

ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского Минздрава России
Научно-исследовательский институт психического здоровья ФГБНУ ТНИМЦ 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
РОО Забайкальская ассоциация психиатров
ЗРОО Ассоциация наркологов Забайкалья

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Материалы
всероссийской научно-практической конференции,
посвященной 65-летию
кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Читинской государственной медицинской академии

**г. Чита
2-3 июня 2022 года**

УДК 616.89

ББК 56.1

А 43

НАУЧНОЕ ИЗДАНИЕ

Актуальные проблемы психиатрии и наркологии в современных условиях: материалы всероссийской научно-практической конференции, посвященной 65-летию кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Читинской государственной медицинской академии (Чита, 2-3 июня 2022 года). – Чита: РИЦ ЧГМА, 2022. – 191 с.

Материалы всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы психиатрии и наркологии в современных условиях», посвященной 65-летию кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Читинской государственной медицинской академии представляют собой сборник научных работ участников конференции.

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

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

В настоящем сборнике представлены 64 научные публикации специалистов разных регионов России и стран СНГ.

Для психиатров, наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов.

Члены редакционной коллегии:

А.В. Сахаров (научный редактор)

О.П. Ступина, О.П. Дубинин, С.Е. Голыгина

СОДЕРЖАНИЕ

65 лет кафедре психиатрии, наркологии и медицинской психологии Читинской государственной медицинской академии	9
Аббасова Д.С., Шарипова Ф.К. (<i>Ташкент, Узбекистан</i>) Поведенческие и характерологические особенности детей с невротическим энурезом.....	17
Алигаева Н.Н. (<i>Калуга, Россия</i>) Психотерапия лиц с инвалидностью в условиях лишения свободы: актуальные проблемы и пути их решения.....	21
Архипова Т.В. (<i>Чита, Россия</i>) Транссексуализм и расстройства шизофренического спектра (клинический случай).....	23
Архипова Т.В. (<i>Чита, Россия</i>) Катамнез лица, страдающего расстройством сексуального предпочтения в форме эксгибиционизма.....	27
Бабарахимова С.Б., Халилов Ш.Б., Шайхисламова М.Х. (<i>Ташкент, Узбекистан</i>) Подростковые дисморфофобии как фактор риска суицидального поведения.....	28
Барышева О.В. (<i>Чита, Россия</i>) Наркологическая помощь в амбулаторных условиях в Забайкальском краевом наркологическом диспансере.....	33
Берёзкина Ю.С. (<i>Чита, Россия</i>) Организация профилактических мероприятий в условиях наркологического стационара	34
Бобочкова Е.А., Фадеева Е.В. (<i>Павлово-Москва, Россия</i>) Использование скрининга и мотивационного консультирования с целью раннего выявления и профилактики рискованного потребления табачных изделий и алкоголя среди потенциально здорового населения Нижегородской области.....	36
Болдовская А.В. (<i>Чита, Россия</i>) Анализ парасуицидов на уровне стационара общесоматического профиля в период COVID-19	40
Бочкарёва Т.К. (<i>Чита, Россия</i>) Номенклатура психоактивных веществ, обнаруженных в химико-токсикологической лаборатории Забайкальского краевого наркологического диспансера.....	42

Бунина М.В. (Чита, Россия) Анализ основных показателей детской психиатрической службы Забайкальского края.....	46
Бутина М.А., Васильева Ю.В., Викулова Е.А. (Чита, Россия) О результатах мониторинга смертности от причин, связанных с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ, в Забайкальском крае.....	49
Варнакова Ю.В., Казарбина М.А., Хрущёва И.В. (Чита, Россия) Арт-терапия как метод психокоррекционного воздействия на эмоциональную сферу пациентов отделения реабилитации.....	52
Васильева Ю.В., Бутина М.А., Викулова Е.А. (Чита, Россия) Мониторинг наркоситуации в Забайкальском крае за 2021 год.....	54
Васюта А.К. (Москва, Россия) Нарушения когнитивных функций у студентов вуза, перенесших COVID-19 (результаты первого этапа исследования).....	58
Воронина Ю.С., Бянкина Н.С., Сахаров А.В. (Чита, Россия) Основные психологические методики, используемые в работе психолога Суворовского военного училища.....	60
Воронько Е.А., Колесников Д.А., Туренко С.А., Заикина С.Л., Кондуфор О.В. (Луганск, ЛНР) Уровень астении и депрессии у пациентов с лакунарной и глобарной деменцией.....	63
Габаева М.В., Голимбет В.Е. (Москва, Россия) Связь риска, возраста проявления начальных признаков и возраста манифестации шизофрении с полиморфизмом гена рецептора ангиотензин-превращающего фермента 1 типа (AGTR1).....	65
Глушенков А.А. (Чита, Россия) Профилактика потребления психоактивных веществ в рамках межведомственного взаимодействия в Забайкальском крае.....	67
Голимбет В.Е., Плакунова В.В., Лежейко Т.В. (Москва, Россия) Влияние семейной отягощенности и сезона рождения на клинические характеристики шизофрении.....	69
Голыгина С.Е., Аксенова Е.В., Ванчугов Е.Ю., Сахаров А.В. (Чита, Россия) Инструментальные показатели микроциркуляции крови у пациентов с параноидной шизофренией, в том числе после COVID-19.....	71
Голыгина С.Е., Сахаров А.В., Пасынков Е.Е. (Чита, Россия) Возможные диспозиции враждебной направленности среди студентов медицинского профиля.....	73

Датуашвили М.Т., Портнова А.А. (Москва, Россия) Оценка суицидального риска у подростков с несуйцидальным самоповреждающим поведением.....	75
Дубинин О.П. (Чита, Россия) Деятельность наркологической службы в Забайкальском крае в 2021 году.....	78
Ермилов О.В., Ромасенко Л.В., Третьяков А.Ю. (Белгород-Москва, Россия) Особенности алекситимии и соматонозогнозии в контексте нарушений инсулинотерапии и качества жизни у больных сахарным диабетом 1 типа, страдающих шизофренией.....	82
Завьялов Е.В. (Чита, Россия) Социально-трудовая реабилитация граждан с ограниченными возможностями в условиях психоневрологического дома-интерната.....	84
Игнатьева А.В. (Чита, Россия) Медицинская реабилитация пациентов наркологического профиля в стационарных условиях.....	88
Капишникова О.В., Луканина Е.С. (Орел, Россия) Особенности межличностных отношений и социального взаимодействия в период распространения коронавирусной инфекции в учреждении медико-социальной экспертизы.....	90
Катан Е.А. (Оренбург, Россия) Программа психокоррекционной работы с осужденными, имеющими алкогольную и наркотическую зависимость, в исправительной колонии Оренбургской области.....	93
Клинова М.А., Кучнер В.В., Сахаров А.В. (Чита, Россия) Некоторые клинические и социальные характеристики несовершеннолетних Забайкальского края с аддиктивным поведением.....	95
Клинова М.А., Левчук Ю.А., Иванова А.О., Сахаров А.В. (Чита, Россия) Эпидемиологические характеристики самоубийств среди детей и подростков Забайкальского края.....	97
Комарова А.П., Агибалова Т.В., Петросян Т.Р., Теплова С.Н., Брюн Е.А. (Москва, Россия) Динамика иммунного статуса у ВИЧ-инфицированных пациентов с зависимостью от психоактивных веществ, принимающих антиретровирусную терапию.....	99
Кулемзина Т.В., Папков В.Е. (Донецк, ДНР) О профилактике расстройств аутистического спектра и обучении семей.....	101

Лазо Ю.В. (Чита, Россия)

Психозы, возникшие на фоне отмены алкоголя:
динамика и анализ показателей в забайкальском крае за 2013-2021 гг.....104

Лежейко Т.В., Алфимова М.В., Голимбет В.Е. (Москва, Россия)

Исследование эффекта взаимодействия гена OXTR(A/G) rs53576
и наличия алкоголизма в родительской семье на уровни
личностной тревожности у больных шизофренией.....106

Лобанова А.А. (Чита, Россия)

Особенности работы врачебной комиссии Забайкальского
краевого наркологического диспансера в 2020-2021 гг.....108

Лубеницкая А.Н., Иванова Т.И. (Омск, Россия)

Распространенность и структура синдрома хронической боли,
его взаимосвязь с аффективной патологией
среди подростков города Омска.....111

Марков А.В., Курасов Е.С., Шамрей В.К. (Санкт-Петербург, Россия)

Зависимость аффективной симптоматики от срока трезвости
на этапе становления ремиссии у пациентов
с систематическим приемом синтетических катинонов.....114

Марков А.В., Курасов Е.С., Шамрей В.К. (Санкт-Петербург, Россия)

Представленность пациентов, принимавших синтетические катиноны,
в реабилитационных центрах Ленинградской и Псковской областей.....116

Мельниченко В.В. (Донецк, ДНР)

Оценка параметров общей саморегуляции в зависимости
от уровня личностной дезорганизации.....117

Мухторов Б.О., Бабарахимова С.Б. (Ташкент, Узбекистан)

Взаимосвязь личностных особенностей мальчиков-подростков
с самоповреждающим поведением и видами конфликтных ситуаций.....120

Мындускин И.В., Голыгина С.Е., Сахаров А.В. (Чита, Россия)

Изменение ряда показателей нейродеструкции в крови
у пациентов с первым эпизодом шизофрении
при терапии рисперидоном и галоперидолом.....123

Некрасов Д.А. (Волгоград, Россия)

К вопросу о необходимости пересмотра подхода
к назначению антипсихотических препаратов
в лечении расстройств шизофренического спектра.....127

Носачев Г.Н., Дубицкая Е.А., Носачев И.Г., Семенов В.М.

(Самара, Россия)

О необходимости знания понятия «ситуационная недееспособность»
врачами в соматической медицине и психиатрии.....129

Носачев Г.Н., Дубицкая Е.А., Носачев И.Г., Киселева Ж.В.

(Самара, Россия)

Взгляд на деменцию в МКБ-11: присутствует ли методология?.....133

Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А. *(Самара, Россия)*

Психическое здоровье и психическая норма: нужны ли такие презумпции психиатрии? (институциональный и правовой дискурс).....138

Озорнин А.С., Говорин Н.В., Сахаров А.В. *(Чита, Россия)*

Ассоциация клинических проявлений

первого эпизода шизофрении с полиморфизмом гена

дофамин-бета-гидроксилазы RS1611115(C-1021T).....142

Озорнин А.С., Озорнина Н.В. *(Чита, Россия)*

Психические расстройства в период пандемии

новой коронавирусной инфекции COVID-19.....144

Озорнин А.С., Зырянова К.С., Даржаева С.В. *(Чита, Россия)*

Исследование причин несвоевременного обращения

за психиатрической помощью и преждевременного отказа

от поддерживающей терапии у больных с шизофренией

и экзогенно органическими психическими расстройствами.....147

Павленко А.П. *(Чита, Россия)*

Анализ работы отделения № 1 Забайкальского

краевого наркологического диспансера за 2019-2021 гг.....150

Письменный А.В. *(Чита, Россия)*

Проблемные вопросы медицинского освидетельствования на состояние

опьянения водителей транспортных средств в Забайкальском крае.....152

Порцева И.А., Уваров И.А., Бурт А.А. *(Ижевск, Россия)*

Медицинская этика и деонтология в практике медико-социальной

экспертизы больным с психическими и поведенческими расстройствами,

вызванными употреблением алкоголя.....154

Прохоров А.С., Голыгина С.Е., Сахаров А.В. *(Чита, Россия)*

Содержание некоторых провоспалительных хемокинов у пациентов

с первым эпизодом шизофрении: предварительные результаты.....157

Раменская Н.М. *(Чита, Россия)*

Опыт внедрения новых правил медицинского освидетельствования

граждан на право владения оружием.....160

Руденко С.Л. *(Белгород, Россия)*

Детерминанты нарушения социального интеллекта

больных невращением.....164

Рыбакова Т.В., Филимонова Е.Н., Бубнов А.А. *(Пенза, Россия)*

Эффективность лечения депрессивных расстройств

у пациентов позднего возраста.....167

Сахаров А.В., Голыгина С.Е. (Чита, Россия) Официальные показатели смертности населения Забайкальского края от причин, обусловленных алкоголем.....	169
Сахаров А.В., Клинова М.А., Каюмова Р.Р., Иванова Е.В., Курятникова Т.А. (Чита, Россия) Клинические и социальные характеристики детей и подростков Забайкальского края с суицидальным поведением.....	173
Ситчихин П.В., Шевченко А.Л. (Краснодар, Россия) Сравнение соотношения ведущих нозологических форм контингента недееспособных лиц в городе Краснодаре в 2011-2021 гг.....	175
Стрелковский М.Д., Кратовский А.Ю. (Кемерово-Юрга, Россия) Вынужденная самоизоляция в период пандемии, вызванной COVID-19, как фактор роста употребления психоактивных веществ.....	177
Ступина О.П., Честикова З.И. (Чита, Россия) Динамические показатели психического здоровья населения Забайкальского края в период пандемии.....	178
Султонова К.Б., Шарипова Ф.К. (Ташкент, Узбекистан) Клинические проявления аффективных нарушений у подростков с сахарным диабетом I типа.....	182
Уваров И.А., Ходырева Т.С., Бурт А.А., Богданова М.А. (Ижевск, Россия) Эффективность формирования профессиональных компетенций у студентов медицинского вуза посредством анализа художественных фильмов.....	185
Яценко Д.А., Колесников Д.А., Иванова М.В., Чистякова Ю.С., Кондуфор О.В. (Луганск, ЛНР) Роль хронической ишемии головного мозга в развитии когнитивных нарушений у пациентов с алкогольной зависимостью.....	189

**65 ЛЕТ
КАФЕДРЕ ПСИХИАТРИИ, НАРКОЛОГИИ
И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
ЧИТИНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ**

Психиатрия в Читинском медицинском институте преподается с октября 1957 года, когда на базе Областной психиатрической больницы № 1 был организован курс этой дисциплины. Организатором и заведующим курсом был кандидат медицинских наук Григорий Вульфович Столяров, окончивший перед этим аспирантуру на кафедре психиатрии Первого московского медицинского института.

Первое время Г.В. Столяров был единственным штатным преподавателем курса. Практические занятия проводили врачи психиатрической больницы. В 1966 году курс был преобразован в кафедру, которая была укреплена избранными по конкурсу преподавателями.

Кафедрой руководили:



Столяров Григорий Вульфович – доктор медицинских наук, профессор, заведовал кафедрой с момента организации (1957 год) по февраль 1973 года. Его научные интересы касались проблемы психопатологии сосудистых заболеваний мозга, биохимии эндогенных психозов, клиники и патогенеза интоксикационных психозов. Под руководством профессора Г.В. Столярова были выполнены кандидатские диссертации Ю.А. Милейковским, ассистентом Н.А. Лавровской и аспирантом Л.Т. Выходцевой. В 1964 году Г.В. Столяровым была защищена докторская диссертация и опубликована

уникальная монография «Лекарственные психозы и психомиметические средства». С 1973 года профессор Г.В. Столяров плодотворно работал в Харьковском НИИ психоневрологии в должности заведующего отделением психофармакологии, умер в 1994 году в городе Филадельфия (США), куда переехал к своей дочери.



Милейковский Юрий Абрамович – кандидат медицинских наук, доцент, заведовал кафедрой с 1973 года по 1981 год. В 1966 году он защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Реактивность сосудов головного мозга при церебральном атеросклерозе с психическими нарушениями». В последующем Ю.А. Милейковский активно разрабатывал проблему патогенеза острых алкогольных психозов, показал роль витаминного дисбаланса и нарушений в системе катехоламинов, опубликовал более 30 научных работ по этой тематике, под его руководством был издан сборник научных работ «Клинические и социальные вопросы алкоголизма» (Чита, 1972). С 1981 года он переехал в город Чернигов, где работал заведующим отделением психиатрической больницы. Умер в 1994 году.



Морозов Леонид Тихонович – кандидат медицинских наук, доцент, заведовал кафедрой с 1981 года по 1992 год. В 1968 году после окончания аспирантуры при Харьковском НИИ неврологии и психиатрии он защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Некоторые клиничко-патофизиологические особенности гипертимических синдромов при МДП и шизофрении». Автор более 70 научных работ и рационализаторских предложений. С 1978 года доцент Л.Т. Морозов изучает эпидемиологические и некоторые патогенетические механизмы алкоголизма с учетом клиничко-географических

и социально-психологических факторов. Им были установлены клинические особенности алкоголизма у мигрантов, изучены сезонные колебания активности алкоголизации, определены некоторые психологические предрасположционные факторы алкоголизма, разработан и внедрен в практику экспресс-метод диагностики алкогольной зависимости, который широко используется сотрудниками кафедры в научных исследованиях. Л.Т. Морозов внес огромный вклад в методологию преподавания психиатрии на кафедре, до настоящего времени студенты и ординаторы пользуются его

авторскими пособиями, схемами и рисунками. До 2015 года Леонид Тихонович продолжал трудиться на кафедре психиатрии, помогая молодым сотрудникам освоить приемы преподавания психиатрии, а также оказывая консультативную помощь в психиатрической больнице. В настоящее время находится на заслуженном отдыхе, проживает в городе Чите.



Говорин Николай Васильевич – заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор, заведовал кафедрой с 1992 года по 2015 год. После окончания заочной аспирантуры при Московском НИИ психиатрии он в 1983 году защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Психопатологические и нейровегетативные взаимоотношения при алкогольном делирии», а в 1992 году в НИИ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского им была защищена докторская диссертация на тему: «Клинические закономерности и иммунопатологические механизмы формирования

терапевтически резистентных состояний при параноидной шизофрении». Научные исследования профессора Н.В. Говорина посвящены широкому кругу актуальных проблем биологической, экологической и клинической психиатрии, вопросам наркологии. Он автор более 600 научных работ, 10-ти монографий, 4-х изобретений, многочисленных пособий для врачей и методических рекомендаций. В октябре 1997 года был избран Академиком международной академии экологии и безопасности жизнедеятельности (МАНЭБ). Под руководством профессора Н.В. Говорина подготовлены 30 кандидатских и 4 докторские диссертации (Злова Т.П., 2007; Ступина О.П., 2012; Сахаров А.В., 2012; Березкин А.С., 2019). С 1999 по 2011 гг. Николай Васильевич был деканом факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ЧГМИ-ЧГМА, с 2011 по 2015 гг. являлся проректором по последипломному образованию Читинской государственной медицинской академии. Николай Васильевич внес существенный вклад в развитие кадровой политики здравоохранения города Читы и Забайкальского края. С 2015 года по 2021 год он был Депутатом Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации VI-VII созывов, заместителем Председателя комитета по охране здоровья. В настоящее время продолжает заниматься общественной и на-

учной деятельностью. Под его руководством готовятся к защите 2 докторские диссертации. Н.В. Говорин является членом редакционных советов многих научно-практических журналов в области психического здоровья.

С сентября 2015 года кафедрой заведует **Сахаров Анатолий Васильевич**, доктор медицинских наук, доцент. А.В. Сахаров обучался в аспирантуре на кафедре психиатрии, наркологии и медицинской психологии Читинской медицинской академии, в 2007 году защитил кандидатскую диссертацию на тему «Роль алкогольного фактора в суицидальном поведении в Восточном Забайкалье», в 2012 году – докторскую диссертацию на тему «Эпидемиологическая ситуация по алкогольной зависимости в субъекте РФ (модель изучения и система мониторинга)» в диссертационном совете на базе НИИ психического здоровья Сибирского отделения Российской академии медицинских наук (г. Томск). Имеет более 350 печатных работ, в том числе является автором и соавтором 10 монографий, 18 учебных пособий и методических рекомендаций. Под его руководством защищены 2 кандидатские диссертации, выполняются и готовятся к защите 3 кандидатские и 2 докторские диссертации. А.В. Сахаров в 2015 году вошел в состав Правления Российского общества психиатров. В 2021 году Приказом Минздрава России назначен главным внештатным детским специалистом психиатром Дальневосточного федерального округа. С марта 2020 года работает первым проректором Читинской государственной медицинской академии.

За прошедшие 65 лет на кафедре психиатрии, наркологии и медицинской психологии ЧГМА было выполнено и защищено 42 диссертации. За последние 20 лет сотрудниками подготовлено более 600 научных работ, опубликованных в журналах, материалах конгрессов и конференций, получены 5 авторских свидетельства на изобретения, изданы 17 монографий и 15 сборников материалов международных, общероссийских и межрегиональных конференций, 25 пособий для врачей.

Преподаватели кафедры читают лекции и проводят практические занятия на 3-х факультетах Читинской государственной медицинской академии (лечебном, педиатрическом и стоматологическом) по двум дисциплинам: «психиатрия» и «медицинская психология». Ежегодно на кафедре получают образование по программам ординатуры более 20 человек. Преподавание ведется на 2-х клинических базах (Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского и Забайкальский краевой наркологический диспансер).

Коллектив кафедры (заведующий – д.м.н., доцент Сахаров А.В., профессор кафедры, д.м.н. Ступина О.П., доцент, к.м.н. Тимкина О.А., доцент кафедры, к.м.н. Голыгина С.Е., доцент кафедры, к.м.н. Озорнин А.С., ассистенты – к.м.н. Бодагова Е.А., к.м.н. Клинова М.А., к.м.н. Озорнина Н.В., Прохоров А.С., аспирант И.В. Мындускин) проводит большую лечебную работу на клинических базах кафедры и в других учреждениях города. Осуществляются общие обходы, клинические разборы и консультации диагностически сложных пациентов, при их участии происходит внедрение новых технологий и методов лечения больных.



**Коллектив кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Читинской государственной медицинской академии, 2022 год**

Помимо учебно-методической, научно-исследовательской и лечебной работы все преподаватели участвуют в общественной жизни Забайкальского края, города Читы и медицинской академии.

Сотрудниками кафедры были подготовлены аналитические материалы на заседание Госсовета РФ «О ходе борьбы с алкоголизмом и наркоманией в России и мерах по ее усилению» (2002 г.); разработаны дополнения к Федеральному Закону «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» в части оказания наркологической помощи населению и представлены аналитические материалы для Президи-

ума сибирского отделения РАМН на тему: «Алкогольный фактор в демографическом кризисе и ухудшении психического здоровья населения Забайкалья». Преподаватели неоднократно принимали участие в круглых столах Государственной Думы по вопросам законодательного регулирования оказания психиатрической и наркологической помощи населению России (2017-2019 гг.). А.В. Сахаров является главным внештатным детским специалистом психиатром Дальневосточного ФО. О.П. Ступина выполняет обязанности главного психиатра Минздрава Забайкальского края, главного внештатного специалиста психиатра Дальневосточного ФО, является председателем правления Забайкальской ассоциации психиатров.

Силами кафедры в 2016 году при ЧГМА создан и функционирует Центр психологической поддержки студентов. В 2020-2021 гг. большая часть сотрудников вместе с ординаторами работали в моностационарах города Читы для лечения пациентов с COVID-19.

Коллектив кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Читинской государственной медицинской академии встречает 65-летний юбилей с определенными достижениями в своей многогранной деятельности и с надеждой на лучшее.

ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКИЙ СОСТАВ
кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Читинской государственной медицинской академии, 2022 год



д.м.н., доцент, заведующий кафедрой
Сахаров Анатолий Васильевич



д.м.н., профессор кафедры
Ступина Ольга Петровна



**к.м.н., доцент кафедры,
заведующая учебной частью
Голыгина Светлана Евгеньевна**



**к.м.н., доцент
Тимкина Ольга Александровна**



**к.м.н., доцент кафедры
Озорнин Александр Сергеевич**



**к.м.н., ассистент кафедры
Бодагова Екатерина Александровна**



**к.м.н., ассистент кафедры
Клинова Майя Анатольевна**



**к.м.н., ассистент кафедры
Озорнина Нина Валерьевна**



**ассистент кафедры
Прохоров Анатолий Сергеевич**



**аспирант кафедры
Мындускин Иван Владимирович**

Аббасова Д.С., Шарипова Ф.К.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ И ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С НЕВРОТИЧЕСКИМ ЭНУРЕЗОМ

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан*

Зарубежные исследователи среди сопутствующих энурезу пограничных психических нарушений в первую очередь отмечают расстройства возбудимого круга. К ним относят повышенную раздражительность и возбудимость, высокий уровень агрессивности, вспышки гнева, пироманию, проявление жестокости к животным. Дети с энурезом проявили более низкие адаптационные способности в школе, вызывали большие затруднения у родителей в процессе воспитания, чаще нарушали психосоциальное функционирование семьи. Ряд авторов обратили внимание на частую ассоциацию энуреза и синдрома гиперактивности с дефицитом внимания. Сочетание указанной патологии утяжеляет прогноз, затрудняет терапию.

Цель исследования: изучение поведенческих и характерологических особенностей детей с невротическим энурезом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведено обследование 45 детей обоего пола в возрасте от 5 до 10 лет с невротическим энурезом. Для выявления поведенческих нарушений использовались экспериментально-психологические методы исследования: проективные методики «Моя семья», «Рисунок человека», тест Люшера, опросник И.М. Никольской. Отбор больных проводился в соответствии с критериями МКБ-10 (F 98.0).

Результаты и обсуждение. В ходе исследования характерологических и поведенческих особенностей среди 45 детей в возрасте 5-6 лет было выделено три подгруппы: астенический, возбудимый и уравновешенный рисунок поведения. Пациенты с возбудимым поведением составили большинство основной группы – 19 случаев (82,6%). Они отличались сверхподвижностью, непреодолимым интересом к окружающему миру, требовали непрестанного ухода и наблюдения. Легко раздражались, по незначительному поводу капризничали, чаще на фоне утомления, в вечернее время. Любая деятельность сопровождалась эмоциональным перевозбуждением с яркими аффективными реакциями, громким плачем, криком, моторным компонентом. Контакт со сверстниками сопровождался агрессией, импульсивными поступками. Подобный рисунок поведения часто является предпосылкой к формированию возбудимых патохарактерологических черт в подростковом возрасте. Соматовегетативные нарушения, представленные

диспепсией, гипергидрозом, нарушениями сна, аллергическими реакциями были установлены практически во всех случаях возбудимого типа.

Дети с астеническим рисунком поведения составили незначительную часть основной группы (2 детей – 8,7%). Внешне они проявляли застенчивость, робость, пугливость, плаксивость и тревожность, чувствовали себя спокойно лишь в непосредственной близости с мамой или людьми из непосредственного окружения, плохо адаптировались к новым условиям, отличались малой инициативностью и самостоятельностью, ограничены в коммуникативной активности. В детских дошкольных учреждениях дети с астеническим рисунком поведения приспособиться практически не могли, и их выводили на домашнее воспитание.

Дети с уравновешенным поведением также составили незначительную часть основной группы (2 детей – 8,7%). Спокойный нрав детей не доставлял родителям забот при уходе за ними. Динамика психических расстройств в период с 7 до 10 лет определялась психомоторным уровнем нервно-психического реагирования и наслаивающимся на него аффективным уровнем реагирования (Ковалев В.В., 1995). Возрастные критические периоды совпадают со сменой уровней нервно-психического реагирования. В связи с чем, первый (3-4 года) и второй (7-8 лет) критические периоды проявляются обострением психопатологической симптоматики. Психомоторный уровень реагирования обуславливает манифестацию и клиническую динамику двигательных нарушений. Прежде всего, формируется гиперкинетическое расстройство, манифестируют системные расстройства детского возраста, в том числе энурез. К наиболее частым коморбидным энурезу психопатологическим нарушениям в возрасте 4-7 лет относится гиперкинетический синдром. В настоящем исследовании, со слов родителей и данным характеристики из ДДУ в возрасте 5-6 лет чрезмерная двигательная активность с нарушением внимания и импульсивностью была установлена у 78,3% детей. Эти дети легко отвлекались на внешние стимулы, быстро теряли сосредоточенность и интерес к долгосрочной игре или иным видам деятельности, никогда не доводили дело до конца, быстро пресыщались и часто меняли род занятий. Они не были способны усидеть на месте, когда этого требовала ситуация, постоянно совершали дополнительные движения руками и ногами, отличались назойливостью, попытками прервать, помешать играм и занятиям других детей, легко провоцировали их на ссоры и конфликты. Утомление усиливало непоседливость и неусидчивость детей основной группы, на фоне которых они без видимых причин демонстрировали быстро истощаемые аффективные вспышки с раздражением, слезами,

моторным возбуждением. Выраженная рассеянность вследствие нарушения активного внимания, импульсивность, непредсказуемость поступков, неспособность оценить последствия своих действий дополняли рисунок поведения детей. Они часто не замечали обращенных в их адрес слов, теряли вещи, игрушки, проявляли агрессию в отношении окружающих. Согласно МКБ-10 и DSM-IV, обозначенные расстройства квалифицируются как синдром гиперактивности с дефицитом внимания.

Начиная с возраста 4-х лет, у большинства детей 5-6 лет отмечены формирующиеся клинические признаки церебрастении легкой и умеренной степени (65,2%). Церебрастения проявлялась быстрой утомляемостью, жалобами на головные боли распирающего характера преимущественно в лобно-височной области на высоте утомления. Дневной и/или ночной сон, как правило, улучшали самочувствие. В четверти случаев головные боли носили мигреноподобный пароксизмальный характер, продолжаясь от нескольких минут до получаса. Приступы цефалгий отличались стереотипностью проявлений, односторонней локализацией, пульсацией и иррадиацией в глазное яблоко, периодически возникающей тошнотой и рвотой. Указанные головные боли практически не купировались приемом анальгетиков, каждый раз исчезали спонтанно через определенное время. Окончание цефалгий сопровождалось общей слабостью и сонливостью, порой погружением в сон. Соматовегетативные и психомоторные нарушения были представлены в виде вялости, общей слабости, бледности кожных покровов с усилением венозного рисунка, общим и дистальным гипергидрозом, лабильным пульсом, колебаниями артериального давления и частоты дыхания, при отсутствии аппетита и тошноты. Они свидетельствовали о вегето-вестибулярных нарушениях (60,9%). Начиная с возраста 5-6 лет, вестибулярные расстройства с головной болью и головокружением, тошнотой, чувством дурноты, реже рвотой провоцировались ездой в транспорте, катанием на каруселях и качелях, ортостатическими нагрузками (65,2%). Плохая переносимость духоты и жары была отмечена более чем в половине случаев (60,9%). Чувство дурноты, ощущение нехватки воздуха, распирающие головные боли с головокружением провоцировалась пребыванием в душной атмосфере, на солнцепеке. В трети случаев (30,4%) родители обращали внимание на развитие у своих детей предобморочных состояний с тошнотой и рвотой. Метеотропная лабильность была отмечена у 43,5% детей. Резкая смена погоды нарушала самочувствие детей, провоцируя появление цефалгий, вялости, слабости, повышенной аффективной лабильности с раздражительной слабостью,

нарушения сна, в том числе, парасомнии.

Особый интерес представляли нарушения сна, выявляемые у большинства детей 5-6 лет. Со слов родителей и по данным медицинской документации, различные проявления диссомнии были установлены у 60,9% детей. Так, особое беспокойство вызывало затрудненное засыпание. Несмотря на признаки усталости и утомления, перевозбужденные дети не менее часа проявляли неугомонность и сверхподвижность. Среди нарушений течения сна чаще других выявлялись пароксизмальные нарушения сна (парасомнии), проявляющиеся повышенным двигательным беспокойством с переворачиваниями, сбрасыванием одеяла, всхлипываниями, сновговорением в виде отдельных бессвязных слов или фраз при отсутствии пробуждения, бруксизм, эпизоды снохождений, кошмарные сновидения, ночные страхи (22 случая – 48,9%). Глубина сна у детей была преимущественно глубокой. Несмотря на неоднократное мочеиспускание во время сна, 75,0% детей продолжали спать, пробуждаясь лишь под утро. Воспоминания о ночных событиях в утренние часы у детей отсутствовали.

Утреннее пробуждение нередко отличалось замедленным переходом ото сна к бодрствованию. В течение нескольких минут дети сохраняли сонливость, не в полной мере отражая происходящие вокруг них события. Кроме того, дети отмечали нежелание встать с постели, испытывали отсутствие бодрости, свежести, ощущения отдыха после сна. Пробуждение часто сопровождалось жалобами на диффузные головные боли.

В ряде случаев у детей энурезу сопутствовали транзиторное заикание (13,0%) и тики (21,7%). Возрастной период 7-10 лет совпадает со вторым возрастным критическим периодом, началом формирования самосознания, способности к самооценке субъективных переживаний (Сухарева Г.Е., 1955). Кроме того, психомоторный уровень наслаивается на аффективный уровень психического реагирования. По мнению В.В. Ковалева (1995), возрастной фактор патогенеза видоизменяет клиническую форму психических заболеваний. Особое внимание в этом возрасте следует уделить дополнительному дезадаптирующему фактору – началу обучения в школе. У детей в данном возрасте наблюдалось усиление церебрастении, соматовегетативных нарушений, появлялись поведенческие расстройства, что закономерно связано с изменением жизненного стереотипа, требующего адаптации к повышенным психофизическим нагрузкам и интеллектуальному напряжению в условиях новой для ребенка школьной дисциплины. Так, усиление клинических проявлений энуреза с началом обучения в школе было отмечено родителями в 78,3% случаев.

Заключение. Таким образом, на формирование поведенческих и характерологических особенностей у детей с энурезом на раннем этапе онтогенеза влияют неблагоприятные микросоциальные факторы, обуславливающие манифестацию невротического энуреза. Среди коморбидных состояний доминируют психомоторные расстройства с гипердинамическим (гиперкинетическим) синдромом (78,3%) и церебрастенический синдром (65,2%). У 40,9% детей с невротическим энурезом отмечались эмоциональные расстройства с преобладанием аффективно-возбудимых и вторичных невротических реакций.

Алигаева Н.Н.

**ПСИХОТЕРАПИЯ ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ
В УСЛОВИЯХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ:
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ**

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

Лица, имеющие инвалидность, в исправительных колониях занимают отдельную категорию осужденных, которым необходимо уделять особое внимание в связи с имеющимися медицинскими, социальными и психологическими проблемами. Являясь одной из самых уязвимых групп, осужденные-инвалиды сталкиваются с различными трудностями в адаптации к местам лишения свободы: необходимость оказания помощи в бытовом обслуживании, непринятие другими осужденными в связи с тюремным статусом, невозможность заступиться за себя, избиение и принуждение, отсутствие должного медицинского обеспечения, отсутствие мотивации во взаимодействии с сотрудниками разных отделов и т.д.

Согласно обзору информации о деятельности ФСИН России за I полугодие 2021 года, увеличилось количество лиц с инвалидностью, отбывающих наказание в исправительных учреждениях: 17 763 чел., в том числе I группы инвалидности – 425 чел., II группы – 7243 чел., III группы инвалидности – 10083 чел.

Как отмечает Ю.М. Антонян, на протяжении долгого времени основным способом исправления осужденных являлась «политико-воспитательная работа», которая заключалась в обеспечении рабочих мест в исправительном учреждении, где осужденный продолжал свою трудовую деятельность, а также обучение в школах и профессиональных учреждениях, расположен-

ных на территории учреждения (Антонян Ю.М. и др., 2018). Однако согласно статьям 103, 106, 108 УИК РФ осужденные, являющиеся инвалидами I или II группы, привлекаются к труду, работам без оплаты труда, получению среднее профессионального образования по программам подготовки квалифицированных рабочих и служащих по собственному желанию. На практике редко можно встретить реализацию трудовой и учебной деятельности данными лицами, т.к. остро встает вопрос о необходимости создания особых условий рабочего места, соблюдения требований законодательства РФ об образовании и законодательства РФ о социальной защите инвалидов.

Поэтому психологические мероприятия выступают как одно из важнейших направлений «исправления» осужденного, позволяя относительно успешно адаптироваться к условиям мест лишения свободы. Психотерапия позволяет купировать проявление психопатологической симптоматики, оказывая воздействие на эмоции, суждения, самопознание человека.

Н.С. Оботурова и А.М. Чирков (2018) выделяют следующие основные проблемы, связанные с реализацией психотерапевтических мероприятий в местах лишения свободы: несоответствие численного состава психологов количеству осужденных, отбывающих наказание, недостаточное обеспечение квалифицированными психиатрами, снижение научно-методологического потенциала разрабатываемых программ и методов, обусловленное сохранением устаревших теоретических подходов, несоответствие методологии психотерапии осужденных задачам пенитенциарной практики. Кадровый дефицит квалифицированных психологов приводит к реализации психотерапевтических мероприятий в групповом формате (в частности, в открытых группах, где количество участников неустойчивое в связи с частым перемещением осужденных: убытие в лечебное учреждение, освобождение по болезни или отбытию срока наказания, поступление в карантинное отделение и т.д.). Но индивидуальная психотерапия позволяет обеспечивать конфиденциальность, является более глубокой, чем групповая, позволяет снимать психологические барьеры и устанавливать тесный контакт со специалистом. Групповая психотерапия показывает свою эффективность при решении проблем межличностного характера (Антонян Ю.М. и др., 2018). Значимость при реализации психотерапевтических мероприятий отводится сроку отбытия наказания, что оказывает влияние на длительность терапии (долгосрочная, краткосрочная) и используемые методы и техники. Наличие у лиц, имеющих инвалидность, специфических особенностей и ограниченных возможностей здоровья является причиной необходимости тщательного подбора (или разработки) методик, способных

оказывать максимально эффективное воздействие на психическое здоровье осужденных. Например, при лечении невротических и психосоматических расстройств, коррекции аддиктивного и агрессивного поведения в исправительных учреждениях часто применяют методы когнитивно-поведенческой психотерапии, одной из главных целей которой является коррекция дезадаптивных форм поведения и иррациональных установок (Лобанова Е.С., Гладков Е.А., 2017). Пенитенциарный психолог должен обладать необходимыми знаниями в области психологии здоровья, психосоматики, патопсихологии, специальной и коррекционной психологии, психотерапии, что задает особые требования к его квалификации.

Кроме того, психологи, работающие в исправительных учреждениях, должны обеспечиваться необходимыми методическими материалами и разработками для их непосредственной реализации в работе с осужденными, приглашаться на научно-практические конференции и семинары для повышения профессиональной компетенции и установления социально-полезных связей со специалистами различных областей. В исправительных учреждениях необходимо организовывать рабочее место психолога в соответствии с типовым положением о Кабинете психологической помощи с обеспечением стимульными материалами, сотрудниками отдела безопасности, закрепленными за сопровождением специалистов-психологов женского пола в исправительном учреждении. А также следует создать благоприятные условия (стабильная заработная плата, поощрения) для ликвидации дефицита кадров. Данные критерии позволят специалистам достойно выполнять работу по обеспечению психологического сопровождения осужденных, отбывающих наказание в исправительных учреждениях, с применением актуальных методов психотерапии.

Архипова Т.В.

**ТРАНССЕКСУАЛИЗМ И РАССТРОЙСТВА
ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

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

Пациент К., 18 лет, обследовался в психиатрическом стационаре на предмет годности к военной службе. Предъявлял жалобы на недовольство по поводу своей половой принадлежности, высказывал желание сменить паспортный и биологический пол.

При осмотре врачом-сексологом выявлено: внешность, походка, манера держаться – фемининные, телосложение – инфантильно-грацильное. Волосы до плеч, вьющиеся, одежда – унисекс, носит женское нижнее бельё – плавки, бюстгальтер, который держит жесткую форму, имитируя увеличенные молочные железы. Держится неуверенно, скованно. Речь сопровождается выразительной мимикой и активной жестикуляцией, движения плавные, грациозные. Эмоциональные реакции, суждения незрелы, как и поведение в целом. О себе говорит в женском роде. На контакт идёт охотно, на вопросы отвечает по существу. При этом эмоционально лабилен, капризен, категоричен в суждениях, легко впадает в полемику, начинает спорить с врачом. Некоторые из сообщаемых им сведений относительно сексологического анамнеза не совпадают с объективными. Пояснил, что отец по характеру «спокойный, в меру строгий», отношения с пациентом поддерживает, участвует в его воспитании. Мать – «спокойная, в меру строгая», отношения с ней близкие, доверительные, хотя, «как у всех, бывают мелкие конфликты по пустякам». В детском саду общался, как с девочками, так и с мальчиками, притесняем не был. Играл не только «в машинки», которые покупали родители, но и «в куклы» (в детском саду, у знакомых). Не помнит, проявлял ли любопытство, направленное на межполовые различия. В ролевых играх (семья, дочка-матери) выполнял роль сына или дочери. В 6 лет впервые стал задумываться о том, «что, если бы я был девочкой». В школе учился стабильно хорошо. Занимался музыкой (баян, фортепиано), бисероплетением, плетением из атласных лент. Межполовой агрессии, негативизма по отношению к лицам противоположного пола не проявлял. Рос скромным, стеснительным, по мере взросления референтной средой стали лица противоположного пола – «общие интересы, они меня лучше понимают, и я их». Ночные поллюции в подростковом возрасте отрицает. В 14 лет при просмотре видео сексуального содержания (обычные гетеросексуальные контакты) «из интереса» несколько раз мастурбировал. При этом ощутил «что-то непонятное», но семяизвержения, сексуальной разрядки не было. В последующем было еще несколько попыток самостимуляции, ощущения были ярче, если в фантазиях представлял гомосексуальные контакты, «я – в пассивной роли». Постоянно испытывал необъяснимое чувство внутреннего дискомфорта. К 16 годам «решил заняться собой», начал анализировать своё поведение («рыться в своей голове»), отношения с окружающими, «экспериментировать» со своей внешностью, попросил, чтобы друзья обращались к нему в женском роде, выбрал себе имя Карина. При этом почувствовал себя свободнее, раскрепощеннее

и естественнее («как груз с плеч упал»), поэтому окончательно укрепился в мысли о необходимости смены пола (понял причину неудовлетворённости собой и своей жизнью). С 16 лет пользуется косметикой, носит женское бельё и одежду. К лицам противоположного пола интереса, влечения не испытывал. Год назад по интернету познакомился с молодым человеком младше на год, отношения с которым постепенно приобрели романтический характер, хотя лично ни разу с ним не встречался. Считает, что достаточно хорошо его знает («по несколько часов в день общаемся»), влюблён в него, в будущем планирует совместное проживание. В собственной сексуальной ориентацией не определился – «скорее всего, я би-, но роль – пассивная». Половой жизнью не жил. После окончания школы поступил в вуз, однако быстро потерял интерес к учёбе, решил сменить специальность. Теперь усиленно занимается, чтобы более успешно сдать ЕГЭ и поступить в другое учебное заведение, но с будущей профессией не определился («звукорежиссёр, стюардесса или парикмахер-стилист»). Активно высказывает идеи о смене пола, фиксирован на них, переубеждению не поддаётся.

Состояние соматосексуальной сферы: наружные половые органы сформированы по мужскому типу. Область подмышечных впадин выбрита. Оволосение лобка – густые прямые волосы, распределены неравномерно по всей поверхности лобка, без чётких границ (P – 3), начинающееся выпячивание щитовидного хряща (L – 1), детский голос (V – 0), оволосение лица отсутствует (F – 0).

