне эффект арт-терапии объясняется тем, что во время творческой работы активно работает правое полушарие мозга, мало используемое в быту. Ежедневная работа, решение разнообразных проблем перегружают «логическое» левое полушарие, в то время как правое остается менее задействованным. Но именно оно отвечает за чувства, психосоматику, а также восприятие себя и других. Занимаясь творчеством и активизируя правую часть мозга, пациенты возобновляют свое привычное, правильное развитие. Методика арт-терапии помогает обрести уверенность в себе, а также адекватную самооценку.

Арт-терапия используется для оказания психологической помощи пациентам, в том числе и для реабилитации больных с алкогольной зависимостью. Считается, что арт-терапия дает выход агрессивности и иным чувствам с негативной окраской без какого-либо вреда для окружающих.

Выявлено, что большая часть пациентов с алкогольной зависимостью, направленных по линии комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, испытывают трудности с вербальным отображением своих чувств и переживаний. В ходе работы с данной категорией пациентов продуктивно используется арт-терапия в групповой форме. Частота занятий 2 раза в месяц в течение 6 месяцев.

В творчестве используются разные материалы: цветная бумага краски, цветные карандаши, гуашь и др. В процессе работы с данными материалами происходит свободная реализация бессознательных импульсов. Активизация фантазии и воображения, выход эмоций в творческом процессе сами по себе оказывают положительный эффект.

Процесс групповой арт-терапии охватывает 3 этапа: 1) подготовительные организационные процедуры и исходная диагностика; 2) коррекционный этап, оценка промежуточных результатов; 3) завершение работы, оценка конечных результатов.

Первый этап работы включает предварительные собеседования с реабилитируемыми клиентами, их подготовку к участию в групповых занятиях; выявление истории и механизмов формирования зависимости, формирование мотивации к арт-терапии; знакомство членов группы друг с другом и ведущим, формирование взаимного доверия; овладение изобразительными и иными экспрессивными средствами.

Второй этап арт-терапевтического процесса включает постепенное психологическое самораскрытие участников в творческой деятельности и обсуждения; рост и усиление групповых отношений; проработку внутриличностных конфликтов, трансформацию у реабилитируемых клиентов представлений о себе и других; получение ими нового опыта и освоение новых навыков.

Завершающий этап группового процесса включает подведение итогов групповой работы, закрепление полученных навыков, а также планирование членами группы определенных шагов по применению полученных навыков в жизни.

Психологами диспансерного отделения ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер» в рамках амбулаторной реабилитации была проведена арт-терапия у 60 пациентов. По окончании цикла из 12 занятий в течение 12 месяцев у всех пациентов прослеживается положительная динамика эмоционального состояния: снижение от высокого уровня агрессивности, тревожности, фрустрации до среднего или низкого уровня.

Основная ценность терапии посредством искусства заключается в том, что с помощью нее можно уравновесить и гармонизировать свое психическое состояние, повысить свои способности к самовыражению, рефлексии и самопознанию, раскрыть творческий потенциал и задействовать внутренние резервы. Благодаря искусству на символическом уровне можно пережить большинство известных чувств и эмоций: любовь, радость, восторг, страсть, ненависть, обиду, злость, гнев, страх, разочарование и т.д. И переживание любого из этих чувств происходит в положительной форме, т.е. человек на 100 % избавлен от получения каких бы то ни было психических и душевных травм.

Шин З.В., Ашуров З.Ш., Ким Д.П.

НЕЙРОКОГНИТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ И НАРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНО-КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ *Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

Актуальность проблеме придают современные данные о наличии структурно-функциональной рассогласованности различных отделов мозга при шизофрении (Stephan et al., 2016), в свете которых поиск общих и дифференцирующих составляющих важен для понимания механизмов частных когнитивных нарушений, равно как может стать ключом к восстановлению последних. Нарушение познавательных функций рассматривается как одна из ключевых характеристик шизофрении. Однако впоследствии вновь возрос интерес к когнитивным нарушениям, обусловленный в основном тем, что была отмечена высокая взаимосвязь между состоянием познавательных функций и уровнем повседневного функционирования пациентов.