Психопатологически отягощённая наследственность не прослеживается. Родился в полной, социально благополучной семье (единственный ребёнок). Родители развелись, когда подэкспертному было 6 лет. Беременность, роды у матери протекали без патологии, родился в срок. В раннем психофизическом развитии от сверстников не отставал, ходить, говорить начал вовремя. В детстве энурезом, сноговорением, снохождением не страдал. Рос очень спокойным, послушным, покладистым. Играл «в машинки». опережал сверстников в психическом развитии, поэтому в детском саду переводился в группу ребят старше по возрасту, в 6 лет пошёл в школу. До 9 класса учился отлично, был очень активным, энергичным, но закрытым, с мамой своими проблемами не делился. После переезда (6 класс) мать переживала, что ему будет сложнее учиться в городской школе (до этого проживал и обучался в селе), однако её опасения не подтвердились, «классный руководитель на родительском собрании сказала, что приехал мальчик из сельской школы и положил всех на лопатки». Продолжал успешно учиться, по собственной инициативе дополнительно стал

посещать занятия по английскому и китайскому языкам, участвовал во всех олимпиадах, был стипендиатом губернаторской премии. Всегда хотел быть физически сильным, к службе в армии относился положительно. Занимался футболом, волейболом, в музыкальной школе по классу фортепиано, баяна, посещал фитнес-клуб. Во всех видах деятельности стремился добиться успеха. Трудностей в общении со сверстниками не испытывал, референтной средой были мальчишки. Мыслей о недовольстве собственной половой принадлежностью никогда не высказывал, каких-либо особенностей в его поведении, которые могли бы об этом свидетельствовать, мать не отмечала. С начала подросткового возраста проявлял интерес к девочкам, хотя отношений, как таковых, с лицами противоположного пола не было.

В 10 классе резко потерял интерес к учёбе, спорту, «полностью погрузился в виртуальный мир (сетевые игры, аниме)». Успеваемость, соответственно, снизилась, хотя 11 класс окончил хорошо. Перед выпуском из школы сообщил матери о том, что хочет сменить пол, на что она отреагировала негативно. По окончании школы по собственной инициативе поступил вуз другого города, однако, как выяснилось позже, и там постоянно «сидел в компьютере», а не занимался учёбой, так как к концу первого семестра выяснилось, что у него академическая задолженность. По мнению матери, истинным мотивом его поступления в вуз было стремление уехать из дома и получить полную свободу. Из другого города вернулся в женской одежде, чем вызывал «шок» у матери. Узнав, каким образом у него обстоят дела с учёбой, мать предложила забрать документы, что он и сделал. В настоящее время ничем не занят, по-прежнему всё время проводит в интернете. Называет себя в женском роде, носит женскую одежду, пользуется косметикой. Ничем не интересуется, активно мыслей о смене пола не высказывает.

Заключение. Анализ особенностей сексуального онтогенеза пациента свидетельствует о том, что формирование его сексуальности происходило на фоне сочетанной задержки полового (психо- и соматосексуального) развития – отсутствие периода межполовой агрессии, негативизма, гипертрофия платонической стадии формирования либидо, инфантильно-грацильный тип конституции, отсутствие ночных поллюций, оволосения подбородка. Учитывая резкие изменения в поведении пациента в подростковом возрасте с утратой прежних интересов и увлечений, нарастающей аутизацией, снижением продуктивности деятельности и общего уровня социального функционирования, сомнениями в собственной половой принадлежности, идеи о смене пола и соответствующие изменения в его поведении следует расценивать в рамках эндогенного заболевания.

Архипова Т.В.

**КАТАМНЕЗ ЛИЦА, СТРАДАЮЩЕГО РАССТРОЙСТВОМ
СЕКСУАЛЬНОГО ПРЕДПОЧТЕНИЯ
В ФОРМЕ ЭКСГИБИЦИОНИЗМА**

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

Пациент О., 49 лет, обратился в психиатрический стационар с целью снятия диагноза (Шизоидное расстройство личности). При осмотре врачом-сексологом жалоб не предъявлял. Со слов пациента было выяснено: психопатологически отягощённая наследственность не прослеживается. О течении беременности, родов у матери не осведомлён. Ходить, говорить начал позже нормативных сроков. До 5 лет отмечалась неврозоподобная симптоматика (страдал энурезом, сосал палец). Воспитывался в полной социально благополучной семье. Родители – трудолюбивые, ответственные. Отец полноценно участвовал в воспитании пациента, привлекал к физической работе, строительству, обучил навыками вождения автомобиля. Рос излишне подвижным, неусидчивым, непослушным. В детском саду общался в основном с девочками, отбирал у них куклы, играл ими. Хотя дома вместе с братом играл в машинки (смешанный вид игровой деятельности). Проявлял ли любопытство, направленное на межполовые различия, не помнит. В ролевых играх не участвовал. В школе учился «неважно», на уроках постоянно отвлекался, занимался посторонними делами, «ворон считал». Интересов и увлечений положительной направленности не имел. В начальных классах было 2 друга из неблагополучных семей, вместе с которыми много времени проводил на улице. Отец оградил общение с ними, стал больше привлекать к работе на даче, на огороде. К родителям был привязан, подчинялся им беспрекословно. В школьном возрасте был робким, стеснительным, неуверенным в себе. С одноклассниками общался формально, нормативной межполовой агрессии, негативизма по отношению к лицам противоположного пола не проявлял. В 14 лет во время мастурбации (начал практиковать её в подростковом возрасте) был замечен отцом, который отреагировал на это негативно. Волнение, стыд и страх, которые при этом испытал, сопровождались сильным половым возбуждением, сексуальной разрядкой и семяизвержением. В последующем для достижения подобных ощущений стал выходить голым в подъезд, страх быть застигнутым вызывал половое возбуждение, а последующая мастурбация – семяизвержение. В 17 лет напал в подъезде на почтальона, схватил её за волосы

и пытался принудить рассматривать его половые органы. По инициативе отца обратился в ПНД, лечился стационарно. В последующем, понимая негативные социальные последствия своего поведения, но не в состоянии справиться с влечением, несколько раз оголялся в людных местах, прячась в кустах. Однажды подглядывал за женщинами в бане, при этом мастурбировал, произошло семяизвержение. Был задержан сотрудниками полиции, после проведения беседы отпущен домой. С этого времени аномальная сексуальная активность приобрела социально приемлемую форму – снимал тревогу и напряжение посредством мастурбации при просмотре журналов порнографического содержания, что сохраняется до настоящего времени. Интерес к противоположному полу не проявлял. Половая жизнь с 24 лет, мотивация – создание семьи. Несколько раз по объявлению знакомился с женщинами, но длительные устойчивые отношения не складывались, что объясняет бытовой неустроенностью и другими неблагоприятными социальными факторами. 24 года состоит в браке, есть сын 23 лет.

При осмотре: держится скованно, неуверенно, зажато. Голос тонкий. На отвлечённые темы беседует свободно, непринуждённо, активно жестикулирует. При расспросе относительно особенностей сексуальной жизни становится напряжённым, формальным. К жестикуляции не прибегает, зрительного контакта старается избегать. Склонен к диссимуляции своих болезненных переживаний. В последнее время сексуальную жизнь старается представить как нормальную, утверждает, что в контактах с женой его всё устраивает, в половую связь вступает регулярно. Затем, неохотно, тяготясь опросом и отворачиваясь, признал сохраняющееся до последнего времени аномальное сексуальное влечение, которое со временем приобрело социально приемлемую форму, поскольку сам пациент осознаёт ненормальность вышеописанного поведения и его негативные последствия.

Бабарахимова С.Б., Халилов Ш.Б., Шайхисламова М.Х.
**ПОДРОСТКОВЫЕ ДИСМОРФОФОБИИ КАК ФАКТОР РИСКА
СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан*

Актуальность проблемы исследования риска развития суицидальных тенденций депрессивного генеза у подростков с дисморфофобическими нарушениями вызвана сложностями своевременной верификации аффек-

тивной патологии, целесообразностью правильно выбранной фармакотерапии и трудностями прогнозирования данных психических нарушений (Жукова Н.Ю., 2017; Абдуллаева В.К., 2019). В. Mars et al. (2014) относят подростков с депрессивными нарушениями к группе высокого суицидального риска и выделяют наиболее часто встречающиеся симптомы, как ранняя алкоголизация и наркотизация, суицидальные тенденции, идеи физической неполноценности, трудности с учебой, наличие склонности к философским размышлениям, навязчивости, соматовегетативные проявления, раздражительность, агрессивные выходки, антисоциальные поступки. Депрессия, формирующаяся на фоне недовольства собственной внешностью, сопровождающаяся идеями чрезмерной полноты или убежденности в наличии недостатков и дефектов в строении лица или фигуры, встречается по данным исследователей, практически у каждого второго подростка (Жукова Н.Ю., 2017; Абдуллаева В.К., 2019).

Цель исследования: изучение особенностей суицидальных тенденций у подростков с дисморфофобическими нарушениями и депрессивными расстройствами с учётом их личностных характеристик для оптимизации ранней психопрофилактики и психокоррекционной помощи.

Материал и методы. Объектом для исследования было выбрано 111 подростков в возрасте от 15 до 19 лет включительно, 78 мальчиков и 33 девочек (средний возраст $16,9 \pm 2,0$ лет), поступивших на стационарное лечение в подростковые отделения Городской клинической психиатрической больницы города Ташкента с наличием дисморфофобических нарушений и депрессивных расстройств. Личностные особенности подростков мы определяли при помощи Модифицированного патохарактерологического диагностического опросника (Личко А.Е., Иванов Н.Я., 2001). Депрессивные расстройства нами были выявлены с помощью шкалы самооценки депрессии Цунга. Особенности суицидального поведения у подростков изучены с помощью Колумбийской шкалы оценки суицидального риска (C-SSRS).

Результаты. Все обследуемые подростки предъявляли жалобы на недовольство собственной внешностью, в гендерных различиях это отражалось присутствием в основном у подростков-мальчиков искажения восприятия образа тела (маленький рост, отсутствие хорошо развитой мускулатуры), а у девочек – жалобы на излишнюю массу тела, тонкие губы, маленькую грудь, узкие глазки. Практически у всех подростков отмечались сложности в построении межличностных отношений со сверстниками, педагогами в общеобразовательных учреждениях и трудности адаптации в социуме. При оценке выраженности депрессивных расстройств по шкале Цунга у под-

росток тяжелая степень депрессии выявлена у 36,1% исследуемых, депрессия средней тяжести – у 55,7% подростков, а исследуемые с легкой степенью депрессии наблюдались лишь в 8,2% случаев. Гендерные различия в тяжести депрессивной симптоматики распределились следующим образом: депрессия легкой степени была выявлена только у 6,6% мальчиков. Депрессия средней степени тяжести выявлена у 36,0% мальчиков и у 21,3% девочек. Депрессия тяжелой степени встречалась чаще у мальчиков – в 29,5% случаев, а у девочек выявлена в 6,6% случаев наблюдения.

На следующем этапе нашего исследования было проведено изучение особенностей клинических проявлений депрессивной патологии у подростков. Согласно классификации Э.Г. Эйдемиллера (2005), в подростковом возрасте депрессивная симптоматика подразделяется на подростковые депрессивные эквиваленты – делинкветный, астенопатический, тревожный, ипохондрический, которые маскируют типичную классическую триаду депрессии, воспринимаются как особенности пубертатного периода и весьма затрудняют диагностику и лечение. В нашем исследовании все подростки были распределены на пять групп в зависимости от преобладания ведущего радикала депрессии – дисфорическая, тревожная, ипохондрическая, астенопатическая и маскированная. Дисфорическая депрессия клинически проявлялась вспышками тоскливо-злобно-го настроения, конфликтностью, агрессией, грубостью по отношению к взрослым, особенно к родителям и близким родственникам на фоне пониженного психоэмоционального состояния. Такое поведение провоцирует формирование внутрисемейных конфликтов, ухудшение микроклимата в семье, наказание и побои ребёнка за плохое поведение, что в итоге способствует побегам из дома и бродяжничеству, приводит подростка в асоциальные компании. В клинических проявлениях дисфорической депрессии нами выявлены аддитивные формы нарушения поведения: склонность к агрессии и физическому насилию, мелким правонарушениям, воровству, побегам из дома и бродяжничеству, табакокурению, ранняя алкоголизация и эпизодическое употребление ПАВ. В нашем исследовании дисфорическая депрессия была верифицирована чаще (у 33 подростков), чем другие виды, и в основном наблюдалась у мальчиков с социализированным расстройством поведения. У подростков с тревожной депрессией на фоне сниженного настроения возникало чувство ожидания опасности неопределённого характера, которое формировало представление о неблагоприятном развитии событий, подростки находились в состоянии постоянного напряжения. Тревожная депрессия была установлена у 30 подростков об-

следуемой группы. Ипохондрическая депрессия наблюдалась у подростков, которые предъявляли жалобы на боли различной локализации, исходящие из внутренних органов, опасались наличия у себя неизлечимых заболеваний, отличались мнительностью и нерешительностью. В клинической картине астенопатической депрессии ведущими жалобами были быстрая утомляемость и слабость, упадок сил, снижение двигательной активности, плохая переносимость большого скопления людей, невозможность находиться в обществе сверстников и одноклассников, трудности в общении, бездеятельность, чувство скуки и уныния. Наличие данной симптоматики вызывало у подростка стремление к одиночеству, ощущение неполноценности, никчёмности, нарушение взаимоотношений с родителями и близкими, расстройство школьной адаптации и формирование суицидальных мыслей и намерений. Вариант астенопатической депрессии встречался у 14 подростков, которые в большей мере предъявляли жалобы на слабость, плаксивость, быструю истощаемость и усталость. Подростки аgravировали имеющиеся соматические заболевания, на фоне пониженного настроения, отсутствия аппетита, повышенной утомляемости, отказывались посещать школьные занятия и уроки, готовить домашние задания, помогать по дому. Маскированная депрессия встречалась у 20 пациентов исследуемой выборки. В клинической картине всех вариантов депрессивной патологии регистрировались дисморфофобические включения в виде жалоб на чувство собственной неполноценности, наличие физических недостатков, несоответствие эталонам и стандартам красоты, в отличие от нервной анорексии, подростки с дисморфофобической депрессией не стремились изменить себя, соблюдая диеты и ограничительное пищевое поведение, а наоборот, были пассивными и удручёнными, у них отмечалось чувство малоценности, никчёмности, ненужности из-за наличия лишнего веса и недостатков во внешности. Такие состояния сопровождалось понижением аппетита на фоне гипотимии и появления рудиментарных идей самоуничтожения.

Сравнительный анализ распределения подростков с разным типом акцентуации характера в зависимости от клинической формы депрессии выявил относительное преобладание дисфорических депрессий у подростков с эпилептоидной акцентуацией характера. Тревожная депрессия чаще наблюдалась у подростков с психастеническим складом личности. Астенопатическая депрессия чаще наблюдалась у истерических личностей. У гипертимных личностей относительно чаще диагностировалась ипохондрическая депрессия. На развитие суицидальных тенденций опре-

деленное влияние оказывали факты грубого обращения с подростком с применением физического насилия, побоев, издевательств, психологического давления с целью унижения, оскорбления, сексуальных домогательств и насилия.

Психометрическое тестирование по Колумбийской шкале оценки тяжести суицидального риска проводилось в период выхода пациентов из критического состояния на фоне стабилизации психоэмоционального статуса. Анализируя полученные результаты, определено, что актуальные суицидальные идеи с конкретным планом и намерением преимущественно наблюдаются у подростков с эпилептоидной и циклоидной акцентуациями характера, в то время как у истероидных акцентуантов в большей степени отмечаются пассивные суицидальные идеи и активные неспецифические мысли о самоубийстве. Исследование особенностей суицидального поведения у подростков установило, что представители истероидного и эпилептоидного типов имеют быструю тенденцию перехода от суицидальных мыслей к реализации суицидальных действий, в отличие от подростков гипертимного, неустойчивого и сенситивного типов, у которых не регистрировались суицидальные попытки. Анализ взаимосвязи между мотивами суицидальных тенденций и личностными особенностями подростков определил, что наиболее суицидоопасные мотивы – отказ от жизни и устранение преимущественно наблюдались у эпилептоидных, лабильных, циклоидных акцентуантов, которых можно отнести к группе высокого риска развития суицидального поведения.

Заключение. Таким образом, проведённое исследование особенностей депрессивной симптоматики у подростков с дисморфофобическими включениями установило, что наиболее чаще в пубертатном периоде формируются дисфорические депрессии со значительными нарушениями поведения в виде ранней алкоголизации и наркотизации, склонности к патохарактерологическим реакциям протеста у мальчиков-подростков с эпилептоидной акцентуацией характера с актуальными суицидальными мыслями импульсивного характера. Для девочек-подростков с истероидной акцентуацией характера в большей мере характерны тревожные депрессии с наличием пассивных неспецифических суицидальных мыслей демонстративно-шантажного характера. Наиболее высокий суицидальный риск наблюдается при дисфорическом и тревожном типах депрессии с дисморфофобическими включениями. Наличие в клинической картине подростковых депрессий акцентуаций характера истероидного и эпилептоидного типа сопряжено с повышением степени тяжести депрессии и риска совершения суицида.

Барышева О.В.

**НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ
В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕВОМ
НАРКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ**

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Деятельность наркологической службы Забайкальского края направлена на повышение качества и обеспечение доступности специализированной медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» населению Забайкальского края.

Забайкальский краевой наркологический диспансер является организационно-методическим центром по оказанию специализированной медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» населению города Читы и районов Забайкальского края. В структуре диспансера функционирует диспансерное отделение на 140 посещений в смену, имеющее кабинеты врача психиатра-нарколога амбулаторного приема, подростковый наркологический кабинет, кабинет амбулаторной реабилитации, кабинет медицинского психолога.

В 2021 году число посещений к врачам психиатрам-наркологам увеличилось и составило 160 997 посещений, что на 28312 посещений больше, чем в 2020 году. Число посещений к врачам психиатрам-наркологам участковым составило 30855 (2020 – 19733), по поводу заболеваний – 17704 посещений (57,7%). Увеличение количества посещений в 2021 году связано с проведением профилактических медицинских осмотров обучающихся в образовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Так, в городе Чите в 2021 году подлежало тестированию 19976 обучающихся, из них 8382 (42%) – учащиеся общеобразовательных организаций, 9341 (46,8%) – учащиеся профессиональных организаций, 2253 (11,2%) – учащиеся высших учебных заведений. Из 10718 человек, прошедших тестирование, 5880 – учащиеся общеобразовательных организаций, 4030 – учащиеся профессиональных организаций, 808 – учащиеся высших учебных заведений. Не прошли тестирование 9258 человек (46,3% от подлежащих тестированию), из них 888 (9,6%) – по причине отказа, 8370 (90,4%) – по причине отсутствия на месте учебы во время тестирования. В Чите выявлено 3 потребителя наркотических веществ кан-

набиноидов, что составило 0,03% от числа прошедших тестирование. Все они были учащимися профессиональных организаций, взяты под наблюдение врачом психиатром-наркологом для проведения профилактических мероприятий, направленных на отказ от употребления психоактивных веществ. Проведение профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях Забайкальского края продолжено в 2022 году.

В 2021 году 330 пациентов с наркологическими расстройствами были включены в амбулаторные программы реабилитации, что на 2,7% меньше, чем в 2020 году, показатель составил 7,0% от общего числа пациентов (ДФО – 8,5%, РФ – 4,7%). Успешно завершили реабилитационную программу 57,3% от числа включенных (ДФО – 48,8%, РФ – 54,7%). Отказались от реабилитации 18 пациентов, на 50% больше, чем в 2020 году.

Основными показателями, характеризующими качество оказания наркологической помощи в амбулаторных условиях по конечному результату, являются уровень ремиссий и снятия с наблюдения в связи с выздоровлением (стойким улучшением). Число больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет на 100 больных среднегодового контингента в 2021 году составило 14,9, в 2020 году – 14,3, наркоманией – 12,7 и 12,6 соответственно. Показатели, характеризующие долгосрочную ремиссию (свыше 2 лет), возросли у больных алкоголизмом – с 11,6 до 11,7 соответственно, у больных наркоманией уменьшились – с 12,5 до 12,1. В 2021 году показатели прекращения диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением (длительным воздержанием) составили: у больных алкоголизмом – 4,2 (РФ 2020 год - 3,2); у больных наркоманией – 5,5 (РФ 2020 год – 4,4).

Таким образом, наркология сегодня – это развивающаяся дисциплина. Пациентов ждут новые подходы и методы профилактики, диагностики и лечения зависимостей.

Берёзкина Ю.С.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ
В УСЛОВИЯХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

На государственном уровне важной и необходимой считается работа с людьми, которые могут столкнуться или столкнулись с проблемой зависимости.

Задача вторичной профилактики – помочь человеку отказаться от употребления психоактивных веществ, сохраняя его здоровье и улучшая качество жизни. Вторичная профилактика проводится среди пациентов, а также среди членов их семей. Обязательно принимается во внимание частая, прочно сформировавшаяся «созависимость» родственников. Профилактические меры направлены на поддержку в трудный период социализации. Они помогают больному не сорваться, вернуться к нормальной жизни без психоактивных веществ. Главная цель третичной профилактики – помочь вылечившемуся человеку адаптироваться к изменившимся условиям жизни.

В стационарном отделении ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер» работу по профилактике проводят врачи психиатры-наркологи, психотерапевты, медицинские сестры, психологи и социальные работники.

Основными профилактическими направлениями, которые используются в отделении, являются: мотивационная работа для дальнейшего лечения в отделении медицинской реабилитации, фильмотерапия, арт-терапия, групповая работа с элементами тренинга, индивидуальная работа с применением метафорических карт, патопсихологическое обследование для выявления психического состояния и мотивации на дальнейшее лечение, раздаточный материал в виде брошюр, тематические плакаты, «уголки здоровья».

В 2019 году в программу стационарно-трудовой реабилитации были включены 118 из 3608 пролеченных пациентов, в 2020 году – 34 из 2041, в 2021 году – 142 из 2398 человек, что составило 3,3%, 1,7% и 5,9% от общего числа пролеченных пациентов соответственно. Важно принять во внимание, что уменьшение показателя в 2020 году связано с временным открытием на базе наркологического стационара инфекционных коек для лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией.

В отделении активно работает «Лекторий здоровья», в рамках которого проводятся лекции по профилактике зависимостей и их осложнений, по здоровому образу жизни. Охват лекциями среди пролеченных пациентов составляет 98% и остается стабильным в течение последних трех лет. Кроме того, врачи отделения участвуют в подготовке телесюжетов и статей в СМИ.

Таким образом, проведение профилактической работы на этапе стационарного лечения является одной из важных составляющих в терапии зависимостей, которая помогает добиться длительных и качественных ремиссий.

Бобочкова Е.А., Фадеева Е.В.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СКРИНИНГА И МОТИВАЦИОННОГО
КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ С ЦЕЛЬЮ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ
И ПРОФИЛАКТИКИ РИСКОВАННОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ
ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ И АЛКОГОЛЯ СРЕДИ ПОТЕНЦИАЛЬНО
ЗДОРОВОГО НАСЕЛЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Павловская центральная районная больница, Павлово, Россия
Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии им. В.П. Сербского, Москва, Россия*

Введение. Метод скрининга и мотивационного консультирования, использующийся с целью раннего выявления и профилактики рискованного и вредного потребления психоактивных веществ (ПАВ), активно внедрен в работу организаций, оказывающих первичную доврачебную и первичную врачебную медико-санитарную помощь при проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации взрослого населения (Приказ Минздрава России от 27 апреля 2021 года № 404н). Метод также может применяться в работе врача психиатра-нарколога при организации предварительных и периодических медицинских осмотров к осуществлению работ с вредными и опасными производственными факторами (Приказ Минздрава России от 28 января 2021 года № 29н), при проведении обязательного медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (Приказ Минздрава России от 24 ноября 2021 года № 1092н) и т.д.

В данной статье отражен опыт использования врачом психиатром-наркологом метода скрининга и мотивационного консультирования для раннего выявления и профилактики рискованного потребления табачных изделий и алкоголя среди потенциально здорового населения Нижегородской области.

Материал и методы. В исследовании приняло участие 197 человек (120 мужчин и 77 женщин). Возраст обследованных составил от 18 до 68 лет ($M=37,0$, $SD=13,5$). Участники могут быть отнесены к категории «условно здорового населения», так как не имели ранее установленного наркологического расстройства. Наиболее распространенной причиной обращения к врачу психиатру-наркологу являлось прохождение предварительных или периодических медицинских осмотров, медицинское освидетельствование водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств).

Исследование включало два этапа:

1. Диагностический этап, в течение которого проводился скрининг здорового населения с использованием теста Фагерстрема для оценки тяжести никотиновой зависимости, и теста RUS-AUDIT, который предназначен для выявления рисков для здоровья, связанных с употреблением алкоголя. В случае выявления рискованного потребления табачных изделий или алкоголя пациенту предлагалось пройти мотивационное консультирование, направленное на изменение поведения, связанного с потреблением данных видов ПАВ.
2. Профилактический этап, который включал беседы небольшой длительности, направленные на то, чтобы неконфликтным образом мотивировать пациента задуматься об употреблении табака или алкоголя с целью сокращения употребления, стойкого снижения или полного отказа от употребления психоактивных веществ, а также краткие диагностические обследования, направленные на определение готовности к изменениям.

Использование скрининга и мотивационного консультирования как метода профилактики и раннего выявления рискованного потребления табачных изделий и алкоголя среди условно здорового населения проводилось непрерывно в рамках рутинной работы врача психиатра-нарколога в течение трех месяцев.

Результаты диагностического этапа. Из 196 человек (120 мужчин и 77 женщин), принявших участие в опросе и не имеющих ранее установленного диагноза психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением ПАВ, согласились пройти скрининг на рискованное употребление табачных изделий и алкогольных напитков 193 человека. Отказались от скрининга 3 женщины (1,5%), аргументируя отказ тем, что «Не хочу давать личную информацию, у меня нет зависимости», «Не хочу отвечать на Ваши вопросы. Я не пью» и т.п. Небольшая группа пациентов (22 человека, 11,2%) согласилась пройти скрининг, но так как они не курили и не употребляли алкогольные напитки в течение последних 12-ти месяцев, то не были включены в диагностические мероприятия. Данным пациентам была предоставлена информация о вредном воздействии никотина и этанола на здоровье и было рекомендовано придерживаться здорового образа жизни.

Скрининг с использованием теста Фагерстрема для оценки тяжести никотиновой зависимости прошли 105 пациентов (77 мужчин и 28 женщин). Из них зависимость «крайне слабая» (0-2 балла) была выявлена у 19 человек (12 мужчин и 7 женщин) от общего числа прошедших скрининг, «слабая зависимость» (3-4 балла) – у 19 человек (15 мужчин и 4 женщи-

ны), «зависимость средней силы» (5 баллов) – у 12 человек (10 мужчин и 2 женщины), «сильная зависимость» (6-7 баллов) – у 27 человек (22 мужчины и 5 женщин) и «очень сильная зависимость» (8-9 баллов) была выявлена у 23 человек (17 мужчин и 6 женщин). Скрининг с использованием теста RUS-AUDIT для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя, прошел 61 пациент (47 мужчин и 14 женщин). Поскольку интерпретация результатов теста зависит от пола респондента, целесообразно представить результаты скрининга отдельно для мужчин и отдельно для женщин. Так из 47 прошедших скрининг мужчин «относительно низкий риск возникновения проблем, связанных с употреблением алкоголя» (0-8 баллов) был выявлен у 6 опрошенных, «опасное употребление алкоголя» (9-13 баллов) – у 16 мужчин, «пагубное употребление алкоголя» (14-16 баллов) – у 10 мужчин, «риск возможной алкогольной зависимости» (17 баллов и более) – у 14 мужчин. Из 14 прошедших скрининг женщин «относительно низкий риск возникновения проблем, связанных с употреблением алкоголя» (0-4 балла) был выявлен у 1 опрошенной, «опасное употребление алкоголя» (5-9 баллов) – у 2 женщин, «пагубное употребление алкоголя» (10 баллов) – у 1 женщины, «риск возможной алкогольной зависимости» (11 баллов и более) – у 10 женщин.

Пациентам с выявленными рисками потребления табачных изделий и алкогольных напитков по окончании скрининга и обсуждения результатов было предложено мотивационное консультирование с целью изменения поведения, связанного с употреблением ПАВ.

Результаты профилактического этапа. Мотивационное консультирование, направленное на снижение частоты и количества потребляемых сигарет, или на отказ от употребления табака, было проведено с 37 пациентами (24 мужчинами и 13 женщинами). Консультирование по вопросам отказа от употребления табака было проведено с 7 пациентами (6 мужчинами и 1 женщиной), по вопросам отказа от употребления алкоголя – с 24 пациентами (16 мужчинами и 8 женщинами), по вопросам отказа от употребления обоих ПАВ с 6 пациентами (2 мужчины и 4 женщинами). При проведении мотивационного консультирования использовались различные техники: техника взвешивания аргументов «за» и «против» текущего уровня потребления ПАВ, методика «лист для анализа употребления табака или алкоголя» и дневник потребления алкоголя, в котором пациент мог фиксировать частотные и количественные характеристики ПАВ, дни потребления, причины, последствия и т.д. В завершение мотивационного консультирования основной причиной решения по отказу от курения и

употребления алкоголя являлись проблемы со здоровьем, либо проблемы в семье из-за употребления ПАВ.

Выводы. Использование метода скрининга и мотивационного консультирования среди населения позволило выявить достаточно высокую распространенность рискованного и вредного потребления табачных изделий и алкогольных напитков. Из 196 пациентов, прошедших скрининговые мероприятия, никотиновая зависимость различной степени тяжести была выявлена у 105 лиц (77 мужчин и 28 женщин). Рискованное употребление алкогольных напитков различной степени тяжести было выявлено у 54 пациентов (41 мужчины и 13 женщин). Часть пациентов с выявленными рисками согласились пройти мотивационное консультирование по изменению поведения, связанного с потреблением ПАВ, что имеет потенциально положительный эффект в краткосрочной перспективе.

Заключение. Использование метода скрининга в рутинной работе врача психиатра-нарколога позволило обнаружить высокую распространенность рискованного употребления никотиносодержащей продукции и алкогольных напитков среди условно здорового населения. Проведение последующего мотивационного консультирования позволило провести краткосрочное профилактическое вмешательство, эффективность которого зависит от многих факторов – уровня риска формирования зависимого поведения, степени готовности к изменению поведения, связанного с употреблением данного вида ПАВ, наличия сопутствующих соматических заболеваний и т.д. Тем не менее, опыт использования метода скрининга и мотивационного консультирования с целью раннего выявления и профилактики рискованного потребления табачных изделий и алкоголя среди населения может быть рекомендован к использованию как в организациях, оказывающих первичную доврачебную и первичную врачебную медико-санитарную помощь, так и в организациях, оказывающих специализированную (наркологическую) медицинскую помощь. Принципы мотивационного консультирования, позволяющие бесконфликтно провести профилактическую беседу с пациентом с рискованным употреблением табака или алкоголя, позволят оказывать помощь пациентам, находящимся на доклинических стадиях развития наркологических расстройств и тем самым снизить латентность данной нозологии.

Финансовая поддержка. Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта №20-04-60222/21.

Болдовская А.В.

**АНАЛИЗ ПАРАСУИЦИДОВ НА УРОВНЕ СТАЦИОНАРА
ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В ПЕРИОД COVID-19**

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

Каждый год в мире приблизительно 800 тыс. человек умирают в результате самоубийств. Эта оценка меньше реальных значений в силу различий в методах мониторинга и регистрации смертей, а также культуральных факторов. Считается, что во время стихийных бедствий, войн или эпидемий уровень самоубийств может снижаться на некоторое время. Однако после того, как проходит непосредственный кризис, уровень самоубийств увеличивается. Пандемия COVID-19 представляет собой особую проблему для людей во всем мире, поскольку она затрагивает как физическое, так и психическое здоровье, экономику и социальную жизнь. Экономический спад, рост препятствий для получения доступа к медицинскому обслуживанию, расширение доступа к средствам осуществления самоубийства, неприемлемые сообщения в средствах массовой информации – на социальном уровне; деприоритизация психического здоровья и профилактической деятельности – на уровне общества; межличностные конфликты, пренебрежение и насилие – на семейном уровне; безработица, бедность, одиночество и безнадежность – на индивидуальном уровне: все эти факторы способствуют росту депрессии, тревоги, посттравматического стрессового расстройства, злоупотребления алкоголем, употребления психоактивных веществ и, в конечном счете, суицидального риска. Оценка факторов риска парасуицидов, их регистрация и анализ могут помочь в формировании защитных факторов, нацеленных на предотвращение суицидов.

С апреля 2020 года по декабрь 2021 года проводилось обследование сплошным методом лиц, госпитализированных в ГУЗ «Краевая клиническая больница» (г. Чита) с аутоагрессивным поведением. Всего было осмотрено 86 таких пациентов, 50 мужчин и 36 женщин, средний возраст составил 38,1 лет. Из них 9 человек оказались не относящимися к парасуицидентам: у 6 была зарегистрирована передозировка медикаментами с целью одурманивания и снятия абстиненции, 3 лица с психическими расстройствами приняли психотропные препараты в большей дозе ввиду выраженных нарушений сна и отсутствия наступления снотворного эффекта. Поэтому в дальнейшем проводился анализ 77 незавершенных случаев суицида. Из них 10,4% являлись учащимися, 28,2% работающими,

38% безработными, 22,2% инвалидами и пенсионерами, и 1,2% состояли на учете в центре занятости населения.

Ранее попадали в поле зрения психиатров 32,5%. Наследственность обратившихся за медицинской помощью с суицидальным поведением была отягощена суицидом родственников в 13% случаев, алкоголизмом в 26,7% и психическим расстройством близких – в 19,7% случаев.

Наиболее популярным способом ухода из жизни оказалось полимедикаментозное отравление (53,2%), его выбрали 13 мужчин и 28 женщин; 16,8% совершили попытку самоповешения (11 мужчин и 2 женщины); 12,9% отравились уксусной кислотой (7 мужчин и 3 женщины); самопорезы в область живота и груди нанесли 6,5% осмотренных мужского пола; 3,9% совершили прыжок с высоты; 1 мужчина (1,3%) произвел самострел в голову и 1 (1,3%) вдыхал окись углерода в гараже с включенным двигателем автомобиля; 3,9% суицидентов предприняли двойную попытку самоубийства (самопорезы и медикаментозное отравление, самопорезы и отравление уксусной кислотой, отравление медикаментозное и химическими жидкостями).

Причиной суицида 28,5% указали конфликты с близкими людьми (в том числе по бытовым и финансовым вопросам), 14,2% – развод и смерть партнера. На «депрессию» сослались 23,3% респондентов, на финансовые проблемы и долги 10,3%, амнезировали обстоятельства парасуицида, отрицали его факт и отказались раскрывать причины 18,2% опрошенных, под действием галлюцинаторных и бредовых переживаний оказались 5,2% пациентов.

Большинство попыток было совершено в состоянии алкогольного опьянения – 49,3%, в абстиненции – 10,3%, остальные 40,4% в трезвом виде. 83,1% совершали суицидальные действия дома, 31,1% повторно в течение жизни.

Структура психических расстройств среди парасуицидентов распределилась следующим образом: 20,7% составили расстройства личности; 20,7% – психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением ПАВ; 18,1% – невротические расстройства; 16,8% – органические психотические и непсихотические расстройства; 9% – шизофрения и шизо-типическое расстройство; 5,2% – умственная отсталость; 7,8% – расстройства поведения и эмоций детского и подросткового возраста. Из 65 человек направленных на стационарное лечение в психиатрический стационар, госпитализированы были 42, 1 случай парасуицида за время лечения в условиях реанимации стал законченным, 3 из приемного покоя ГКУЗ «ККПБ

им. В.Х. Кандинского» были перенаправлены за амбулаторной помощью в диспансерное отделение, 5 не переводились по неизвестным причинам, 14 пациентов после оценки суицидального риска медицинскими психологами и повторного осмотра психиатром, спустя некоторое время от первичного, с отказом от госпитализации были отпущены домой.

22% обследованных показали манипулятивное отношение к парасуициду, 20,7% – критическое, 16,8% – аналитическое, 14,2% – суицидально-фиксированное, 25,9% лиц продемонстрировали отсутствие критики к совершенной попытке, из них 40% по причине измененного сознания на момент осмотра и 60% в попытках скрыть и психологизировать существующие психологические проблемы из-за страха стигматизации и социальных последствий.

Заключение. Данный анализ позволяет сделать выводы о том, что работа государства по профилактике суицидального поведения должна быть направлена на искоренение безработицы и пьянства в стране и социальную поддержку лицам, попавшим под сокращение ввиду введенных карантинных мероприятий; на расширение доступности психологической помощи детям и подросткам в условиях ограничительных мер и дистанционного обучения; на усиление контроля отпуска лекарственных препаратов в аптечных организациях; на привлечение внимания к психиатрическим службам и их освобождение от перепрофилирования в стационары для лечения новой коронавирусной инфекции.

Бочкарёва Т.К.

**НОМЕНКЛАТУРА ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ,
ОБНАРУЖЕННЫХ В ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ
ЛАБОРАТОРИИ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЕВОГО
НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА**

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Химико-токсикологические исследования являются неотъемлемой частью медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического). В Забайкальском крае химико-токсикологические исследования биологических объектов живых лиц проводятся в лаборатории ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер» (ГАУЗ ЗКНД).

Химико-токсикологические исследования в 2021 году составили

22,4% 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 2,9% по сравнению с 2020 годом, что связано с уменьшением количества обследуемых во всех отделениях наркологического диспансера. Доля исследований на наркотические вещества уменьшилась на 4,4%, доля исследований на алкоголь и суррогаты увеличилась на 74%. В 2021 году увеличение по этому виду исследований связано с перепрофилированием Городской клинической больницы № 1 в моностационар для оказания помощи больным с новой коронавирусной инфекцией. В настоящее время лаборатория ГАУЗ ЗКНД единственная в Забайкальском крае проводит исследование биологических объектов живых лиц на суррогаты алкоголя.

Самую большую группу обследованных на наркотические вещества составляют пациенты отделения медицинских смотров. Исследования в этом случае проводятся не в лаборатории, а в процедурном кабинете медсестрами отделения медосмотров с применением анализаторов, обеспечивающих регистрацию и количественную оценку результатов исследования путем сравнения полученного результата с калибровочной кривой. В случае положительного предварительного результата проба направляется в лабораторию для подтверждения. Всего в 2021 году в процедурном кабинете было обследовано 25806 человек, в 2020 году – 22036, в 2019 году – 22906 человек.

Обследование остальных групп проводится в лаборатории. Самая многочисленная группа – пациенты, обследуемые в рамках диспансерного наблюдения: 9199 человек против 7443 человек в 2020 году (на 1756 больше), но меньше, чем в 2019 году (10729 человек). По направлениям органов внутренних дел обследовано 1026 человек. Из медицинских организаций районов края обследовано 1529 человек, на 284 больше, чем в 2020 году, но меньше, чем в 2019 году (1583 человека). Стационарных пациентов обследовано 213 человек, в 2020 году – 216, в 2019 году – 373.

Если проанализировать выявляемость наркотических веществ в различных группах обследуемых, можно отметить, что самый низкий процент положительных проб (0,22%) наблюдается в группе лиц, прошедших обследование в отделении медосмотров. Из более чем 25 тыс. обследованных подтвержденные положительные пробы выявлены только у 62 человек, при этом в 35 случаях обнаружен тетрагидроканнабинол, в 19 случаях – фенобарбитал (в основном в терапевтической дозе, связанный с приемом корвалола или андипала), в 14 случаях – карбамазепин,

в 1 случае – альфа-пирролидиновалерофенон, в 1 случае – амфетамин. В амбулаторной группе выявлено 5,5% положительных проб, что вполне объяснимо мотивацией пациентов, но этот процент выше, чем в прошлом году (3,8%). В группе обследуемых в кабинете освидетельствования и по направлениям из районов половина проб прошла с положительным результатом. Самый высокий процент положительных проб – в стационарных отделениях (93%).

При анализе возрастных групп обследуемых можно отметить, что в группе детей и подростков количество потребителей самое наименьшее. В возрастной категории от 0 до 14 лет отмечается уменьшение числа обследованных и числа выявленных потребителей: 0,94% в 2019 году, 1,5% в 2020 году и 0,5% в 2021 году. Одну треть этой группы составили дети, поступившие с отравлением в ГУЗ «Краевая детская клиническая больница». В группе подростков произошло снижение показателя в 2 раза: 3,7% в 2019 году, 3,8% в 2020 году и 1,9% в 2021 году. В категории взрослых отмечен рост потребителей на 3%.

В возрасте от 0 до 14 лет в 2021 году обследовано 50 детей. У 12 подтверждено наличие психоактивных веществ. В 8 случаях обнаружен алкоголь (16%), это довольно много по сравнению с 2020 годом (9 случаев или 12%), в 1 случае обнаружен тетрагидроканнабинол. Впервые в этой группе выявлен трамадол – 1 случай (вероятнее всего по назначению врача), обнаружено 2 лекарственных препарата (фенибут и леветирацетам).

В возрасте от 15 до 17 лет обследовано 367 подростков, у 48 подтверждено наличие психоактивных веществ. Алкоголь выявлен в 11 случаях, тетрагидроканнабинол – в 14, опиаты – в 1, альфа-пирролидиновалерофенон – в 7, в 1 случае обнаружен фенobarбитал, в 11 случаях – лекарственные вещества (карбамазепин, баклофен, триган), а так же 1 случай употребления амфетамина.

В номенклатуре всех обнаруженных наркотических средств и психотропных веществ на первом месте традиционно расположены каннабиноиды (48,6% против 46,2% в 2019 году и 48% в 2020 году). С 2018 года наблюдается снижение показателей в этой группе до уровня менее 50%, за счет того, что снизилось количество потребителей этого наркотика и отмечается рост потребления других групп.

На втором месте – новые синтетические наркотики (в 2019 году они составляли 15,7%, в 2020 году наблюдался рост до 26,5%, а в 2021 снижение до 19%). В группе опиатов в 2020 году показатель снизился до 10% по сравнению с 2019 годом, в 2021 году показатель не изменился. Более

всего эта группа представлена героином, кокаином, морфином, трамадолом и метадонем. В группу психотропных веществ вошли лекарственные препараты. В 2020 году в этой группе наблюдалось снижение до 7,8% по сравнению с 2019 годом, а затем рост до 11,5% в 2021 году. Эта группа представлена в основном карбамазепином и прочими противоэпилептическими препаратами, жаропонижающими, нестероидными противовоспалительными средствами, миорелаксантами, антидепрессантами и прочими препаратами. В группе барбитуратов отмечен небольшой рост от 5,3% в 2020 году до 5,9% в 2021 году. Основную группу выявленных в этой группе составляют обследуемые в отделении медосмотров. В большинстве случаев был обнаружен фенобарбитал в терапевтической дозе. Фенилалкиламины – самая малочисленная группа. В 2019 году в этой группе всего зафиксировано 5 случаев употребления (4 случая МДМА и 1 мефедрон), в 2020 году уже 9 случаев (в основном это мефедрон, который мы часто наблюдаем в сочетании с альфа-пирролидиновалерофеноном, а так же МДМА). В 2021 году отмечен резкий рост до 40 случаев: мефедрон (22 случая) и экстази (14 случаев). В целом в этой группе отмечено почти 10-тикратное увеличение в динамике за 3 года (от 5 до 40 случаев).

В 2019 году в лаборатории был внедрен метод определения уровня карбогидрат-дефицитного трансферрина (СДТ) с целью выявления злоупотребления алкоголем. Основную долю исследований на СДТ составляют медицинские работники, обследуемые в рамках медицинского осмотра при допуске к работе с наркотиками (78,8%). Одну четверть составляют обследуемые в рамках КАВПО и медосмотра граждан, управлявших транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения (21,2%). В 2019 году на СДТ было обследовано 1378 человек, в 2020 году – 1236, в 2021 году – 1203 человека. Патологический уровень содержания СДТ составляет более 1,6% от всех углеводных цепей молекулы трансферрина. В 2019 году патологические пробы выявлены в 6,9% случаев, в 2020 году – у 6,0%, в 2021 году – у 4,9%. Если проанализировать различные группы обследуемых, то можно отметить, что самый низкий процент положительных проб (2,3%) наблюдается в группе медицинских работников. В группе обследуемых в рамках КАВПО из 255 обследованных подтвержденные положительные пробы выявлены у 38 человек (15%), что свидетельствует о продолжении употребления алкоголя в этой группе.

В химико-токсикологическую лабораторию ГАУЗ ЗКНД доставляются пробы из медицинских организаций Забайкальского края. Общее количество доставленных в 2021 году проб увеличилось на 520 (29%) по

сравнению с 2020 годом. Увеличение произошло только за счет проб, доставленных из ГУЗ «Краевая клиническая больница» (всего 508) и связано с перепрофилированием городской больницы № 1, в то время как другие медицинские организации края снизили количество доставляемых проб.

Заключение. Оценивая работу лаборатории в целом, можно отметить некоторые важные моменты: увеличение доли исследований на алкоголь и суррогаты, связанное с перепрофилированием ГУЗ ГКБ № 1 в моно-стационар; уменьшение количества обследованных детей и подростков; увеличение употребления алкоголя детьми от 0 до 14 лет; увеличение употребления новых синтетических наркотиков подростками от 15 до 17 лет; снижение количества потребителей наркотиков каннабисной группы и рост потребления по другим группам; 10-тикратное увеличение случаев употребления фенилалкиламинов в динамике за 3 года за счет мефедрона и экстази; снижение количества проб, доставляемых из краевых медицинских организаций (за исключением ГУЗ ККБ).

Бунина М.В.
**АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ
ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**

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

Численность детского населения (от 0 до 14 лет) в Забайкальском крае в 2021 году составила 225 276 человек, в 2020 году – 227 371, в 2019 году – 230 057 человек, из них в краевом центре (г. Чита) 66 753, 66 873, 66 702 человек соответственно. Общая болезненность детского населения Забайкальского края в 2021 г. выросла и составила 2422,8 на 100 тыс. детского населения; в 2020 г. – 2169,6 на 100 тыс. детского населения, в 2019 г. – 2146,9. Показатель 2021 г. выше соответствующих показателей за 2019 и 2020 гг. и практически равен таковому по РФ. Болезненность непсихотическими расстройствами в 2021 г. увеличилась и составила 1674,8 на 100 тыс. населения; (в 2020 г. – 1485,2, в 2019 г. – 1454,9). При этом показатель по краю ниже общероссийского. Болезненность умственной отсталостью повысилась за три последних года: в 2019 г. – 570,3 на 100 тыс., в 2020 г. – 543,2, в 2021 г. – 582,8. Показатель по краю в 2021 году значительно ниже общероссийского. Болезненность психотическими расстройствами за анализируемый период выросла и составила в 2021 г. – 165,1 (в 2020 г. – 141,2, в 2019 г. – 121,7).

При этом показатель болезненности детской шизофренией в течение трех последних лет остается относительно стабильным, однако вырос показатель РАС – от 10,0 в 2019 году до 27,1 в 2021 году. Структура болезненности психическими расстройствами детского населения Забайкальского края за последние три года остается стабильной: значительно преобладают непсихотические расстройства, составляя в среднем за три последних года 69% (главным образом, это органические непсихотические расстройства с интеллектуально-мнестической недостаточностью), далее следует умственная отсталость (в среднем 24%) и лишь незначительную часть (7% в общей структуре) составляют психотические расстройства. При этом структура психических расстройств в целом близка к таковой в РФ, и даже выше в части психотических расстройств за счет расстройств аутистического спектра (165,1 на 100 тыс.) Показатель болезненности детского населения Забайкальского края за последние 3 года принципиально не изменился.

Общий показатель заболеваемости психическими расстройствами детского населения увеличился в 2021 году и составил 525,6 на 100 тыс. детского населения (в 2020 г. 386,6, в 2019 г. 535,5 на 100 тыс.), что значительно выше показателя по РФ – 421,1 в 2020 году и показателя ДФО – 314,7 в 2020 году. Заболеваемость непсихотическими расстройствами в 2021 г. составила 409,7 на 100 тыс. (в 2020 г. – 303,0; в 2019 г. – 436,4). Показатель увеличился, однако остается ниже показателя РФ. Показатель заболеваемости умственной отсталостью в 2021 г. составил 99,0 (в 2020 г. – 71,2; в 2019 г. – 85,6). Таким образом, заболеваемость умственной отсталостью увеличилась, а также стала выше общероссийского показателя. Показатель заболеваемости психотическими расстройствами остается высоким в 2021 году – 16,9 (12,3 в 2020 г., 13,5 в 2019 г.). Таким образом, заболеваемость психотическими расстройствами выше показателей последних трех лет и выше такового показателя по РФ. В структуре заболеваемости психическими расстройствами у детей Забайкальского края за последние три года произошло значительное повышение показателя умственной отсталости и одновременно уменьшение показателя непсихотических расстройств.

С 2018 года на основании распоряжения Минздрава Забайкальского края начал формироваться региональный регистр детей с впервые выявленной психической патологией. Кроме того, с 2018 по 2020 гг. было выполнено 10 командировок в районы края 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 инфекции COVID-19 произошло снижение заболеваемости по всем нозологическим группам, вследствие малого количества профилактических медицинских осмотров детей по приказу Минздрава России от 10 августа 2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»; вследствие той же причины выезды в районы края детских врачей психиатров ГКУЗ «ККПБ им. В.Х. Кандинского» с целью выявления детей с психическими расстройствами и расстройствами поведения в 2020 г. и 2021 г. не осуществлялись. Так же в 2021 году была низкая активность врачей психиатров районов (малое число случаев выявленной психической патологии). Необходимо отметить, что подавляющее количество случаев выявления психической патологии происходило на уровне амбулаторной службы ККПБ им. В.Х. Кандинского, детского кабинета диспансерного отделения и отделения оказания психиатрической помощи для детей и подростков в амбулаторных условиях. Выявление психической патологии в условиях круглосуточного стационара для детей в 2021 году было значительным. Кроме того, остается прежней проблема: значительная доля детей консультируются в частных медицинских организациях, в организациях Министерства социальной защиты населения и Министерства образования Забайкальского края. Дети, осмотренные в данных организациях, не подлежат наблюдению, сведения о них не передаются по Закону «О защите персональных данных». В целом структура психической патологии у детей в 2021 году близка к таковой по РФ, даже в части диагностики детской шизофрении и РАС на 100 тыс. детского населения.

За последние три года отмечено уменьшение общего показателя инвалидности детского (0-17 лет) населения Забайкальского края по психическим заболеваниям – от 453,3 в 2019 г. до 447,0 в 2021 г. (2020 год: РФ – 547,6, ДФО – 608,7). Первичный выход на инвалидность незначительно уменьшился – с 58,5 в 2019 г. до 55,0 в 2021 г., что соответствует общероссийским показателям (2020 год: РФ – 53,6, ДФО – 57). Ведущей причиной первичного выхода на инвалидность в связи с психическими расстройствами в детском возрасте в 2021 году стала умственная отсталость – 19,2, затем хронические неорганические психические расстройства – 17,3 на 100 тыс. нас. Показатель первичного выхода на инвалидность по шизофрении в 2021 г. составил 1,9; показатель первичного выхода при РАС составил 15,1 в 2021 г. (он существенно вырос – с 9,3 в 2019 г.). Показатель первичного выхода на инвалидность вследствие психических расстройств при эпилепсии составил 1,1 на 100 тыс. детского населения. Указанные

данные в целом согласуются с динамикой показателей болезненности и заболеваемости детского населения края за период с 2019 по 2021 гг. Таким образом можно назвать две основные причины первичного выхода на инвалидность – это РАС и умственная отсталость. Низкой по сравнению с данными по РФ остается инвалидность по шизофрении, что согласуется с показателями болезненности и заболеваемости детского населения.

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

**О РЕЗУЛЬТАТАХ МОНИТОРИНГА СМЕРТНОСТИ ОТ ПРИЧИН,
СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ И ДРУГИХ
ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ, В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ**

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

В соответствии с письмом заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации от 12.02.2018 года № 17-6/10/2-852 Минздрав России осуществляет мониторинг мероприятий по снижению смертности от основных причин, в том числе связанных с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ (ПАВ). Цель мониторинга – оперативно выявлять недостатки в организации медицинской помощи населению регионов и своевременно принимать управленческие решения по их устранению.

Смертность от причин, связанных с употреблением алкоголя и других ПАВ, является одним из ключевых индикаторов наркологической ситуации. ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер» ежеквартально предоставляет статистическую информацию и аналитическую справку в адрес главного внештатного специалиста психиатра-нарколога Минздрава России по Дальневосточному федеральному округу.

В 2021 году в Забайкальском крае по результатам мониторинга смертности от причин, связанных с употреблением алкоголя и других ПАВ, наметились как положительные, так и отрицательные тенденции в сравнении с 2020 годом.

Общее число пациентов с наркологическими расстройствами, снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью, в 2021 году составило 285 человек, что на 8,4% меньше по сравнению с 2020 годом (311 чел.). Показатель на 100 тыс. населения составил 27,1, что ниже показателя по ДФО 2021 года (36,5) на 25,8%. Снижение данного контингента произошло за счет уменьшения на 16,5% числа пациентов с диагнозом «синдром зависимости от алкоголя», снятых с диспансерного наблюдения в связи со

смертью, с 278 человек в 2020 году до 232 человек в 2021 году. На 50% увеличилось число пациентов с диагнозом «пагубное употребление алкоголя», а также на 75% – число пациентов с диагнозом «пагубное употребление наркотиков», снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью. На 46,2% возросло число пациентов с диагнозом «синдром зависимости от наркотиков», снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью, с 13 пациентов в 2020 году до 19 пациентов в 2021 году, из них 8 человек умерло от соматических заболеваний, 8 человек – по неизвестным причинам, 2 – по причине самоубийства и 1 – от других известных причин. В целом по ДФО общее число пациентов с наркологическими расстройствами, снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью, увеличилось на 62,2% с 1820 человек в 2020 году до 2985 человек в 2021 году.

Число лиц, умерших от отравления алкоголем и его суррогатами, в 2021 году незначительно увеличилось и составило 149 человек против 148 человек в 2020 году. По ДФО по данному контингенту отмечается снижение на 0,6%. В 2021 году показатель смертности от отравления алкоголем и его суррогатами составил по краю 14,1 на 100 тыс. населения (на уровне 2020 года – 14,0), но превышает показатель по ДФО 2021 года (10,6) в 1,3 раза.

В 2021 году от отравления наркотиками и психодислептиками умерло 2 человека (в 2020 году – также 2). По ДФО число лиц, умерших от отравления наркотиками и психодислептиками увеличилось на 12,7% и составило в 2021 году 71 человек, показатель смертности составил 0,87; по Забайкальскому краю – 0,18, что ниже на 79,3%.

В мониторинге отслеживается динамика числа пациентов с диагнозом «синдром зависимости от алкоголя», выбывших из стационара в связи со смертью. В 2021 году таких пациентов было зарегистрировано по Забайкальскому краю 16 человек, что на 23,1% больше, чем в 2020 году (13 человек). Забайкальский край по данному показателю занимает одно из первых мест в ДФО. В целом, по ДФО в 2021 году число данных пациентов уменьшилось на 33,3%. Смертей среди пациентов, выбывших из стационара с диагнозом «синдром зависимости от наркотиков», в 2020-2021 годах в Забайкальском крае зарегистрировано не было.

Кроме того, данный мониторинг содержит аналитическую информацию по вопросам кадрового и коечного обеспечения наркологической службы Забайкальского края. В Забайкальском крае в 2021 году работало 48 врачей психиатров-наркологов. Обеспеченность населения края врачами психиатрами-наркологами сохраняется на высоком уровне – 0,46 на 10 тысяч населения (2020 год: РФ – 0,34; ДФО – 0,45). В 2021 году на

9,7% уменьшилась обеспеченность врачами психиатрами-наркологами медицинских организаций амбулаторно-поликлинического звена – с 0,31 до 0,28 на 10 тыс. населения, но возросла на 5,9% обеспеченность стационарного звена – с 0,17 до 0,18 на 10 тыс. населения.

На 1 января 2022 года на территории края развернуто 156 наркологических коек круглосуточного пребывания, из них 120 на базе ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер», в том числе 25 – реабилитационных наркологических коек 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 наркологическими койками на 10 тыс. населения составил 1,48 (2020 год: РФ – 1,28; ДФО – 1,51).

Показатели первичной заболеваемости наркологическими расстройствами также являются важными индикаторами наркологической ситуации, которая в 2021 году в Забайкальском крае оценивается как неблагоприятная.

В 2021 году в Забайкальском крае показатель заболеваемости всеми наркологическими расстройствами составил 234,5 на 100 тыс. населения, в сравнении с 2020 годом (183,0) заболеваемость выросла на 28,1%, что в 2,7 раза выше показателя РФ (87,2) и в 1,4 раза – показателя ДФО (170,1). Данный показатель увеличился в связи с включением наркологических расстройств, связанных с употреблением никотина. Показатель первичной заболеваемости алкогольными психозами в крае в 2021 году составил 16,0 на 100 тыс. населения, по сравнению с уровнем 2020 года (19,2) снизился на 16,7%, но превышает аналогичный показатель по РФ (10,4) на 53,8%, но ниже на 2,4% показателя ДФО (16,4).

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

1. Выполнять Порядок диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ, утвержденный приказом Минздрава России от 30 декабря 2015 года № 1034н.
2. Осуществлять подготовку и повышение квалификации врачей психиатров-наркологов, специалистов реабилитационного звена (психотерапевтов, психологов, социальных работников).
3. Внедрять в лечебно-диагностический процесс современные методы и средства для диагностики и лечения наркологических расстройств.

4. Совершенствовать систему амбулаторной и стационарной медицинской реабилитации пациентов с наркологическими расстройствами.
5. Активизировать проведение межведомственных мероприятий по профилактике и раннему выявлению потребителей психоактивных веществ.

**Варнакова Ю.В., Казарбина М.А., Хрущёва И.В.
АРТ-ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ПСИХОКОРРЕКЦИОННОГО
ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ЭМОЦИОНАЛЬНУЮ СФЕРУ ПАЦИЕНТОВ
ОТДЕЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Изучение эмоциональной сферы личности человека и её коррекция при химической зависимости является актуальной задачей психолога в реабилитации наркологических больных, поскольку аффективные нарушения при данном заболевании занимают значительное место.

Согласно исследованиям А.Е. Айвазовой (2003), аддиктивное поведение приводит к изменению психического состояния человека, чаще всего принося ему положительные эмоции: радость, удовольствие, наслаждение, спокойствие. При этом психологической причиной формирования зависимого поведения становится накопление личностью негативных эмоций и переживаний, неспособность к их вытеснению и проработке.

И.Н. Пятницкая (1994), М.Л. Рохлина и А.А. Козлов (2001) в своих работах показали, что аффективные нарушения характерны для всех форм зависимости и на всех стадиях заболевания. Зависимая личность характеризуется рядом эмоционально-личностных особенностей: эмоциональная лабильность, затруднение в произвольном управлении эмоциями, тревога, апатия, депрессивная симптоматика, раздражительность, дисфория, вспыльчивость, низкая стрессоустойчивость, склонность к самообвинению, а также затруднение в определении и вербализации своих эмоций и эмоций других людей; затруднение в различении эмоций и телесных ощущений; фокусирование преимущественно на внешних событиях, в ущерб внутренним переживаниям.

В реабилитации применяются разнообразные психотерапевтические и психокоррекционные подходы и методы, направленные на улучшение и коррекцию эмоционального состояния пациентов. Мы в данном исследовании остановимся на применении арт-терапевтических методов в работе с эмоциональной сферой зависимых пациентов. Арт-терапия включает в

себя множество методов и техник. В своей работе мы применяли изотерапию, музыкотерапию, мандалотерапию, маскотерапию, сказкотерапию, метафорические ассоциативные карты.

Учитывая особенности эмоциональной сферы зависимых лиц, мы предположили, что арт-терапевтические методики улучшают психоэмоциональное состояние пациентов, повышают уровень эмоционального интеллекта.

Целью данного исследования является изучение влияния арт-терапии на эмоциональное состояние зависимых от употребления ПАВ пациентов.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 30 пациентов в возрасте от 18 до 45 лет, прошедших полный курс стационарного лечения (3-6 месяцев). За курс реабилитации с пациентами было проведено 15 психокоррекционных занятий арт-терапии. Было произведено сравнение показателей, полученных в начале и после прохождения курса реабилитации пациентами. На первичном и контрольном психодиагностических этапах мы применяли тесты: тест на эмоциональный интеллект Н. Холла (The Emotional Intelligence Self-Evaluation), шкалу тревожности Спилбергера-Ханина, самооценку психических состояний по Айзенку.

Результаты. Изначально по тесту на эмоциональный интеллект Н. Холла у 76,6% (23 человека) пациентов выявлен низкий уровень, средний уровень у 16,7% (5 человек) пациентов и высокий уровень у 6,7% (2 человека) от общего числа пациентов. По шкалам реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина у 83,3% (25 человек) выявлена высокая ситуативная тревожность, показатель среднего значения – у 16,7% (5 человек). Личностная тревожность: высокий показатель присутствовал у 60% (18 человек), среднее значение – у 40% (12 человек). Низкий уровень отсутствует. По методике Айзенка были выявлены следующие результаты: по шкале «тревожность» высокий уровень выявлен у 53,4% пациентов (16 человек), средний уровень у 30% пациентов (9 человек), низкий уровень выявлен у 16,6% пациентов (5 человек). По шкале «агрессивность»: высокий уровень выявлен у 36,6% пациентов (11 человек), средний уровень – у 50% пациентов (15 человек), низкий уровень – у 13,4% (4 человека). По шкале «фрустрация»: высокий уровень выявлен у 16,6% пациентов, средний уровень – у 63,4% пациентов (19 человек), низкий уровень – у 20% пациентов (6 человек). По шкале «ригидность» высокий показатель определен у 30% пациентов (9 человек), средний уровень – у 46,7% пациентов (14 человек), низкий уровень имело 23,3% пациентов (7 человек).

На этапе контрольного психодиагностического исследования были вы-

явлены следующие результаты. По тесту на эмоциональный интеллект Н. Холла зарегистрирована положительная динамика в повышении уровня эмоционального интеллекта. Показатель низкого уровня интегративного эмоционального интеллекта присутствовал у 23,3% (7 человека) пациентов, показатель среднего уровня интегративного эмоционального интеллекта – у 53,3% (16 человек) и показатель высокого уровня – у 23,3% (7 человек). Повышение значений отмечалось по всем пяти шкалам. По шкалам ситуативной и личностной тревожности отмечается также положительная динамика. Так, показатель низкого уровня ситуативной тревожности выявлен у 70% (21 человек), показатель среднего уровня – у 30% (9 человек). Личностная тревожность: низкий уровень – 16,7% (5 человек), средний уровень личностной тревожности определялся у 60% (18 человек), высокий уровень – у 23,3% (7 человек). Методика Айзенка: по шкале «тревожность» высокий уровень выявлен у 6,6% пациентов (2 человека), средний уровень – у 33,3% пациентов (10 человек), низкий уровень – у 60% пациентов (18 человек). По шкале «агрессивность»: высокий уровень представлен у 16,7% пациентов (5 человек), средний уровень – у 43,3% пациентов (13 человек), низкий уровень – у 40% (12 человек). По шкале «фрустрация»: высокий уровень выявлен у 3,3% пациентов (1 человек), средний уровень – у 40% пациентов (12 человек), низкий уровень – у 56,7% пациентов (17 человек). По шкале «ригидность» высокий показатель получен у 23,3% пациентов (7 человек), средний уровень – у 26,7% пациентов (8 человек), низкий уровень – у 50% пациентов (15 человек).

Заключение. Таким образом, после проведения сравнительного анализа результатов первичного и контрольного психодиагностического исследования можно сделать вывод о том, что курс арт-терапевтических занятий с пациентами отделения реабилитации имеет положительное влияние на состояние эмоциональной сферы пациентов.

Васильева Ю.В., Бутина М.А., Викулова Е.А.
**МОНИТОРИНГ НАРКОСИТУАЦИИ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ
ЗА 2021 ГОД**

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

В соответствии со Стратегией государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2030 года, утверждённой Указом Президента Российской Федерации от 23 ноября 2020 года № 733, создана и функционирует на постоянной основе государственная система монито-

ринга наркоситуации в Российской Федерации.

Мониторинг осуществляется в целях определения состояния наркоситуации и масштабов незаконного распространения и потребления наркотиков; выявления, прогнозирования и оценки угроз национальной безопасности, связанных с незаконным оборотом наркотиков и их прекурсоров; оценки эффективности проводимой антинаркотической политики и формирования предложений по ее оптимизации.

В соответствии с Методикой и порядком осуществления мониторинга, ситуация, связанная с незаконным оборотом наркотиков в Забайкальском крае, оценивается по четырем последовательным критериям: «нейтральная», «сложная», «предкризисная», «кризисная». Критерии оценки развития наркоситуации определяются по 10 оценочным показателям, 2 из которых относились к компетенции Министерства здравоохранения Забайкальского края.

По результатам мониторинга в 2021 году по показателю «Уровень первичной заболеваемости наркологическими расстройствами, связанными с употреблением наркотиков» ситуация в Забайкальском крае оценивается как «сложная». По показателю «Смертность, связанная с острым отравлением наркотиками» ситуация в регионе оценивается как «нейтральная».

В разрезе муниципальных образований Забайкальского края, исходя из итоговых критериев оценки, ситуация выглядит следующим образом: «предкризисная» ситуация наблюдается в 1 районе Забайкальского края; «нейтральная» – в 28 районах края, 2-х муниципальных округах и г. Чите.

В 2021 году в Забайкальском крае зарегистрировано 5166 потребителей наркотических веществ, что в структуре всех наркологических расстройств составляет 25,2% (в 2020 году – 28,7%; РФ – 21,6%). В структуре потребителей наркотических веществ: 87,7% – потребители каннабиноидов (гашиша), 6,1% – опийных наркотиков, 6,2% – психостимуляторов и других наркотиков.

На 1 января 2022 года в Забайкальском крае зарегистрировано 1137 пациентов с синдромом зависимости от наркотических веществ, что на 6 человек меньше, чем в 2020 году. Впервые было зарегистрировано 67 человек с наркоманией. С пагубным употреблением наркотических веществ в 2021 году зарегистрировано 4029 человек, что на 67 человек меньше, чем в 2020 году (4096). В 2021 году впервые зарегистрировано 659 человек с пагубным употреблением наркотиков. С учетом коэффициента латентности, количество потребителей наркотиков составляет более 6,5 тыс. человек. Среди всех зарегистрированных потребителей наркотиков традиционно преобладает доля лиц мужского пола – 97,7% (2020 год – 97,4%).

Показатель заболеваемости синдромом зависимости от наркотических веществ составил 6,4 на 100 тыс. населения, что ниже показателя за 2020 год на 26,4% (8,7), а также ниже показателя по РФ (8,5) на 24,7%, ниже показателя по ДФО (16,2) на 60,5%. Общая заболеваемость (болезненность) наркоманией в Забайкальском крае по сравнению с 2020 годом (107,9) осталась на прежнем уровне (2021 г. – 107,9), данный показатель ниже показателя РФ (152,7) на 29,3% и на 45,1% ниже показателя ДФО (196,7). Показатель заболеваемости пагубным употреблением наркотических веществ в сравнении с 2020 годом (66,3) снизился на 5,6% и составил в 2021 году 62,6 на 100 тыс. населения. Данный показатель выше российского (16,7) в 3,7 раза, а также выше показателя по ДФО (43,2) в 1,4 раза.

Суммарный показатель общей заболеваемости (болезненности) наркоманией и пагубным употреблением наркотических в 2021 году по краю составил 490,3 на 100 тыс. населения (в 2020 г. – 494,4), он превышает показатель по РФ (260,0) на 88,6% и показатель по ДФО (451,0) на 8,7%.

В 2021 году зарегистрировано 2 случая смертельных отравлений наркотическими средствами (в 2020 г. также 2 случая), 1 случай смертельного отравления психотропными веществами (в 2020 году зарегистрировано не было). Следует отметить отсутствие в 2016-2021 гг. смертельных случаев среди несовершеннолетних. В 2021 году умерло 19 пациентов с синдромом зависимости от наркотических веществ. В сравнении с 2020 годом число лиц с наркоманией, снятых с наблюдения в связи со смертью, увеличилось на 46,2% (2020 г. – 13).

В 2021 году зарегистрирован 181 потребитель наркотических веществ, состоящий под наблюдением в наркологических учреждениях края, имеющий ВИЧ-позитивный статус, из них 86 – потребители инъекционных наркотиков. Зарегистрировано 378 потребителей наркотических веществ, имеющих позитивный статус по гепатиту С, из них 111 – потребители инъекционных наркотиков.

Стационарная медицинская реабилитация пациентов с наркологическими расстройствами оказывается на базе отделения медицинской реабилитации ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер». В 2021 году 25 пациентов с синдромом зависимости от наркотических веществ находились на стационарной реабилитации (в 2020 году – 28), из них 15 успешно ее завершили.

Амбулаторная реабилитация наркологических пациентов оказывается в 34 кабинетах врачей психиатров-наркологов при центральных районных больницах, ГУЗ «Краевая больница № 3», ГАУЗ «Краевая больница

№ 4», а также в ГАУЗ ЗКНД. В 2021 году 59 пациентов с синдромом зависимости от наркотических веществ были включены в программы амбулаторной реабилитации, из них 29 успешно завершили реабилитационную программу (49,1% от числа включенных), 18 пациентов (30,5%) продолжили мероприятия программы на конец года.

Показателями эффективности и качества наркологической помощи являются показатели ремиссии и снятия с наблюдения в связи с выздоровлением. В 2021 году снято с учета в связи с длительным воздержанием 705 потребителей наркотических веществ, из них 55 пациентов с наркоманией и 650 пациентов с пагубным употреблением наркотиков. Показатель снятия с наблюдения в связи с выздоровлением (длительным воздержанием) у пациентов с наркоманией уменьшился с 9,1 в 2020 году до 5,3 в 2021 году.

Учитывая сложившуюся наркологическую ситуацию в крае, с целью снижения потребления наркотических веществ населением, необходимо продолжать работу по следующим направлениям:

- обеспечить реализацию государственной программы Забайкальского края «Комплексные меры по улучшению наркологической ситуации в Забайкальском крае» с финансированием мероприятий Программы в полном объеме;
- продолжить профессиональную подготовку и повышение квалификации специалистов наркологической службы по специальностям «психиатрия -наркология» и «психотерапия»;
- укреплять материально-техническую базу ГАУЗ ЗКНД, кабинетов врачей психиатров-наркологов медицинских организаций районов Забайкальского края; осуществить дооснащение клиничко-диагностической химико-токсикологической лаборатории ГАУЗ ЗКНД лабораторным оборудованием, используемым для диагностики употребления психоактивных веществ;
- продолжить работу отделения медицинской реабилитации для лиц с наркологическими расстройствами ГАУЗ ЗКНД и совершенствовать медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях ГАУЗ ЗКНД и районах Забайкальского края;
- продолжить проведение профилактических медицинских осмотров обучающихся общеобразовательных организаций и профессиональных образовательных организаций, а также образовательных организаций высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ;
- укреплять межведомственное взаимодействие по профилактике, лечению и реабилитации потребителей наркотических веществ.

Васюта А.К.

**НАРУШЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ
У СТУДЕНТОВ ВУЗА, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19
(РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВОГО ЭТАПА ИССЛЕДОВАНИЯ)**

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

Актуальность. На момент написания этой статьи во всем мире было зарегистрировано более 500 миллионов случаев COVID-19, большинство из которых закончилось выздоровлением. COVID-19 признан полиорганным заболеванием с широким спектром проявлений и долгосрочных последствий.

По результатам недавно опубликованного ретроспективного анализа данных когнитивного тестирования 84 285 человек старше 16 лет было выявлено, что пациенты, перенесшие COVID-19, в последующем имели более низкий общий средний балл, по сравнению с лицами без подтвержденного диагноза. Кроме того, эти участники хуже справлялись с тестами, оценивавшими зрительно-пространственные навыки и концентрацию внимания (Hampshire A. et al., 2021). По данным проведенного в 2021 году метаанализа, среди выявленных 55 симптомов, сохраняющихся у пациентов, перенесших COVID-19, наиболее часто встречаются утомляемость (58%), головная боль (44%) и нарушение внимания (27%) (Lopez-Leon S. et al., 2021). Полное восстановление эмоциональных и когнитивных функций после выписки из больницы возможно не у всех таких пациентов, у трети из них наблюдаются когнитивные нарушения (Helms J. et al., 2020).

При этом обучение в вузе может быть связано с большими интеллектуальными и эмоциональными нагрузками, что, в свою очередь, требует высоких показателей когнитивных возможностей студента, включая кратковременную и долговременную память, внимание, концентрацию, исполнительные функции, способность к абстрактному мышлению (Кузнецов В.В. и др., 2021).

В данном исследовании анализируются нарушения когнитивных функций у студентов, перенесших COVID-19. Проведен первый этап (анкетирование и тестирование участников) и сделаны предварительные выводы на основании полученных данных.

Цель данного этапа исследования: определение распространенности нарушений когнитивных функций среди студентов, перенесших COVID-19.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 39 студентов с подтвержденным диагнозом COVID-19 в анамнезе (среднее значение возраста составило 21,8; среднее отклонение по возрасту составило 1,65). Доля юношей составила 25,6%, а девушек – 74,4%. Контрольную группу образовали 38 студентов, не перенесших COVID-19 (среднее значение возраста составило 21,7; среднее отклонение по возрасту составило 1,18). Доля юношей составила 18,4%, а девушек – 81,6%.

Настоящее исследование представляло собой скрининговое тестирование группы студентов, перенесших и не перенесших COVID-19, с использованием оригинального опросника, содержащего список вопросов о состоянии психического и соматического здоровья участников, особенностях протекания COVID-19, периоде восстановления и наличии жалоб на момент заполнения анкеты. Также участникам была проведена оценка когнитивного статуса с помощью Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCA). MoCA широко используется для скрининга легких нейрочкогнитивных нарушений и оценивает различные аспекты когнитивных способностей, включая ориентацию, кратковременную память/отсроченную память, исполнительную функцию, зрительно-пространственные способности, абстракцию, называние, язык, внимание и тест рисования часов.

Результаты. По результатам анкетирования студентов, переболевших COVID-19, среднее значение балла по шкале MoCA составило 27,23. 19 из 39 (48,7%) респондентов предъявляли жалобы на впервые возникшие после перенесенного COVID-19 симптомы, такие как снижение успеваемости, трудности в обучении, рассеянность и/или нарушения памяти. У 7 из 39 (18,0%) участников результат по Монреальской шкале оценки когнитивных функций был ниже 26 баллов, что свидетельствует о наличии когнитивных нарушений. При этом у четырех из 39 (10,3%) опрошенных одновременно были выявлены жалобы на снижение когнитивных функций и снижение результата по MoCA ниже 26 баллов.

Результаты контрольной группы участников: среднее значение балла по шкале MoCA составило 27,6. Из 38 человек, не перенесших COVID-19, 8 (21,1%) предъявляли жалобы на снижение успеваемости, трудности в обучении, рассеянность и/или нарушения памяти. У троих (7,9%) респондентов был выявлен результат меньше 26 баллов по MoCA.

Проведен сравнительный анализ группы студентов, перенесших COVID-19 и контрольной группы. Студенты, переболевшие COVID-19, статистически значимо чаще жаловались на впервые возникшие после перенесенного COVID-19 симптомы, такие как снижение успеваемости,

трудности в обучении, рассеянность и/или нарушения памяти (отношение шансов 3,6; 95% ДИ 1,3-9,7). При оценке шкалой МОСА снижение когнитивных функций также чаще отмечалось в группе перенесших COVID-19, но отличия не достигали статистической значимости (отношение шансов 2,6; 95% ДИ 0,6-10,7).

Заключение. Нейропсихологические проявления новой коронавирусной инфекции COVID-19 крайне разнообразны. При этом в настоящее время данные о последствиях перенесенного COVID-19 не являются исчерпывающими. По результатам скринингового тестирования группы студентов, перенесших и не перенесших COVID-19, мы видим значительную распространенность когнитивных нарушений у переболевшей группы. Планируется проведение подробного клинико-психопатологического обследования группы лиц с выявленными нарушениями когнитивных функций и перенесенным COVID-19 в анамнезе (с применением психометрических шкал, диагностических инструментальных исследований, оценкой соматического и неврологического статусов).

**Воронина Ю.С., Бянкина Н.С., Сахаров А.В.
ОСНОВНЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ,
ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В РАБОТЕ ПСИХОЛОГА
СУВОРОВСКОГО ВОЕННОГО УЧИЛИЩА**

*Медико-санитарная часть МВД России по Забайкальскому краю,
Чита, Россия*

*Читинское суворовское военное училище МВД России, Чита, Россия
Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия*

Подготовка квалифицированных военных специалистов и развитие системы военного образования относится к одной из приоритетных задач силовых структур. Основной целью образовательного процесса в ведомственном учебном учреждении является формирование у сотрудников высокого уровня физической, функциональной и морально-психологической подготовленности. Процесс обучения курсантов характеризуется большой информационной нагрузкой в условиях дефицита времени, сочетанием интеллектуальной деятельности с выполнением учебных и военно-профессиональных задач (Бочкарев Е.В., 2018). В этой связи важной является работа психолога, направленная на психологическое сопровождение и помощь курсантам на всех этапах обучения. Психологическое сопровождение обеспечивает свободное и гармоничное развитие лично-

сти, преодоление трудностей личностного роста, коррекцию отклоняющегося поведения, устранение конфликтных ситуаций во взаимоотношениях (Кузнецова Л.Э., Кулешова М.Ю., 2015).

Другим, не менее важным направлением работы психолога военных училищ, является психологическое обследование, включающее методики, позволяющие в достаточном объеме определить интеллектуально-мотивационную готовность к обучению, уровень нервно-психической устойчивости.

Цель работы: анализ основных используемых психологических методик диагностики и сопровождения учащихся суворовского военного училища.

Методики, используемые в работе психолога суворовского военного училища, автоматизированы и представлены в аппаратно-программном психодиагностическом комплексе «Мультипсихометр». Данный комплекс позволяет проводить оценку уровня развития широкого спектра профессионально важных качеств, психологических и психофизиологических свойств, характеристик психологического состояния кандидатов в курсанты и курсантов по результатам выполнения ими психодиагностических методик или их комбинаций.

Методическое обеспечение включает в себя более 400 различных психодиагностических методик, в том числе набор классических тестов (для оценки актуального психического состояния, профессиональных склонностей, личностных и интеллектуальных особенностей), а также большой выбор программируемых деятельностных (исполнительских, психофизиологических) тестов, предназначенных для оценки скорости и точности отдельных или ассоциированных перцептивных, когнитивных и моторных операций, лежащих в основе (или опосредованно отражающих уровень развития) многих профессионально важных качеств.

Выявление степени соответствия характеристик респондента предъявляемым требованиям выражается количественно с опорой на популяционные нормы. При этом обеспечивается возможность как локального, так и дифференциального множественного прогноза по результатам выполнения одной тестовой батареи, ранжирование обследуемых лиц по локальным или интегральным характеристикам.

Установлено, что наиболее часто психологом суворовского военного училища используются следующие методики:

1. Методики оценки психического состояния: тест цветовых выборов М. Люшера в модификации Л. Собчик; самооценка психического состояния на основе рейтинговых шкал А.Б. Леонова; опросник определе-

- ния доминирующего психического состояния по Л. Куликову; оценка ситуативной тревожности по Ч. Спилбергеру в адаптации Ю. Ханина; опросник оценки степени выраженности депрессивных состояний.
2. Методики оценки личностных свойств: индивидуально-типологический опросник Л. Собчик в модификации К. Сугоняева.
 3. Методики оценки адаптированности и нервно-психического здоровья: анкета «Прогноз» (экспресс-оценка нервно-психической устойчивости, риска дезадаптации); оценка личностной тревожности по Ч. Спилбергеру в адаптации Ю. Ханина; опросник оценки склонности к отклоняющемуся поведению; экспресс-оценка склонности к суицидным реакциям (суицидального риска).
 4. Методики оценки индивидуальных особенностей межличностного взаимодействия: шкала оценки самоконтроля экспрессивного поведения при общении (опросник М. Снайдера в редакции К. Сугоняева); оценка личностной агрессивности (враждебности) при помощи опросника А. Басса и А. Дарки в адаптации Л. Почебут; опросник оценки уровня социальной (коммуникативной) тревожности.
 5. Методики оценки группы: оценка социально-психологического климата в группе; оценка структуры внутригрупповых взаимоотношений по результатам взаимного оценивания (по Д. Морено); шкала приемлемости (оценка социально-психологической структуры группы по Н. Бахаревой); исследование эмоционального и делового лидерства по Р. Кричевскому.
 6. Методики оценки общих способностей: методика изучения особенностей мышления (А.А. Алексеев, адаптированная версия опросника Р. Брэмсона и А. Харрисона); матрицы Равена; краткий ориентировочный тест.
 7. Общие методики: методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда, диагностический опросник П. Степанова «Личностный рост».

Области применения: профориентация, оценка влияния условий деятельности на работоспособность, психолого-педагогическая коррекция личности, отбор и распределение персонала, экспертиза трудоспособности, оценка эффективности лечения и реабилитации больных психоневрологического профиля и др.

Используется при проведении: психологической диагностики кандидатов на службу; психологической диагностики сотрудников при закреплении табельного оружия на постоянное ношение и хранение; психологической диагностики сотрудников, направляемых для выполнения служебных задач в условиях ЧО; психологической диагностики сотруд-

ников после выполнения служебных задач в условиях ЧО; психологической диагностики сотрудников при включении в резерв и назначении на вышестоящую должность; оценки морально-психологического состояния личного состава, социально-психологического климата в служебных коллективах; проведения социально-психологических исследований в служебных (учебных) коллективах.

Таким образом, используемый в работе психолога суворовского военного училища комплекс «Мультипсихометр» обеспечивает быстрое проведение тестирования по всем методикам в диалоговом формате; для части методик предусмотрена также возможность реализации в бланковом формате с последующей автоматизацией обработки регистрационных бланков. При этом стандартизация аппаратных и программных средств интерфейса обеспечивает быстрое овладение испытуемым навыками выполнения тестовых заданий. Применение специализированной психодиагностической клавиатуры позволяет снять проблему влияния на результаты тестирования технических характеристик и обеспечить получение разными исследователями надежных и сопоставимых данных. Повышенная точность измерения временных характеристик обеспечивается благодаря встроенному микроконтроллеру, осуществляющему первичный анализ всех действий испытуемого. Комплекс «Мультипсихометр» имеет достаточно разнообразное методическое обеспечение.

**Воронько Е.А., Колесников Д.А., Туренко С.А.,
Заикина С.Л., Кондуфор О.В.**

УРОВЕНЬ АСТЕНИИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЛАКУНАРНОЙ И ГЛОБАРНОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ

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

Деменция является достаточно серьёзным психическим расстройством, характеризующимся глубокой степенью нейрокогнитивных нарушений. Однако помимо когнитивной сферы, деменция способна затрагивать и эмоционально-личностную сферу. Часто отмечается заострение некоторых личностных черт, а также возможное развитие «общевозрастных» свойств личности, которые могут нивелировать особенности личности пациента. Снижение настроения может быть как следствием непосредственного органического повреждения головного мозга заболе-

ванием, вызвавшим деменцию, так и являться реакцией на патологическое состояние. Реактивная депрессия особенно часто отмечается на начальных этапах деменции ввиду сохранной критики. Несмотря на новые классификации, принятые международным медицинским сообществом, в практике ценной остается использование синдромального подхода, где рассматриваются две основные формы деменции – лакунарная и глобарная. Считается, что ввиду большой сохранности ядра личности у пациентов с лакунарной деменцией, расстройства эмоционально-личностной сферы менее выражены, однако ввиду гетерогенности этиологических факторов, вызывающих ее, клиническая картина может быть крайне разнообразной.

Цель исследования: определение уровня астении и депрессии у пациентов с лакунарной и глобарной деменцией.

Материалы и методы. Было обследовано 20 пациентов с деменцией в условиях стационаров ГУ «Луганская республиканская клиническая психоневрологическая больница» ЛНР. Средний возраст больных составил $74,5 \pm 6,4$ лет. Мужчин в исследовании было 8 (40%), женщин – 12 (60%). Для установления синдромологического диагноза было проведено клиническое интервью врачами-психиатрами, дополнительно проводилась диагностика с участием медицинских психологов. Было выделено две исследуемые группы: 1-я – пациенты с лакунарной деменцией ($n=11$), 2-я – пациенты с глобарной деменцией ($n=9$). Из психометрических методик применялись краткая шкала оценки психического статуса (MMSE), шкала Монтгомери-Асберга для оценки депрессии (MADRS) и шкала астенического состояния (ШАС). Статистический анализ проводился в программе Statistica 12.5. Для оценки достоверности разности результатов применялся U-критерий Манна-Уитни, корреляционный анализ проведен с использованием коэффициента корреляции Спирмена ($p \leq 0,05$).