Материалы и методы исследования. Больные были разделены на две группы, в зависимости от общего уровня выраженности негативной симптоматики. Для этой оценки была использована укороченная версия Шкалы оценки негативных симптомов (NSA), предназначенная для быстрой клинической оценки (Stahl S., 2007). Были выделены следующие значения этого показателя и группы больных: 1-я группа – снижение или нерезко выраженное снижение в эмоционально-волевой сфере (значения $\leq 18-24$), 2-я группа – нормальные показатели (значения $> 4-6$). Показатели 2 группы были отмечены как входящие в пределы нормы, а показатели 1-ой группы – как результаты со снижением эмоционально-волевой сферы. Первую группу составили 84 пациента, вторую – 36 человек.

Для оценки психопатологической симптоматики использовались анамнестический метод, клиничко-психопатологическая оценка, Шкала NSA. Для нейропсихологической оценки применялась Шкала краткой оценки когнитивных функций у пациентов с шизофренией (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia, BACS). Полученные данные проанализированы с использованием методов описательной, сравнительной статистики, а также методов корреляционного и факторного анализа.

Результаты и обсуждение. Анализ данных настоящего исследования показал, что по клиническим шкалам NSA показатели являются высокими, но обычными для больных на этапе становления ремиссии. Полученные данные сравнивались с результатами в группе контроля, но поскольку у психически здоровых лиц значение большинства шкал не вышло за пределы 0 или 0,5, то различия по всем показателям являются значимыми ($p < 0,05$).

На данном этапе эксперимента выявлено снижение показателей когнитивных характеристик клинической группы по сравнению со здоровыми испытуемыми. При этом статистически значимым оказалось снижение у больных показателей выполнения шкал: Слухоречевая память – на 13,5 % ($p = 0,0421$), Моторные навыки – на 22,5 % ($p = 0,0007$) и «Башня Лондона» – на 25 % ($p = 0,0209$). Таким образом, у исследованных больных оказалось наиболее выраженным в структуре когнитивного дефицита снижение слухоречевой памяти, моторных навыков, мышления и проблемно-решающего поведения.

Наиболее сложными для больных заданиями стали пробы на слухоречевую память, зрительное запоминание, акустический невербальный гнозис, кинетический праксис, вербальное мышление (для этих показателей получен средний по группе балл от 1,2 до 1,8). Особо необходимо подчеркнуть повышение при нейропсихологическом тестировании оценки по параметрам произвольной регуляции и нейродинамических параметров деятельности (средневзвешенное значение $1,37 \pm 0,67$ и $1,23 \pm 0,43$ балла, соответственно), что с учетом организации самой шкалы свидетельствует о заметном ухудшении указанных характеристик деятельности больных.

На следующем этапе анализа данных был проведен корреляционный анализ (с подсчетом ранговых корреляций Спирмена) для показателей нейрокогнитивного дефицита, клинического состояния больных, а также нарушений социального интеллекта. Так, последний показатель коррелирует с показателями шкал негативных, позитивных и общепатологических симптомов, а также суммарным баллом по NSA, с уровнем значимости $p < 0,05$ или $p < 0,01$. Есть корреляции клинических шкал с эффективностью отсроченного воспроизведения слов, предложений, с отсроченным называнием зрительно запоминаемых рисунков. Все установленные корреляции положительные, то есть нарастание клинического неблагополучия пациентов сопровождается ухудшением способности к запоминанию. Данное наблюдение соответствует ранее неоднократно установленным фактам нарушений памяти как сопутствующих собственно клинике шизофрении (Mc Kenna et al., 2010; Johnstone et al., 2018). Показатель понимания рассказов, входящий в более общий показатель, характеризующий мышление больных, оказался также связан невысокой, но значимой корреляционной связью с клиническими параметрами – «Шкалой негативной симптоматики» NSA ($r = 0,05$ при $p < 0,05$), «Шкалой общепатологической симптоматики» NSA ($r = 0,44$ при $p < 0,05$). Различные констелляции коррелирующих признаков предполагают сложные объяснения их механизмов, раскрытие которых требует отдельного исследования. Связанными корреляциями с клинической симптоматикой оказались такие параметры как тактильный гнозис, зрительный гнозис. Объяснение этих корреляций требует описания нейропсихологических симптомокомплексов, выделить которые в данном исследовании не удалось.