Результаты. При сравнении групп по баллу MMSE достоверной разницы выявлено не было. Пациенты с глобарной деменцией показали более выраженный уровень астении (на 41,9 баллов больше, $p < 0,05$) и депрессии (на 7,5 баллов больше, $p < 0,05$), что может быть обусловлено локальным атрофическим или сосудистым поражением лобных долей мозга. Корреляционный анализ позволил установить высокую прямую корреляцию между уровнем астении и депрессии ($r=0,779$; $p < 0,05$).

Вывод. Астения и депрессия более выражены при синдроме глобарной деменции, что объясняется тем, что данный синдром характерен для заболеваний, поражающих области головного мозга, ответственные за формирование мотивации, адекватных поведенческих и эмоциональных реакций.

Габаева М.В., Голимбет В.Е.

**СВЯЗЬ РИСКА, ВОЗРАСТА ПРОЯВЛЕНИЯ НАЧАЛЬНЫХ
ПРИЗНАКОВ И ВОЗРАСТА МАНИФЕСТАЦИИ ШИЗОФРЕНИИ
С ПОЛИМОРФИЗМОМ ГЕНА РЕЦЕПТОРА
АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА 1 ТИПА (AGTR1)**

Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

Ген AGTR1 локализован на длинном плече 3-й хромосомы и кодирует рецептор 1-го типа к ангиотензину II, являющийся частью системы РААС (ренин-ангиотензин-альдестероновой системы). Подавляющее количество исследований полиморфного маркера rs5186 гена AGTR1 связывают его с участием в метаболических нарушениях, риске гипертензии, коронарных нарушений (Fung M. et al., 2011; Musso G. et al., 2019). Другие работы показывают его участие в провоспалительных эффектах иммунной системы (Musso G. et al., 2019), окислительном стрессе и активации клеточного иммунитета (Baniamerian H. et al., 2017), в изменениях когнитивных функций при болезни Паркинсона (Pierzchlińska A. et al., 2021), деменции и депрессии (Zettergren A. et al., 2017). Нами ранее была продемонстрирована связь полиморфизма rs5186 гена AGTR1 с преморбидным периодом шизофрении (Габаева М.В., 2018).

Цель настоящего исследования посвящена оценке вклада полиморфного маркера rs5186 гена AGTR1 в формирование психопатологической симптоматики шизофренического процесса, риска его возникновения и возраста проявления признаков заболевания.

Материалы и методы. Выборка исследуемых состояла из 2190 больных расстройствами шизофренического спектра (рубрики F 20-25 по МКБ-10), из них 1360 женщин и 830 мужчин. Оценка количественной психопатологической симптоматики проводилась по шкале The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Средний возраст больных на момент взятия биоматериала для выделения ДНК составил $34,9 \pm 13,1$ лет. Генотипирование проводилось стандартными методами ПЦР. Контрольная группа состояла из 649 здоровых добровольцев, из которых 359 были женщины, 290 – мужчины. Статистический анализ включал дисперсионный анализ и непараметрические методы (хи-квадрат, точный критерий Фишера), расчет отношения шансов (доверительный интервал 95%).

Результаты. Распределение генотипов в общей выборке больных выглядело следующим образом: AA – 1182 (54%), AC – 863 (39,4%), CC – 145 (6,6%), а в контрольной группе: 376 (58%), 239 (36,8%), 34 (5,2%)

соответственно. Распределение частот генотипов в обеих выборках соответствовало равновесию Харди-Вайнберга ($p > 0,05$). В распределении генотипов общей выборки больных, по сравнению с контрольной, достоверных отличий не обнаружено. Однако, в группе больных шизоаффективными расстройствами ($F 25$) частота аллеля С оказалась ниже, чем у группы контроля – 0,19 против 0,25 ($OR = 0,24$ ($CI 95\% 0,06-1$), $F = 0,03$, хи-квадрат = 4,51; $p < 0,05$). Среди мужчин эти соотношения практически сохраняются: 0,18 против 0,25 ($OR = 0,15$ ($CI 95\% 0,02-1,14$), $F = 0,034$, хи-квадрат = 4,46; $p < 0,05$), тогда как в группе женщин – нет. Увеличение частоты аллеля С у женщин связано с риском развития шизофрении ($F 20$): 0,23 против 0,27 группы контроля ($OR = 1,79$ ($CI 95\% 1,02-3,14$), $F = 0,038$, хи-квадрат = 4,25; $p < 0,05$).

Однофакторный дисперсионный анализ показал, что исследуемый полиморфный маркер rs5186 гена AGTR1 связан с возрастом появления инициальных признаков шизофренических расстройств $F(2, 2026) = 4,41$, $p = 0,012$, и у пациентов с генотипом CC он выше. Аналогичная ситуация наблюдается и с возрастом манифестации заболевания: $F(2, 2156) = 5,87$; $p = 0,003$).

Суммарное значение психопатологических симптомов по шкале PANSS достоверно снижено у носителей генотипа AA: $F(2, 1848) = 3,59$, $p = 0,028$, тогда как выраженность отдельных психопатологических симптомов по шкале PANSS связана с полиморфизмом rs5186 гена AGTR1 лишь на уровне тенденции. При изучении совместного влияния пола и генотипа на бальную оценку симптомов значимых результатов получено не было.

Заключение. Проведенное исследование выявило связь полиморфизма rs5186 гена AGTR1 с возрастом возникновения первоначальных признаков психического неблагополучия, с возрастом манифестации заболевания и, собственно, риском развития шизофрении у женщин, с риском шизоаффективного расстройства как у всей когорты больных, так и в группе у мужчин. Суммарное значение психопатологических симптомов, оцененных по шкале PANSS, также связано с изученным полиморфизмом.

Таким образом, исследованный маркер rs5186 гена AGTR1 является одним из важных биологических факторов, принимающих участие в формировании ранних признаков шизофрении, манифестной стадии и нозологического характера патологий шизофренического спектра.

Глушенков А.А.
ПРОФИЛАКТИКА ПОТРЕБЛЕНИЯ
ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В РАМКАХ
МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ
В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Наркологическая ситуация в Забайкальском крае в последние десятилетия остается напряженной. Мероприятия по профилактике наркологических расстройств на территории региона реализуются в соответствии с комплексным планом работы Министерства здравоохранения Забайкальского края и медицинских организаций Забайкальского края, а также в рамках Плана межведомственных мероприятий по реализации Концепции профилактики злоупотребления психоактивными веществами детьми и молодежью в образовательном пространстве Забайкальского края на 2022-2026 годы.

В рамках Концепции проводятся обучающие семинары с медицинскими и немедицинскими работниками, лекции-беседы по профилактике употребления психоактивных веществ (ПАВ) для учащихся общеобразовательных школ и профессиональных образовательных организаций Забайкальского края. Разрабатываются наглядные материалы для населения по профилактике употребления ПАВ. Профилактическая работа построена на принципах межведомственного взаимодействия с заинтересованными министерствами и ведомствами, целью которого является проведение совместных и эффективных профилактических мероприятий по предупреждению и раннему выявлению наркологических расстройств, а также снижение риска их развития.

Ежегодно совместно с Министерством здравоохранения субъекта, Министерством образования науки и молодежной политики и Управлением внутренних дел России по Забайкальскому краю планируются, организуются и проводятся краевые широкомасштабные профилактические акции: «Родительский урок», «Здоровье молодежи – богатство России», «Летний лагерь – территория здоровья», «Классный час», «Правовой час» и «Месячник правовых знаний». Врачи психиатры-наркологи принимают активное участие в общероссийских профилактических акциях «Сообща, где торгуют смертью», «Дети – России» и «Призывник».

Проводятся краевые информационно-тематические декадни: к Всемирному дню без табачного дыма; к Международному дню борьбы с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков; к Всероссийскому дню трезвости и к Международному дню отказа от курения.

В 2021 году принято участие в межведомственной акции «Единый классный час» направленной на формирование у подрастающего поколения приверженности к здоровому образу жизни и профилактике наркологических заболеваний.

В 2021 году продолжено сотрудничество в рамках межведомственного взаимодействия со СМИ: организовано 11 телесюжетов на ГТРК «Чита», 20 радиоэфиров на Радио Маяк, Радио FM и Радио Россия; опубликовано 10 печатных статей в газете «Будьте здоровы!» и медицинском журнале «Медицина Забайкалья». Организовано 20850 видеодемонстраций, 25 пресс-конференций и круглых столов.

Специалистами ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер» проведено 160 мероприятий общим охватом 7008 человек по вопросам профилактики употребления ПАВ среди школьников, студентов профессиональных организаций, вузов и работников организаций с использованием различных способов профилактической работы (лекции, беседы, круглые столы и т.д.). Разработано 25 наименований раздаточных материалов (буклеты, листовки и плакаты), распространено около 39000 экземпляров печатной продукции для населения по профилактике никотиновой, алкогольной и наркотической зависимости.

За 2020-2021 учебный год продолжилась профилактическая акция «Ярмарка здоровья» в школах краевого центра для учащихся 9-11 классов по профилактике наркологических расстройств. Организаторами межведомственной акции выступили городской комитет образования совместно с УМВД России по Забайкальскому краю, Забайкальским краевым наркологическим диспансером, Краевой клинической инфекционной больницей, краевым Центром диагностики и консультирования «Семья», городским научно-методический Центром и Управлением Роскомнадзора по Забайкальскому краю.

Специалисты ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер» провели обучающие семинары-занятия в дистанционном формате для волонтерских отрядов по наркологической тематике, общим охватом более 350 волонтеров образовательных организаций районов Забайкальского края.

Таким образом, профилактические мероприятия, проводимые в рамках межведомственного взаимодействия, играют определяющую роль в эффективности профилактической работы по противодействию употреблению психоактивных веществ и ориентированы на здоровый трезвый образ жизни населения Забайкальского края.

**Голимбет В.Е., Плакунова В.В., Лежейко Т.В.
ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ
И СЕЗОНА РОЖДЕНИЯ НА КЛИНИЧЕСКИЕ
ХАРАКТЕРИСТИКИ ШИЗОФРЕНИИ**

Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

Шизофрения относится к заболеваниям, в этиологии и патогенезе которых важная роль принадлежит как генетическим, так и средовым факторам. Также накапливается все больше доказательств взаимодействия между этими факторами (Børglum A. et al., 2013; Zwicker A. et al., 2018). В настоящей работе сделана попытка исследовать влияние семейной отягощенности по шизофрении, которая отражает вклад генетических факторов, и рождения в зимние месяцы, рассматриваемого в качестве важного средового фактора риска этого заболевания (Alvarez-Mon M. et al., 2021, Hsu C. et al., 2021), на клинические характеристики шизофрении на большой выборке пациентов из российской популяции.

Цель работы заключалась в оценке независимых и взаимных эффектов выбранных факторов на возраст начала заболевания и выраженность основных симптомов шизофрении и оценке возможности дальнейшего использования полученных результатов для молекулярно-генетических исследований.

Материал и методы. Были проанализированы результаты клинического обследования 1590 больных шизофренией (F 20.0 по МКБ-10) из коллекции лаборатории клинической генетики, предназначенной для молекулярно-генетических исследований. В анализ включали клинические характеристики болезни (возраст манифестации заболевания, выраженность симптомов, которые оценивали по шкале PANSS), сведения о семейной истории шизофрении и сезоне рождения больного. Статистическую обработку результатов проводили с помощью многофакторного дисперсионного анализа, в котором в качестве зависимой переменной использовали клинические характеристики, а в качестве независимых факторов – наличие/отсутствие наследственной отягощенности по шизофрении среди родственников первой степени родства и рождение в зимние месяцы/рождение в остальные месяцы, пол.

Результаты. Исследуемая группа включала в себя 1153 женщины и 437 мужчин. Семейная отягощенность присутствовала у 569 больных (427 женщин, 142 мужчины) и отсутствовала у 1021 (726 женщин, 295 мужчин). Рождение в зимние месяцы имело место в 415 случаях (26,1%). В

группе без семейной отягощенности процент рождений в зимние месяцы составлял 26,3, а в группе с семейной отягощенностью – 25,7. При анализе эффекта изучаемых факторов на клинические характеристики шизофрении было выявлено, что пол влияет на возраст начала заболевания – 28,1 (11,3) лет у женщин, 21,8 (6,9) лет у мужчин, а также на выраженность позитивных симптомов, которые были выше у женщин ($p=0,0000$). Семейная отягощенность оказывала значимый, независимый от пола эффект на возраст начала – при ее наличии болезнь манифестировала в более раннем возрасте (25,4 (10,4) против 27,4 (11,2) лет). Фактор рождения в зимние месяцы не был ассоциирован ни с возрастом начала, ни с позитивными симптомами. Выявлены значимые главные эффекты семейной истории ($p=0,018$) и рождения в зимние месяцы ($p=0,044$) на негативные и общие психопатологические симптомы, которые не были опосредованы полом больного. Взаимный эффект этих факторов обнаружен на уровне тенденции ($p=0,08$), при этом наибольшая выраженность негативных симптомов наблюдалась в группе с семейной историей и рождением в зимние месяцы (24,1 (9,2) против 22,3 (8,2) балла, $p=0,02$). Обнаружен значимый взаимный эффект ($p=0,012$) семейной истории и рождения в зимние месяцы на общие психопатологические симптомы. Как и в случае негативных симптомов, наибольшая выраженность отмечена в присутствии двух факторов (40,5 (14,2) против 37,1 (13,5)).

Заключение. Таким образом, полученные нами данные указывают на то, что семейное отягощение и рождение в зимние месяцы являются не только факторами риска развития шизофрении, но и влияют на тяжесть заболевания. При этом отмечен их совместный эффект на выраженность негативных и общих психопатологических симптомов. Имеющиеся в литературе сведения о связи этих факторов с клиническими проявлениями шизофрении достаточно противоречивы. Обнаружено влияние зимнего сезона на резистентность к лечению (Werner M. et al., 2020) и на выраженность негативных симптомов у больных шизофренией женщин (Troisi A. et al., 2001). С другой стороны, отмечен худший уровень преморбидного функционирования у больных шизофренией, родившихся не в зимний сезон и имеющих семейное отягощение (St-Hilaire A. et al., 2005). В целом, полученные результаты указывают на целесообразность дальнейших молекулярно-генетических исследований на этой выборке как с использованием анализа кандидатных генов, так и полногеномного анализа с оценкой полигенного риска.

**Голыгина С.Е., Аксенова Е.В., Ванчугов Е.Ю., Сахаров А.В.
ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ
МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ
С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ,
В ТОМ ЧИСЛЕ ПОСЛЕ COVID-19**

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

В современной научной литературе широко обсуждаются различные возможные причины повышенного риска сердечно-сосудистых заболеваний при шизофрении, в том числе метаболический синдром, эндотелиальная дисфункция и дисбаланс вегетативной нервной системы. При этом новая коронавирусная инфекция COVID-19 может усугублять имеющиеся сосудистые нарушения. В связи с этим актуальным является изучение механизмов развития нарушений в микроциркуляции крови у пациентов с шизофренией, в том числе перенесших COVID-19.

Цель исследования: изучение инструментальных показателей микроциркуляции крови у больных параноидной шизофренией, в том числе среди перенесших COVID-19, методом лазерной доплеровской флоуметрии.

Материалы и методы. В работе соблюдались этические принципы, предъявляемые Хельсинкской Декларацией Всемирной Медицинской Ассоциации и Правилами клинической практики в Российской Федерации. От всех обследованных получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании. На базе Краевой клинической психиатрической больницы имени В.Х. Кандинского до пандемии COVID-19 было обследовано 53 пациента в возрасте от 18 до 38 лет с диагнозом «параноидная шизофрения» (F 20.0, перед началом лечения) – 1 группа. Контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев в возрасте от 21 до 40 лет – 2 группа. В 2021 году были дополнительно обследованы 20 больных параноидной шизофренией и 20 здоровых лиц в возрасте до 40 лет, перенесших более 3 месяцев назад подтвержденный COVID-19 в легкой форме – 3 и 4 группы соответственно. Исследуемые группы не имели гендерных и возрастных различий.

Для оценки состояния микроциркуляторного русла использовался неинвазивный метод лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) с помощью лазерного анализатора кровотока «ЛАКК-02» с компьютерным интерфейсом (НПП «ЛАЗМА», Москва).

Датчик устанавливался в нижней трети предплечья по наружной поверхности на 4 см выше основания шиловидных отростков локтевой и лучевой костей. Выбор этой области обусловлен тем, что она бедна арте-

риоло-веноулярными анастомозами, поэтому в большей степени отражает кровоток в нутритивном русле. Все исследования осуществлялись в положении лежа, рука находилась на уровне сердца; ЛДФ-граммы регистрировались в течение 3 минут.

Оценивались показатель микроциркуляции (ПМ), среднеквадратическое отклонение (σ) и коэффициент вариации (K_v). Параметр ПМ отражает величину потока крови в интервал времени, выражаемую в перфузионных единицах (пф.ед.); σ и K_v – вариабельность микрососудистого кровотока. Для оценки функционального состояния регуляторного звена микроциркуляции использовался Вейвлет-анализ, с помощью которого рассчитывались показатели шунтирования (ПШ), нейрогенного (НТ) и миогенного (МТ) тонуса сосудов.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel и пакета прикладных статистических программ «Statistica-12.0». Достоверность различий оценивалась по t-критерию Стьюдента.

Результаты. У пациентов с шизофренией до пандемии показатель микроциркуляции был повышен относительно контрольной группы ($6,62 \pm 0,39$ и $4,88 \pm 0,55$; $p < 0,01$). После перенесенного COVID-19 он у больных шизофренией составил $11,61 \pm 0,63$ ($p < 0,001$), среди здоровых – $9,21 \pm 0,37$ ($p < 0,001$), превышение в 1,8 раза соответственно. Полученные результаты отражают выраженное ускорение потока крови в интервал времени через микроциркуляторное русло, как в острый период шизофрении, так и после COVID-19.

Зарегистрированы существенные изменения среднего колебания перфузии: оно было максимальным в остром психотическом состоянии ($5,94 \pm 0,59$: превышение в 3,7 раза значений контрольной группы – $1,58 \pm 0,12$; $p < 0,001$). После коронавирусной инфекции этот показатель среди пациентов с шизофренией оказался сниженным – $2,56 \pm 0,53$ ($p < 0,001$), среди здоровых – наоборот, увеличенным $3,59 \pm 0,63$ ($p < 0,001$ со 2 группой); группы не отличались между собой.

Аналогичные изменения наблюдались с коэффициентом вариации – до пандемии у больных он был выше в 1,9 раза показателя контрольной группы ($76,66 \pm 5,63$ и $41,33 \pm 5,17$; $p < 0,001$), после COVID-19 показатель уменьшился в обеих группах, особенно при шизофрении – $23,25 \pm 5,14$ ($p < 0,001$) и $33,19 \pm 5,18$ соответственно. Коэффициент вариации является отражением воздействия на микроциркуляторный кровоток активных механизмов регуляции.

Миогенный тонус метартериол и прекапиллярных сфинктеров был повышенным в остром психотическом состоянии в 1,2 раза ($2,24 \pm 0,06$ и $1,83 \pm 0,06$; $p < 0,001$), еще более увеличиваясь после COVID-19 ($3,16 \pm 0,26$ и $2,17 \pm 0,07$ в 3 и 4 группах соответственно; $p < 0,01$). Схожие изменения регистрировались с нейрогенным тонусом прекапиллярных резистентных микрососудов – он был увеличенным в 1,9 раза в группе пациентов с острым психотическим состоянием, по сравнению с контролем ($3,55 \pm 0,78$ и $1,87 \pm 0,06$; $p < 0,05$). После COVID-19 этот показатель среди пациентов с шизофренией оказался сниженным – $2,82 \pm 0,27$ ($p < 0,01$), среди здоровых – увеличенным: $2,87 \pm 0,18$ ($p < 0,01$); группы не отличались между собой. Показатель шунтирования изначально не отличался от аналогичного показателя в контрольной группе ($1,08 \pm 0,07$ и $1,05 \pm 0,06$ соответственно), после COVID-19 существенных изменений не произошло – $1,19 \pm 0,10$ и $0,80 \pm 0,05$ соответственно.

Заключение. Таким образом, нарушения микроциркуляции у пациентов с параноидной шизофренией носят выраженный и распространенный характер, при этом перенесенный COVID-19 модифицирует изменение ряда показателей микроциркуляции, что нуждается в уточнении при помощи лабораторных методов.

**Голыгина С.Е., Сахаров А.В., Пасынков Е.Е.
ВОЗМОЖНЫЕ ДИСПОЗИЦИИ
ВРАЖДЕБНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ
СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ**

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

В современных реалиях всё чаще появляется информация о таких деструктивных социальных явлениях среди молодежи, как враждебность и экстремизм. При этом сложная социально-экономическая, политическая ситуация, скрытая, а временами и явная пропаганда со стороны социальных сетей и СМИ часто способствуют радикализации современного молодого поколения. С учетом социальной опасности различных проявлений экстремизма образовательные учреждения должны предупреждать любые асоциальные формы поведения обучающихся путём целенаправленной педагогической профилактики. Поэтому первоначальное выявление предпосылок к действиям враждебной и экстремистской направленности требует особого внимания.

Цель работы: изучение склонности к формированию враждебных установок среди студентов-медиков.

Материалы и методы. Было проведено анонимное онлайн-анкетирование студентов Читинской государственной медицинской академии (ЧГМА) и Читинского медицинского колледжа (ЧМК). Склонность к насильственному экстремизму оценивалась при помощи диагностической методики «Шкала склонности к экстремизму» (Violent Extremism Attitude Scales – VEAS; Давыдов Д.Г., Хломов К.Д., 2017). Всего в исследование было включено 133 респондента, в возрасте от 18 до 23 лет. Студенты ЧГМА составили 54,9 % всех опрошенных (73 человека), ЧМК – 45,1 % (60 человек) соответственно. В опросе преобладали лица женского пола (65,4 %). Для создания онлайн-опросника использовался сервис Google Forms. Статистическая обработка результатов осуществлялась с применением методов описательной статистики пакета анализа Microsoft Excel.

Результаты. Установлено, что диспозиция «Культ силы» встречается у 32,3 % опрошенных. Она связана с восприятием насилия как предпочитаемого способа достижения своих целей и разрешения противоречий.

У 69,9 % студентов обнаружена диспозиция «Допустимость агрессии», что предполагает не только осуществление насилия, но и личную готовность совершить его. «Интолерантность» определялась у 33,1 % респондентов. Данная диспозиция характеризуется стремлением к однозначности, отрицанию возможности инакомыслия и стремлением навязать окружающим свои взгляды любой ценой. Диспозиция «Конвенциональное принуждение» выражается в приоритете ценности восстановления справедливости над другими гуманистическими ценностями, она выявлялась у 87,2 % анкетированных. Диспозиция «Социальный пессимизм» описывает предрасположенность воспринимать мир как мрачный, непредсказуемый и опасный, верить в пессимистические прогнозы. Ее встречаемость составила 67,7 %. Наличие диспозиции «Мистичность» продемонстрировали 60,9 % студентов, она характеризуется склонностью к уходу от ответственности, страхом перед реальностью. Диспозиция «Деструктивность и цинизм» проявляется в циничном отношении к людям, склонность к ее формированию определена у 48,8 % респондентов. Диспозиция «Протестная активность» проявляется потребностью в неадаптивной активности, поиске ощущений, она регистрировалась у 69,1 %. Лишь 9,0 % студентов-медиков свойственно игнорирование законов и социальных норм поведения, убежденность в том, что ради дела можно переступить через принятые в обществе нормы поведения (диспозиция «Нормативный

нигилизм»). Диспозиция «Антиинтрацепция» выражается в неприятии субъективных проявлений, она выявлена в 75,2 % случаев. Диспозиция «Конформизм» отражает подверженность давлению группы сверстников, готовность совершить правонарушение «за компанию», склонность к ней свойственна 66,1 % из опрошенных.

Заключение. Полученные результаты отражают лишь потенциальную склонность к формированию разных форм враждебных установок, что может в перспективе и в особых условиях негативно сказываться на социальной адаптации и поведении студентов. Поэтому наши данные следует оценивать с позиции разработки профилактических мероприятий.

Датуашвили М.Т., Портнова А.А.
ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА
У ПОДРОСТКОВ С НЕСУИЦИДАЛЬНЫМ
САМОПОВРЕЖДАЮЩИМ ПОВЕДЕНИЕМ

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

В настоящее время отмечается высокая распространенность несуйцидального самоповреждающего поведения среди детей и подростков. Несуйцидальное самоповреждающее поведение (НСПП) — это умышленное причинение вреда собственному телу, например, порезы или ожоги, не имеющее целью нанесение смертельных ран. По данным эпидемиологических исследований в разных странах, НСПП встречается у 16,9-59,1% (Gillies D. et al., 2018; Demuthova S., Demuth A., 2019).

Несуйцидальное самоповреждающее поведение может рассматриваться как проявление различных психопатологических состояний, среди которых: аффективные расстройства, расстройства пищевого поведения, пограничное расстройство личности, посттравматическое стрессовое расстройство, шизофрения, расстройства аутистического спектра, синдром дефицита внимания и гиперактивности. А также в рамках психологического феномена: привлечение внимания, регулирование аффекта, преобразование эмоционального дискомфорта в физическую боль, уменьшение диссоциативных переживаний и восстановление «чувства реальности», самонаказание, установление границ собственного тела, а также получение положительных переживаний (связанных с продукцией эндогенных опиоидов),

«отсрочка» суицида. Пока до конца не изучена связь между самоповреждающим и истинным суицидальным поведением детей и подростков.

Цель исследования: изучение клинико-психопатологической основы и социально-психологических факторов несуицидального самоповреждающего поведения у подростков для определения суицидальных рисков и разработки профилактических подходов.

Материалы и методы. Исследование НСПП проводилось с июня 2020 года по апрель 2022 года на базе отделения детской и подростковой психиатрии Московского НИИ психиатрии, куда за помощью обратились 97 подростков с НСПП в возрасте 12-17 лет (средний возраст $14,8 \pm 1,6$ лет), из них 91 человек женского пола и 6 мужского. Все пациенты находились на стационарном обследовании и затем наблюдались амбулаторно. Катамнестическое наблюдение составило от 6 месяцев до 2 лет.

Помимо клинического исследования использовались методы психологической диагностики (шкала депрессии М. Kovacs, шкала личностной тревожности учащихся А.М. Прихожан, опросник уровня агрессивности Басса-Перри, Торонтская шкала алекситимии (TAS-20), опросник «Взаимодействие родитель-ребенок», шкала надежды и безнадежности для подростков). В качестве группы сравнения мы выделили группу подростков в количестве 42 человек, поступивших в отделение после суицидальной попытки (СП). У 39 подростков с СП (92,9%) в анамнезе имелось предшествующее суициду самоповреждающее поведение.

Результаты. Наибольшие группы с НСПП составляют подростки 14-ти лет – 21 человек (21,7%) и 16-ти лет – 20 человек (20,6%), остальные группы составили: 17-ти лет – 19 человек (19,6%), 15-ти лет – 15 человек (15,5%), 13-ти лет – 12 человек (12,4%). Наименьшую группу составляют подростки 12 лет – 10 человек (10,3%). Пациентов женского пола 91 человек (93,8%), а мужского – 6 человек (6,2%).

В структуре психической патологии у подростков с НСПП были выявлены: депрессивный эпизод – 37 человек (38,1%), тревожное расстройство – 6 человек (6,2%), биполярное аффективное расстройство – 9 человек (9,3%), шизотипическое расстройство – 16 человек (16,5%), смешанное расстройство поведения и эмоций – 19 человек (19,6%) и прочие расстройства – 10 человек (10,3%).

В полной семье проживали 42 пациента (43,3%), а в неполной – 55 пациентов (56,7%). Без родной матери (в неполной семье, с бабушкой или мачехой) проживали 5 подростков (5,2%), а без родного отца проживали (в неполной семье, с отчимом или дедом) 44 подростка (45,4%). Единствен-

ным ребенком в семье являлись 38 подростков (39,2%), имели брата или сестру 44 подростка (45,4%), проживали в многодетных семьях 15 подростков (15,5%). На момент включения в исследование и сбора данных в общеобразовательной школе или колледже обучались 87 подростков (89,7%), на домашнем обучении находились 6 подростков (6,2%), не продолжали обучение после 9-го класса 4 подростка (4,1%). Снижение успеваемости за время от начала самоповреждающего поведения наблюдалось у 45 подростков (46,4%). Также оценивалась внешкольная загруженность пациентов, и в результате анализа было установлено, что 29 подростков (29,9%) не имеют никаких дополнительных занятий, 45 подростков (46,4%) посещают 1-2 вида занятий в неделю, а 23 подростка (23,7%) посещают 3 и более различных дополнительных занятий в неделю.

Выявлено, что для всех подростков с НСПП и с СП были характерны высокий уровень тревожности, эмоциональная неустойчивость, черты алекситимичности, трудности взаимоотношений со сверстниками. При этом у подростков с СП достоверно чаще отмечались такие особенности как наличие в анамнезе нарушений сна, склонность к импульсивным поступкам, нарушенные внутрисемейные отношения, непереносимость фрустрации. При этом выраженность и тяжесть психических нарушений не имели достоверного преобладания в той или другой группе.

Заключение. Анализ собранных данных выявил явную клинико-психопатологическую неоднородность состояний, приводящих к несуицидальному самоповреждающему поведению, и следовательно – разнообразие механизмов его возникновения.

Как показали результаты исследования, подростки с самоповреждающим поведением, суицидальными мыслями и суицидальными попытками представляют собой достаточно разнородную по социально-демографическим и психопатологическим характеристикам группу. У детей и подростков с самоповреждающим поведением психопатологическая симптоматика имеет меньшее значение для суицидального риска по сравнению с психологическими и социальными факторами. Само по себе самоповреждающее поведение является предиктором суицидальной попытки только в совокупности с психопатологическими, социальными и психологическими факторами. Это делает необходимым использование комплексного подхода в системе профилактики суицидов в детско-подростковой популяции.

Наличие у подростка несуицидального самоповреждающего поведения требует продолжительного психологического, психотерапевтического и психиатрического вмешательств с обязательным включением в

комплексную помощь семье подростка. Система постоянной поддержки подростка специалистами и семьей в значительной степени позволяют снизить суицидальный риск и частоту несуицидального самоповреждающего поведения.

Дубинин О.П.
**ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ
В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ В 2021 ГОДУ**

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

По данным статистического отчета на 1 января 2022 года в Забайкальском крае зарегистрировано 20 531 пациент с наркологической патологией, что составляет 1,9% от всего населения края (РФ 2020 год – 1,2%). Большинство зарегистрированных – потребители алкоголя – 12832 человека или 62,5% от общего числа зарегистрированных больных, потребители наркотических веществ – 5166 человек (25,2%), потребители ненаркотических веществ – 143 человека (0,7%), потребители никотина – 2390 человек (11,6%).

Общая заболеваемость (болезненность) наркологическими расстройствами в 2021 году составила 1948,9 на 100 тыс. населения, что выше данного показателя 2020 года (1722,9) на 13,1%, выше на 61,9% показателя РФ (2020 г. – 1203,5) и на 8,1% показателя ДФО (2020 г. – 1803,4). Увеличение данного показателя связано с включением в 2021 году в число зарегистрированных заболеваний сведений о наркологических расстройствах, связанных с употреблением никотина.

В 2021 году показатель первичной заболеваемости всеми наркологическими расстройствами в Забайкальском крае составил 234,5 на 100 тыс. населения, в сравнении с 2020 годом (183,0) заболеваемость выросла на 28,1%, став в 2,7 раза выше показателя РФ (2020 г. – 87,2) и в 1,4 раза – ДФО (2020 г. – 170,1), что также связано с включением сведений о наркологических расстройствах, связанных с употреблением никотина.

Суммарный показатель заболеваемости синдромом зависимости от алкоголя и алкогольными психозами в 2021 году по краю составил 68,5 на 100 тысяч населения, что ниже соответствующего показателя 2020 года (77,0) на 11% и показателя по ДФО (79,7) на 14%, но выше показателя по РФ (40,3) в 1,7 раза.

В 14 районах края: Сретенском (177,2), Балейском (129,7), Ононском (120,6), Забайкальском (119,3), П-Забайкальском (102,5), Калганском (97,6),

Карымском (96,3), Акшинском (91,5), Приаргунском (79,3), Улетовском (78,9), Краснокаменском (76,6), Читинском (74,3), Хилокском (73,4), Газ-Заводском (71,8) районах данный показатель остается выше краевого (68,5).

Показатель первичной заболеваемости алкогольными психозами в 2021 году составил 16,0 на 100 тыс. населения, по сравнению с уровнем 2020 года (19,2) снизился на 16,7%, но превышает показатель по РФ (10,4) на 53,8%.

В 2021 году показатель заболеваемости синдромом зависимости от наркотических веществ составил 6,4 на 100 тысяч населения, что ниже показателя за 2020 год на 26,4% (8,7), ниже показателя по РФ (8,5) на 24,7% и показателя по ДФО (16,2) в 2,5 раза. В Шилкинском (14,8), Сре-тенском (14,4), Забайкальском (14,3) районах, г. Чите (12,0), Хилокском (11,0) районе, п. Первомайском (8,8), Краснокаменском районе (8,7) показателем заболеваемости наркоманией выше краевого.

Показатель заболеваемости употребления наркотических веществ с вредными последствиями в сравнении с 2020 годом (66,3) снизился на 5,6% и составил в 2021 году 62,6 на 100 тыс. населения. Данный показатель выше российского (16,7) в 3,7 раза, выше показателя по ДФО (43,2) в 1,4 раза. Наиболее высокий уровень заболеваемости употребления наркотических веществ с вредными последствиями зарегистрирован в Акшинском (183,1), Ононском (164,5), Кыринском (162,2), Калганском (153,4) районах края. Высокий уровень наркотизации населения связан с большими площадями произрастания дикорастущей конопли на территории Забайкальского края, а также с потреблением синтетических наркотиков.

На 1 января 2022 года в Забайкальском крае зарегистрировано 315 подростков с наркологической патологией. Большинство зарегистрированных – потребители алкоголя – 207 человек (65,7% от общего числа зарегистрированных подростков), потребители наркотических веществ – 66 человек (21%), потребители ненаркотических веществ – 42 человека (13,3%).

Показатель болезненности всеми наркологическими расстройствами среди подростков в 2021 году составил 786,3 на 100 тыс. подросткового населения, что на 17,3% ниже соответствующего показателя 2020 года (951,1), но выше показателя по ДФО (680,8) на 15,5% и выше показателя по РФ (548,7) на 43,3%.

Число впервые выявленных в 2021 году подростков с наркологическими расстройствами уменьшилось и составило 83 человека, показатель заболеваемости всеми наркологическими расстройствами составил 207,2 на 100 тыс. подросткового населения, что на 13,1% ниже показателя 2020 года (238,4), но выше показателя по ДФО (206,1) на 0,5%, по РФ (187,6) на 10,4%.

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 региона развернуто 156 наркологических коек круглосуточного пребывания, из них 120 на базе ГАУЗ ЗКНД. Показатель обеспеченности населения наркологическими койками на 10 тыс. населения составил 1,48, что практически на уровне прошлого года (РФ 2020 г. – 1,28; ДФО 2020 г. – 1,51). Занятость круглосуточной наркологической койки в Забайкальском крае составила в 2021 году 293,0 дня в году, что на 7% выше показателя 2020 года (273,4), (РФ 2020 г. – 271,0; ДФО 2020 г. – 312,0). Наблюдается уменьшение средней длительности пребывания больного на круглосуточной наркологической койке – 8,7 дня (2020 г. – 9,6; РФ 2020 г. – 11,9; ДФО 2020 г. – 11,5). Оборот койки составил 33,8. Больничная летальность – 0,5. В 2021 году в стационарах Забайкальского края пролечено 3196 пациентов с наркологическими расстройствами, умерло 15 пациентов.

Показатель занятости наркологической реабилитационной койки в 2021 году составил 350,0 дней, что на 17% выше показателя 2020 года (297,3). Средняя длительность пребывания пациента на койке – 98,7 койко-дней, оборот койки – 3,5. Больничной летальности не было.

В 2021 году в Забайкальском крае работало 48 врачей психиатров-наркологов (физические лица), что меньше, чем в 2020 году (51). Показатель обеспеченности населения врачами психиатрами-наркологами составил 0,46 на 10 тысяч населения, что ниже показателя 2020 года (0,48) (РФ 2020 г. – 0,34; ДФО 2020 г. – 0,45).

По состоянию на 1 января 2022 года в медицинских организациях края предусмотрено 72,5 штатных должностей врачей психиатров-наркологов, занято – 65,0. Таким образом, укомплектованность штатами врачами психиатрами-наркологами составила 89,7%. Коэффициент совместительства врачей психиатров-наркологов в 2021 году составил 1,4 (РФ 2020 г. – 1,6; ДФО 2020 г. – 1,5).

Во всех районах Забайкальского края наркологическая служба укомплектована врачами психиатрами-наркологами. В 16 районах края наркологическую помощь оказывают врачи психиатры-наркологи, в 15 районах края работают врачи психиатры-наркологи внешние совместители. Все врачи имеют сертификаты специалистов, средние медицинские работники – сертификаты специалистов, а также свидетельства об аккредитации. Из 48 врачей психиатров-наркологов высшую аттестационную категорию

имеют 17 врачей (35,4%), первую – 8 (16,7%), вторую – 7 (14,6%). Процент аттестованности врачей психиатров-наркологов – 66,7%, что выше показателя 2020 года (64,7%).

В 2021 году наблюдается увеличение нагрузки на врачебную должность врача психиатра-нарколога на амбулаторном приеме. Функция врачебной должности увеличилась на 17,5%, с 6197 посещений в 2020 году до 7280 в 2021 году. Доля посещений по поводу заболевания и реабилитации в 2021 году составила 21,2% (2020 г. – 21,6%, РФ 2020 г. – 29,2%; ДФО 2020 г. – 30,9). Число посещений детей 0-17 лет в 2021 году к врачам психиатрам-наркологами составило 24551, что на 29,7% больше предыдущего года (2020 г. – 18925). Из них число посещений по поводу заболевания и реабилитации составило 2293, увеличилось на 1,1% в сравнении с 2020 годом (2268).

В 2021 году 882 пациента с наркологическими расстройствами включены в амбулаторные программы реабилитации, что составило 5,5% от числа пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением на конец года (РФ 2020г. – 4,7%). Успешно завершили реабилитационную программу 423 пациента или 47,9% от числа включенных (РФ 2020 г. – 54,7%). Отказались от реабилитации 37 пациентов, что на 48% больше, чем в 2020 году.

Число пациентов, проходивших стационарную реабилитационную программу в 2021 году, составило 220 человек или 6,4% от числа проходивших стационарное лечение (РФ 2020 г. – 5,4%). Успешно завершили стационарный этап реабилитации 169 человек или 76,8% от числа включенных в программу (РФ 2020 г. – 85,4%). После прохождения стационарной реабилитации было направлено для прохождения амбулаторного этапа 103 человека, или 60,9% 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 2021 году в Забайкальском крае составило 12,5, что ниже показателя по РФ (13,1). Число больных наркоманией, находящихся в ремиссии свыше 2 лет, составило 12,2, что выше среднего показателя по РФ (11,5). Число больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет, и свыше 2 лет на 100 больных среднегодового контингента в 2021 году в Забайкальском крае были на уровне средних

показателей по РФ (14,1 и 11,4 соответственно). Доля больных алкоголизмом, повторно госпитализированных в течение года в стационары, составила 18,6%, что ниже соответствующего показателя по РФ (26,7). Доля больных наркоманией, повторно госпитализированных в течение года, составила 12,9%, что в 2,3 раза ниже соответствующего показателя по РФ (29,5).

Показатели прекращения диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением (длительным воздержанием) в 2021 году в Забайкальском крае составили: у больных алкоголизмом – 4,2 на 100 больных среднегодового контингента (РФ 2020 г. - 3,2); у больных наркоманией – 5,5 (РФ 2020 г. – 4,4). В 2021 году смертность от причин, связанных с употреблением алкоголя, в Забайкальском крае составила 56,4 на 100 тыс. населения, что на 2% больше соответствующего показателя 2020 года (55,3). Всего в 2021 году умерло 594 человека, что на 8 человек больше, чем в 2020 году. Увеличение произошло за счет смертности от случайного отравления алкоголем, с 104 случаев в 2020 году до 146 в 2021 году. При этом отмечено снижение смертности от алкогольной болезни печени с 132 случаев в 2020 году, до 109 в 2021 году.

Таким образом, представленные показатели характеризуют динамику деятельности наркологической службы Забайкальского края в сравнении с показателями по Дальневосточному Федеральному округу и по Российской Федерации и в определенной степени отражают эффективность проводимых профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий среди населения края.

Ермилов О.В., Ромасенко Л.В., Третьяков А.Ю.
**ОСОБЕННОСТИ АЛЕКСИТИМИИ И СОМАТОНОЗОГНОЗИИ
В КОНТЕКСТЕ НАРУШЕНИЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ
И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
1 ТИПА, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

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

Известно, что нарушение иерархической целостности центральных интегративных механизмов регуляции высшей нервной деятельности, лежащее в основе психического заболевания, вызывает психосоциальную деформа-

цию личности, приводит к тяжелым нарушениям адаптации. На клинические симптомы шизофрении накладываются проявления психоорганического синдрома. Он, в свою очередь, приводит к изменению клинической картины и течения психического заболевания, замыкая своеобразный «порочный круг». Происходит снижение памяти, изменяется мышление, появляется неустойчивость аффекта. Все это содействует формированию алекситимического типа личности, гипо- и анозогностического типов переживания болезни, изменению основных составляющих качества жизни пациентов.

Цель исследования: провести сравнительный анализ клинических особенностей сахарного диабета 1 типа (СД1) у пациентов с шизофренией и у психически здоровых пациентов.

Материалы и методы. В ходе анализа когорты больных с шизофренией (n=3156) было выявлено 3 пациента с СД1. В контрольную группу включен 31 психически здоровый пациент с СД1 соматической клиники. Балльное значение соматозогнозии рассчитывалось с использованием соматозогностического раздела оригинального опросника для анализа феномена преодоления болезни (Третьяков А.Ю., 2009). Соматозогностическая шкала включала 15 вопросов с уровнями ответов от 0 до 2. Для оценки уровня алекситимии использовалась Торонтская алекситимическая шкала (TAS), созданная G.J. Taylor и др. (1985) и состоящая из 26 вопросов. Общая сумма всех полученных баллов использовалась для определения итогового показателя «алекситимичности». «Алекситимический» тип личности соответствовал 74 баллам и выше. За нормальные значения были приняты 62 балла и ниже, «промежуточный тип» соответствовал диапазону от 63 до 73 баллов. Оценка качества жизни проводилась с использованием опросника MOS SF-36 (Обследование состояния здоровья SF-36 с обработкой данных в соответствии с инструкциями, подготовленными компанией «Providence - clinical and pharmacological research»).

В качестве непараметрического метода сравнения количественных признаков в группах использовался Т-критерий Манна-Уитни для парного сравнения. При сравнении качественных признаков использовался критерий χ^2 для произвольной таблицы сопряженности (в таблице 2x2 с поправкой Йейтса). Разница в показателях считалась статистически значимой при $p < 0,05$ (при уровне значимости 5%).

Результаты. Проанализированы значения соматозогнозии и алекситимии в группах пациентов с СД1. Дополнительно была изучена частота нарушений практики инсулинотерапии. Оказалось, что значения баллов по шкале соматозогнозии у психиатрических пациентов с коморбидным СД1 были ниже, чем у пациентов без психоза ($p = 0,049$). Кроме того, итоговый

индекс «алекситимичности» у пациентов с шизофренией достоверно превышал контрольный уровень ($p=0,005$). В частности, у двух из трех пациенток с психозом был алекситимический тип личности, а у другой женщины – его промежуточный вариант. Напротив, в контрольной группе значения баллов TAS находились в пределах нормы. Все это сочеталось со значительной частотой ошибок в практике инсулинотерапии при психозах ($p=0,007$).

Параллельно были изучены основные компоненты качества жизни (SF-36). Рассчитаны значения стандартизированных показателей физического (PhCH) и психологического (PsCH) компонентов здоровья у пациентов с шизофренией с сопутствующим СД1 и пациентов без психического расстройства. В ходе анализа между PhCH и PsCH у пациентов с шизофренией было обнаружено статистически значимое ($p<0,05$) преобладание физического компонента над психологическим, чего не было в контроле ($p=0,095$). Различия между группами были обнаружены по критериям жизнедеятельности ($p=0,048$), социального функционирования ($p=0,016$), психического здоровья ($p=0,010$), PsCH ($p=0,012$) и в меньшей степени по критериям эмоционального состояния ($p=0,066$). Это обстоятельство подтверждает известное положение о напряженности механизмов социально-психологической адаптации у пациентов психиатрических клиник с относительно сохраненной физической составляющей здоровья.

Вывод. Клиническая картина сахарного диабета 1 типа при шизофрении дополняется факторами алекситимии и гипосоматозогнозии в сочетании с частым нарушением практики инсулинотерапии. Кроме того, для этих пациентов, в отличие от пациентов с сахарным диабетом 1 типа без психоза, характерна значительная нагрузка на механизмы социально-психологической адаптации ($p<0,05$) на сопоставимом уровне с контролем физического компонента здоровья.

Завьялов Е.В.

СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ГРАЖДАН С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В УСЛОВИЯХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДОМА-ИНТЕРНАТА

*Читинский дом-интернат для граждан имеющих
психические расстройства, Чита, Россия*

Общей тенденцией, характеризующей современный этап деятельности домов-интернатов для граждан, имеющих психические расстройства, является комплексное решение задач социальной реабилитации инвали-

дов: поддержание и укрепление их психического и соматического здоровья, развитие психических функций, накопление и расширение социального опыта с применением социально-медицинских, социально-бытовых, психолого-педагогических, лечебно-трудовых и социально-правовых инструментов. Для социальной реабилитации (социализации) в домах-интернатах с одной стороны должны создаваться комфортные социально-бытовые условия, приближенные к домашним, а с другой стороны, образ жизни получателей социальных услуг в учреждениях этого типа должен быть организован так, чтобы инвалиды чувствовали необходимость проявления личной инициативы через активирующий режим, включающий трудовые и досуговые формы занятости.

Социально-трудовая реабилитация направлена на восстановление либо формирование трудовых навыков. Технология трудовой реабилитации инвалидов включает ряд форм: трудовую занятость, трудовое обучение, трудовая терапия, трудоустройство.

В Читинском доме-интернате социально-трудовые услуги предоставляются на основании индивидуальных программ предоставления социальных услуг и стандарта социальных услуг, предоставляемых в стационарной форме социального обслуживания. Эффективной организационной формой является лечебно-трудовая активирующая терапия под руководством инструкторов по труду.

Реабилитация проводится на базе подсобного хозяйства, которое является структурным подразделением учреждения и включает в себя: тепличный комплекс, где получатели социальных услуг занимаются выращиванием овощей, на приусадебном участке – цветоводством; столярную мастерскую; птицеферму; мастерскую по ремонту обуви. Кроме того, получателям социальных услуг поручаются работы по уборке помещений и прилегающей территории, а так же работы в качестве помощников сотрудников медицинской части (санитары-курьеры) и хозяйственных подразделений учреждения: пищеблока, прачечной, швейного цеха, складов. Многие их получателей социальных услуг официально трудоустроены.

Необходимо отметить, что технология включения получателей социальных услуг с расстройствами психики в трудовую и досуговую деятельность в условиях дома-интерната имеет свою специфику. Вид и характер труда, его продолжительность, условия трудовой деятельности подбираются специалистами учреждения с учетом медицинских показаний к труду. При определении форм трудовой и досуговой занятости учитываются субъективные и объективные факторы участия инвалидов в труде: уро-

вень работоспособности, установки, мотивация, отношение к труду. Для исследования трудового потенциала получателю социальных услуг предлагаются работы на разных объектах: вначале более сложные, но если он не справляется – ему поручают работу проще, и так до тех пор, пока не подберут приемлемый вид труда.

Применяемые формы морального стимулирования труда – это доброжелательное отношение инструктора по труду, похвала работнику-получателю социальных услуг в присутствии членов трудовой бригады за хорошее качество работы, за скорость выполнения операции, за аккуратность в работе. А так же, поощрение за хорошее и продуктивное участие в трудовых процессах в виде внеплановых посещений концертов, экскурсий, коллективных выездов на природу с активным отдыхом, вручением грамот, благодарственных писем и ценных подарков. Такие формы стимулирования оказывают эффективное побуждающее воздействие.

Терапия трудовой занятостью – не единственная реабилитационная технология, обеспечивающая активный образ жизни клиентов психоневрологических интернатов. Занятость клиентов организуется в этих учреждениях посредством включения их в занятия физической культурой, а также в социокультурную и досуговую деятельность. Для решения задач социально-средовой адаптации клиентов практикуются такие формы работ, как креативные занятия: обучают рисованию изготовлению аппликаций, поделок из различных материалов; дидактические игры: настольные игры, конструирование; просмотр кинофильмов и прослушивание любимой музыки; анимационные виды деятельности. В Читинском доме-интернате создан вокально-инструментальный ансамбль, репетиции которого проводят один раз в неделю под руководством музыкального работника. Ежемесячно проводят праздники для именинников, сопровождающиеся программами художественной самодеятельности. Клиенты участвуют в подготовке и проведении праздничных мероприятий, посвященных знаменательным датам, выставок поделок; осуществляются экскурсии в цирк, прогулки по городу и выезды на природу.

При организации реабилитационного процесса в Читинском доме-интернате приветствуются идеи диалога, сотрудничества, совместного действия, понимания чужой точки зрения, уважение личности. Они получили практическое воплощение в общественной структуре-органе самоуправления. Орган самоуправления сформирован из семи членов – наиболее активных, ответственных клиентов дома-интерната. Он является по своей сути связующим звеном между администрацией и клиентами учрежде-

ния, представляет их интересы и обеспечивает тесное взаимодействие проживающих с администрацией. Такая форма взаимодействия позволяет максимально учитывать потребности клиентов, оперативно разрешать острые проблемы, формировать бесконфликтную, благоприятную среду и стимулировать социальную активность и статуса получателей социальных услуг.

Подбор комплекса реабилитационных мероприятий проводится индивидуально для каждого проживающего с учётом их психического и соматического состояния. В интернате наиболее востребованными услугами являются мероприятия, направленные на использование остаточных трудовых возможностей получателей социальных услуг и участие их в посильной трудовой деятельности.

В соответствии с возможностями получателей социальных услуг 149 человек привлечены к терапии занятостью. Остальные получатели социальных услуг помогают на благоустройстве территории дома-интерната. Данной услугой охвачено 76,4% от общего числа проживающих. Нужно отметить, что 7 получателей социальных услуг, имеющих диагноз легкой умственной отсталости обучены овощеводству, им организованы рабочие места.

48 человек с шизофренией и 27 человек с умственной отсталостью участвуют в волонтерском отряде «Шаг на встречу!» при Забайкальском техникуме профессиональных технологий и сервиса. 30 человек проходят обучающие курсы пользователя персонального компьютера, 30 человек обучаются работе с фотоаппаратом. После окончания обучения возможно трудоустройство вне дома-интерната. Данной услугой охвачено 42% от общего числа получателей социальных услуг. Кроме того, трудоустроены на специально созданные рабочие места при доме-интернате 21 человек. Данной услугой охвачено 10,8% от общего числа проживающих.

Заключение. Как показывает опыт работы Читинского дома-интерната, трудовая и досуговая деятельность оказывает развивающее, корригирующее, социализирующее и адаптирующее воздействие на личность инвалида. Доступные виды активной трудовой деятельности стимулируют развитие восприятия, мышления, внимания, памяти, моторики и речи. Труд в коллективе способствует формированию коммуникативных навыков, мотивационно-потребностной сферы и навыков социального поведения, формирует самостоятельность и ответственность, что позволяет приблизиться данной категории граждан к интеграции в общество.

С 2019 по 2021 годы отмечается увеличение количества получателей социальных услуг, задействованных в трудовой реабилитации на 18,7%. Внедрение данной комплексной программы позволило снизить количе-

ство девиаций, активизировать социально-полезную деятельность – формировать и развивать у получателей социальных услуг позитивные социально-трудовые навыки.

Игнатьева А.В.
**МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ
НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ
В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ**

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Широкая распространенность алкоголизма и наркоманий является проблемой не только здравоохранения, но и общества в целом. Поэтому для обеспечения качественной помощи в настоящее время приоритетным направлением современной наркологии является медицинская реабилитация пациентов, которая осуществляется на комплексной основе, включающей использование восстановительного потенциала реабилитационной среды, реабилитационных программ и технологий.

Реабилитация пациентов на базе ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер» осуществляется при помощи программы «Багульник», которая разработана с учетом биопсихосоциального подхода к лечению пациентов наркологического профиля, в основе которой лежит психотерапевтическая модель с 12-ти шаговой ориентацией зависимых людей, сочетающая в себе медицинские и социальные аспекты воздействия на болезнь.

Медицинская реабилитация в отделении осуществляется мультидисциплинарной бригадой специалистов, которая включает в себя врача психиатра-нарколога, врача психотерапевта, медицинских психологов и специалиста по социальной работе. Бригаде специалистов в реализации реабилитационных мероприятий оказывают помощь врач психиатр, врач физиотерапевт, медицинские сестры, инструктор по трудотерапии, представители православной Епархии, консультанты из сообществ Анонимные Алкоголики и Анонимные Наркоманы. В целях комплексного оказания медицинской помощи привлекаются врач терапевт, врач невролог, врач инфекционист. Совместная деятельность всех специалистов направлена на коррекцию мировоззрения пациентов, стереотипов их зависимого поведения и мышления, патологического влечения к ПАВ и мотивацию поддержания трезвого образа жизни. Реабилитационная программа рас-

считана в среднем на срок от 3 до 7 месяцев и содержит 4 последовательных этапа восстановления личностного статуса пациентов, их функционирования в обществе без употребления психоактивных веществ.

Первый этап лечебно-реабилитационного процесса называется адаптационный (мотивационный), который длится в среднем от 3 до 10 дней. В это время происходит максимально возможное восстановление физического, психического, социального здоровья реабилитируемого, а также адаптация к реабилитационной среде, его приспособление к распорядку работы по лечебно-реабилитационной программе.

Второй этап – интеграционный (базовый), его длительность составляет в среднем от 60 до 90 дней. Данный этап представляет собой вхождение в реабилитационную программу и активное участие в ней, с реализацией комплекса психолого-коррекционных мероприятий, разработанных с учётом выявленных на первом этапе индивидуально личностных особенностей пациента, и стабилизация его психофизического состояния.

Третий этап – стабилизационный. Продолжительность этого этапа реабилитации в среднем от 30 до 60 дней. Этот этап направлен на планирование профилактики срыва, то есть на обучение пациента предвидеть предвестники срыва, выработку навыков тактики и линии поведения в конфликтно-стрессовых ситуациях, продолжение формирования устойчивой мотивации, установление продуктивных отношений с близкими людьми.

И четвертый этап – профилактический (пост-лечебный), его длительность составляет от 30 до 60 дней. Последний этап реабилитационного процесса направлен на поддержание мотивации на трезвый образ жизни, адаптацию в обществе, построение новых социальных связей и самостоятельное функционирование в открытой среде без употребления психоактивных веществ.

Все этапы медицинской реабилитации лиц, потребляющих ПАВ, проходят в специально созданной для личностного восстановления среде, основанной на системе ответственности, психологической поддержки, контроля, поощрения и порицания. В целом весь реабилитационный процесс строится на системности оказания комплексной помощи зависимым от психоактивных веществ в результате воздействия на биологический, психологический и социальный уровни функционирования.

За период работы отделения с марта 2013 года по декабрь 2021 года в программу стационарной медицинской реабилитации было включено 858 человек. Из них женщин 465 человек (54%), мужчин – 393 человека (46%). Успешно завершили курс реабилитации 580 пациентов, что составляет

67,6% от общего числа включенных в реабилитацию, из них 306 женщин и 274 мужчин. Прервали стационарную медицинскую реабилитацию (по причине отказа, лишения свободы, смерти и прочее) за все время работы отделения 278 человек, или 32,4%.

С целью оценки длительности ремиссии у пациентов, прошедших медицинскую реабилитацию в стационарных условиях, в отделении организовано пост-стационарное сопровождение. Сотрудники отделения организуют сбор информации о статусе пациента посредством телефонных звонков окружению пациента, личных встреч с ним, сведений от участковых врачей психиатров-наркологов и сотрудников опеки и попечительства. Так, на декабрь 2021 года сохраняют трезвость 493 человека, что составляет 85% от числа успешно завершивших реабилитацию. Сохраняют трезвость более 1 года 265 человек, или 46%, и менее 1 года 228 человек, или 54%. В структуре пациентов, сохраняющих трезвость после прохождения курса стационарной медицинской реабилитации, 450 пациентов были с диагнозом «синдром зависимости от алкоголя» и 43 пациента – с диагнозом «синдром зависимости от наркотических веществ».

Таким образом, медицинская реабилитация пациентов наркологического профиля в стационарных условиях направлена на достижение максимально возможного эффекта при терапии зависимостей и позволяет добиться более высокой эффективности реабилитационного процесса, показателями которого является стойкая ремиссия и возвращение пациентов со сформированной устойчивой мотивацией на трезвый образ жизни в общество.

Капишникова О.В., Луканина Е.С.

**ОСОБЕННОСТИ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ
И СОЦИАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ПЕРИОД
РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ
В УЧРЕЖДЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

*Главное бюро медико-социальной экспертизы Орловской области,
Орел, Россия*

Динамические процессы глобализация привели к тому, что ряд инфекций стали приобретать характер пандемий, оказывая негативное влияние на здоровье населения во всем мире, а также на межличностные взаимоотношения в рамках социальных взаимодействий.

Несомненно, в ситуации пандемии можно выделить несколько эта-

пов, в том числе: этап самоизоляции, этап выхода из самоизоляции и соблюдения карантинных мер, этап появления прививок и возможности вакцинации и др. В этой связи представляет интерес поведенческая реакция людей на опасность заразиться и заболеть, так как это позволит определить направления профилактической работы.

В качестве основания выделения поведенческих реакций на угрозу смертельного заболевания мы воспользовались терминологией Э. Кюбель-Росс (1969), установившей пять психологических стадий (этапов), которые проходят неизлечимо больные люди или потерявшие свои близких: 1) отрицание и изоляция; 2) гнев; 3) торг; 4) депрессия; 5) смирение.

В связи с пандемией COVID-19 работа учреждения медико-социальной экспертизы (МСЭ) формирует тенденцию активного развития дистанционных технологий и удаленной работы. Данная форма трудовой деятельности активизирует процесс интернет-социализации личности и сокращает число очных социальных контактов, что также создает напряжение в социуме. Такой подход потребовал усилий, пересмотра приоритетов, технологий, методов работы и компетенций специалистов. В частности, перед коллективом остро встала задача трансформировать свою деятельность. Дистанционная работа определила смену фокуса на предотвращение дезадаптации, неуспешности; адаптации к новому, стойкости, развития и роста; разделения ответственности с другими участниками процесса; кризисную интервенцию (по актуальным запросам); опережающее реагирование на потенциальные риски.

Подобные преобразования возможны, в том числе за счет доступа к информационным ресурсам учреждения в целом, оперативного обмена информацией, действиями по выявлению актуальных запросов, оценками состояний, участию в принятии решений.

Можно отметить, что условия пандемии COVID-19 характеризуются множеством социально-экономических угроз психологической безопасности личности. Опасность сложившейся ситуации состоит в том, что все угрозы могут одновременно возникать в пространстве и усиливать переживания. В связи с этим требуется более глубокое изучение способов совладания личности с переживанием условий социальной изоляции и стресса в условиях пандемии. Все перечисленные ограничения, связанные с изменением уклада жизни, заставляют личность испытывать широкий спектр эмоций: гнев, злость, тревогу, уныние. Переживание каждой из них – необходимость на пути принятия и преодоления стрессовой ситуации.

Пандемия COVID-19 стала причиной изменения стереотипов пове-

дения людей. Как отмечают специалисты, особенность данной пандемии ещё и в том, что ее информационная составляющая по силе воздействия ничуть не уступает инфекционной. Если в начала пандемии люди просто боялись заразиться коронавирусной инфекцией, то сейчас у многих появилась усталость, раздражительность, чувство растерянности.

Условия работы в период пандемии COVID-19 в учреждениях медико-социальной экспертизы неизбежно повлекли изменения психического состояния сотрудников, формируя синдром эмоционального выгорания. При воздействии длительного и интенсивного стресса наблюдались разнообразные аффективные реакции полярного регистра, которые влияли на межличностные отношения и продуктивность профессиональной деятельности.

В ФКУ «ГБ МСЭ по Орловской области» Минтруда России за период действия Временного порядка особое внимание уделялось общему настроению в коллективе, нетипичным реакциям коллег в моменты высокой рабочей нагрузки, признакам физического и морального истощения. Поддержка и доверительные коллегиальные отношения существенно облегчали своевременное выявление и предотвращение дезадаптивных моделей поведения.

Несмотря на очевидную необходимость психопрофилактики, не все коллеги проявляют интерес к этому аспекту, а уровень психологической культуры невысок. Мы считаем, что в работе рекомендуется применять различные когнитивные техники для снятия тревоги и страхов, техники физической релаксации и дыхания. Терапия при работе с медицинским коллективом осложнена рядом особенностей. Это и реакция сопротивления, и когнитивные искажения, работа с которыми требует от специалиста сформированного плана терапии и владения теоретическим материалом, а также разнообразными практическими навыками. Имеются организационные трудности, которые в большинстве случаев сопутствуют работе. В сохранившихся условиях риска заражения COVID-19 также следует особое внимание уделять личной и коллективной безопасности.

Заключение. Эпидемия коронавирусной инфекции COVID-19 влечет за собой изменения межличностных отношений в коллективе. При формировании негативных и патопсихологических реакций у сотрудников требуется предварительная подготовка для психологической интервенции, что подразумевает наличие предварительного сформированного контакта с коллективом и уверенность в компетенции и этичности специалиста, осуществляющего интервенцию. Следует учесть индивидуально-пси-

хологические ограничения, связанные с самостигматизацией, тревогой, страхом разглашения личной информации и ожиданием негативной реакции со стороны коллектива.

Катан Е.А.

**ПРОГРАММА ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ
С ОСУЖДЕННЫМИ, ИМЕЮЩИМИ АЛКОГОЛЬНУЮ
И НАРКОТИЧЕСКУЮ ЗАВИСИМОСТЬ, В ИСПРАВИТЕЛЬНОЙ
КОЛОНИИ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Оренбургский государственный медицинский университет,
Оренбург, Россия*

Е.В. Змановская и В.Ю. Рубников выделяют следующие психологические подтипы правонарушителей: лица, у которых вследствие ряда причин оказываются не развитыми высшие чувства (совесть, чувство долга, ответственность, привязанность к близким) или представления о добре и зле; лица с отставленными и гипертрофированными возрастными (подростковыми) реакциями; третья категория – те, кто устойчиво воспроизводит делинквентное поведение своего непосредственного окружения и для кого подобное поведение является привычным; осужденные с психическими и невротическими расстройствами, с признаками интеллектуального недоразвития; группа, сознательно выбирающих делинквентное поведение, не страдающих нервно-психическими заболеваниями.

Глубокие переживания, связанные с изоляцией от общества, разрывом с семьей, чувством вины и другими обстоятельствами, необходимо использовать в воспитательных целях именно тогда, когда причины, их вызвавшие, свежи в памяти и остро воспринимаются. Поэтому наиболее эффективное воздействие на личность осужденного с целью его ресоциализации возможно в самый первый период его пребывания в исправительном учреждении, на первых этапах его адаптации к этим условиям. Государство, поставило перед исправительными учреждениями ряд задач, и одна из важнейших наряду с защитой общества преступников, задача ресоциализации, возвращение обществу человека, преступившего закон. Личностные особенности осужденных являются не только важнейшим фактором, определяющим выбор способов, форм, методов, путей воздействия на личности, но и условием эффективности процесса ресоциализации.

Цель работы: разработка и апробация программы психологической коррекции осужденных, имеющих алкогольную и наркотическую зависимость.

Задачи: информирование осужденных о неблагоприятных последствиях аддиктивного и делинквентного поведения для стимуляции когнитивных процессов личности, формирование способности принятия конструктивных решений; формирование социально важных навыков через интеграцию значимых ценностей, установка на исправление и законопослушный образ жизни; формирование установки на конструктивное отстаивание своих интересов без использования агрессии и ущемления интересов других людей; снижение напряженности во взаимоотношениях и создание благоприятной психологической обстановки в учреждении; формирование отрицательного отношения к употреблению психоактивных веществ, снижение патологического влечения.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ФКУ ИК-1 УФСИН России по Оренбургской области с 2020 по 2022 гг. С учетом добровольного согласия были сформированы экспериментальная и контрольная группы по 30 осужденных. Критериями включения являлись: данные о злоупотреблении ПАВ, данные о совершении преступления в состоянии опьянения; данные об использовании, хранении и распространении запрещенных психоактивных веществ. Критериями исключения: отсутствием проблем, связанных с употреблением ПАВ. Использованы методики: методика исследования самооотношения С.Р. Пантелеева (МИС); русскоязычная версия теста осмысленности жизни (ОЖ), адаптированная Д.А. Леонтьевым.

Результаты. Разработана программа психологической коррекции осужденных, имеющих алкогольную и наркотическую зависимость, состоящая из блоков: групповых психокоррекционных занятий, направленных на формирование коммуникативных навыков, эмпатии, ассертивности; лекционных занятий просветительского характера, занятий по фильмотерапии, психопрофилактических бесед, индивидуальных консультаций и 3 занятий с привлечением сторонних волонтерских организаций. Длительность одного занятия от 1 до 2 часов, 2 раза в неделю в течение 6 месяцев.

Статистически доказано, что в результате проведенной работы у участников исследования, принимавших участие в коррекционной программе, по сравнению с респондентами контрольной группы, возникла и развилась способность к рефлексии, пониманию себя и честность в отношении с самим собой. Отмечается появление уверенности в своих силах, готовность к достижению цели. Участники считают в первую очередь себя источником развития своей личности, ощущают себя принятыми окружающими. Ими осознана своя собственная неповторимость, приоб-

ретен положительный общий фон восприятия себя. У большинства участников возникла готовность к изменению «Я-концепции», открытость новому опыту, познания себя, поиски соответствия реального и идеального «Я», что помогает им создать новый образ себя, того образа, к которому им хотелось бы стремиться в ходе борьбы с алкогольной и/или наркотической зависимостью. Сформировано положительное отношение к себе, рефлексия приобрела конструктивный характер, без негативных последствий для личности. Участники программы научились брать на себя ответственность за свою роль в межличностных отношениях.

Заключение. У большинства участников сформировалось позитивное отношение к своему жизненному опыту, в том числе к негативным моментам, возможность конструктивного использования данного опыта в будущем, которая, в том числе, может заключаться в помощи лицам, имеющим зависимость от алкогольных напитков и ПАВ. После апробации программы у участников сформировалось представление о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора в принятии решений и изменений в своей жизни в соответствии с собственными целями и планами.

Клинова М.А., Кучнер В.В., Сахаров А.В.
НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ
ХАРАКТЕРИСТИКИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ
ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ С АДДИКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ
Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Потребление психоактивных веществ несовершеннолетними является одной из наиболее важных медико-социальных проблем, представляющих угрозу развитию общества. В нашей стране присутствуют существенные региональные различия по уровню аддиктивных расстройств и суицидального поведения среди лиц детско-подросткового контингента. Известно, что Забайкальский край отличается высокими показателями заболеваемости и болезненности наркологическими расстройствами среди несовершеннолетних. Поэтому важным является изучение основных факторов, влияющих на формирование аддиктивных форм поведения у подрастающего поколения.

Цель работы: изучение некоторых клинико-социальных характеристик несовершеннолетних Забайкальского края с наркологическими расстройствами.

Материалы и методы. Работа осуществлялась на базе ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер». Сплошным методом были проанализированы медицинские карты амбулаторных больных детского и подросткового возраста в Забайкальском крае за 2020-2021 гг. Всего в исследование была включена медицинская документация по 91 случаю наркологических расстройств среди несовершеннолетних. Статистическая обработка результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel.

Результаты. В ходе проведенного исследования было установлено, что среди несовершеннолетних с аддиктивным поведением преобладали лица мужского пола – 83,3%, большинство из которых являлись городскими жителями (80,0%). При этом в возрастную категорию до 14 лет вошло 11 детей (12,1%), а в категорию 15-17 лет – 80 подростков (87,9%).

При анализе социально-демографических характеристик детей и подростков с аддиктивным поведением выявлено, что 11,0% несовершеннолетних проживали в малообеспеченных семьях, 12,1% – в неудовлетворительных материально-бытовых условиях, 19,8% имели психопатологически отягощенную наследственность преимущественно по алкоголизму родителей, низкую учебную успеваемость – 19,7%, вовсе не учились 13,2%, проживали в неполной семье – 33,0%, в детском доме – 6,6%.

Ранее обращались за психиатрической помощью 7,7% из включенных в исследование, лечились в психиатрическом стационаре – 5,5%. Установлено, что 37,4% обследованных ранее имели приводы в полицию. В анамнезе совершали суицидальные попытки 5,5% несовершеннолетних с аддиктивным поведением. При этом наркологический статус несовершеннолетних является крайне неблагоприятным: курят – 50,5%, спиртные напитки употребляли 89,0% детей и подростков.

Структура наркологических расстройств среди несовершеннолетних за 2020-2021 гг. представлена следующим образом: употребление алкоголя с вредными последствиями – 68,1%, употребление токсических веществ с вредными последствиями – 13,2%, употребление каннабиноидов с вредными последствиями – 9,9%, употребление психостимуляторов с вредными последствиями – 4,4%, употребление синтетических наркотиков с вредными последствиями – 1,1%, синдром зависимости от каннабиноидов – 1,1%, синдром зависимости от летучих растворителей – 1,1%, синдром зависимости от алкоголя – 1,1%.

Заключение. Таким образом, в ходе проведенного исследования была изучена структура наркологических расстройств у несовершеннолетних

Забайкальского края. Установлено, что аддиктивные расстройства в ряде случаев сочетаются с суицидальным поведением, а также с противоправной активностью детей и подростков. Представленная неблагоприятная ситуация требует системного подхода и дальнейшего углубленного изучения дополнительных факторов, негативно влияющих на становление аддиктивных форм поведения несовершеннолетних Забайкальского края.

**Клинова М.А., Левчук Ю.А., Иванова А.О., Сахаров А.В.
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ
САМОУБИЙСТВ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Несмотря на отмечающееся в течение последних лет улучшение суицидальной ситуации в детско-подростковой среде, она по-прежнему остается чрезвычайно значимой медико-социальной проблемой ввиду серьезных негативных последствий. В нашей стране присутствуют существенные различия в распространенности суицидов в разных субъектах РФ. Так, Забайкальский край традиционно характеризуется высокой смертностью населения по причине самоубийств, в том числе среди детей и подростков. По данным официальной статистики, в 2021 году в крае показатель смертности среди несовершеннолетних по причине самоубийств составил 73,3 на 100 тыс. детей, что выше общероссийского показателя в 1,5 раза (47,3 на 100 тыс. детей). Это определяет необходимость и своевременность изучения факторов, влияющих на формирование суицидального поведения детско-подросткового контингента.

Цель работы: изучение некоторых эпидемиологических характеристик детско-подростковых завершенных суицидов в Забайкальском крае.

Материалы и методы. Работа осуществлялась в ГУЗ «Забайкальское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы». Были проанализированы журналы регистрации трупов и статистические карты умерших по причине самоубийств за 2017-2021 гг. в Забайкальском крае. Всего в исследование было включено 90 случаев суицидов детей и подростков в возрасте от 0 до 17 лет (средний возраст – $15,5 \pm 0,2$ лет). Статистическая обработка результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel.

Результаты. В ходе проведенного исследования было установлено, что среди несовершеннолетних суицидентов при завершенных суицидах

преобладали мальчики и юноши – 67,8%, девочек и девушек было 32,2% соответственно. При этом в возрастную категорию до 14 лет вошло 23 ребенка (25,6%), а в категорию 15-17 лет – 67 подростков (74,4%). При внутригрупповом распределении (в группе детей и группе подростков) преобладали лица мужского пола.

Из общего числа суицидентов в сельской местности проживали 66,7% (n=70), 33,3% являлись городскими жителями. Ведущим способом совершения самоубийства у детей до 14 лет являлось самоповешение (78,4%), далее – самострелы (8,7%), отравление медикаментами (4,3%), падение с высоты (4,3%) и железнодорожная травма (4,3%). У мальчиков-суицидентов самоповешения занимали лидирующее место, при этом другие способы совершения суицидов у лиц в данной возрастной группе не зафиксированы. У девочек-суицидентов самоповешения также стояли на первом месте (44,4%), на втором месте – смерть от огнестрельных повреждений (22,3%), на третьем месте – отравление медикаментами, падение с высоты и железнодорожная травма (по 11,1% соответственно).

При анализе способов совершения суицидов у юношей-подростков установлено, что преобладали самоповешения (78,7%), далее шли падения с высоты (10,6%), самострелы (8,5%) и самопорезы (2,2%). У девушек-суицидентов в структуре летальности самоповешения также стояли на первом месте (79,0%), на втором месте – падение с высоты (16,0%), на третьем – отравление медикаментами (5,0%). При анализе сезонности самоубийств выявлены три максимума: март (11,1%), апрель (15,6%) и ноябрь (13,3%).

Заключение. Проведенное исследование выявило высокую представленность законченных случаев суицидов среди лиц детско-подросткового возраста в Забайкальском крае. При их анализе установлено, что большинство несовершеннолетних суицидентов являлись жителями сельской местности, относились к мужскому полу, а наиболее частыми способами совершения суицида выбирались самоповешение и огнестрельное повреждение. Все вышеперечисленное обуславливает необходимость изучения комплекса причин, определяющих неблагоприятную суицидальную ситуацию среди детей и подростков Забайкальского края.

**Комарова А.П., Агибалова Т.В.,
Петросян Т.Р., Теплова С.Н., Брюн Е.А.**
**ДИНАМИКА ИММУННОГО СТАТУСА
У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ
С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ,
ПРИНИМАЮЩИХ АНТИРЕТРОВИРУСНУЮ ТЕРАПИЮ**
Московский научно-практический центр наркологии, Москва, Россия

Эпидемия ВИЧ–инфекции в значительной степени «подпитывается» употреблением инъекционных наркотиков. Между зависимостью от инъекционных психоактивных веществ (ПАВ) и инфекционными заболеваниями отмечается высокий уровень коморбидности. У 54,9% ВИЧ-инфицированных основной путь заражения – употребление инъекционных наркотиков с использованием нестерильного инструментария (Илюк Р.Д. и др., 2015). Зависимость от ПАВ и в особенности острая интоксикация сопровождается снижением контроля над поведением, а ПАВ, имеющие психостимулирующее действие, растормаживают сексуальное влечение и его рискованную составляющую (Лиознов Д.А. и др., 2012). В результате, наблюдается выход эпидемии ВИЧ-инфекции из уязвимых групп населения в общую популяцию, в которой активно продолжает распространяться.

Основным компонентом лечения пациентов с ВИЧ-инфекцией является антиретровирусная терапия (АРТ), с помощью которой можно добиться контролируемого течения заболевания (Мазус А.И. и др., 2013). Главная цель АРТ – максимальное подавление вирусной репликации до неопределяемого уровня РНК ВИЧ в плазме крови. Установлено, что употребление ПАВ изменяет прогрессирование ВИЧ-инфекции не только через нерегулярную терапию, но и прямо, путем иммунной модуляции и увеличения вирусной нагрузки ВИЧ (Брюн Е.А., и др., 2019). При систематическом потреблении ПАВ, особенно на фоне роста толерантности, изменяются параметры иммунного статуса (происходит снижение Т-хелперов, естественных киллеров, В-лимфоцитов и регуляторных клеток, повышение Т-киллеров и активированных Т-лимфоцитов) (Станько Э.П., 2013). Для того, чтобы АРТ на протяжении длительного времени была эффективной, необходимо строгое соблюдение назначенной схемы лечения, начиная с самого первого дня (Мазус А.И. и др., 2013). Поскольку несоблюдение пациентами режима лечения приводит к возникновению мутаций устойчивости и отбору устойчивых штаммов ВИЧ, а возможности дальнейшего выбора активных препаратов снижаются (Станько Э.П., Игумнов С.А., 2013). Таким образом,

в наркологической практике остро стоит вопрос о комплексном подходе к лечению ВИЧ-инфекции и зависимости от ПАВ, повышение эффективности и приверженности к АРТ у данной категории пациентов.

Целью настоящего исследования является сравнительный анализ показателей иммунного статуса у ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков (ПИИ), принимающих АРТ, с группой потребителей инъекционных наркотиков, не принимающих АРТ.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» в КФ № 1, в отделении для лечения ВИЧ-инфицированных пациентов в период с 2020 по 2021 гг. В исследование были включены 60 пациентов мужчин (на всех стадиях ВИЧ) в возрасте от 18 до 54 лет (средний возраст 38,6 лет), проходивших курс стационарного лечения и давших информированное согласие на участие в исследовании.

У всех пациентов ВИЧ-инфекция была диагностирована на основании эпидемиологических и клинических данных и подтверждена обнаружением специфических антител к белкам ВИЧ-1 методом ИФА и иммунного блоттинга. Пациенты, включенные в исследование, были поделены на две основные группы: I группа – принимающие АРТ, II группа – пациенты без АРТ. В каждой группе учитывался диапазон иммунного статуса (ИС): количество СД4 клеток – до 400 и более 400 клеток (порог возникновения оппортунистических инфекций), уровень вирусной нагрузки (ВН): >200 коп/мл, что соответствует вирусологической неэффективности, и < 200 коп/мл.

Результаты. При анализе основных групп пациентов было выявлено, что в I группу вошло 37 пациентов (61,7%). Из них всего лишь 5 пациентов (13,5%) не имели первоначальных данных ИС. Средний возраст группы составил 39,3 лет. Распределение стадий ВИЧ-инфекции: с 3 ст. – 37,8%; с 4А ст. – 27,1%; 4Б ст. – 21,6%; 4В ст. – 13,5%. Во II группу вошли 23 пациента (38,3%), из них 12 пациентов (52,2%) не имели первоначальных данных ИС. Средний возраст группы – 37,9 лет. Распределение стадий ВИЧ-инфекции: 3 ст. – 30,4%; 4А ст. – 47,8%; 4Б ст. – 13,1%; 4В ст. – 8,7%.

Сравнительный анализ исходных данных уровня клеток СД4 и ВН у исследуемых групп пациентов, позволяет увидеть, что уровень ВН заметно ниже в I группе (СД4 >400 кл/мл – 56,2%; ВН < 200 коп/мл – 78,8%), чем во II группе (СД4 < 400 кл/мл – 54,6%; ВН >200 коп/мл – 90,9%). При сравнении уровня СД4 и ВН в исходных данных с полученными показателями ИС, во время исследования, в I группе, выявлен рост количества клеток СД4 и уменьшение вирусной нагрузки (СД4 >400 кл/мл – 56,8%; ВН >200 коп/мл – 80,7%).

Заключение. На основании проведенного исследования можно сделать вывод, что несмотря на продолжение употребления ПАВ и прогнозируемое неблагоприятное течение ВИЧ-инфекции в связи со значительными нарушениями в клеточном звене иммунитета, вызванными употреблением наркотиков, эффективность приема антиретровирусной терапии неоспорима.

Поэтому проведенное нами исследование показывает, что важнейшую роль в лечении ВИЧ-инфекции у потребителей инъекционных наркотиков играет высокая приверженность к антиретровирусной терапии. Таким образом, формирование приверженности как к лечению зависимости от ПАВ, как и к антиретровирусной терапии у ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков, внесет большой вклад в снижение распространения ВИЧ-инфекции в РФ.

Кулемзина Т.В., Папков В.Е.

О ПРОФИЛАКТИКЕ РАССТРОЙСТВ

АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ОБУЧЕНИИ СЕМЕЙ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
Донецк, ДНР*

Расстройства аутистического спектра (РАС) сегодня представляют собой одну из важнейших проблем в сфере здравоохранения в силу непрерывно увеличивающегося распространения, неопределенности своей природы, а также, в целом, неудовлетворительного состояния профилактики и восстановления.

С целью изучения данной проблемы нами был проведен анализ литературных источников. Также в результате исследования собранного материала были получены подтверждения ряда уже сформированных положений о гигиенической и эпидемиологической роли семьи, как экологической системы ребенка, в механизмах формирования РАС, выявлены новые закономерности этиологических и патогенетических механизмов РАС. Семья, представляя собой микросоциум для ребенка, является, одновременно, экологической средой и фактором риска, в свою очередь, испытывая весьма сильное динамическое и трансформирующее влияние со стороны макросоциальных структур современного общественного устройства, формируя эпидемиологическую картину РАС.

В рамках НИР на кафедре интегративной и восстановительной медицины ДОННМУ им. М. Горького была разработана тестовая методика

нейропсихологического обследования группы связанных лиц, направленная на определение интегративного профиля функциональной межполушарной асимметрии (ИПФМА), включающая в себя несколько этапов:

1. На первом этапе формировались группы обследуемых лиц, профиль функциональной межполушарной асимметрии (ФМА) которых учитывался при построении ИПФМА семейных групп. Следует отметить возможность расширения семейных групп за счет включения в их состав других лиц, предположительно влияющих на формирование особенностей ИПФМА, тесно общающихся с детьми, но не имеющих с ними родственной связи.
2. На втором этапе применялось исследование по общепринятым нейропсихологическим методикам: анкетирование с использованием опросников Аннет, «Типология 2»; тестирование для определения парциальных сенсорно-моторных асимметрий; динамометрия кистей рук с целью установления скрытого левшества. В результате – формировались отдельные профили ФМА каждого лица выбранной группы.
3. Третий этап предполагал формирование ИПФМА уже всей семейной группы.
4. Четвертый этап заключался в трактовке профиля ИПФМА семейных групп, в ходе которого оценивались отношения контралатеральных пиков ФМА членов семьи, а также степень сглаженности профиля ИПФМА и его собственная (интегративная) латерализация, выражающаяся в ориентации наклона профиля и степени этого наклона.
5. На пятом этапе с целью выявления фактора, способствующего возникновению РАС, в отношении первичных данных был применен разведочный факторный анализ для выявления скрытой факторной структуры без предположения о числе факторов и их нагрузках, с целью получения максимально простой и наглядной структуры факторов РАС, а также выявления фактора (-ов) латентного типа.

Данная тестовая методика в ходе проведения нами настоящего исследования была применена для обследования членов семей детей с РАС с целью выявления особенностей ИПФМА семей, имеющих риск развития РАС, а также возможного латентного фактора, способствующего реализации РАС. В группу обследованных 100 семей были включены семьи, имеющие детей с уже установленным и подтвержденным ранее диагнозом РАС. В контрольную группу (20 семей) были включены семьи детей, аналогичных по возрасту детям из основной группы, но не имеющих симптомов и явлений РАС.

В связи с тем, что особую сложность создает отсутствие системной научной парадигмы РАС, нами была построена рабочая парадигма, предполагающая в своей основе механизм интериоризации согласно сформированному Л.С. Выготским принципу сворачивания внешней структуры социальных детско-родительских отношений в ходе онтогенеза во внутреннюю психическую структуру ребенка. Поскольку детско-родительские отношения имеют свою асимметрию и у животных, связанную с асимметрией профилей ФМА, было сделано, в том числе, предположение о влиянии асимметрией профилей ФМА не только одного из родителей (матери), но и неких интегративных составляющих данных профилей всех членов семьи, что возможно представляет видовое своеобразие детско-родительские отношения homo sapiens.

А так как речевые функции являются традиционно прерогативой левополушарной деятельности, рабочая гипотеза имела версию, в которой рассматривался в ИПФМА семьи детей с РАС доминирующий фактор правополушарности, с подавлением левой (дефицитарной) полушарности и, соответственно, понижением речевой функции, с соответствующим формированием нарушений социализации.

Данная гипотетическая версия нашла свое подтверждение только частично, в 59 семьях основной группы, сформировав явно праводоминантный профиль. Однако, имелся значительный процент семей с профилем, близким к горизонтальному (23 семьи); 12 семей имели явно леводоминантный ИПФМА. Шесть семей из основной группы имели профили, близкие к горизонтальному, с невыраженной тенденцией к право- либо леводоминантной асимметрией.

Но, в сравнении с контрольной группой обозначилось явное различие в сглаженности ИПФМА семей детей с РАС. ИПФМА семей детей из контрольной группы имели явный провал, связанный с традиционным гендерным доминированием контралатеральных полушарий в ФМА, в отличие от сглаженной линии ИПФМА семей детей с РАС из контрольной группы.

В настоящее время проводится окончательная обработка полученных результатов, но однозначно можно констатировать, что латентным фактором риска развития РАС у детей является нарушение межполушарной интеграции в семье, с последующим очевидным формированием межполушарной дезинтеграции у детей, с формированием нарушений социальной адаптации.

Вышеперечисленное является методологической основой формирования персонифицированного подхода вторичной профилактики и восстановления детей с РАС, включающих принципы превентивного обучения

семей с риском развития РАС, заключающегося в учете латентного фактора риска развития РАС у детей, состоящем в нарушении межполушарной интеграции в семье.