Эффективность выполнения субтеста 1 ухудшается параллельно со снижением результативности отсроченного произвольного воспроизведения предложений ($r = 0,46$ при $p < 0,05$), рассказов ($r = 0,52$ при $p < 0,01$), воспроизведением ритмических структур ($r = -0,48$ при $p < 0,01$). Поскольку при выполнении больными субтеста 1 они опираются на ранее усвоенные правила, нормы, накопленный опыт ориентировки в социальных ситуациях, знание нормолевых моде-

лей, регулирующих поведение людей, роль памяти важна. Тонкие, но очевидные мнестические нарушения препятствуют актуализации сложного житейского опыта, и приводят к плохому пониманию больными актуальных социальных ситуаций. Причастность результата субтеста 2 теста «Социальный интеллект» к нейропсихологическим параметрам обнаружена только в виде корреляции с параметром произвольной регуляции деятельности ($r=0,42$ при $p<0,05$).

Отсутствие связи в данном случае является косвенным подтверждением того, что нарушения социальной перцепции являются относительно независимым кластером расстройств, и их нельзя объяснить простыми гностическими дефицитами. Данные по субтесту 3 менее выразительны: удалось установить единственную связь с целевым праксисом ($r=-0,40$ при $p<0,05$). Отсутствие связей результата субтеста 3 с простыми гностическими параметрами можно интерпретировать аналогично сказанному выше – как невозможность объяснить связанные с социальным познанием дефицитарные аспекты напрямую нарушениями простых гностических операций. Для субтеста 4 также установлена только корреляционная связь с оценкой за рисунок, выполненный больным ($r=-0,37$ при $p<0,05$), но судить о объединяющем показателе факторе на основании единичной связи нельзя. Также важным результатом исследования стало то, что показатель социальной ангедонии оказался не нагружен корреляционными связями с параметрами нейрокогнитивного дефицита. Поясняя сделанный вывод, отметим, что нарушения произвольной рефлексивной регуляции деятельности при шизофрении могут страдать по различным причинам и в различной степени, если оценивать вероятность их развития с учетом специфики клиники заболевания. Так, если у больного шизофренией в силу дезорганизации его психической деятельности (что высоко вероятно в остром периоде заболевания, при обострении психической симптоматики) существенно страдает способность к произвольной регуляции деятельности, неизбежно возникнут грубые дефициты как мыслительной деятельности, оперирующей несоциальными стимулами, так и деятельности социального познания. Последняя будет особенно страдать в той части, которая требует мышления, оперирующего социально-релевантными стимулами (а не просто социальной перцепции). Выделившийся эмпирически Фактор 2 вобрал показатели когнитивных дефицитов, отражающих нарушения памяти, отдельных видов мышления, параметры нейродинамики. Такое сочетание позволяет говорить о факторе «Нарушений мнестической деятельности», имея ввиду нарушения сложных видов памяти – опосредованной, связанной с мыслительной деятельностью.

Выводы. Данное исследование свидетельствует в пользу предположения о нарастании степени выраженности проявлений нейрокогнитивного дефицита по мере усиления клинического неблагополучия больных. Способность к произвольной регуляции деятельности (включая нейродинамические параметры) является важнейшим предиктором эффективности как деятельности социального познания, так и эффективности сложной мыслительной деятельности с несоциальными стимулами. Важнейший вклад нарушений произвольной (рефлексивной) регуляции деятельности в эффективность операционального компонента можно считать доказанным.

Шингареева Ю.В., Бутина М.А., Дмитриева В.А.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИСТАНЦИОННЫХ ФОРМ РАБОТЫ
В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В 2020 ГОДУ
*Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия***

11 марта 2020 года Всемирная организация здравоохранения объявила пандемию коронавирусной инфекции COVID-19. На территории Забайкальского края были закрыты все образовательные организации, но работу по профилактике наркологических расстройств необходимо было проводить. Возникла необходимость, помимо использования традицион-

ных форм и методов профилактической работы, применить дистанционные формы, которые давали возможность избежать контакта и снизить риск заболевания COVID-19.

В 2020 году наркологическая служба Забайкальского края активно использовала дистанционные формы работы с населением посредством СМИ, социальных сетей и мессенджеров. В режиме онлайн осуществлялось информирование населения Забайкальского края по вопросам профилактики, диагностики и лечения наркологических расстройств через интернет-сайт ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер» – kndchita.ru. На сайте оперативно размещались новости законодательной базы, методические пособия для педагогов, буклеты и памятки для родителей и учащихся образовательных организаций по профилактике наркомании, алкоголизма и табакокурения.