Иначе говоря, в основе формирования превентивного обучения должен находиться принцип формирования (восстановления) межполушарной интеграции семьи, находящейся в группе риска развития РАС у детей.

Для чего представляется прагматичным использовать языковые модели обучения с учетом различной грамматической (лингвистической) организации правого и левого полушарий головного мозга.

Поскольку, грамматический строй языка левого полушария фактически интерпретируется через парадигму картезианской лингвистики (генеративной грамматики) Н. Хомского, а парадигму семантического дифференциала Ч. Осгуда, или общей семантики А. Коржибского следует соотнести с грамматикой правого полушария, то любое высказывание можно интерпретировать в двух парадигмах, получая либо модуляцию семантического дифференциала, либо модуляцию логических структур отвлеченного смысла. Следует полагать высказывания каждого из полушарий виртуальными, наполненными реальным смыслом только в интегративном аспекте (Черниговская Т.В.).

Формирование систем обучения выявляемых семей, входящих в группу риска РАС у детей, таким образом, следует основывать на языковых моделях, содержащих лингвистический тестовый материал, направленный на интеграцию различных указанных выше лингвистических (грамматических) парадигм, с последующим обучением и самого ребенка, с формированием уже его собственной системы эгоцентрической речи, и с учетом, выше формулированных интегративных речевых функций.

Лазо Ю.В.

**ПСИХОЗЫ, ВОЗНИКШИЕ НА ФОНЕ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ:
ДИНАМИКА И АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ ЗА 2013-2021 ГГ.**

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Алкогольные психозы – психотические состояния, главным фактором возникновения которых является систематическое, многолетнее злоупотребление напитками, содержащими этиловый спирт (Гофман А.Г., 2017). При возрастании душевого потребления алкоголя населением воз-

растает частота возникновения алкогольных психозов, что отражает уровень алкоголизации населения. Поэтому изучение проблемы алкогольных психозов остается актуальной.

Показатель заболеваемости алкогольными психозами в Забайкальском крае в 2021 году составил 16,0 на 100 тыс. населения, что выше такового по России в 2020 году (10,4). В динамике за период с 2013 по 2016 года показатель имеет тенденцию к росту, а с 2016 по 2021 напротив, снижается. Так в 2013 году показатель заболеваемости психозами в крае составил 21,0 на 100 тыс. и до 2016 года незначительно вырос до 26,6 соответственно, и далее снизился до 16,0 в 2021 году. В России за соответствующий временной промежуток показатель четко снижается, что соответствует динамике душевого потребления алкоголя (Росстат, 2020). Также следует обратить внимание, что заболеваемость алкогольными психозами в крае остаётся выше таковой по РФ в 2020 году в 1,5 раза, что свидетельствует о неблагоприятной алкогольной ситуации в крае, особенно в сельской местности. Так, в некоторых районах края в 2021 году показатель достигает 61,8 на 100 тыс. и превышает общероссийский в 6 раз, тогда как по городу Чите в 2021 году он составил 15,9 на 100 тыс. населения. В общей структуре заболеваемости алкогольными расстройствами в Забайкальском крае в 2020 году психозы составили 18%, что приближается к РФ (17%). Но следует обратить внимание, что доля синдрома зависимости в Забайкалье (54,3%) выше, чем в РФ (34%), а процент донозологических форм потребления алкоголя в нашем крае ниже – 27,7% против 34% по РФ. Это, вероятно, свидетельствует о неблагоприятной алкогольной ситуации в крае, с недостаточной диагностикой ранних форм употребления алкоголя, особенно в сельской местности.

Показатель болезненности психозами, возникшими на фоне отмены алкоголя в 2021 году, составил 24,2 на 100 тыс. населения, что ниже такового по РФ (26,9 в 2020 году). Динамика показателей болезненности психозами соответствует таковой по заболеваемости, и за 9-летний период отмечается их снижение в крае в 1,3 раза (по РФ в 2 раза). В общей структуре болезненности доля психозов в 2020 году составила 2% (РФ – 3%), доля синдрома зависимости – 86% (РФ – 84%), употребления алкоголя с вредными последствиями – 12% (РФ – 13%). Следовательно, структура соответствует общероссийским показателям.

Важно отметить, что группа алкогольных расстройств среди подросткового населения Забайкалья в 2021 году алкогольными психозами не представлена, а в рамках заболеваемости присутствуют донозологические формы потребления алкоголя (Забайкалье – 157,3 на 100 тыс. в 2021 году;

РФ – 136,8 на 100 тыс. в 2020 году). Однако показатель болезненности синдромом зависимости от алкоголя у подростков в 2021 году составил 10,0 на 100 тыс. (РФ – 3,14). Важно отметить, что в Забайкалье болезненность психозами на фоне отмены алкоголя у подростков равна 0, а в РФ 0,02 на 100 тыс. соответственно.

Заключение. Таким образом, можно отметить, что в Забайкальском крае неблагоприятная алкогольная обстановка, связанная с высокой алкоголизацией взрослого населения, более выраженная в сельской местности, что обусловлено низким социальным уровнем жизни и недостаточной доступностью наркологической помощи в районах края.

Лежейко Т.В., Алфимова М.В., Голимбет В.Е.
ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ
ГЕНА OXTR(A/G) rs53576 И НАЛИЧИЯ АЛКОГОЛИЗМА
В РОДИТЕЛЬСКОЙ СЕМЬЕ НА УРОВНИ
ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ
Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

Шизофрения представляет собой хроническое психическое расстройство с гетерогенным генетическим и нейробиологическим фоном. Известно, что высокий уровень личностной тревожности у больных шизофренией неблагоприятно влияет на уровень социальных взаимодействий, которое ведет к снижению адаптации больных и ухудшению качества их жизни. Важную роль в модуляции социального поведения играет окситоцинергическая система. Известно, что гены, связанные с этой системой, в частности, ген, кодирующий рецептор окситоцина (OXTR), влияют на риск развития психических расстройств, таких как агрессивное поведение, депрессия, тревожное расстройство, расстройство пищевого поведения, пограничное расстройство личности, а также на клинические исходы болезни (Cataldo I. et al., 2018; Gottschalk M. et al., 2018). При этом часто имеет место взаимный эффект генетических и средовых факторов на эти фенотипы (Kohlhoff et al., 2022). Одним из наиболее изученных полиморфизмов в гене OXTR, расположенном в интроне 3 на хромосоме 3p25.3, является rs53576, который представляет собой замену аденина (A) на гуанин (G). Показано, что rs53576 связан с различными поведенческими фенотипами. У психически здоровых людей – носителей аллеля А отмечена большая выраженность черт личности, связанных с нейротизмом (Wang

et al., 2014), социальной тревожностью (Notzon et al., 2016, Lindholm et al., 2020), подверженностью стрессовым воздействиям (Rodrigues et al., 2009). Ассоциация этого полиморфизма с уровнем личностной тревожности у больных шизофренией ранее не изучалась.

Цель исследования: обнаружить связь полиморфизма rs53576 OXTR с уровнем тревожности у больных шизофренией с учетом такого неблагоприятного средового фактора как наличие алкоголизма у одного из родителей больного.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 526 больных (315 женщин и 211 мужчина, средний возраст $32,1 \pm 10,4$ лет, возраст к началу заболевания $24,8 \pm 8,2$ лет), с диагнозами шизофрения, шизоаффективный психоз, шизотипическое расстройство (рубрики F20, F25, F 21 по МКБ-10). Все больные подписали информированное согласие на участие в исследовании и сдали кровь для выделения ДНК. ДНК из венозной крови выделяли фенол-хлороформным методом. Генотипирование проводили ПЦР-методом плавления с высоким разрешением (HRM), использовали олигонуклеотидные праймеры. В качестве средового фактора, связанного с неблагоприятным семейным анамнезом, выбрано злоупотребление алкоголем одним из родителей. Наличие алкоголизации в семье выявлено у 113 больных. Психометрическое исследование предусматривало оценку личностной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина (STAI). При анализе данных применяли двухфакторный дисперсионный анализ (Factorial ANOVA) в качестве зависимой переменной использовали выраженность личностной тревожности по шкале (STAI) в баллах, в качестве групповых факторов – генотип и средовый фактор (злоупотребление алкоголем одним из родителей) в качестве ковариат – возраст и пол.

Результаты. Распределение генотипов по полиморфизму OXTR(A/G) rs53576 было следующим: AA – 16,73% (88 человек), AG – 47,72% (251), GG – 35,55% (187). Частоты генотипов в исследуемой выборке соответствовали распределению Харди-Вайнберга ($\chi^2=3,9$, $p=0,1$). При сравнении влияния взаимодействия полиморфизма OXTR(A/G) rs53576 и группы с злоупотреблением алкоголем одним из родителей на уровень личностной тревожности были обнаружены различия, близкие к уровню значимости ($F=2,3$; $df(2;518)$; $p=0,09$), которые не зависели от пола и возраста. В группе больных – носителей аллеля А (генотипы AA и AG) ($p=0,07$) отмечены более высокие уровни личностной тревожности, чем в группе с генотипом GG. Эти данные в целом соответствуют ранее опубликованным результатам, которые показали связь аллеля А с повышенными уровнями

тревожности (Wang et al., 2014; Notzon et al., 2016, Lindholm et al., 2020) для популяционных выборок.

Заключение. Таким образом, выявленные эффекты позволяют предположить, что полиморфизм OXTR(A/G) rs53576 модифицирует влияние стрессовых жизненных ситуаций на личностную тревожность у больных шизофренией. Поскольку связь между изученными факторами и личностной тревожностью обнаружена только на уровне тенденции, полученные нами результаты можно рассматривать как предварительные.

Лобанова А.А.

**ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ
ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЕВОГО
НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА В 2020-2021 ГГ.**

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Врачебная комиссия (ВК) медицинской организации призвана решать вопросы в наиболее сложных и конфликтных случаях, возникающих при выполнении работ и услуг, заявленных в лицензии на медицинскую деятельность. Количество и специфика этих вопросов напрямую зависит от объема направлений, видов и услуг медицинской и иной деятельности, которые осуществляет медицинская организация.

Помимо основных, рутинных направлений деятельности ВК – экспертиза временной нетрудоспособности, направление пациента на медико-социальную экспертизу, изучение летальных исходов, организация и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в специализированном лечебном учреждении очень часто возникают вопросы, требующие комиссионного решения врачей – «узких» специалистов.

В структуре ВК ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер» (ГАУЗ ЗКНД) выстроена следующая иерархия. Центральная врачебная комиссия принимает решения в наиболее важных и сложных случаях, ее возглавляет главный врач. Профильные подкомиссии ВК рассматривают специфические вопросы. Так, основным направлением лечебно-контрольной подкомиссии является работа по экспертизе качества, аудиту, разработка клинических протоколов, алгоритмов, стандартов. Наркологическая подкомиссия решает все сложные вопросы, связанные с диспансерным динамическим наблюдением, изменением диагноза нар-

кологического расстройства. Экспертная подкомиссия создана в диспансере после внедрения новых видов деятельности, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований. Имеет постоянно действующую рабочую группу для выдачи справок об отсутствии медицинских противопоказаний для работы с использованием сведений, составляющих государственную тайну – обязательное условие, регламентированное законодательством. Формулярная подкомиссия принимает решения по всем вопросам, связанным с лекарственными назначениями, например, при назначении дорогостоящих лекарственных препаратов. Подкомиссии по изучению летальных исходов, профилактике инфекций, связанных с медицинской деятельностью, экспертизе временной нетрудоспособности – решают соответствующие вопросы.

В 2020-2021 гг. на конъюнктуру и объемы ВК ГАУЗ ЗКНД существенно повлияли такие события, как развитие медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, а также пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19.

За 2021 год в ГАУЗ ЗКНД проведено 635 заседаний подкомиссий ВК по 2428 случаям. Это на 10% меньше в сравнении с 2020 годом по количеству заседаний (706) и на 17% по количеству рассмотренных случаев – 2925. Среднее количество ВК на одно заседание в 2021 году составило 3,8. Из 2428 случаев ВК в 2021 году 49% (1197) приходилось на заседания наркологической подкомиссии ВК. Прекращено диспансерное динамическое наблюдение в отношении 447 пациентов, что на 40% меньше в сравнении с 2020 г. (737). Это было обусловлено низким объемом посещений пациентов в амбулаторно-поликлиническое отделение, что было связано с пандемией коронавирусной инфекции.

Принято решение о допуске к работе в отношении 388 наркологических пациентов (275 – АППГ), решение о наличии стойкой ремиссии наркологического заболевания принято в 114 сложных случаях (150 – АППГ). В 2,6 раза участились случаи представления на ВК пациентов, направленных после медицинского осмотра для исключения наркологической патологии, с 136 случаев в 2020 г. до 359 в 2021 г.

Увеличение объемов медицинских осмотров и медицинских освидетельствований в 2021 году повлияло и на работу экспертной подкомиссии ВК. Всего проведено 280 (256 – АППГ) заседаний в отношении 708 случаев (430 – АППГ). Выдано медицинских заключений для работы с Государственной тайной 664 гражданам, что в 1,8 раз больше, чем за АППГ (367). В 2,6 раз уменьшилось количество случаев выдачи ВК медицинских за-

ключений для управления транспортным средством – 12, в 2020 г. – 32.

Увеличение объемов работы подкомиссии по ЭВН в 2021 году было обусловлено перепрофилированием наркологических коек в инфекционные для лечения пациентов с коронавирусной инфекцией. В 2,6 раз увеличилось количество случаев заседаний ВК в 2021 году и составило 392 (150 – АППГ) случая. Из них 63% (246 случаев) приходилось на продление листка нетрудоспособности после стационарного лечения в инфекционном отделении для амбулаторного долечивания. В 128 случаях рассматривалось продление листка нетрудоспособности свыше 15 дней (86 – АППГ), в 66 случаях комиссия принимала решение о выдаче листка нетрудоспособности за прошедшее время (52 – АППГ), в 16 случаях был выдан дубликат листка нетрудоспособности (12 – АППГ). Всего в 2021 г. в ГАУЗ ЗКНД выдано 396 ЛН (182 – АППГ), из них электронных ЛН – 388 (179 – АППГ), бумажных – 8 (3 – АППГ), 1 ЛН был аннулирован.

В 2021 году не было направлено ни одного пациента в БМСЭ для решения вопроса о стойкой утрате трудоспособности, в 2020 году 3 пациента получили группу инвалидности.

В 2021 году в ГАУЗ ЗКНД умерло 4 пациента, из них 3 – в наркологическом отделении и 1 пациент – в инфекционном отделении (1 – АППГ). Проведено 4 заседания подкомиссии по изучению летального исхода. По результатам патологоанатомического исследования установлено совпадение клинического и патологоанатомического диагноза.

В рамках экспертного контроля качества медицинской помощи по законченному случаю проведено 452 экспертизы (654 – АППГ).

В 2021 году проведено 4 заседания комиссии по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, 4 заседания Совета по лечебному питанию и 5 заседаний Форумарной подкомиссии ВК.

Таким образом, учитывая специализированный профиль ГАУЗ ЗКНД, большую часть работы ВК занимает решение сложных наркологических, в т.ч. экспертных вопросов, связанных с диспансерным динамическим наблюдением врачом психиатром-наркологом, ограничениями профессиональной и иной деятельности, связанными с наркологическим расстройством. В 2021 году в работе наркологической подкомиссии произошли изменения, связанные с продолжающейся пандемией новой коронавирусной инфекции, и связанными с этим ограничениями диспансеризации населения.

Развитие Забайкальского краевого наркологического диспансера, внедрение новых видов деятельности, не являющихся специализированными, требует совершенствования и в работе ВК данного направления.

Лубеницкая А.Н., Иванова Т.И.
**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА СИНДРОМА
ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ, ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ
С АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СРЕДИ
ПОДРОСТКОВ ГОРОДА ОМСКА**

*Омский государственный медицинский университет, Омск, Россия
Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой,
Омск, Россия*

Проблема хронической боли является одной из ведущих в наши дни: ряд исследований показали, что ее распространенность составляет 10-80% среди населения в целом (Abu-Saad Huijjer, 2010), среди детей и подростков – от 20 до 40%, причем 5% приходится на боль, приводящую к инвалидизации (King et al., 2011; Huguet, Miro, 2008). Наличие стойких болей и, зачастую, невозможность выявить их причину, значительно ухудшает физическое и психосоциальное функционирование, снижает качество жизни, нарушает повседневную деятельность. Состояние пациентов с хронической болью в 80% случаев соответствует критериям тревожного расстройства (Campo et al, 2004). Также вероятность развития депрессии коррелирует с частотой возникновения болевых ощущений, и, наоборот, депрессивные симптомы определяются как фактор риска для утяжеления состояния со временем, еще больше снижая качество жизни. Считается, что до 64% молодых людей будут продолжать испытывать стойкую боль и в зрелом возрасте (King et al., 2011).

Цель исследования: оценка распространенности хронического болевого синдрома, особенностей его клинических проявлений среди подростков города Омска, сравнение распространенности тревожно-депрессивной патологии среди здоровых людей и лиц, страдающих хронической болью.

Материалы и методы. По данным Омскстата, на 1 января 2021 года в Омской области численность молодых людей 10-19 лет составляла 207 362 человека. В ноябре 2020 года было проведено сплошное одномоментное тестирование, в котором приняло участие 5910 человек 14-18 лет, что составило 2,85% от данной группы населения. Средний возраст участников составил 16,2 года (SD 1,8), с преобладанием количества испытуемых 15-ти (29,4%), 16-ти (24,0%) и 17-ти (23,4%) лет. Доля испытуемых женского пола составила 64,0% (3781 человек), мужского – 36,0% (2129 человек). Каждому из них было предложено заполнить оригинальный опросник посредством Google Forms, направленный на выявление болевых ощущений

на протяжении не менее 6 месяцев, также описывались дополнительные симптомы и оценивались уровни тревоги и депрессии посредством шкалы HADS. Все полученные переменные были подвергнуты статистическому анализу.

Результаты. О наличии боли длительностью свыше полугода сообщили 862 человека (14,6% выборки), из них 665 – женского пола (17,6% всех девушек, 75,4% испытуемых, сообщивших о наличии боли), 193 – юноши (9,3% юношей, 24,6% испытуемых со стойкими болями). Распространенность среди девушек достоверно выше, чем среди юношей и популяции в целом ($p \leq 0,001$). Встречаемость синдромов хронической боли распределена по возрастным группам относительно равномерно (14,7%, $SD=0,7$), с наибольшими показателями в 17 лет (15,6% испытуемых данного возраста) и 18 лет (15,7%).

Наиболее частыми локализациями ($p \leq 0,001$) болевых ощущений оказались: спина (403 человека, 46,8%), поясница (292, 33,9%) и живот (216, 25,0% лиц с хроническим болевым синдромом). При этом 408 человек (47,3%) сообщают о двух и более локализациях. О наличии дополнительных симптомов, сопровождающих боль, сообщают 556 человек (64,5%). Наиболее распространенными ($p \leq 0,001$) являются: слабость, недомогание (364 человека, 42,2% лиц с хронической болью), нарушение сна (199, 23,1%), снижение или отсутствие аппетита (152, 17,6%). 256 опрошенных лиц с хронической болью (29,7%) сообщают о двух и более дополнительных симптомах.

О нарушении взаимоотношений с окружающими людьми, например из-за раздражительности, сообщает 282 человека (32,7%). Трудности концентрации внимания сопровождают болевые ощущения в 38,5% случаев (332 человека).

Симптомы клинически выраженной тревоги по шкале HADS среди всех опрошенных встречаются у 644 человек (11,2%). Распространенность клинически выраженной депрессии по шкале HADS – 6,6% (392 человека). Сочетание симптомов и тревоги, и депрессии встречается в 2,8% случаев (164 человека). Среди обследуемых с хроническими болями уровень аффективных расстройств достоверно выше, чем среди лиц без них ($p \leq 0,001$), частота клинически выраженной тревоги составляет 31,4%, депрессии – 15,6%, тогда как у здоровых лиц – 7,8% и 5,1% соответственно. Распространенность сочетания тревоги и депрессии в группе лиц со стойкими болевыми ощущениями достоверно выше ($p \leq 0,001$), и составляет 9,6% против 1,6%.

Среди всей выборки большинство (86,4%) юношей не обнаруживают симптомов выраженной тревоги. Среди опрошенных девушек в 17,1%

случаев обнаруживается тревога субклинической, и в 14,7% – клинической выраженности. Результаты оценки уровня депрессивных проявлений показали, что девушки чаще сообщают о выраженной депрессивной симптоматике – в 7,3% случаев, в то время как юноши – в 5,5%. Сочетание клинически выраженных тревожно-депрессивных симптомов также обнаруживается чаще среди девушек – 3,6% против 1,4%. Более половины (64,0%) юношей с хроническими болями не обнаруживают выраженной тревоги. Среди девушек с хронической болью в 24,4% случаев обнаруживается тревога субклинической, и в 34,0% – клинической выраженности. Девушки со стойкими болями в 63,3% случаев и юноши в 56,9% не обнаруживают выраженной депрессии. Сочетание симптомов тревоги и депрессии клинической выраженности обнаруживается у десятой части обследуемых с синдромами хронической боли обоих полов.

При оценке возрастных различий выраженности симптомов аффективных расстройств у лиц с болевыми синдромами выяснено, что чаще сообщают о наличии значимых симптомов тревоги в группах 17 лет (37,0%) и 16 лет (36,1%). Более половины опрошенных со стойким болевым синдромом (61,4%, $SD=4,8$) не обнаруживают симптомов клинически выраженной депрессии. В группе пятнадцатилетних испытуемых наблюдается наибольшее количество респондентов (12,0%), сообщающих о наличии и тревожной, и депрессивной симптоматики.

Средний уровень показателя выраженности тревоги по шкале HADS в группе опрошенных, сообщивших о наличии стойких болей, составил 8,4 ($SD=3,7$), в группе исследуемых без боли – 4,8 ($SD=2,9$).

Заключение. Результаты исследования показывают значительную распространенность хронических болей среди подростков города Омска, в очередной раз подчеркивая актуальность данной проблемы. Женский пол, несомненно, является персональным фактором, повышающим риск формирования хронической боли. Отмечена широкая распространенность множественных локализаций ощущений, а также наличие дополнительных сопутствующих симптомов, усугубляющих общее самочувствие, как-то нарушение сна, слабость, потеря аппетита, диспепсические нарушения и др.

Важно отметить, что современная литература свидетельствует, что с возрастанием количества болевых симптомов значительно увеличивается вероятность диагностирования депрессии. Данные анализа результатов опроса подчеркивают основные психологические проблемы, с которыми сталкиваются молодые люди, страдающие стойкими болями. Треть из них сообщают о трудностях концентрации внимания и нарушении взаимоотно-

шений с родными и близкими, в свою очередь являющимися факторами, ухудшающими социальное функционирование и эмоциональное состояние. Показатели тревоги и депрессии значительно выше по сравнению с группой здоровых лиц. Наличие корреляции между хронической болью и аффективными расстройствами несомненна, они взаимно влияют друг на друга, формируя своеобразный порочный круг, тем самым снижая качество жизни.

Полученные результаты демонстрируют острую необходимость в мультидисциплинарных исследованиях, позволяющих определить механизмы возникновения и закрепления болевых синдромов, для совершенствования программ диагностики и терапии, которые смогут эти механизмы прервать.

**Марков А.В., Курасов Е.С., Шамрей В.К.
ЗАВИСИМОСТЬ АФФЕКТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ
ОТ СРОКА ТРЕЗВОСТИ НА ЭТАПЕ СТАНОВЛЕНИЯ
РЕМИССИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМАТИЧЕСКИМ
ПРИЕМОМ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ**

*Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,
Санкт-Петербург, Россия
АВА-ПЕТЕР, Санкт-Петербург, Россия*

Для всех этапов наркотической зависимости характерно наличие аффективных нарушений. Но если для зависимости от «традиционных наркотиков» эта проблема достаточно хорошо изучена и описана, то про аффективные нарушения у пациентов с зависимостью от синтетических катинонов литературных данных не так много (Патрикеева О.Н. и др., 2021).

Цель исследования: изучение проявлений тревожно-депрессивной симптоматики у пациентов с зависимостью от синтетических катинонов на этапе становления ремиссии в зависимости от срока трезвости.

Материалы и методы. В исследование включено 93 пациента, находившихся на реабилитации по поводу зависимости от синтетических катинонов. Места реабилитации пациентов: частные центры, православный центр и 2-е отделение СПб Городской наркологической больницы. Обследуемый контингент был разделен на две группы в зависимости от срока трезвости: от 3-х недель до 3-х месяцев – 57 человек (первая группа) и от 3-х до 6 месяцев – 36 человек (вторая группа). Критериями включения в исследование были: срок трезвости от 3-х недель до 6 месяцев, письмен-

ное согласие на исследование. Критериями исключения из исследования являлись: отказ пациента от участия в исследовании, выраженные когнитивные и мнестические нарушения, наличие сопутствующих психических расстройств.

Для выявления аффективной симптоматики использовались шкалы тревоги и депрессии Цунга, а также опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (Тарабрина, 2001).

Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программы Statistica 10.0. При сравнении количественных данных двух независимых групп использовался критерий Манна-Уитни. Для сравнения групп по номинальным показателям – критерий Хи-квадрат Пирсона.

Результаты. Средний возраст пациентов первой группы составил $28,5 \pm 6,0$ лет, во второй группе со сроком трезвости 3-6 месяцев – $30,0 \pm 7,3$ лет. Статистически группы между собой не различались по этому показателю ($p > 0,05$). Половой состав всех групп характеризовался преобладанием мужского пола: в первой группе лиц мужского пола было – 73,7%, во второй – 80,5%, ($p > 0,05$).

По шкале тревоги Цунга средние значения различались, но статистически не значимо ($p > 0,05$): $35,8 \pm 7,9$ в первой группе и $36,6 \pm 9,4$ во второй. У 8 (14,0%) пациентов первой группы и у 5 (13,9%) пациентов второй группы были выявлены тревожные расстройства легкой степени тяжести, ($p > 0,05$). По шкале депрессии Цунга средние значения в группах: $38,7 \pm 8,6$ и $40,0 \pm 8,5$ ($p > 0,05$). Количество пациентов с депрессией легкой степени тяжести: 6 (10,5%) и 6 (16,7%), ($p > 0,05$) соответственно. По шкале депрессии (DEP) SCL-90-R: $1,41 \pm 0,68$ и $1,45 \pm 0,84$ ($p > 0,05$); по шкале тревожности (ANX) SCL-90-R: $1,30 \pm 0,8$ и $1,23 \pm 0,9$ ($p > 0,05$); по шкале фобической тревожности (PHOV): $0,81 \pm 0,79$ и $0,92 \pm 0,90$ ($p > 0,05$) соответственно.

Число пациентов с пассивными суицидальными мыслями: 17 (29,8%) пациентов в первой группе и 8 (22,2%) пациентов во второй ($p > 0,05$).

Заключение. Таким образом, по результатам нашего исследования оказалось, что аффективные нарушения у пациентов, зависимых от синтетических катинонов, со сроком трезвости от 3-х недель до 3 месяцев и от 3-х до 6 месяцев статистически значимо не различаются. Полученные данные согласуются с данными исследователей, отмечавших, что аффективные нарушения у потребителей синтетических катинонов имеют стойкий характер и способны не только сохраняться при длительных ремиссиях, но и утяжеляться (Патрикеева О.Н. и др., 2021).

Марков А.В., Курасов Е.С., Шамрей В.К.
**ПРЕДСТАВЛЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ, ПРИНИМАВШИХ
СИНТЕТИЧЕСКИЕ КАТИНОНЫ, В РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ
ЦЕНТРАХ ЛЕНИНГРАДСКОЙ И ПСКОВСКОЙ ОБЛАСТЕЙ**

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,

Санкт-Петербург, Россия

АВА-ПЕТЕР, Санкт-Петербург, Россия

В последнее десятилетие на территории РФ отмечается замещение опиоидных наркотиков на так называемые «дизайнерские» наркотики. Одними из наиболее популярных «дизайнерских» наркотиков на текущий момент в РФ считаются синтетические катиноны (Игумнов С.А., Шахова С.М., 2021).

Цель исследования: изучение удельного веса и представленности пациентов, принимавших синтетические катиноны, в реабилитационных центрах СЗФО.

Материалы и методы. Исследование проводилось в частных центрах реабилитации, расположенных на территории Ленинградской области и православном реабилитационном центре, расположенном в Псковской области. Единственным критерием включения в исследование было согласие пациента на исследование, подтвержденное письменным образом. Статистическая обработка осуществлялась с помощью модуля описательной статистики программы Statistica 10.

Результаты. В исследование было включено 120 пациентов реабилитационных центров. Средний возраст пациентов составил $33,3 \pm 9,3$ года. Лиц мужского пола было 89 (74,2%), женского – 31 (25,8%). Пациентов с зависимостью от синтетических катинонов (F15.2) было выявлено 43 человека (35,8%). Из них пациенты с зависимостью от α -ПВП составляли – 28 (23,3%), от мефедрона – 9 человек (7,5%), мефедрон и α -ПВП – 6 (5%). Средний возраст – $31,1 \pm 7,5$ года, средний стаж употребления синтетических катинонов: $25,5 \pm 20,8$ месяцев

Зависимые от алкоголя лица составили вторую по количеству пациентов группу – 37 человек (30,8%). Средний возраст: $42,0 \pm 7,6$ года. Сочетанная зависимость от нескольких ПАВ (F19.2): 25 человек (20,8%). Из них с катинонами – 18 (15%), без катинонов – 7 (5,8%). Средний возраст группы: $30,0 \pm 7,6$ года.

Пациенты с опиоидной зависимостью (F11.2) – 5 человек (4,2%), каннабиноидной (F12.2) – 4 пациента (3,3%), эпизодическое употребление

СК (F15.1) – 4 (3,3%), амфетаминовая зависимость (F15.2) – 1 (0,83%), зависимость от производных натрия оксibuтирата (1,4-бутиандиол и бутиролактон) (F13.2) – 1 (0,83%).

Заключение. Таким образом, удельный вес пациентов с зависимостью от синтетических катинонов в исследуемых центрах СЗФО составил 35,8%. В целом же, пациентов, которые хотя бы однократно пробовали вещества из группы синтетических катинонов, было – 54,2%. Результаты исследования говорят об особой популярности веществ из группы синтетических катинонов на территории СЗФО на начало 2022 года.

**Мельниченко В.В.
ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ ОБЩЕЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ
ЛИЧНОСТНОЙ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
Донецк, ДНР*

Последние десятилетия в клинической медицине нередко наблюдается сознательное «сужение» психиатрами всего разнообразия болезненного психического опыта пациента в рамки отдельной психопатологической симптоматики. Это, в свою очередь, привело к игнорированию факта существования субъективных переживаний, связанных с психическим расстройством, они на текущий момент считаются несущественными в этиопатогенезе и лечении. Отметим жесткую унификацию мышления психиатров под влиянием применения методов диагностического поиска, рейтинговых шкал и стандартизованных опросников, которые, несомненно, обеспечивают ясность и быстроту квалификации диагностической информации, но приводят к потере конкретных переживаний, к «сверхупрошенным» обезличенным представлениям о пациенте.

Следуя данному тезису, дальнейшее познание и движение психиатрии возможно в свете неклассического подхода, при котором психику рассматривают как совокупность уникальных и неповторимых переживаний субъекта, не доступных внешнему наблюдению и клиническому анализу, переживаний своего Я, своей идентичности – в данный момент – актуальное психическое состояние. А психическое расстройство идентифицируется в качестве болезненного переживания – переживания невозможности исполнить свою экзистенцию, реализовать свое Я (идентичность), потенциал своей лично-

сти, переживания смыслоутраты, стигмы, потери идентичности, отчуждения, утраты способности к самореализации, решения проблем и т.д.

Анализ научной литературы по исследуемой проблеме показал, что саморегуляция представляет собой процесс сознательного воздействия человека на собственную сферу психических явлений с целью осуществления деятельности, которой личность овладевает и направляет для решения поставленных задач (Сергиенко Е.А. и др., 2010). Методы исследования ресурсов саморегуляции используются для диагностики устойчивых индивидуальных характеристик саморегуляции (базовой составляющей личностного потенциала), относящихся к трем группам мишеней неклассической психодиагностики: атрибутивным схемам – ориентировочной основе целенаправленной деятельности, стратегиям – устойчивой направленности, способам поведения и возможности выбора, межуровневым регуляторам – механизмам вариативных связей между разноуровневыми элементами личности. Эти переменные относятся к онтологическим аспектам внутреннего мира человека и его экзистенциальным переживаниям.

На основании психодиагностического метода эмпирического исследования мы попытались определить особенности саморегуляции у больных с различным уровнем дезорганизации личности.

Материал и методы. В основную группу исследования вошли 120 пациентов с психотической дезорганизацией личности, которые находились на этапе становления медикаментозной ремиссии непосредственно после купирования продуктивной психотической симптоматики и других качественных нарушений восприятия, ощущений. Далее была сформирована группа сравнения, состоявшая из 36 человек пограничного (2 группа) и 60 человек невротического круга (3 группа) с сопоставимыми социодемографическими характеристиками.

Оценка уровня дезорганизации личности осуществлялась с помощью структурного психодинамического интервью О. Кернберга, которое определяет степень интеграции идентичности, типы преобладающих защитных механизмов, способность к тестированию реальности. Для изучения различных аспектов индивидуальной саморегуляции использовался опросник «Стиль саморегуляции поведения СПП-98» В.И. Моросановой. Опросник СПП-98 состоит из 46 утверждений, входящих в состав шести шкал, выделяемых в соответствии с основными регуляторными процессами (планирования, моделирования, программирования, оценки результатов) и регуляторно-личностными свойствами (гибкости и самостоятельности).

Результаты. Были выявлены статистически значимые различия диа-

гностических показателей саморегуляции больных с различным уровнем дезорганизации личности. Низкий уровень показателя общей саморегуляции определялся во всех группах исследования, что свидетельствовало о наличии тотальной проблемы с организацией жизнедеятельности и внутреннего пространства пациентов, вследствие неразрывного сплетения результатов произвольной активности и психопатологических проявлений психических расстройств.

В ходе сравнительного анализа показателей саморегуляции в выделенных группах были выявлены следующие достоверные различия по шкалам: «Планирование», «Моделирование», «Гибкость», «Общий уровень саморегуляции» на уровне $p \leq 0,05$. Типичный профиль пациентов с психотической дезорганизацией личности характеризовался относительной сформированностью регуляторных процессов моделирования ($5,7 \pm 1,3$) и программирования ($6,4 \pm 1,6$), низкой развитостью процессов планирования ($5,2 \pm 1,2$) и оценки результатов ($3,5 \pm 1,2$). Данный профиль отличался дисгармоничностью за счет низкого показателя регуляторно-личностного свойства – гибкости ($2,7 \pm 1,2$), что свидетельствовало о неуверенности, переоценке значимости частных случаев, трудностях адаптации к переменам обстановки и образа жизни, зависимости от оценочных суждений, не развитости внутренних критериев успешности.

У пациентов с пограничной дезорганизацией личности общий стиль саморегуляции находился ниже нормативных показателей ($24,5 \pm 4,4$). По основным шкалам методики значимых различий не было выявлено, но результаты в целом также уступали нормативным величинам, особенно в процессе оценивания результатов деятельности ($3,7 \pm 1,2$).

Профиль общего стиля саморегуляции больных с невротической дезорганизацией личности соответствовал умеренному уровню ($30,6 \pm 5,7$) за счет показателей шкалы «Гибкость» ($2,8 \pm 1,1$). Анализ параметра «Самостоятельность» в этой группе не только имел достаточный уровень, но и был повышен, что свидетельствовало о независимости больных при принятии решений, переоценке их значимости, сверхконтроле за промежуточными и конечными результатами деятельности.

У пациентов всех представленных групп общий уровень саморегуляции психическими процессами и свойствами личности был не сформирован. У них регуляторные личностные свойства приобретали черты конформности с повышенной чувствительностью и ранимостью, фиксацией на своих переживаниях. Пациенты с выраженной личностной дезорганизацией теряли способность планировать свою деятельность, достигать

исходных целей вне зависимости от уровня. В целом отрицательные переживания, связанные с психическим расстройством, неопределенность мотивации прежней трудовой деятельности, недостаточная психологическая устойчивость в рабочей группе, неверие в успех самостоятельного управления процессами саморегуляции приводили пациентов с различным уровнем дезорганизации личности к затруднению процессов саморегуляции.

Заключение. Внедрение в клиническую практику методов диагностики саморегуляционного потенциала, в частности общей саморегуляции, может позволить проспективно судить о заданном пути развития личностной дезорганизации, о ее уровне и других структурных компонентах, что заранее предлагает специалисту точечные мишени для психокоррекционного и психотерапевтического воздействия.

Мухторов Б.О., Бабахимова С.Б.
**ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ
МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ С САМОПОВРЕЖДАЮЩИМ
ПОВЕДЕНИЕМ И ВИДАМИ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ**

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан*

Раннее выявление суицидальных тенденций и эквивалентных ему аутоагрессивных и деструктивных действий, превенция риска развития суицидального поведения являются основными задачами детско-подростковой психиатрии. Актуальность проблемы исследования аутодеструктивного поведения вызвана ростом числа самоубийств и суицидальных попыток среди детей и подростков в результате отрицательного влияния средств массовой информации и виртуального пространства кибернетической сети Интернета, освещающих самоубийства как пример для подражания и поклонения (Григоренко Е.А., 2017). Реакция родителей, стиль семейного руководства и воспитания могут оказаться важными факторами, предопределяющими асоциальное поведение ребенка в семье и социуме (Абдуллаева В.К., 2020).

Подростковый возраст характеризуется большой частотой дебютов депрессивных состояний, возникающих на фоне идей физического недостатка и собственной неполноценности (Жукова Н.Ю., 2017). Усиление суицидальной активности, в том числе и фактов аутоагрессии в подростковом возрасте за последние десятилетия определяет интерес к этой теме широкого круга специалистов, как российских, так и зарубежных.

Цель исследования: изучение взаимосвязи личностных особенностей мальчиков-подростков с самоповреждающим поведением и видами конфликтных ситуаций микро- и макросоциального окружения.

Материал и методы. Был обследован 61 мальчик подросткового возраста (от 15 до 17 лет включительно), которые находились на стационарном лечении в подростковых отделениях Городской клинической больницы города Ташкента с поведенческими нарушениями, расстройствами адаптации и с наличием аутодеструктивных тенденций. Все установленные диагнозы основывались на МКБ-10. Личностные особенности подростков мы определяли при помощи Модифицированного Патохарактерологического Диагностического Опросника (МДПО, Личко А.Е., Иванов Н.Я., 2001).

Результаты. На инициальном этапе нашего исследования изучался характер конфликтных ситуаций, повышающих риск развития суицидального самоповреждающего поведения, фактов агрессии и деструктивных тенденций. Идентификация причин суицидогенного конфликта проводилась по классификации А.Г. Амбрумовой и В.А. Тихоненко, по мнению которых в основе риска развития суицидальной активности в виде реализации суицидальных попыток находится конфликт, обусловленный факторами микросоциального (семья и стили родительского воспитания) и макросоциального (межличностные взаимоотношения со сверстниками, педагогами, лицами противоположного пола) уровней.

При детальном изучении характера причин конфликтов у мальчиков-подростков с самоповреждающим поведением установлено, что они основаны на реальных фактах и играли значимую роль в жизни подростков. На первом месте по частоте встречаемости причин формирования аутоагрессивных тенденций стоят внутрисемейные конфликты: у 42 (68,9%) подростков. В ходе опроса выявлено, что у 16 (26,2%) подростков причиной семейного конфликта послужило sibлинговое соперничество в результате ревности к младшим братьям и сёстрам и вариант стиля родительского воспитания по типу эмоционального отвержения. Неправильный вид родительского воспитания по типу «ежовых рукавиц», жестокое обращение с ребёнком с применением физического насилия как причина формирования аутоагрессивных тенденций установлена у 12 (19,7%) обследованных. Проживание в дисфункциональной семье с материально-бытовыми проблемами выявлено у 20 (32,8%) подростков. У 13 (21,3%) обследуемых причиной семейного конфликта явилось негативное отношение родителей к эпизодической алкоголизации подростков, раннее пристрастие к курению сигарет, неприятие дружбы с лицами противоположного пола.

Конфликты в межличностных взаимоотношениях макросоциально-го уровня имели место у 19 (31,1%) обследованных, среди которых у 9 (14,8%) подростков – проблемы во взаимоотношениях в образовательном учреждении (в виде буллинга и дидактогений), у 6 (9,8%) подростков – в результате конфликтов с лицами противоположного пола на почве неразделённой любви. У 4 (6,6%) обследованных подростков основной конфликт сочетался с действием дополнительных психогений (смерть домашнего питомца, проигрыш футбольной команды, угон машины, потеря близких). Внутригрупповой анализ причин конфликтов свидетельствует о преобладании преимущественно внутрисемейного характера конфликтов пациентов обследуемой группы.

На следующем этапе исследования нами были определены преморбидные особенности личности мальчиков-подростков с аутоагрессивными действиями с помощью МПДО. В обследуемой группе подростков чаще наблюдались истероидный (41,0%), эпилептоидный (26,2%) и циклоидный (19,7%) типы акцентуации характера, и в меньшей мере установлены сензитивный, неустойчивый, психастенический и гипертимный типы акцентуации характера.

Нами было проведено внутригрупповое распределение причин конфликтов с учётом преморбидных особенностей личности подростков. Пациенты с истероидной, эпилептоидной и циклоидной акцентуациями характера имеют высокие показатели по параметру внутрисемейные конфликты, а у пациентов с лабильными и психастеническими чертами характера в основном наблюдались конфликты в образовательных учреждениях и с лицами противоположного пола на почве неразделённой любви.

Анализ причин конфликтов с учётом личностных особенностей подростков, склонных к аутоагрессивным самоповреждающим тенденциям, свидетельствует о преобладании преимущественно внутрисемейного характера конфликтов у пациентов с истероидными, эпилептоидными и циклоидными чертами характера, что позволяет отнести их к группе риска по потенциальному развитию суицидоопасного поведения.

Заключение. Таким образом, резюмируя результаты исследований, можно предположить, что наличие истероидной, циклоидной и эпилептоидной акцентуаций личности у подростков, способствовали риску развития аутодеструктивных тенденций в виде самоповреждающего несуицидального поведения. Высокий риск развития суицидального поведения преимущественно регистрировался у подростков с внутрисемейными конфликтными взаимоотношениями в результате негативного отношения родителей к эпи-

зодической алкоголизации подростков, раннему пристрастию к курению сигарет, неприятие дружбы с лицами противоположного пола.