В социальной сети Инстаграм на странице @zknd.chita в течение 2020 года размещено более 300 информационных постов на антинаркотические и антиалкогольные тематики.

В 2020 году с целью информирования о последствиях употребления психоактивных веществ, пропаганды здорового образа жизни, возможности получения психологической помощи специалистами Забайкальского краевого наркологического диспансера распространены наглядные информационные материалы (буклеты, памятки, плакаты) среди населения: «Табак приносит вред телу, разрушает разум, отупляет целые цивилизации», «Курение во время беременности. Оставь ребенку шанс быть здоровым», «Модное убийство. О вреде курения кальяна», «Табачный гость, как в сапоге гвоздь», «Вейп, не курить, а парить», «А тебе дать прикурить», «Снюс – новая зависимость захватывает российских подростков», «Марихуана – опасность для подростков», «Наркотики – путь в бездну», «Спайсы – Опасность», «Взрослые ответы на взрослые вопросы», «Энергетические напитки: вред или польза?», «Факты о пиве», «У всех есть право выбора. Выбор за тобой!», тиражом более 16 тысяч экземпляров.

В рамках межведомственного антинаркотического месячника в июне 2020 года были организованы мероприятия, приуроченные к 26 июня – Международному дню борьбы с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков. Размещены информационные посты, баннеры в социальных сетях и на сайте ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер» по профилактике потребления наркотических и других психоактивных веществ. В социальной сети Инстаграм @zknd.chita опубликован видеоролик «Мы за здоровый образ жизни», подготовленный волонтерским отрядом «Дари Добро» МБОУ СОШ №8 г. Читы. Размещены тематические посты на странице в Инстаграм: «Живи свободно без наркотиков», «Мы выбираем жизнь», «Как уберечь детей от наркотиков», «Молодежь против наркотиков», «Всегда есть выбор». По причине введенных ограничительных мер, связанных с распространением новой коронавирусной инфекции COVID -19, основные мероприятия проведены в онлайн – формате (сайт, социальные сети и другие Интернет - ресурсы). Общий охват просмотров составил более 40000 человек.

Была активизирована работа со средствами массовой информации. Организованы выступления на радио ГТРК «Чита», Радио Маяк, Радио-FM в рубрике: «Будьте здоровы», «Утренняя студия». С целью оказания консультативной помощи жителям Забайкальского края по вопросам наркомании организована и проведена акция «Телефон доверия». Вышли в эфир 18 передач по телевидению (ГТРК «Вести-Чита»), опубликовано 42 печатных статьи в газеты «Забайкальский рабочий», «Эффект», «Будьте здоровы!», медицинский журнал «Медицина Забайкалья», разработан и растиражирован сборник материалов «Актуальные проблемы психиатрии и наркологии». Принято участие в работе «Горячая линия», «Прямой линии» ЧГТРК, «Круглом столе», брифинге журналистов и пресс-конференциях.

11 сентября 2020 года в рамках Всероссийского Дня трезвости в Забайкальском крае проведены краевые профилактические акции «Трезвым жить здорово!» и «Трезвым по дороге жизни». В ходе проведения акций было организовано анкетирование населения, информирование о способах профилактики пагубного употребления алкоголя, раздача наглядных информационных материалов по профилактике алкоголизма (тематические буклеты, значки,

флажки). В рамках проекта «Вместе в трезвое завтра!» подготовлено два видео- и два радиоролика, посвященных Всероссийскому Дню трезвости, которые ежедневно транслировались в эфире ГТРК «Чита», радио «FM», радио «Маяк», радио «Россия».

В марте и октябре 2020 года врачи психиатры-наркологи края приняли участие в проведении Общероссийской антинаркотической акции «Сообща, где торгуют смертью». В рамках акции специалистами краевого наркологического диспансера совместно с сотрудниками УГИБДД УМВД России по Забайкальскому краю и УНК УМВД России по Забайкальскому краю проведен информационный рейд среди водителей автотранспорта, с общим охватом более 1000 человек. Растиражировано и распространено более 3000 экземпляров наглядной информации по профилактике употребления наркотических средств и других психоактивных веществ. В рамках акции «Сообща, где торгуют смертью» проведены круглые столы, горячая линия «Телефон доверия», прямые эфиры на ЧГТРК.

В дистанционном формате в 2020 году проведена акция «Призывник» для призывников, военнослужащих воинских частей. В рамках акции специалистами краевого наркологического диспансера совместно с сотрудниками УНК УМВД России по Забайкальскому краю подготовлено 2 видеолекции антинаркотической направленности («СТОП наркотик», «Ответственное поведение – залог успешного будущего») по профилактике наркологических расстройств, пропаганде здорового образа жизни. Количество просмотров видеолекции «Ответственное поведение – залог успешного будущего» составило более 4000.

В 2020 году специалисты краевого наркологического диспансера провели информационные декадни (Всемирный день без табачного дыма; День отказа от курения) в дистанционном формате. Были организованы видеосеминары для волонтеров, подготовлены пресс-релизы для средств массовой информации, материалы для интернет-сайтов, тиражирование и распространение наглядных информационных материалов по профилактике табакокурения.

Таким образом, использование дистанционных форм работы по профилактике наркологических расстройств в период пандемии коронавирусной инфекции позволило продолжить проведение ряда мероприятий, не снижая охват аудитории.

Шурова Е.А., Козлов А.А., Клименко Т.В.

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЦ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ВОВЛЕЧЕННЫХ В ПРОСТИТУЦИЮ

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

Актуальность исследования. Статистики о лицах, вовлеченных в проституцию, в Российской Федерации (РФ) нет. По данным незарегистрированной ассоциации секс-работников «Серебряная роза», секс-работой в России занимаются три миллиона человек. Одной из наиболее актуальных проблемных аспектов проституции считается злоупотребление работников коммерческого секса (РКС) различными психоактивными веществами (ПАВ). Злоупотребление ПАВ оказывается ключевым фактором в распространении среди РКС гемоконтактных инфекций и инфекций, передаваемых половым путем, поскольку в состоянии алкогольного или наркотического опьянения они часто не используют барьерные средства контрацепции, а социально-бытовая неустроенность многих РКС увеличивает вероятность развития у них туберкулеза и хронических неинфекционных заболеваний.

В процессе разработки программы медико-социального сопровождения вовлеченных в проституцию лиц с наркологическими расстройствами была проанализирована их социально-клиническая характеристика.

Материал и методы исследования. Из 460 вовлеченных в проституцию лиц по результатам скринингового обследования с использованием Michigan Alcoholism Screening Test-

MAST, теста AUDIT (англ. Alcohol Use Disorders Identification Test) и теста на употребление наркотиков Dast (англ. Drug abuse screening test) было отобрано 346 человек с признаками рискованного потребления ПАВ (Из них 180 человек по результатам проведенного мотивационного консультирования обратились за наркологической помощью и им было проведено лечение в стационарных и (или) амбулаторных условиях. По гендерной принадлежности все обследованные лица были разделены на 2 основные группы исследования: 1) группа 1 – мужчины (72 человека; 40 % от всего общего числа обследованных лиц); 2) группа 2 – женщины (108 человек; 60 %).

Результаты исследования. Возраст обследованных 22-29 лет (60,6 %), при этом мужчины были достоверно моложе женщин (средний возраст соответственно $27 \pm 2,3$ и $33 \pm 1,5$ года; $p < 0,01$). У 2/3 обследованных лиц (18,1 % и 17,6 %) без достоверной разницы по группам выявлена отягощенная различными психическими расстройствами наследственность: чаще – алкоголизмом (33,3 и 25 %; $p < 0,01$), реже – наркоманией (9,7 % и 8,3 %) и иными психическими расстройствами. У большинства обследованных (13 % и 75 %) выявлена патология антенатального периода: токсикоз (12 и 6,7 %, $p < 0,01$) и второй (26 и 14,4 %; $p < 0,01$) половины беременности; угроза выкидыша (11 и 6,1 %, $p < 0,01$); соматические (18 и 10,0 %, $p < 0,01$) и инфекционные (6; 3,3 %, $p < 0,01$) заболевания, психогении (7 и 3,9 %, $p < 0,01$) у матери. Особенности перинатального и антенатального периода: недоношенность (18,9 %) и переношенность (2 и 1,1 %, $p < 0,01$) беременности; роды у матерей путем кесарева сечения (61 и 33,9 %, $p < 0,01$). У женщин в единичных случаях (3 и 2,8 %) отмечено раннее развитие с опережением. Ранее развитие с отставанием чаще наблюдалось у мужчин (56,9 % и 21,3 %; $p < 0,01$). В 41,7 % случаев выявлены признаки психической патологии в детском возрасте: аффективные расстройства (6,1 %), ночной энурез, частые головные боли, снохождение, сноговорение (13,9 %), невротические расстройства (16,1 %).