**Мындускин И.В., Голыгина С.Е., Сахаров А.В.
ИЗМЕНЕНИЕ РЯДА ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕЙРОДЕСТРУКЦИИ
В КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ
ШИЗОФРЕНИИ ПРИ ТЕРАПИИ РИСПЕРИДОНОМ
И ГАЛОПЕРИДОЛОМ**

*Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия
Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского,
Чита, Россия*

Как известно, общепринятыми звеньями в патогенезе шизофрении считаются нарушения нейротрансмиттерных процессов в центральной нервной системе (ЦНС) и нейровоспаление, основанное на нарушении взаиморегуляции нервной и иммунной систем. В настоящее время накоплены объективные данные, которые свидетельствуют о существенной роли в развитии шизофрении процессов нейродеструкции, связанных с активацией аутоиммунных механизмов болезни с повышением проницаемости гематоэнцефалического барьера, что в совокупности ведет к появлению в крови мозгоспецифических белков – маркеров повреждения нервной ткани. Это вызвало новый интерес к исследованию целого комплекса биологически активных молекул, участвующих в регуляции системы «нейродеструкция-нейрорепарация».

Большинство маркеров повреждения ЦНС активно изучаются при различных нейродегенеративных заболеваниях, при шизофрении такие исследования единичны, и они часто не учитывают разную антипсихотическую терапию, которую получают пациенты. Следует отметить, что многие антипсихотики как первого, так и второго поколения обладают способностью уменьшать уровень маркеров нейродеструкции и улучшать защитно-компенсаторные процессы в головном мозге. Поэтому интересным является исследование влияния разных антипсихотиков на содержание нейродеструктивных факторов, что в перспективе может иметь серьезное практическое значение. Все это свидетельствует об актуальности проводимого исследования.

Цель исследования: изучение некоторых провоспалительных хемокинов, цитокинов и показателей нейродеструкции у пациентов с первым

эпизодом шизофрении при терапии антипсихотиками первого и второго поколения.

Материалы и методы. На базе ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. 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. 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 синдромов (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 8 недель 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 нейромар-

керов проводили в сыворотке крови методом проточной флюориметрии на проточном цитометре CytoFLEX (Beckman Coulter, США) с использованием тест-системы LEGENDplex™ 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. По результатам проведенного анализа установлено, что показатели в двух группах больных шизофренией до лечения не различались между собой, что характеризует их как сопоставимые.

Содержание моноцитарного хемоаттрактантного белка (CCL2, MCP-1) у больных обеих групп до лечения было значимо выше, чем у представителей группы контроля ($p < 0,03$). Через 8 недель лечения галоперидолом уровень CCL2 увеличился на 12,7 % ($p = 0,02$), превышая показатель как у лиц группы контроля ($p = 0,0003$), так и у пациентов, получающих рисперидон ($p = 0,04$). При терапии рисперидоном в динамике отмечается тенденция к снижению уровня CCL2 (на 9,3 %), хотя значимых отличий между показателями в динамике не получено. При этом уровень CCL2 после лечения рисперидоном в течение 8 недель остается повышенным относительно контрольных значений ($p = 0,02$), но становится значимо ниже, чем после приема галоперидола ($p = 0,04$).

Уровень растворимого рецептора миелоидных клеток 1 (sTREM-1) у пациентов с первым эпизодом шизофрении до лечения был более чем в 2 раза выше, чем в группе контроля ($p < 0,03$). Через 8 недель терапии антипсихотиком первого поколения галоперидолом его содержание снизилось на 10,2 %, через 8 недель приема антипсихотика второго поколения рисперидона – снизилось на 23,2 %. Показатели по-прежнему превышали аналогичный в контрольной группе ($p < 0,05$). Значимых отличий между группами пациентов и изменением показателей в динамике установлено не было.

Содержание в крови растворимого рецептора миелоидных клеток 2 (sTREM-2) у пациентов с шизофренией при поступлении в стационар также было незначительно выше, чем его содержание в группе контроля. В динамике прослеживалась тенденция к снижению величины показателя, при этом статистически значимых отличий не получено.

Уровень трансформирующего ростового фактора $\beta 1$ (TGF- $\beta 1$) у пациентов с шизофренией до лечения не отличался от аналогичного показателя в группе контроля ($p > 0,05$). При терапии галоперидолом величина TGF- $\beta 1$ имела тенденцию к повышению (на 15,7 %, отличия не значимы), при при-

еме рисперидона наблюдалось статистически значимое снижение в динамике величины TGF- β 1 на 20,1 % ($p=0,0478$). Также установлены значимые отличия между группами пациентов через 8 недель лечения ($p=0,0326$).

Величина визинин-подобного белка 1 (VILIP-1) у пациентов с первым психотическим эпизодом шизофрении до лечения была на 60 % выше, чем в группе контроля ($p<0,02$). Через 8 недель терапии в обеих группах пациентов его содержание увеличилось, превышая показатель в контрольной группе уже более чем на 90 % ($p=0,009$). Статистически значимых отличий между пациентами с разной терапией получено не было.

Содержание в крови растворимой формы рецептора конечных продуктов гликозилирования (sRAGE) в обеих группах больных до лечения было на 76 % выше, чем показатель в группе контроля ($p=0,003$). Через 8 недель лечения уровень sRAGE значимо снизился на 38,5 % у всех пациентов независимо от вида принимаемого антипсихотика ($p=0,04$), в результате, он стал статистически неотличим от величины показателя в контрольной группе.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о повышении в крови уровня провоспалительных хемокинов, цитокинов и некоторых показателей нейродеструкции у пациентов с первым эпизодом шизофрении еще до назначения антипсихотиков. Поэтому можно предполагать важную роль в механизмах течения шизофрении усиления процессов нейровоспаления с активацией клеток микроглии и развития Ca $^{2+}$ -зависимой нейродеструкции.

Через 8 недель терапии галоперидолом установлен статистически значимый рост содержания моноцитарного хемоатрактантного белка (CCL2) и визинин-подобного белка 1 (VILIP-1), а также снижение содержания растворимой формы рецептора конечных продуктов гликозилирования (sRAGE). На 8 неделе лечения рисперидоном выявлено значимое увеличение уровня визинин-подобного белка 1 (VILIP-1) при снижении уровней моноцитарного хемоатрактантного белка (CCL2), трансформирующего ростового фактора β 1 (TGF- β 1) и растворимой формы рецептора конечных продуктов гликозилирования (sRAGE). Прием антипсихотика первого или второго поколения разнонаправлено влияет на содержание в крови больных шизофренией моноцитарного хемоатрактантного белка и трансформирующего ростового фактора β 1. Общей тенденцией следует считать рост в динамике концентрации визинин-подобного белка 1 (и, следовательно, пролонгации Ca $^{2+}$ -зависимых процессов нейродегенерации) при снижении всех других показателей, участвующих в нейровоспалении.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о значительной роли процессов нейродеструкции при манифестации шизофрении, которые продолжают сохраняться весьма продолжительное время после первых проявлений психоза. При этом прием антипсихотика второго поколения рисперидона в целом имеет более благоприятное воздействие на систему «нейродеструкция-нейрорепарация» за счет снижения большинства изученных показателей, вовлеченных в механизмы повреждения ЦНС.

Некрасов Д.А.

**К ВОПРОСУ О НЕОБХОДИМОСТИ ПЕРЕСМОТРА ПОДХОДА
К НАЗНАЧЕНИЮ АНТИПСИХОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ
В ЛЕЧЕНИИ РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

Волгоградский государственный медицинский университет,

Волгоград, Россия

Волгоградская областная детская психиатрическая больница,

Волгоград, Россия

Антипсихотические препараты являются одними из основных в лечении психических расстройств в целом, и основной группой фармакологического лечения шизофрении. Существует две основных группы антипсихотиков – антипсихотики первого поколения (АПП) и антипсихотики второго поколения (АВП). Доказано, что использование АВП должно быть преимущественным, ввиду лучшего профиля безопасности, соотношения польза/риск.

Цель работы: провести анализ лекарственного обеспечения антипсихотическими препаратами психиатрического стационара.

Материалы и методы. Материалами при проведении исследования послужили: клинические рекомендации Минздрава России по лечению шизофрении, отчеты о закупке лекарственных средств в 2019 году. Был проведен abc/ven анализ использования лекарственных средств для выявления основных групп препаратов.

Результаты. При изучении отчетов об использовании лекарственных средств в лечебных отделениях психиатрической больницы были получены следующие данные. Стоимость антипсихотических препаратов (АП) от всех препаратов равна 55%, всего было использовано 17 лекарственных препаратов (по МНН) из группы АП. Среди АПП стоимость хлорпромазина от стоимости всех препаратов составила 17%. Стоимость от АПП хлорпромазин + галоперидол была равна 36,6%.

При этом 6 ЛС являлись АВП (35,3%) – клозапин, рисперидон, тиаприд, кветиапин, оланзапин, сульпирид. Их стоимость составила 243059,12 (32%). Среди АВП клозапин составил 44,6% стоимостного объема. Азалептин составил 14,25% стоимости всех АП, рисперидон составил 5,47%, 19,73% – рисперидон + азалептин, 61,7% – стоимость азалептина + рисперидона среди АВП. Клозапин в качестве препарата первого выбора рекомендуется у пациентов с шизофренией при указаниях на терапевтическую резистентность (уровень достоверности доказательств – 1, уровень убедительности рекомендации – А). При первом эпизоде и длительности заболевания менее 5 лет рекомендовано назначение АВП в низких дозах, при развитии рецидивов и низкой комплаентности рекомендовано назначение инъекционных АВП пролонгов. При доминирующих и персистирующих негативных симптомах при шизофрении рекомендовано последовательное использование карипразина, амисульприда, кветиапина, оланзапина.

В практике врача-психиатра не стоит забывать о понятии эквивалентности лекарственного средства в соответствии с эталоном. Так, 3 мг оланзапина, 60 мг кветиапина и 0,8 мг рисперидона равны 100 мг хлорпромазина, 1 мг рисперидона равен 2 мг галоперидола. При сопоставлении эквивалентных дозировок оланзапина (5 мг*30 дней=316,08 руб.) и хлорпромазина (150 мг*30 дней (90 таблеток) = 2394 руб.) выявлена разница в стоимости лечения равная 2078 рублей. Аналогично, выгода при использовании кветиапина равна 1383 руб./мес.

Заключение. Выявлено преимущественное соотношение закупки лекарственных средств АПП нежели АВП, что не соответствует современному подходу к назначению АП в соответствии с клиническими рекомендациями. Рекомендуется проводить закупку ЛС, отдавая предпочтение атипичным нейролептикам, имеющим меньшее количество побочных эффектов, повышающих приверженность пациентов к лечению, уменьшению частоты госпитализаций и уменьшению совершенных общественно-опасных деяний в связи с прекращением терапии из-за побочных действий АПП. Рекомендовано при составлении плана закупок лекарственных средств (в т.ч. антипсихотиков) консультироваться с клиническим фармакологом, а также повышать уровень компетенций врачей-психиатров в вопросах психофармакологии.

Носачев Г.Н., Дубицкая Е.А., Носачев И.Г., Семенов В.М.

О НЕОБХОДИМОСТИ ЗНАНИЯ ПОНЯТИЯ

«СИТУАЦИОННАЯ НЕДЕЕСПОСОБНОСТЬ»

ВРАЧАМИ В СОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ И ПСИХИАТРИИ

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

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

Самара, Россия

Конституцией Российской Федерации (частью первой статьи 1 и статьей 2) установлено, что Российская Федерация является правовым государством, в котором человек, его права и свободы являются высшей ценностью, а их признание, соблюдение и защита – обязанностью государства. Поэтому не вызывает дискуссий актуальность обеспечения эффективного разрешения проблем, связанных с правами граждан, в том числе в области здравоохранения. Среди ведущих проблем следует упомянуть проблему снижения прежнего физического, психического (психологического) и социального статуса, изменение адаптации личности к происходящему, как с самим гражданином, так и в социуме, что относится к понятию «социальный интеллект» гражданина. При этом нельзя не отдавать отчёт в том, что реализация гражданских прав и обязанностей может быть затруднена в случае возникновения, например, расстройств сознания. И расстройства сознания пациента могут встречаться во всех клинических дисциплинах на разных этапах болезненного процесса. Причём расстройство сознания может быть временным. И, соответственно, окажется временно затрудненной реализация гражданских прав и обязанностей (Носачев Г.Н., Дубицкая Е.А., 2013-2021).

Цель работы: обосновать необходимость знания врачом-интернистом понятия «ситуативная недееспособность» (на примере обнубиляции сознания (легкого оглушения) и/или астенической спутанности) для предупреждения нарушений прав пациента и лечащего врача.

К необходимости учета названной категории лечащими врачами для профилактики, превенции нарушения прав как пациента, так и лечащего врача, авторы пришли в процессе консультирования, включая повторные (динамические наблюдения), в неврологических и кардиологических отделениях (свыше 500 пациентов).

В соответствии со статьей 21 Гражданского кодекса Российской Федерации (ГК РФ) гражданская дееспособность – это «способность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять гражданские

права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их». Как указано в пункте 1 статьи 29 ГК РФ «гражданин, который вследствие психического расстройства не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным».

Как представляется, в настоящее время существует понимание того, что такая категория, как недееспособность, не является чем-то цельным, не подлежащим делению, градации, дифференциации. На самом деле, статьей 30 ГК РФ предусмотрено ограничение дееспособности гражданина, чем признана парциальность, то есть частичность дееспособности и, соответственно, частичность, парциальность недееспособности.

Отмечается актуальность вопроса «о включении в текст закона положения о существовании не только полной, но и специальной дееспособности», отмечается, что включение в закон, в том числе в Гражданский и в другие кодексы, «специальной статьи, предусматривающей отраслевую дееспособность, позволит более последовательно защищать интересы лиц, признанных частично дееспособными», делается «вывод о необходимости разработки на основе общетеоретического определения недееспособности ее специальную разновидность в разных отраслях права» (Нечаева А.М., 2015). В литературе упоминается и «идея дальнейшей дифференциации недееспособности» (Останина Е.А., 2021).

Конституционный Суд Российской Федерации в своем Постановлении по делу Ю.К. Гудковой, П.В. Штукагурова и М.А. Яшиной «сделал вывод о том, что необходимы более подробные исследования дееспособности, необходимо оценивать способность человека понимать значение своих действий в конкретных сферах, говоря о медицинской, жилищной, сфере семейных правоотношений и иных сферах гражданских отношений, и, таким образом, фактически обозначил вектор для формирования нового для России института парциальной дееспособности совершеннолетних граждан» (Юдин А.В., 2012).

При этом, рассматривая пути дифференциации недееспособности, авторы видят эту дифференциацию и в том смысле, что недееспособность в одной отрасли права следует отграничивать от недееспособности в другой отрасли в том смысле, что признание недееспособности в одной отрасли не обязательно влечёт за собой автоматическую недееспособность в другом.

Так, А.В. Юдин обратил внимание на объективную «необходимость в дифференциации на законодательном уровне степеней дееспособности, с каждым из которых связывалось бы наличие определенного объема правоограничений.

Переход от традиционной трактовки гражданской процессуальной недееспособности как от состояния полного отсутствия способности к осуществлению процессуальных прав к способности частичной процессуальной правореализации требует анализа субъективных процессуальных прав, обладателем которых оказалось недееспособное лицо либо лицо, признаваемое таковым.

С.Ф. Афанасьев, солидаризируясь с А.В. Юдиным, также отметил, что «законодатель по-прежнему не отказался от отождествления гражданской и гражданской процессуальной дееспособности – им сделаны лишь некоторые отступления по делам о признании лица недееспособным. В целом проблема в теоретико-прикладном контексте остается актуальной, поскольку имеется множество прочих случаев, требующих присутствия у материально недееспособных субъектов гражданской процессуальной дееспособности» (Афанасьев С.Ф., 2014).

Он же предложил, «чтобы предупредить очерченные юридические помехи и сложности, возникающие на пути реализации ограниченно дееспособными лицами собственных процессуальных прав и обязанностей, на них в целом необходимо распространить тот же вывод, который был сформулирован нами относительно недееспособных: установление частичной дееспособности вследствие психического расстройства не предлог сужения объема гражданской процессуальной эвентуальности сторон в цивилистическом судопроизводстве» (Перепада С.М., Ризк О.А., 2015).

Таким образом, названная ранее «ситуативная недееспособность» является одним из направлений дифференциации категории «недееспособность», зафиксированным у пациентов с наиболее часто встречающимся и плохо (редко) диагностируемым эпизодическим и/или ундулирующим легким оглушением (обнубляцией) и/или астенической спутанностью.

В связи с изложенным, можно усмотреть необходимость в принятии ряда мер, которые способствовали бы своевременной фиксации возникшей ситуативной недееспособности лица и, как следствие, предупреждению совершения юридически значимых действий в этом состоянии.

Итак, при возникновении необходимости совершения пациентом, находящимся в соматическом стационаре, юридически значимых действий: – лечащий врач должен отразить состояние, в нашем случае количественных расстройств сознания (оглушение, астеническая спутанность) пациента в дневнике с указанием времени и пригласить психиатра на консультацию;

– организовать индивидуальный пост;

- указать в дневнике на состояние ситуативной недееспособности пациента, то есть на то, что пациент временно, в указанных психиатром временных границах, вследствие зафиксированного в дневнике психического расстройства не может понимать значения своих действий или руководить ими;
- указать в дневнике на недопустимость совершения пациентом в указанных психиатром временных границах юридически значимых действий;
- в письменном виде предупредить пациента (если возможно) и его законных представителей, а при запросе совершения юридически значимых действий представителями органов следствия или дознания – предупредить этих представителей, о недопустимости совершения пациентом в указанных психиатром временных границах юридически значимых действий. При отказе (или невозможности) в письменном виде подтвердить получение указанного предупреждения оформить указанный отказ актом, скреплённым подписями лечащего врача, давшего консультацию психиатра и любого иного работника данного медицинского учреждения;
- при настойчивых требованиях пациента, его законных представителей, представителей органов следствия, дознания совершить требуемые юридически значимые действия лечащий врач инициирует в письменном виде созыв консилиума врачей в порядке части 4 статьи 48 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон об охране здоровья), а при дальнейших аналогичных требованиях инициирует в письменном виде перед руководителем медицинской организации рассмотрение соответствующего вопроса на врачебной комиссии (часть 2 статьи 48 Закона об охране здоровья), обязательное участие в работе которых (как консилиума врачей, так и врачебной комиссии) принимает юрист медицинского учреждения, а также психиатр;
- по истечении указанного психиатром периода ситуативной недееспособности пригласить психиатра на повторную консультацию по поводу состояния этого пациента, психическому состоянию которого психиатр с необходимой степенью подробности дает в дневнике описание, завершаемое указанием на наличие или отсутствие у этого пациента психического расстройства, вследствие которого пациент не может понимать значения своих действий или руководить ими;
- при отсутствии у этого пациента психического расстройства, вследствие которого пациент не может понимать значения своих действий или руководить ими, лечащий врач извещает об этом пациента в пись-

менном виде. При отказе в письменном виде (то есть расписавшись в получении) подтвердить получение указанного извещения оформить указанное извещение актом, скреплённым подписями лечащего врача, давшего консультацию психиатра и любого иного работника данного медицинского учреждения.

Еще Гегель показал, что истина – это не застывшая система, истина есть процесс все большего и большего совпадения предмета с понятием. «Истина не есть сухое, она по существу своему представляет процесс. Процессуальность истины обусловлена бесконечным взаимодействием, выделение объективной реальности всё новых и новых феноменов...».

Носачев Г.Н., Дубицкая Е.А., Носачев И.Г., Киселева Ж.В.

**ВЗГЛЯД НА ДЕМЕНЦИЮ В МКБ-11:
ПРИСУТСТВУЕТ ЛИ МЕТОДОЛОГИЯ?**

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

Психиатрия – своеобразная медицинская наука (смежная, междисциплинарная, многоосевая по МКБ-10, функциональная, мультисистемная А.П. Коцюбинскому, многослойная по Ю.С. Савенко), включающая в себя естественнонаучную и гуманитарную (преимущественно психологическую) парадигмы. И, как всякая наука, она накапливает новые, в первую очередь, практические знания, навыки, умения, которые обобщаются теорией.

Завершился период МКБ-10 и начался «новый» – МКБ-11. Обе МКБ как бы продолжают (соединяют) в своём названии «Психические и поведенческие расстройства», но в МКБ-11 есть отличие – в названии звучит «и нарушения нейropsychического развития». И следует ожидать от новой МКБ «психиатрию научных фактов» (западный подход) в отличие от «психиатрии отечественных традиций» (российский подход) (Сиволап Ю.П., Портнова А.А., 2020).

Цель работы – с позиций методологии психиатрии как науки рассмотреть раздел «Деменции» (МКБ-11) в сопоставлении с «экспансией» в психиатрию отечественных неврологов и взглядами некоторых психиатров.

МКБ-11 отказалась от нозологии раздела в пользу синдромального подхода, но сохранила нозологию внутри раздела.

Приводится следующее определение: «Деменция – это приобретен-

ный мозговой синдром, характеризующийся снижением уровня когнитивного функционирования по сравнению с предшествующим, а также нарушениями в двух или более когнитивных сферах (таких как память, исполнительные функции, внимание, язык, социальное познание и суждение, психомоторная скорость, зрительно-перцептивные или зрительно-пространственные способности). Когнитивные нарушения не соответствуют в полной мере нормальному старению и существенно препятствуют самостоятельному выполнению человеком повседневных дел. На основании имеющихся данных когнитивные нарушения объясняются или предполагается, что они связаны с неврологическим заболеванием или медицинским состоянием, которое влияет на мозг, травмой, недостатком питания, хроническим употреблением определенных психоактивных веществ или лекарственных средств, воздействием тяжелых металлов или других токсинов».

На наш взгляд, определение деменции не достаточно четкое и противоречивое. С одной стороны, синдромальный подход к обилию причин исхода множества неврологических (мозговой синдром) болезней (превосходящих МКБ-10), с другой – полное отсутствие динамики клинической картины (отдельные синдромы в другом разделе), что разрывает структуру болезни.

Можно ли отнести к «когнитивным сферам»: «язык, психомоторная скорость, зрительно-перцептивные или зрительно-пространственные способности», что может быть обусловлено «неврологическим заболеванием», но возможно без синдрома деменции. Противоречиво и утверждение: «Когнитивные нарушения не соответствуют в полной мере нормальному старению и существенно препятствуют самостоятельному выполнению человеком повседневных дел». Ведь далее среди причин указываются: «... влияет на мозг, травмой, недостатком питания, хроническим употреблением определенных психоактивных веществ или лекарственных средств, воздействием тяжелых металлов или других токсинов». Следует различать психопатологические и неврологические симптомы (синдромы).

Хочется согласиться с В.И. Крыловым, что «анализ психиатрической литературы, изданной за последние 10 лет, показал наличие существенных различий в дефинициях и интерпретациях различных понятий общей психопатологии». И далее: «Терминологическая неопределенность дезорганизует практических врачей в вопросах диагностики и лечения». К сожалению, это в достаточной мере касается «когнитивных нарушений» (вслед за когнитивной психологией, когнитивной наукой). Прежде всего, хочется напомнить, что когнитивные и интеллектуальные расстройства – синонимы.

Самарская школа психиатров, созданная П.Ф. Малкиным (1959-

1971), использовала сложное психическое образование – «интеллект» (ум, разум, общие и специальные способности), складывающееся из трех блоков познания внешнего мира и ставшее свойствами и качествами внутреннего мира человека: психические процессы, «духовный инвентарь» и собственно интеллект. К психическим процессам относят сознание, восприятие, память, внимание, речь, воображение, мышление. Это практически совпадает с понятием «когнитивные процессы» в понимании отечественных неврологов (Яхно Н.Н., 2002-2014; Левин О.С., 2002-2012; Захаров В.В., 2002-2010; и др.). Исключением являются сознание и воображение. Всё это приводит к ряду ошибочных результатов исследований когнитивных процессов неврологами у пациентов, особенно на 2-3-й день после черепно-мозговой травмы (инсультов и др.) с опорой на психологические тесты, чаще всего используются скрининговые тесты и опросники. Результат – диагностика «обратимых» деменций как «возвращающийся» интеллект при количественных расстройствах сознания (например, обнуляции) и протрагированной астении (астенической спутанности).

К «духовному инвентарю» относят запас знаний, навыки пользования этими знаниями и умениями в профессиональной, социальной и быденной жизни в прошлом, настоящем и будущем (прогнозирование, предвидение). Всё это трудно исследовать с помощью клинико-психологического метода.

«Собственно интеллект» включает в себя умение пользоваться «духовным инвентарем», способность к критике и самокритике, к формированию новых идей, новых точек зрения, формированию гипотез, научению и обучению новому, т.е. ведущим являются общие и индивидуальные способности к обучаемости. Обучаемость здесь рассматривается как комплексный показатель особенностей мышления (темп продвижения в новом материале, экономичность, самостоятельность и гибкость мышления, особенности обобщения и абстрагирования признаков и осознанность действий, «мозговой штурм», творческий инсайт, т.е. «мышление в действии».

Концепция креативности как универсальной познавательной творческой способности приобрела популярность после работ Дж. Гилфорда (1967). На наш взгляд, это – западная «мода» на творчество.

В когнитивной психологии выделяют когнитивные процессы, когнитивные образования и когнитивный стиль личности.

Итак, синдром деменции – слабоумие, маразм, распад личности, тяжелый негативный синдром. Иной взгляд разрушает общую психопатологию.

Мы неоднократно писали о синдроме деменции в практике и теории клинических нейронаук.

1. Деменция как сборное обобщающее понятие, включающее многочисленные нозологические органические поражения (дисфункции) головного мозга («мозговой синдром»), которые завершаются слабоумием. В данном подходе нередко объединяются все когнитивные расстройства (от легких до тяжелых). Помимо слабости дифференциальной диагностики, подобный подход вызывает, в том числе, и прогностически неблагоприятный взгляд на дальнейшее течение заболевания у конкретного пациента, создавая серьезные основания для стигматизации и дискриминации с искажениями превенции, диагностики, терапии и организационно-правовых вопросов.
2. Деменция, как синоним понятия «когнитивные нарушения» (дисфункция, ухудшение, снижение, дефект) преимущественно когнитивных (познавательных) процессов, когнитивный («нейрокогнитивный»?) дефицит, т.е. объединяются и одновременно разделяются без четкого клинического описания синдрома легкого и умеренного когнитивного расстройства и собственно варианты деменций. К сожалению, с опорой не на клиническую психиатрию, а на психодиагностические (патопсихологические) тесты (до 30 тестов преимущественно у неврологов). Не вносит ясности в эти вопросы и МКБ-11.
3. Деменция как синдром практически без четкого дифференциального клинического описания при разных нозологиях, хотя это отдельные нозологические единицы с самостоятельной клинической картиной, стирающейся только на уровне психического маразма (тяжелая деменция). Когнитивные расстройства встречается и при других психопатологических синдромах (например, депрессии, оглушении) и никак не могут быть отнесены только к деменции, если не выделять, как это делают некоторые неврологи «преходящие деменции».
4. Деменция, как группа разных по степени выраженности синдромов (легкая, умеренная, тяжелая) без четкого клинического описания (конкретных симптомов, комплекса симптомов), их дифференциации (нередко построенная на психологическом тесте, например, тест MMSE). Не свободны от подобного подхода и некоторые психиатры.
5. Деменция преходящая (т.е. слабоумие, которое «может» регрессировать), а также «предвестники деменции», «додементные расстройства», «мягкая деменция», описываемые неврологами в подостром периоде органических поражений головного мозга (ЧМТ, инсульт и др.). По нашему мнению, в данных наблюдениях остались не диагностированными легкое оглушение, астеническая спутанность и др.

6. В МКБ-11 с «двойным стандартом» выделяют деменцию как синдром, но далее – привычный нозологический подход: «Деменция вследствие болезни Альцгеймера (с ранним началом, с поздним началом; с цереброваскулярным заболеванием, смешанный тип)», «Деменция вследствие болезни Альцгеймера с неизвестным или неуточненным началом заболевания». А далее – деменции, совпадающие с МКБ-10, и целый ряд «новых» нозологией (см. определение).
7. Клиническая картина неврологического («мозгового») заболевания с нарастающей деменцией не ограничивается когнитивной патологией, а представлена всей палитрой других психопатологических синдромов (аффективных, поведенческих и др.).
8. В МКБ-11 это решается своеобразно, например, «Поведенческие и психологические нарушения при деменции», когда «текущая клиническая картина включает клинически значимые поведенческие или психологические нарушения». Какие психологические нарушения? И далее: «Психотические симптомы при деменции», в частности, «Клинически значимые бредовые идеи или галлюцинации»; «Аффективные симптомы при деменции»; «Симптомы тревоги при деменции»; «Апатия при деменции»; «Ажитация или агрессия при деменции»; «Расторможенность при деменции»; «Блуждание при деменции»; «Другие уточненные поведенческие или психологические нарушения при деменции» и опять «Неуточненные поведенческие или психологические нарушения при деменции».

Кризис психиатрии усиливается извне («западная психиатрия фактов»), особенно в текущий период преобладания философии постмодернизма и либерализма с широким проникновением в гуманитарные, социальные и политические науки. Эта философия, с одной стороны, определяет политику в межгосударственных отношениях, а на более частом уровне ведёт к скрытой антипсихиатрии, к размыванию предмета психиатрии. Решать и преодолевать эти проблемы нам – профессионалам.

**Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А.
ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПСИХИЧЕСКАЯ НОРМА:
НУЖНЫ ЛИ ТАКИЕ ПРЕЗУМПЦИИ ПСИХИАТРИИ?
(ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЙ И ПРАВОВОЙ ДИСКУРС)**

*Самарский государственный медицинский университет,
Самара, Россия*

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

О существовании в настоящее время кризиса психиатрии – в первую очередь клинических нейронаук – медицинская общественность как бы не подозревает или делает вид, что не подозревает. Косвенным подтверждением этого являются редкие институциональные дискурсы преимущественно по судебной психиатрии (предмет СПЭ) («Психическое здоровье», 2016-2021 гг.) (Ткаченко А.А., Шишков С.Н., Савенко Ю.С., Носачев Г.Н.).

Психиатрия была, есть и будет оставаться междисциплинарной медицинской наукой, с одной стороны – в рамках биологической медицины (биологическая психиатрия, нейропсихиатрия) со всеми медицинскими теорией и практикой, с другой – в рамках гуманистических (аксиологических) наук в первую очередь связанной с психологией, социологией, правом, в частности, клинической психологией, социальной психиатрией, судебной психиатрией, психотерапией. Базовый подход психиатрии к человеку (больному и здоровому) – антропологический и биопсихосоциальный (духовный), т.е. холистический (целостный), включая функциональную диагностику психических расстройств. Все это требует четких базовых понятий в методологии медицины, психиатрии, особенно в ее разделах («терминологический хаос») (Крылов В.И., 2013).

Последняя дискуссия развернулась на страницах «Российского психиатрического журнала» в проблемной статье юриста С.Н. Шишкова с соавторами (2021). Эта статья была посвящена презумпции психического здоровья вкупе с презумпцией невиновности и презумпцией вменяемости. И, казалось бы, речь идет о сугубо правовых вопросах судебной психиатрии, но авторы в ключевых словах указали «защиту прав граждан при оказании психиатрической помощи», а это уже клиническая психиатрия и психология, в первую очередь – диагностика и последующая реабилитация.

Авторы указывают: «На наш взгляд, обязательным условием допустимости её применения в качестве средства («практического инструментария») решения медицинских и правовых вопросов. Презумпция психиче-

ской нормальности, не имеющая опоры в законодательстве, выступает как категория, не определённая по содержанию и подверженная риску произвольного толкования».

Исходя из методологии философских диад в медицине, чаще всего принято выделять следующие: норма – патология, здоровье – болезнь, адаптация – дезадаптация, компенсация – декомпенсация.

МКБ как статистическая классификация болезней, в разделах психиатрии включает в себя не только болезни, но и расстройства, и дефекты, нарушения развития, и реакции, расстройства личности и т.д., что является основой критики и дискуссий. Именно поэтому мы упорно настаиваем на единстве предмета психиатрии как патологии психической деятельности, которое охватывает все приведенные выше определения как часть от целого.

Несколько замечаний о диаде «норма-патология».

С.Н. Шишков с соавторами (2021) использует понятие презумпции психического здоровья и презумпции психической нормальности как синонимы, с чем нельзя согласиться. На это указывают Е.В. Макушкин и Л.Е. Пищикова (2014). Говоря о концепции понимания позднего возраста, они приводят постулаты презумпции позднего возраста и постепенного благоприятного (нормативного) старения, презумпции психического здоровья, презумпции правоспособности как самостоятельные.

Норма – понятие преимущественно социальное, общественное. Можно выделить ряд моделей нормы.

1. Статистическая норма, определяющая норму как среднее большинство, а отклонение от неё как «патологию» или аномальность.
2. Психометрический подход близок к первому, когда средние измерения получены в результате психологических измерений (например, коэффициент интеллекта или определяется психический возраст и т.д.).
3. Утопическая модель идентифицируется в качестве нормального меньшинство индивидов, пребывающих в состоянии абсолютного психического здоровья. В частности К. Роджерс (1951) придерживался такого подхода, побуждая клиентов к «самоактуализации» ради реализации их полного потенциала. На наш взгляд, к этому относится и западный «сексуальный либерализм», особенно «преобразивший» МКБ-11.
4. Подходы на основе отсутствия психопатологического, девиантного или делинквентного поведения опираются на четко дифференцированное поведение и симптомы, обусловленные и сопровождающиеся аномальным поведением (Холмс Д., 2003).
5. Системная модель рассматривает нормальное функционирование как

определенный набор систем, которые пребывают в гармоническом взаимодействии и хорошо адаптируются.

Существуют и другие подходы. В частности, идеальная норма как философское и мировоззренческое обоснование «состояния совершенства» и постулирована как общезначимая, не соответствующая идеалу. Чаще всего используется субъективная норма, когда оценкой изменений служат индивидуальные данные (взгляды) индивида (группы), а аномальным считается неподходящее для индивида.

Следует согласиться с оппонентами, что термин «психическая нормальность» «по содержанию подвержен риску произвольного толкования», т.е. весьма субъективен как для права, так и для клинической психиатрии. Ни в Конституции РФ, ни в законах, включенных в медицинское право, нами не найдено использование термина «норма» в отношении гражданина, тем более «нормальность».

Россия по Конституции РФ (КРФ) является государством социальным, где «Человек, его права и свободы являются высшей ценностью» (ст. 2). Базовой ценностью человека была, есть и будет жизнь (жизнедеятельность) (ст. 20), сохранение «труда и здоровья людей» (ст. 7). И, следовательно, «гражданин имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь» (ст. 41 КРФ), т.е. это признается правом.

Термин «здоровье» трактуется в медицинском праве следующим образом: «это комплексная отрасль права, включающая совокупность правовых норм, регулирующих общественные отношения в сфере медицинской деятельности» (Стаценко С.Г., 2004).

В ст. 2 п. 1 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (ЗОЗГ) «Здоровье – состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функции органов и систем организма». При этом определение юридическое шире методологического подхода в медицине, так как включает патологию. На наш взгляд, понятие «здоровье» в ЗОЗГ шире, чем понятие «норма», последнее предполагает лишь идеальное состояние, т.е. что-то приближающееся к «среднестатистической» норме.

К сожалению, до настоящего времени определения «психическое здоровье» на психологическом (психическом), социальном и правовом уровнях остается только в медицинском праве. Нашей целью не является аналитический обзор понятия. Но в раннем понимании (Смирнова В.К., 1982-1983), а также И.А. Дмитриева с соавт. (1980) указывает, что термин «психическое здоровье» относится к широкой группе психических состо-

яний, значительно отличающихся одно от другого по признакам устойчивости адаптации, социальной ориентированности, определяемых личностью и конституциональными особенностями человека.

Оппоненты выстраивают свои доводы и возражения с позиций «правовой презумпции» термина «диагностика», при этом утверждая, что «сама по себе медицинская диагностика правового значения не имеет». Но в медицинском праве «диагностика – комплекс медицинских мероприятий, направленных на распознавание состояний, установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, патологоанатомических данных исследований с целью определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий» (ст. 2 п. 7 ЗОЗГ).

И, хотя среди авторов обсуждаемой статьи – два юриста и один психиатр, звучит преимущественно мнение юристов.

ФЗ РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (ЗОПП), как следует из названия, больше сосредоточен на защите «прав граждан», среди которых одно из ведущих прав – право на здоровье.

Ст. 10 ЗОПП (1) «Диагноз психического расстройства ставится в соответствии с общепризнанными (международными?!) стандартами и не может основываться только на несогласии гражданина с принятыми в обществе моральными, культурными, политическими или религиозными ценностями либо на иных причинах, непосредственно не связанных с состоянием его психического здоровья».

Итак, наши скромные представления о медицинском праве позволяют утверждать, что используется не только термин «психическое здоровье» как часть диады («здоровье – расстройство»). А его диагностика во многом повторяет приведенные оппонентами доводы о презумпции невиновности.

Мультидисциплинарный (трансдисциплинарный, наддисциплинарный) подход к отдельным направлениям психиатрии не только помогает теории и клинической практике, но может создавать в других разделах психиатрии «терминологический хаос».

Озорнин А.С., Говорин Н.В., Сахаров А.В.
АССОЦИАЦИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ
ПЕРВОГО ЭПИЗОДА ШИЗОФРЕНИИ С ПОЛИМОРФИЗМОМ
ГЕНА ДОФАМИН-БЕТА-ГИДРОКСИЛАЗЫ RS1611115 (C-1021T)
Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Дофамин β-гидроксилаза (ДβН) катализирует окислительное гидроксилирование дофамина до норадреналина – ключевого нейромедиатора центральной и периферической нервной системы. Активность ДβН в плазме крови различается среди индивидуумов и генетически контролируется (Cubells J.F. et al., 2011). Известно, что активность ДβН в плазме крови изменяется при различных нервно-психических заболеваниях, в том числе и у больных, страдающих шизофренией (Gonzalez-Lopez E., Vrana K.E., 2020; Punchaichira T.J. et al., 2018).

Ген, кодирующий ДβН, локализован в 9 хромосоме. Исследования полиморфизмов гена ДβН у больных шизофренией немногочисленны и их данные противоречивы. Так, одни исследователи указывают на связь полиморфизмов гена ДβН с шизофренией, а другие – ее отрицают (Long J. et al., 2016; Shakiba M. et al., 2016). Тем не менее, к настоящему времени обнаружены связи некоторых полиморфизмов гена ДβН с симптомами шизофрении (Hui L. et al., 2012). Однако полиморфный вариант rs1611115 (C-1021T) у больных шизофренией изучен недостаточно.

Цель исследования: определение ассоциации полиморфизма гена ДβН rs1611115 (C-1021T) с выраженностью психопатологических симптомов у больных с первым эпизодом шизофрении при терапии галоперидолом и рisperидоном.

Материалы и методы. Исследование проводилось в период с 2016 по 2020 годы в ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия». 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 критериями МКБ 10), общий балл не менее 80 по Шкале позитивных и негативных синдромов (PANSS). Критерии исключения: сопутствующие соматические заболевания (острые или обострение 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. Были сформированы две клинические группы: 1 группа (n=105) – больные, которые принимали галоперидол. Средняя суточная доза составила $14,7 \pm 2,3$ мг. 2 группа (n=107) – пациенты, которые получали лечение рисперидоном. Суточная доза рисперидона составила $5,9 \pm 1,4$ мг.

Для объективного анализа психического статуса использовалась шкала позитивных и негативных синдромов. Оценка по шкале PANSS производилась до начала терапии, на 2-й, 4-й и 8-й неделях терапии. При этом изучалась разница выраженности симптомов при терапии галоперидолом или рисперидоном в зависимости от генотипа полиморфного варианта rs161115 (C-1021T).

Геномную ДНК человека выделяли из лейкоцитов цельной крови с помощью реагента «ДНК-экспресс-кровь» (производитель НПФ «Литех», Москва). Выявление полиморфизма ДВН C-1021T rs 161115 в геноме человека методом ПЦР осуществляли с помощью реагентов «SNP-экспресс» НПФ «Литех» (Москва).

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакетов анализа программ Microsoft Excel 2010 и Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США).

Результаты. Все пациенты, включенные в исследование, находились в остром психотическом состоянии (общий балл по Шкале PANSS был более 90). В клинике психотических расстройств галлюцинаторно-бредовая симптоматика встречалась чаще всего (в 68% случаев), аффективно-параноидные расстройства были диагностированы у 21%, а параноидные – у 11% больных.

При сопоставлении выраженности симптомов между носителями различных генотипов rs161115 (C-1021T) было обнаружено, что негативные и общие симптомы статистически не различались между носителями генотипов C/C и C/T+T/T ($p=0,148$ и $p=0,781$, соответственно). В тоже время, у носителей генотипов C/T+T/T балл позитивных симптомов был выше, чем у обладателей генотипа C/C ($p=0,003$). Общий балл статистически не отличался между носителями различных генотипов ($p=0,775$).

Не смотря на то, что у носителей генотипов C/T+T/T позитивные симптомы были более выраженными до начала лечения, динамика их уменьшения была быстрее, чем у обладателей генотипа C/C в обеих клиниче-

ских группах. Так, на 4-й неделе лечения балл позитивных симптомов у носителей генотипа С/С превысил аналогичный показатель у обладателей генотипов С/Т+Т/Т ($p < 0,05$). В конце 8-й недели исследования балл позитивных симптомов не различался между носителями генотипов С/С и С/Т+Т/Т при терапии как галоперидолом, так и рисперидоном ($p = 0,179$ и $p = 0,266$ соответственно).

Динамика редукции общих симптомов на обоих видах лечения у носителей генотипов С/Т+Т/Т также была более выраженной: на 4-й и 8-й неделях терапии балл общих симптомов у обладателей генотипов С/Т+Т/Т был меньше по сравнению с носителями генотипа С/С ($p < 0,05$).

В группе больных, принимавших галоперидол, негативные симптомы у обладателей генотипов С/Т+Т/Т редуцировались быстрее, и уже со 2-й недели терапии появились статистические отличия по баллу негативных симптомов между носителями различных генотипов ($p = 0,020$). К концу 8-й недели терапии галоперидолом негативные симптомы также были менее выраженными у обладателей генотипа С/Т+Т/Т ($p = 0,039$). У больных, получавших лечение рисперидоном, динамика изменений негативных симптомов не различалась между носителями генотипов С/С и С/Т+Т/Т ($p > 0,05$).

Заключение. В ходе проведенного исследования установлены различия выраженности психопатологических симптомов первого эпизода шизофрении и их редукции при терапии галоперидолом и рисперидоном между носителями генотипов С/С и С/Т+Т/Т полиморфного варианта rs161115 (С-1021Т). Поскольку DβН может оказывать модулирующее влияние на дофаминергическую и норадренергическую системы мозга, не исключено, что изменение ее активности связано с симптомами шизофрении и их динамикой в процессе терапии. Однако это предположение требует дальнейших исследований и уточнений.