Большинство вовлеченных в проституцию лиц воспитывались хотя и в полных (70,6 %; $p < 0,01$), но в дисфункциональных (82,2%) семьях, со средним (52,8 %; 58,3 %) или низким (41,7 %; 32, 4%) материальным достатком; проживали в больших городах (108; 58,3 %), реже – в районных центрах (41; 22,8 %), в поселке городского типа (18; 10,0 %), в селе (10; 5,6 %), в деревне (6; 3,3 %); в школе учились удовлетворительно (129; 71,7 %), реже – неудовлетворительно (51; 28,3 %).

Большинство обследованных в детстве были свидетелями ссор и физического насилия в отношении родителей и сами подвергались насилию: психологическое насилие в виде оскорблений, унижений или издевательств (51,4 % и 24,1 %), физическое насилие (29,2 % и 36,1 %), недоедание. Четверть обследованных в детском или подростковом возрасте подвергалась сексуальному насилию, в 86 % насилие было со стороны близких родственников.

Начало половой жизни у большинства (89,1 %) отнесено к возрасту 16 лет и младше. В проституцию они вовлекались чаще в возрасте 19-20 лет (91,7 % и 88,0 %). Вовлечение в проституцию обычно было связано со сложным материальным положением (98,6 % и 97,2 %): содержание и лечение детей (16,5 %) или других членов семьи (21,6 %), собственные бытовые потребности (34,7 %), оплата за обучение (11,9 %), приобретение наркотиков (15,3 %). Только в 2,2 % случаев (4 человек) был установлен факт принуждения к проституции.

К периоду настоящего исследования большинство обследованных занимались проституцией в течение 3-4-х последних лет (46,7 %) без достоверной разницы по группам исследования ($p < 0,05$). Среди обследованных РКС в состоянии опьянения ПАВ у мужчин достоверно реже отмечены незащищенные сексуальные контакты (26,4 % и 51,9 %; $p < 0,01$).

Большинство мужчин имели гомосексуальную ориентацию (51; 70,8 %), а большинство женщин – гетеросексуальную (88; 48,9 %). Бисексуальная ориентация наблюдалась в обеих группах достоверно реже ($p < 0,01$) и у мужчин – достоверно чаще (29,2 %), чем у женщин (18,5 %; $p < 0,01$). Сексуальная ориентация у женщин после вовлечения в проституцию не изменилась. У 13 мужчин после вовлечения в проституцию гетеросексуальная ориентация изме-

нилась на бисексуальную, что они объясняли большими заработками при предоставлении сексуальных услуг как мужчинам, так и женщинам.

Мужчины чаще предоставляли коммерческие сексуальные услуги в гостиницах (34,7 %), в бане/сауне (26,4 %) и ночном стриптиз клубе (23,6 %), а почти половина женщин – на улице и вдоль автомобильных трасс (45,4 %).

Вовлечение в проституцию влияло на семейное положение: уменьшилось число состоящих в браке с 37,2 % до 22,8 %; увеличилось количество разводов 11,7 % до 18,3 %; увеличилось количество лиц, которые не состояли в семейных отношениях.

К периоду настоящего обследования примерно у трети обследованных выявлена соматическая патология; у мужчин достоверно чаще, чем у женщин наблюдались заболевания прямой кишки и заднего прохода (47,2 %; 12,0 %; $p < 0,01$), а у женщин – заболевания желудочно-кишечного тракта (36,1 и 55,5%; $p < 0,01$). Путем тестового экспресс анализа по слюне у 63 РКС (35,0 %) была выявлена ВИЧ-инфекция, при этом ВИЧ-инфекция достоверно чаще выявлялась у мужчин (50,0 % и 25,0 %; $p < 0,01$). Вирусный гепатит С также достоверно чаще выявлен у мужчин (12,5 % и 5,6 %; $p < 0,01$). Также у мужчин достоверно чаще выявлены трихомониаз ($p < 0,01$), хламидиоз ($p < 0,01$), гонорея ($p < 0,01$), сифилис ($p < 0,01$). Исключение составил только микоплазмоз, который был выявлен только у женщин.

В структуре психических расстройств были выделены: посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1; 61,0 % и 44,0 %; $p < 0,01$); реже – депрессивные эпизод средней степени тяжести (F32.1) и эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип (F60.31; 18,0 % и 26,0 %).

У обследованных выявлены следующие наркологические расстройства: синдром зависимости от алкоголя (по группам соответственно 89 % и 49,4 %), пагубное употребление алкоголя (28 % и 15,6 %), полинаркомания (39 % и 21,7 %), синдром зависимости от психостимуляторов (8 % и 4,4 %), пагубное употребление психостимуляторов (16 % и 8,9 %). Таким образом, преобладали лица зависимостью от алкоголя (30,6 %) и с зависимостью от нескольких ПАВ (30,6 %). Достоверно реже выявлено пагубное употребление психостимуляторов (18 %) и алкоголя (12,5 %), а также зависимость от психостимуляторов (8,3 %).

У женщин достоверно чаще ($p < 0,01$) наблюдалась алкогольная зависимость (62 %), реже – пагубное употребление алкоголя (17 %) и полинаркомания (17 %) и в единичных случаях – пагубное употребление (3 %) или синдром зависимости от психостимуляторов (2 %). У мужчин примерно в равных долях наблюдался синдром зависимости от алкоголя (30,6 %) и полинаркомания (30,6 %) и несколько реже – пагубное употребление психостимуляторов (10 %), пагубное употребление алкоголя (12,5 %) и синдром зависимости от психостимуляторов (8,3%).

Из наркотических средств чаще употреблялись стимуляторы (38,0 %).

Употребление ПАВ связывали со следующими обстоятельствами: 1) нейтрализация отрицательных эмоциональных переживаний, связанных с оказанием коммерческих сексуальных услуг (60; 33,3 %), поскольку большинство обследованных негативно относились к проституции как форме заработка, испытывали чувство стыда и страха перед своими родственниками и знакомыми, от которых скрывали свое занятие проституцией; 2) снятие эмоционального напряжения перед сексом с клиентом (56; 31,1 %), при этом женщины по сравнению с мужчинами в 1,7 раза чаще с этой целью употребляли алкоголь и/или наркотики (32,4 % и 29,2 %); 3) для повышения эмоциональной и физической выносливости во время оказания сексуальных услуг (16,7 %), при этом мужчины (23,6 %) по сравнению с женщинами (12,0 %) в 1,3 раза чаще с этой целью использовали ПАВ; 4) снятие эмоционального и физического напряжения после оказания сексуальных услуг (11,1 %); 5) по принуждению (предложению) со стороны клиента (7,8 %).

Большинство обследованных никогда ранее не обращались за психиатрической или наркологической помощью (70,8 % и 73,1 %). Обращения за специализированной психиатрической и наркологической помощью были единичными, причем женщины достоверно чаще обращались за наркологической помощью (12,5 % и 7,4 %; $p < 0,01$).

Заключение. Лица, злоупотребляющие ПАВ и вовлеченные в проституцию, отличались неблагоприятным преморбидным (высокая отягощенность наркологическими расстройствами, разнообразные стигмы пре-, пери-, постнатального и раннего периода развития, неблагоприятный детский опыт, связанный и психологическим, физическим и сексуальным насилием, воспитание в дисфункциональных семьях, в ситуации беспризорности и безнадзорности, раннее начало сексуальной жизни) и морбидным (высокий уровень соматической заболеваемости, гемоконтактных инфекций и инфекций, передаваемых половым путем) статусом. Вовлечение в проституцию произошло в относительно зрелом возрасте (19-20 лет), как правило, связывалось с попыткой решения материальных проблем, при этом большинство обследованных критично относились к своему участию в проституции. Злоупотребление ПАВ также больше было связано с атактической мотивацией при минимальном значении субкультуральных, аддиктивных и субмиссивных мотивов. Выявленные социально-психологические и клинические особенности вовлеченных в проституцию потребителей ПАВ необходимо учитывать при формировании лечебно-реабилитационных программ и медико-социального сопровождения данной категории лиц с целью мотивирования их на отказ от употребления ПАВ и на изменение вектора социальной активности.

НАУЧНОЕ ИЗДАНИЕ

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

**Материалы
всероссийской научно-практической конференции
«II Кандинские чтения»**

(Чита, 10-11 июня 2021 года)

**Под научной редакцией
А.В. Сахарова**