Озорнин А.С., Озорнина Н.В.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

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

Несмотря на непродолжительное время существования новой коронавирусной инфекции COVID-19 отечественными и зарубежными исследователями были получены данные о ее негативном влиянии на психическое здо-

ровье населения. Так, было установлено, что инфекция COVID-19 нередко приводит к возникновению тревожных, депрессивных и даже психотических расстройств (Мосолов С.Н., 2020; Mazza M.G. et al., 2020). В связи с этим нами были проанализированы клинические случаи больных, у которых психические расстройства появились во время течения заболевания новой коронавирусной инфекцией COVID-19 или в ранний период реконвалесценции. Для этого сплошным методом были проанализированы истории болезни больных, находившихся на лечении в психотерапевтическом отделении и отделении клиники первого психотического эпизода Краевой клинической психиатрической больницы им. В.Х. Кандинского в период с 2020 по 2021 годы.

В 2020 и 2021 годах психотерапевтическое отделение и отделение клиники первого психотического эпизода временно были перепрофилированы в инфекционное отделение для оказания помощи больным с коронавирусной инфекцией. По этой причине анализ карт стационарного больного был проведен за 3 месяца 2020 года и 9 месяцев 2021 года.

В 2020 году, в самом начале пандемии коронавирусной инфекции COVID-19, когда стали вводить карантинные мероприятия, а в СМИ и Интернет-ресурсах шел поток информации о новом тяжелом заболевании, приводящем к летальному исходу, ежедневно обновлялись данные о росте числа заболевших, в психотерапевтическое отделение стали госпитализироваться пациенты с диагнозом: Расстройство адаптации. Психические расстройства характеризовались неглубокой депрессивной симптоматикой, нередко сопровождающейся тревожными и инсомническими нарушениями. В мае 2020 года в Краевой клинической психиатрической больнице им. В.Х. Кандинского у женщины 30 лет впервые был зарегистрирован случай реактивного психоза, который проявлялся выраженными аффективными расстройствами, бредовыми идеями преследования и самообвинения, суицидальным поведением.

В 2021 году в разгар пандемии психические расстройства протекали по-другому. Невротические расстройства чаще всего возникали во время течения коронавирусной инфекции, когда она сопровождалась высокой лихорадкой и дыхательной недостаточностью. В это время впервые появлялся страх смерти, а после стабилизации соматического состояния возникали тревожные и стойкие инсомнические нарушения. Всего в 2021 году в психотерапевтическом отделении находилось на лечении 17 пациентов, у которых психические расстройства были связаны с перенесенной коронавирусной инфекцией. Возраст больных составил $42,7 \pm 1,6$ лет. Чаще всего госпитализировались женщины – 88,2%. Диагноз смешанного тревожного

и депрессивного расстройства (F41.2) был выставлен в 41,2% случаев, паническое расстройство (F41.0) и генерализованное тревожное расстройство (F41.1) были зарегистрированы у одинакового числа больных – 23,5%, соматоформное расстройство (F45.0) было выявлено у 11,8% пациентов.

В отделении клиники первого психотического эпизода в 2021 году находилось на лечении 5 больных с первым психотическим эпизодом (F23.10), который возник во время течения новой коронавирусной инфекции COVID-19. У этих пациентов во время протекания инфекционного заболевания возникали инсомнические и аффективные расстройства, а затем формировалась параноидная или галлюцинаторно-параноидная симптоматика. Все больные были женского пола, их возраст составил $33,2 \pm 10,2$ лет.

Механизмы возникновения психических расстройств при коронавирусной инфекции COVID-19 окончательно не установлены. Они с одной стороны могут быть связаны с социальной изоляцией, психологическим воздействием новой тяжелой и потенциально смертельной болезни, опасениями по поводу заражения других, стигматизацией, а с другой – с биологическим действием инфекции на головной мозг и организм (Rogers J.P. et al., 2020). Известно, что прямая инвазия вируса Sars-Cov-2 может происходить через инфицирование эндотелиальных клеток кровеносных сосудов, вследствие чего увеличивается проницаемость гематоэнцефалического барьера, что позволяет вирусу попасть непосредственно в ткань мозга. Кроме того в головной мозг вирус Sars-Cov-2 может проникнуть посредством его диссеминации через решетчатую кость и обонятельные луковицы (Шепелева И.И. и др., 2020). Также при коронавирусной инфекции COVID-19 описаны механизмы непрямого поражения головного мозга, когда коронавирусы индуцируют местную и системную продукцию цитокинов, хемокинов и других медиаторов воспаления, что приводит к развитию острой неадаптивной воспалительной реакции (Шепелева И.И. и др., 2020; Mazza M.G. et al., 2020).

Заключение. Таким образом, за два года течения новой коронавирусной инфекции нами были выявлены впервые возникшие психические расстройства как невротического, так и психотического регистров. Если в первый год пандемии диагностировались расстройства приспособительных реакций и реактивные психозы, то во второй год преобладали тревожные расстройства и появились пациенты, у которых развитие первого психотического эпизода было ассоциировано с течением коронавирусной инфекции. Необходимы дальнейшие исследования, направленные на изучение клинических закономерностей и механизмов развития психических расстройств, связанных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Озорнин А.С., Зырянова К.С., Даржаева С.В.
**ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИЧИН НЕСВОЕВРЕМЕННОГО
ОБРАЩЕНИЯ ЗА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ
И ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ОТКАЗА ОТ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ
ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЭКЗОГЕННО
ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**
Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Шизофрения и психические расстройства при экзогенно-органических заболеваниях головного мозга нередко приобретают затяжное, хроническое течение, что закономерно приводит к стойкой трудовой и социальной дезадаптации пациентов. Как известно, раннее выявление этих расстройств, своевременное купирование психотических состояний и противорецидивная терапия позволяют минимизировать негативные последствия этих заболеваний. Исходя из этих позиций, нами было проведено исследование своевременности обращения за психиатрической помощью у больных шизофренией и органической патологией головного мозга, а также изучены факторы, которые могут влиять на приверженность пациентов к поддерживающей терапии.

Цель работы: изучение причин несвоевременного обращения за психиатрической помощью и преждевременного отказа от противорецидивной терапии у больных шизофренией и органическими психотическими расстройствами.

Материалы и методы. За период с января по март 2022 года в ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского» нами были обследованы 18 больных с манифестацией шизофрении и 10 пациентов с впервые выявленным органическим психотическим расстройством, 62 больных с обострением шизофрении и 24 пациента с повторными психотическими эпизодами органического психотического заболевания. Обследование пациентов проводилось только после купирования острых психотических расстройств. От всех пациентов было получено добровольное согласие на обследование. С больными проводилось интервью с использованием анкеты, разработанной на кафедре психиатрии, наркологии и медицинской психологии Читинской ГМА. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакетов анализа программ Microsoft Excel.

Результаты. Средний возраст больных с манифестацией шизофрении составил $24,7 \pm 6,1$ лет, а с впервые выявленным органическим пси-

хотическим расстройством – $51,7 \pm 7,2$ лет. У пациентов, страдающих шизофренией, мужчин было больше (77%), в то время как у больных с органическим психотическим расстройством число мужчин и женщин было одинаковым. Пациенты с первым эпизодом шизофрении чаще проживали в районах Забайкальского края (61%), а больные с органической патологией в равной степени являлись жителями районов края и г. Читы. 88% пациентов шизофренией и 70% больных с органическим психотическим расстройством до госпитализации жили с семьей. Уровень образования у пациентов с органическим психотическим расстройством был выше, чем у больных шизофренией: полное среднее или средне-специальное образование было у 80% пациентов с органической патологией и у 43% больных, страдающих шизофренией.

Время от возникновения первых симптомов психотического расстройства до обращения за психиатрической помощью у больных с манифестацией шизофрении составило $2,4 \pm 0,8$ недель, а при органическом психотическом расстройстве – $10,3 \pm 2,8$ недель. Различия между двумя группами вероятнее всего связаны с более выраженной у больных шизофренией дезинтеграцией поведения, которая способствовала раннему обращению за помощью к психиатру. 61% пациентов с шизофренией несвоевременно обратились за психиатрической помощью по причине отсутствия осознания у себя психических расстройств, 12% не знали, куда можно обратиться за помощью, 10% поздно обратились по причине отсутствия психиатра в районе их проживания, 11% боялись последствий обращения за помощью к психиатру, 6% пациентов не обратились к психиатру при появлении симптомов заболевания по причине отсутствия поддержки родственников. Позднее обращения за медицинской помощью у 50% больных с органическим психотическим расстройством было связано с отсутствием осознания у себя психических расстройств, у 30% не было знаний, куда можно обратиться за психиатрической помощью, у 20% был страх последствий обращения за помощью к психиатру.

При обследовании пациентов с повторными госпитализациями было установлено, что средний возраст больных шизофренией составил $36,7 \pm 10,5$ лет, а с органической патологией – $48,8 \pm 12,0$ лет. В г. Чите проживали 64% пациентов с шизофренией, одинаковое число больных с органическим психотическим расстройством являлись жителями г. Читы и районов Забайкальского края. Близких родственников имели 81% пациентов с шизофренией и 87,5% больных с органической патологией мозга. Уровень образования в обеих группах был примерно одинаковым: полное

среднее и средне-специальное образование имели 69% больных шизофренией и 70,7% пациентов с органическим психотическим расстройством.

Анализ несоблюдения режима поддерживающей терапии показал, что основная его причина связана с отсутствием осознания у себя психического заболевания и понимания необходимости лечения (у 51% больных шизофренией и 62,4% пациентов с органической патологией). 18% пациентов с шизофренией отказались от терапии из-за возникновения побочных эффектов принимаемых лекарственных средств, 15% не принимали поддерживающую терапию из-за того, что регулярно употребляли алкогольные напитки и не хотели вместе с ними принимать лекарственные препараты, 9% больных не смогли принимать лечение из-за недоступности психиатрической помощи, 7% – а из-за отсутствия поддержки родственников. 15,5% пациентов с органическим психотическим расстройством отказались от поддерживающей терапии по причине возникновения побочных эффектов лечения, 13,9% – из-за отсутствия доступности медицинской помощи, 4,2% – из-за материальных трудностей, 4% – из-за отсутствия поддержки родственников.

Таким образом, при возникновении психотических расстройств у больных с эндогенными и экзогенно-органическими расстройствами несвоевременное обращение за психиатрической помощью главным образом связано с утратой критических способностей психики при развитии острого психотического расстройства и отсутствием знаний о работе психиатрической службы. Несоблюдение предписанного поддерживающей терапии обусловлено отсутствием осознания у больных психического заболевания и понимания необходимости лечения, а также с возникновением побочных эффектов терапии.

Заключение. Разработка и внедрение программ психообразования населения может позволить улучшить своевременную обращаемость за психиатрической помощью, что важно для ранней диагностики и лечения психиатрической патологии. Важно проводить психообразование, формировать у больных критику к перенесенному психотическому эпизоду, установки на прием поддерживающей терапии не только в психиатрическом стационаре, но и на амбулаторном этапе. Своевременная коррекция побочных эффектов терапии необходима для сохранения приверженности пациентов к принимаемому лечению.

Павленко А.П.

**АНАЛИЗ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ № 1
ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЕВОГО**

НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА ЗА 2019-2021 ГГ.

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

В отделении наркологической помощи № 1 ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер» (ГАУЗ ЗКНД) оказывается помощь больным с алкогольными психозами, развернутыми абстинентными синдромами, наркоманиями.

В 2021 году в отделении на круглосуточных наркологических койках было пролечено 2398 пациентов, что на 17,5% больше, чем в 2020 году. В 2021 году занятость бюджетной койки составила 341,9 дней, что на 1,9% выше показателя 2019 года (335,6), и на 23% выше показателя 2020 года (277,7). Уменьшились средние сроки пребывания пациентов на койке в стационаре с 17,1 до 10,2 – на 40,3% в сравнении с 2019 годом, и с 12,8 до 10,2 – на 20,3% в сравнении с 2020 годом. В 2021 году увеличился оборот койки на 54% в сравнении с 2020 годом. Показатель больничной летальности в 2021 году составил 0,2%.

В 2021 году занятость платной койки составила 220,3 дней в году, что на 4% выше показателя работы койки в 2020 году (211,1) и на 20,3% ниже показателя 2019 года (276,7). Количество пролеченных пациентов составило 1417, что на 16,4% больше, чем в 2020 году, и на 36,7% меньше, чем в 2019 году. Наблюдается уменьшение оборота койки на 16,6% – с 149,1 до 128,8 в сравнении с 2019 годом, и увеличение оборота койки на 5,8% в сравнении с 2020 годом (121,7). Средние сроки пребывания пациентов на койке в 2021 году составили 1,7, что соответствует показателю 2020 года.

Из общего числа пролеченных пациентов в отделении № 1 наибольший процент составляют лица с синдромом зависимости от алкоголя – от 86,5% до 90,2%. Второе место занимают пациенты с психотическими нарушениями при отмене алкоголя. Отмечается увеличение количества пациентов с алкогольными психозами – со 162 пациентов в 2020 году до 220 пациентов в 2021 году – на 35,8%. Большую долю всех психозов занимает делирий (78,1-80,9%). На втором месте – психотические нарушения галлюцинаторного характера (15,9-17,7%). В 2021 году развитие Корсаковского психоза наблюдалось у 3 пациентов, что составило 1,4% от общего числа пациентов, перенесших алкогольный психоз.

В 2021 году наблюдается увеличение количества пациентов с син-

дромом зависимости от наркотических веществ с 81 до 93 человек – на 14,8%. Большой процент составляют лица, употребляющие опиоиды. Количество потребителей психостимуляторов в 2021 году (24) уменьшилось в 1,2 раза в сравнении с 2020 годом (28). В 2021 году в 2 раза увеличилось количество психотических нарушений при синдроме отмены наркотических веществ, в сравнении с 2020 годом.

Анализируя переводы в другие медицинские организации с обострением или присоединением различной соматической и неврологической патологии, наблюдается уменьшение количества пациентов с 54 (2,6%) в 2020 году до 43 (1,8%) в 2021 году. За три года преобладала в основном бронхолегочная патология (пневмонии, туберкулез), сосудистая патология (ОНМК, ИМ) и патология ЖКТ (желудочно-кишечное кровотечение, клиника острого живота – острый панкреатит, острый аппендицит).

В 2021 году зарегистрировано 3 случая летальных исходов. Причиной смерти пациентов был отек головного мозга, алкогольная энцефалопатия, кардиомиопатия. При патологоанатомическом вскрытии 100% совпадение диагнозов.

В отделении № 1 осуществляется стационарная медицинская реабилитация пациентов. В 2020 году в программу медицинской реабилитации были включены 142 человека, что составило 5,9% от общего числа пролеченных пациентов (2398). В 2021 году 12 пациентов переведено в отделение медицинской реабилитации.

В 2021 году от общего числа пролеченных платно пациентов 95,7% составили пациенты с синдромом зависимости от алкоголя и 3,9% – пациенты с синдромом зависимости от наркотических веществ.

В отделении проводится медицинское освидетельствование на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического). В 2021 году число лиц, направленных на медицинское освидетельствование, составило 3482 человек, из них лиц, которые управляют транспортным средством – 361. Установлено фактов алкогольного опьянения – 1990, на 1,9% больше, чем в 2020 году. Фактов употребления и (или) опьянения наркотиками в 2021 году составило 405, что на 16,0% больше, чем в 2020 году. В 2021 году увеличилось число отказов от освидетельствования – на 4%.

Одним из приоритетных направлений деятельности отделения № 1 является профилактика наркологических расстройств. В рамках «Лектория здоровья» в отделении проводятся лекции и беседы медицинскими сестрами и врачами с пациентами и их родственниками на темы пагубно-

го влияния психоактивных веществ на организм. Врачи психиатры-наркологи взаимодействуют со СМИ (телевидение, радио, печать), участвуют в подготовке теле- и радиосюжетов, тематических конференций, семинаров. В составе выездных бригад в районы края проводят обучение медицинских работников по вопросам профилактики наркологических расстройств. Медицинский персонал отделения проводит тестирование обучающихся образовательных и профессиональных образовательных организаций с целью раннего выявления потребителей наркотических и психотропных веществ.

Для оценки эффективности работы наркологического отделения установлены единые целевые показатели (индикаторы). Одним из основных показателей, характеризующих качество оказания наркологической помощи по конечному результату, является показатель повторности госпитализаций. В 2021 году уровень повторности госпитализации пациентов с алкоголизмом в отделении составил 15,0, в 2020 году – 16,8. Отмечается увеличение числа повторных госпитализаций в 2021 году больных с наркоманией в 1,3 раза.

Письменный А.В.
ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ
МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ
НА СОСТОЯНИЕ ОПЬЯНЕНИЯ ВОДИТЕЛЕЙ
ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ
Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

В последние годы участились случаи обращения руководителей районных отделений ГИБДД ОМВД России в адрес Минздрава Забайкальского края в связи с отказом в судах от возбуждения дел по правонарушениям, предусмотренным ч. 1 ст. 12.8 КоАП РФ (управление транспортным средством водителем, находящимся в состоянии опьянения). Причиной прекращения административного производства во всех случаях служит наличие дефектов в проведении медицинского освидетельствования на состояние опьянения водителей транспортных средств.

Поскольку управление водителем в состоянии опьянения транспортным средством, являющимся источником повышенной опасности, существенно нарушает охраняемые общественные правоотношения и создает опасность неопределенному кругу лиц, прекращение административных

дел данной категории создает у водителей мнение о возможности безнаказанного управления транспортным средством в состоянии опьянения.

Основными нарушениями являются: нарушение процедуры медицинского освидетельствования и неправильное оформление Актов медицинского освидетельствования. Данные нарушения связаны с недостаточными знаниями нормативно-правовой базы по данному вопросу у медицинских работников, проводящих медицинское освидетельствование.

Чаще всего встречаются следующие нарушения:

1. Не отбирается биологический объект у освидетельствуемых, хотя отбор биологического объекта (моча, кровь) для направления на химико-токсикологические исследования осуществляется вне зависимости от результатов исследований выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя (данный пункт касается только водителей транспортных средств).
2. Отсутствие повторной пробы (при положительной первой), неправильная интерпретация результатов, несоблюдение временного промежутка между пробами, использование прибора, не прошедшего поверку, неисправный или вообще отсутствующий анализатор паров этанола.

В случае неправильного оформления Акта медицинского освидетельствования на первом месте стоит несовпадение времени и даты начала и окончания медицинского освидетельствования. До сих пор в некоторых районах Забайкальского края Акт медицинского освидетельствования заполняется от руки, неразборчивым почерком, допускаются не заполнение некоторых пунктов Акта, подчеркивания, перечеркивание пунктов. Неправильное заключение, по-прежнему, остается одним из часто встречающихся нарушений, а именно добавление слова «алкогольного» при вынесении заключения «Установлено состояние опьянения».

Вот наиболее часто встречающиеся причины, по которым Акт медицинского освидетельствования признается недопустимым доказательством в суде и водитель, управлявший транспортным средством в состоянии опьянения, уходит от ответственности.

Порцева И.А., Уваров И.А., Бурт А.А.

**МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В ПРАКТИКЕ
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ БОЛЬНЫМ
С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ,
ВЫЗВАННЫМИ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ**

*Главное бюро медико-социальной экспертизы по Удмуртской Республике,
Ижевск, Россия*

*Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия
Научно-исследовательский институт ФСИН России, Ижевск, Россия*

Понятия этика и деонтология известны с древнейших времен и формировались параллельно со становлением медицины как профессии. В зависимости от медицинской специальности существуют различные виды деонтологии, в том числе и в медико-социальной экспертизе. Деятельность врачей по медико-социальной экспертизе, их нормы поведения и общения имеют определенные особенности и отличаются от деонтологических правил врачей других специальностей. Одной из сложной в общении категорий составляют граждане с психическими расстройствами и расстройствами поведения, особенно вызванными употреблением алкоголя.

Вопросы деонтологии в медико-социальной экспертизе (далее – МСЭ) крайне актуальны, так как конечным результатом работы должно быть единое решение, отражающее экспертное заключение о степени выраженности нарушенных функций организма, приводящих к основным категориям ограничения жизнедеятельности, различной степени выраженности, а также нуждаемость в мерах социальной защиты, включая реабилитации или абилитацию.

Работа специалистов по медико-социальной экспертизе связана как с непосредственным общением с обратившимися больными посредством опроса, сбора жалоб, данных личного осмотра (обследования), так и требует проведения тщательного анализа представленных данных, выделения главных компонентов, позволяющих принять коллегиальное решение.

Другую сторону МСЭ определяет физическое и психическое состояние больных, обратившихся на МСЭ. Нередко у них наблюдаются нарушения эмоциональной сферы, изменения личности и поведения. Следует особо отметить, что интересы взаимодействующих лиц зачастую не совпадают. В данной ситуации возрастает необходимость разработки мер, направленных на устранение причин и профилактику конфликтных ситуаций.

Одним из наиболее эффективных решений данной проблемы является

ся рассмотрение их с позиций деонтологического подхода и состоит из следующих важных принципов общения:

1. Применять личностно-ориентированный подход к каждому больному, обратившемуся на медико-социальную экспертизу.
2. Не забывать, что все негативные симптомы в отношении развития заболевания могут менять представления человека о его будущем, вызывают разнообразные психические реакции – от отрицания до агрессии.
3. Стараться понять и осознать чувства и мысли больного, находящегося в условиях адаптации с тяжелыми заболеваниями.

При непосредственном знакомстве с больным чрезвычайно важно выстраивание доверительного контакта и беседы. На этом этапе следует активно применять основополагающие принципы медицинской этики и деонтологии («не навреди», «делай добро», «уважай достоинства человека» и др.).

Для обеспечения эффективности взаимодействия необходимо соблюдение ряда условий: показать, что врач открыт для общения; владеть речью; уметь слушать; относиться к больному без предубеждений; быть осторожным и осмотрительным в прогнозах и высказываниях; уметь выйти из конфликта.

Для создания благоприятной атмосферы во время проведения МСЭ рекомендуется придерживаться следующих правил эффективного общения: избегать доминирующей позиции; избегать споров, категорических высказываний; не допускать раздражительных реакций, проявлений грубости, бестактности как в отношении больных, так и их родственников; проявлять терпимость и участие; быть вежливым, спокойным; в беседе быть точным, конкретным; не переходить на личности, не давать оценку человеку; аргументировать факты обоснованно, объяснять доступно и понятно; не давать советы, не обнадеживать гражданина в возможности положительного решения об установлении инвалидности; не быть назидательно назойливым; не обвинять человека, даже если он не прав; не проявлять грубости к человеку, даже если вас провоцируют; проявлять выдержку и достоинство в любой ситуации.

Одной из сложной в общении категорий составляют граждане с психическим расстройствами, вызванными употреблением алкоголя. Несмотря на комплекс мер, направленных на лечение, профилактику алкогольной зависимости остается актуальной тема последствий алкоголизма, приводящих к стойким необратимым нарушениям функций организма и инвалидности, которые приводят к необходимости в мерах социальной поддержки, включая реабилитацию (Порцева И.А., Уваров И.А., 2020).

По данным статистических отчетов по форме 7-собес ФКУ «ГБ МСЭ по Удмуртской Республике» Минтруда России, данный показатель составляет также не более 2% (в 2020 г. – 17 больных (1,9%), в 2021 г. – 13 (1,4%)) в структуре инвалидности контингента граждан страдающими психическими расстройствами и расстройствами поведения.

При проведении МСЭ они требуют таких подходов и методов в общении как: индивидуальный подход; сохранение спокойствия и самообладания со стороны врача; следование партнерскому стилю общения; избегание эмоциональной формы общения; обращение и просьбы должны быть в спокойной и убедительной форме; очень важен стиль общения: говорить следует несколько медленнее, спокойно и четко, задавать вопросы по одному; следует выслушивать ответы полностью, не перебивая; не следует разубеждать гражданина в его ошибочных убеждениях; следует игнорировать бредовые высказывания (реагировать только на действия); следует избегать словесным штампов и образных выражений, если не уверены, что гражданин знаком с ними; необходимо быть готовыми повторить всё несколько раз; следует излагать вопросы, сведения в доступной и понятной для гражданина форме.

Крайне ответственным и сложным как для специалистов по МСЭ, так и гражданина является завершающий этап – объявление решения по результатам медико-социальной экспертизы. До гражданина следует довести окончательное решение так, чтобы оно стало максимально понятным. Нередко приходится объявлять отрицательное решение с отказом в установлении инвалидности. При этом ответная реакция гражданина не всегда носит адекватный характер, ибо не оправдавшиеся ожидания граждан часто приводят к формированию конфликтных ситуаций.

Для эффективной деятельности всем специалистам, участвующим в проведении МСЭ необходимо обладать следующими характеристиками: способностью к аналитическому мышлению; иметь высокий уровень мнестических процессов; обладать достаточным уровнем развития аттензивных процессов; иметь развитые вербальные и невербальные способы общения, а также навыки письменного изложения мысли; иметь склонность к исследовательской и аналитической деятельности; иметь устойчивую эмоционально-волевую сферу; обладать личностной зрелостью.

С целью снижения рисков конфликтных ситуаций целесообразно осуществление разнонаправленной информационно-разъяснительной работы: оснащение первичных бюро медико-социальной экспертизы информационными стендами, на которых представлена информация в доступной форме, касающаяся учреждений МСЭ; оборудование в холлах

бюро телевизоров для размещения информационных материалов; развитие сайта учреждения, на котором граждане могут получить информацию о деятельности службы, контактную информацию, перечень нормативных и правовых актов и др.; реализация межведомственного взаимодействия с учреждениями здравоохранения, органами исполнительной власти.

С декабря 2021 года Учреждение присоединилось к федеральному проекту «Единый контакт-центр взаимодействия с гражданами», предназначенный для обеспечения дистанционного получения гражданами круглосуточно в режиме реального времени информации по вопросам предоставления мер социальной поддержки, социальных услуг в рамках социального обслуживания, государственной социальной помощи и иных социальных гарантий.

Таким образом, при проведении медико-социальной экспертизы больным с психическими расстройствами и расстройствами поведения, вызванными употреблением алкоголя, необходимо соблюдение правил и норм этики и деонтологии, осуществление разнонаправленной информационно-разъяснительной работы, а для снижения риска возникновения конфликтных ситуаций нужно в рамках повышения квалификации специалистов МСЭ включать часы для обучения конфликтологии и медицинской этике и деонтологии.

Прохоров А.С., Голыгина С.Е., Сахаров А.В.
СОДЕРЖАНИЕ НЕКОТОРЫХ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ
ХЕМОКИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ
ШИЗОФРЕНИИ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия
Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского,
Чита, Россия

Нейровоспаление является одним из ключевых патогенетических механизмов в развитии шизофрении, при этом патогенетические представления о нейровоспалительной гипотезе являются различными. Ранее значительное внимание уделялось цитокинам, как активным участникам нейровоспаления, а родственное им семейство хемокинов длительное время оставалось вне поля зрения исследователей. Однако в последнее время им стали отводить значительную роль в патогенезе психических расстройств, в том числе шизофрении.

Хемокины – это суперсемейство хемотаксических цитокинов, которые регулируют хемотаксис и миграцию лейкоцитов в органы и ткани, в том числе в ЦНС, где их рецепторы и лиганды широко экспрессируются, как при физиологических, так и при патологических состояниях. Установлено, что хемокины выполняют широкий спектр разнообразных ролей в ЦНС, а именно участвуют в регуляции процессов нейровоспаления и пластичности нейронов, пролиферации и дифференцировки их предшественников, также выполняют нейроэндокринные и нейромодулирующие функции. Учитывая многообразие выполняемых хемокинами функций, можно предположить, что их дисбаланс неблагоприятно сказывается на функционировании головного мозга, в том числе при шизофрении.

В доказательство этому имеются публикации о нейробиологической значимости хемокинов, согласно которым отмечается их повышенное содержание в плазме крови у пациентов с шизофренией. Помимо этого имеются данные о корреляционной связи между уровнем некоторых хемокинов и терапией антипсихотиками, что, по мнению ряда авторов, может служить биомаркером положительного ответа на терапию. В литературных источниках показатели уровня хемокинов изучались преимущественно у пациентов с длительным течением шизофрении, публикации по данному вопросу у больных с первым психотическим эпизодом единичны и не систематизированы.

Цель исследования: изучение содержания некоторых провоспалительных хемокинов в плазме крови у больных с первым эпизодом шизофрении.

Материалы и методы. На базе ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского» было обследовано 18 пациентов с диагнозом «Шизофрения параноидная, период наблюдения менее года» (F 20.09). Возраст обследуемых пациентов был в диапазоне от 18 до 40 лет (средний возраст равен $27,2 \pm 1,8$ 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. Критерии исключения из исследования: возраст младше 18 лет и старше 40 лет, отсутствие потребления наркотических веществ и злоупотребления алкоголем, наличие воспалительных заболеваний любой этиологии (острые, хронические в стадии обострения).

Контрольную группу составили 35 психически и соматически здоровых добровольцев. От всех включенных в исследование получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Исследуемые группы были полностью сопоставимы между собой по полу и возрасту.

Забор крови для проведения лабораторных исследований осуществлялся при поступлении до начала терапии. Лабораторная часть работы осуществлялась в лаборатории клинической и экспериментальной биохимии и иммунологии НИИ молекулярной медицины ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России. Определение показателей провоспалительных хемокинов в сыворотке крови оценивали методом проточной флюориметрии на проточном цитометре Cyto FLEX LX (Beckman Coulter, США) с использованием коммерческой тест-системы «Human Proinflammatori Chemokine Panel 1» (13-plex) (BioLegend, США) в соответствии с инструкцией фирмы-производителя.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel и пакета прикладных статистических программ «Statistica-12.0». Различия считали достоверными при показателе $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Нами установлено, что содержание провоспалительных хемокинов в крови пациентов с первым эпизодом шизофрении существенно превышало аналогичные значения контрольной группы.

Так, содержание IL-8 превышало контрольные значения в 21 раз ($z=5,813$; $p=0,0000$). IL-8 – один из основных провоспалительных хемокинов, который индуцирует хемотаксис гранулоцитов, моноцитов/макрофагов и лимфоцитов в очаг воспаления. Способен активировать нейтрофилы, стимулируя их дегрануляцию, усиливает выработку провоспалительных цитокинов мононуклеарными клетками. Установлено, что IL-8 в высоких концентрациях неблагоприятно влияет на функции микроциркуляторного русла, способствуют окислительному повреждению эндотелия. По наблюдению ряда авторов, отмечается повышение данного показателя в сыворотке крови у пациентов при обострении шизофрении (Ушаков и др., 2020). Так же сообщается о значительной экспрессии IL-8 в тканях головного мозга у пациентов с шизофренией (Lvzi Xu et al., 2018).

Уровень макрофагального белка воспаления 3 (MIP-3 α) превысил показатели группы контроля в 2,1 раза ($z=2,413$; $p=0,0158$). Данный белок, как и ряд других MIP-1, MIP-1 α , MIP-1 β , по наблюдению ученых, выполняет функцию межклеточного мессенджера, регулирующего миграцию и активацию лейкоцитов, в том числе моноцитов/макрофагов, в очаг воспаления и осуществляющих воспалительные реакции под влиянием провоспалительных цитокинов. Он избыточно экспрессируется в сосудистом сплетении и субарахноидальном пространстве, обеспечивая связь между периферией и мозгом, легко проходя через гематоэнцефалический барьер. В некоторых ис-

следованиях выявлено более высокие уровни данных хемокинов у больных шизофренией, особенно у пожилого возраста (Васильева Е.Ф. и др., 2020).

Содержание интерферон-гамма индуцированного белка 10 (IP-10) в крови пациентов с первым эпизодом параноидной шизофрении превышало значения в группе сравнения в 1,5 раза ($z=2,047$; $p=0,0406$). Данный хемокин секретируется непосредственно макрофагальными клетками, инфицированными вирусами и бактериями, и еще в большей степени после того, как Т-клетки распознают специфические пептиды на поверхности антиген-презентирующих клеток. Доказано, что повышенный уровень IP-10 усиливает проницаемость гематоэнцефалического барьера, приводя к нейровоспалению и нейродеструкции, что косвенно свидетельствует о течении данных патологических процессов у исследуемых больных (Wang Ke et al., 2018).

Еще один показатель, который так же был повышен у больных в 1,45 раза ($z=2,084$; $p=0,0371$) относительно контрольных значений, это Eotaxin (CCL 11) – эозинофильный хемотаксический белок. Данный хемокин напрямую связан с нейрогенезом и нейродегенерацией, так как способен влиять на нейрональные клетки и микроглию. Он стимулирует миграцию и активацию микроглии с последующей продукцией активных форм кислорода, потенцируя глутамат-индуцированную гибель нейронов. Повышение данного показателя было описано при шизофрении и имеет корреляционные связи с тяжестью психопатологических и когнитивных расстройств (Warren K.J. et al, 2019).

Заключение. По нашим предварительным результатам выявлен существенный рост содержания провоспалительных хемокинов в крови у пациентов с первым эпизодом шизофрении, что подтверждает существенную их роль в процессе нейроиммунного воспаления, точное значение которой в патогенезе шизофрении требует дальнейших исследований.

Раменская Н.М.
ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ ПРАВИЛ
МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ГРАЖДАН
НА ПРАВО ВЛАДЕНИЯ ОРУЖИЕМ

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

С декабря 2017 года с целью повышения доступности медицинской помощи ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер» (далее – ГАУЗ ЗКНД) при поддержке Министерства здравоохранения Забай-

кальского края реализовало проект по выдаче медицинских заключений для получения разрешения на оружие на базе отделения медицинских осмотров в режиме «одного окна». Функцией специализированного наркологического учреждения стало не только исключение медицинских противопоказаний к владению оружием в части наркологических расстройств и наличия в организме наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов, но и исключение соответствующей психической патологии и заболеваний органа зрения.

До 1 марта 2022 года медицинское освидетельствование на право владения оружием регулировалось приказом Минздрава России от 30 июня 2016 года № 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». Приказ предполагал проведение осмотра врачом-психиатром медицинской организации государственной или муниципальной систем здравоохранения по месту жительства (пребывания) гражданина, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности по «психиатрии» и «психиатрическому освидетельствованию». Осмотр врачом-психиатром-наркологом, проводимый также в медицинской организации государственной или муниципальной систем здравоохранения по месту жительства (пребывания) гражданина, помимо обязательного химико-токсикологического исследования мочи предполагал также качественное и количественное определение карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT) в сыворотке крови, но только при выявлении в ходе осмотра симптомов и синдромов наркологического расстройства.

Приказ Минздрава России от 26 ноября 2021 года № 1104н «Об утверждении порядка проведения медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием, в том числе внеочередного, и порядка оформления медицинских заключений по его результатам, форм медицинского заключения об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием и медицинского заключения об отсутствии в организме наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов», вступивший в силу 1 марта 2022 года, изменил и заметно расширил процедуру медицинского освидетельствования по ряду позиций, в том числе, в части выявления психических заболеваний и наркологических расстройств.

Процедура осмотра врачом-психиатром заменена процедурой психиатрического освидетельствования, включающего осмотр врачом-психи-

атром и патопсихологические (психодиагностические) исследования, в целях определения наличия (отсутствия) психических расстройств и расстройств поведения, включенных в Перечень. Медицинский осмотр врачом-психиатром-наркологом дополнительно стал включать обязательное лабораторное исследование крови и (или) мочи на определение хронического употребления алкоголя (без указания конкретного метода лабораторной диагностики злоупотребления алкоголем).

Нововведения, касающиеся выявления психических и наркологических расстройств в рамках медицинского освидетельствования на право владения оружием, вызвали ряд организационных вопросов и вопросов, касающихся выбора методик патопсихологического исследования и лабораторного исследования на определение хронического употребления алкоголя. Методические указания (рекомендации) по данным вопросам в контексте медицинского освидетельствования на право владения оружием отсутствуют.

Поэтому с 1 марта 2022 года в штатное расписание отделения медицинских осмотров ГАУЗ ЗКНД введено две ставки медицинского психолога, должности укомплектованы стажированными специалистами. Для диагностики познавательных функций и эмоционально-личностной сферы выбраны оптимальные по временным затратам методики, наиболее трудоемкие из которых обрабатываются с помощью программного обеспечения: методика «Заучивание 10 слов» А.Р. Лурия, таблицы Шульте, методика «Четвертый лишний», корректурная проба Бурдона, методика «Отсчитывание», опросник волевого самоконтроля (ВСК), индивидуально-типологический опросник (ИТО), методика диагностики самооценки психических состояний (по Г. Айзенку). Проведение исследования одному пациенту в среднем занимает 30 минут. В рамках оптимальной схемы работы «полной комиссии» на право владения оружием заключения по результатам патопсихологического исследования оформляются медицинскими психологами к следующему рабочему дню и отражаются в электронной медицинской карте пациента. Дополнительные патопсихологические методики проводятся по запросу врачей-психиатров отделения медицинских осмотров.

Ресурсы клинично-диагностической лаборатории ГАУЗ ЗКНД позволяют проводить широкий перечень исследований прямых и непрямых маркёров хронической алкоголизации, включающий и один из наиболее специфичных, таких как карбогидрат-дефицитный трансферрин (CDT). Однако, выбор лабораторного исследования в рамках медицинского освидетельствования на право владения оружием основывался не только на специфичности и чувствительности метода, но и на доступности его для

пациентов. Несмотря на наличие в ГАУЗ ЗКНД позитивного опыта практического использования CDT как маркера хронической алкогольной нагрузки, в свете нового приказа нами было отдано предпочтение биохимическому исследованию крови, а именно, исследованию активности гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТ). Определение уровня ГГТ является довольно дешевым и хорошо известным методом: чувствительность его составляет 50%, специфичность – 93%, диагностическая эффективность – 87%. Для сравнения, чувствительность CDT составляет 55%, специфичность – 97%, диагностическая эффективность – 91% (Mundle G. и др., 2000). Активность ГГТ не повышается у лиц с эпизодическим употреблением алкоголя, если оно не сопровождается сопутствующим заболеванием печени. Увеличение уровня ГГТ определяется при длительном ежедневном употреблении спиртных напитков в количестве, эквивалентном 40 г чистого этанола, у 20% мужчин и 15% женщин, а при употреблении 60 г в спиртовом эквиваленте – у 50% и 30% соответственно (Успенский А.Е., 1998). Следовательно, активность ГГТ является маркером систематического употребления умеренного в бытовом понимании, но, на самом деле, большого количества алкоголя, а изолированное повышение уровня этого фермента служит маркером хронической алкогольной интоксикации (Тарасова О.И. и др., 2007). Для дифференциальной диагностики алкогольного и неалкогольного генеза поражения печени, одновременно с ГГТ в ГАУЗ ЗКНД проводится исследование уровня трансаминаз с вычислением, в случае превышения показателей, коэффициента де Ритиса (АСТ/АЛТ) – если он превышает 1,4, то вероятность алкогольной этиологии заболевания составляет 70-78% (Salaspuro M., 1987).

Анализ работы отделения медицинских осмотров ГАУЗ ЗКНД в части медицинского освидетельствования на право владения оружием в марте 2022 года выявил следующее:

- 1) всего проведено 597 медицинских освидетельствований с целью исключения медицинских противопоказаний к владению оружием;
- 2) для дополнительного обследования с целью исключения психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением алкоголя, к участковым/районным психиатрам-наркологам первично направлено 11 пациентов (случаи, когда данные анамнеза заболевания объективно подтверждались результатами лабораторных исследований);
- 3) на психиатрическое освидетельствование врачебной комиссией ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского» направлено 2 пациента (случаи выявления в ходе психиатрического

- освидетельствования (с учетом результатов патопсихологического исследования) признаков органических психических расстройств);
- 4) представлено на врачебную подкомиссию отделения медицинских осмотров 12 пациентов (спорные случаи, когда клиническая картина не совпадала с результатами параклинических исследований), из них: 4 пациента с признаками изолированных нарушений познавательной или эмоционально-волевой сферы по результатам патопсихологического исследования; 8 пациентов – с отличными от нормативных показателями непрямых маркёров хронической алкогольной интоксикации при отсутствии алкогольного анамнеза и нормативных показателей тестов для оценки потребления алкоголя (AUDIT).

Полученные данные отражают первый опыт реализации изменений нормативно-правовой базы, который будет служить выработке оптимальной тактики врачей психиатра и психиатра-нарколога при проведении медицинского осмотра на право владения оружием. В 2021 году по результатам медицинского освидетельствования на право владения оружием было выявлено четверо «первичных» пациентов с признаками психических расстройств и пять «первичных» (никогда ранее не попадавших в поле зрения наркологической службы) пациентов с наркологическими расстройствами. Таким образом, уже сейчас можно сделать предварительный вывод о положительной роли объективных методов исследования (лабораторного исследования на маркёры хронического употребления алкоголя, патопсихологического исследования) при проведении медицинского освидетельствования на наличие противопоказаний к владению оружием.

Руденко С.Л.

**ДЕТЕРМИНАНТЫ НАРУШЕНИЯ
СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА БОЛЬНЫХ НЕВРАСТЕНИЕЙ**

*Белгородский государственный национальный исследовательский
университет, Белгород, Россия*

В отечественной и зарубежной литературе рассмотрена роль нарушения социального интеллекта в образовании неврозов. Раскрыто влияние трудностей дифференциации эмоций, роль субъективизма в оценках, фиксации на прошлом опыте, а также слабой направленности на анализ социальных ситуаций. Особенности переработки социальной информации среди лиц с неврастенией освещены недостаточно и сводятся к утвержде-

нию низкого уровня коммуникативной компетентности. В условиях дефицита критериев, позволяющих отличать неврастению от неврозоподобных картин, настоящее исследование приобретает высокую актуальность. Оно ориентировано на выявление нозоспецифических характеристик социального интеллекта и факторов его нарушения, открывает возможность предупреждения неблагоприятных исходов при данной нозологии. Гипотеза: у больных неврастенией проявляется отчетливое нарушение социального интеллекта, детерминированное клинической симптоматикой.

Материал и методы. Инструментарий оценки клинико-психологического статуса составили: «Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний» К.К. Яхина, В.Д. Менделевича и «Шкала социальной ангедонии» M.I. Eckblad, L.G. Chapman, M. Mishlove – O.B. Рычковой, А.Б. Холмогоровой. Социальный интеллект изучен посредством тестов «Распознавание эмоций» Н.Г. Гаранян, «Поза и жест» Н.С. Курека, а также «Социальный интеллект» J.P. Guilford, M.O. Sullivan – E.C. Михайловой. Обработка данных реализована в SPSS Statistics 17.0.1. Применены корреляционный и факторный анализы.

Изучение основной группы состоялось в ходе освидетельствования на базе бюро медико-социальной экспертизы г. Белгорода. Обследовано 60 мужчин и 60 женщин в возрасте от 25 до 50 лет ($37,5 \pm 1,6$ лет) с невротическим стажем от 1 до 25 лет ($12,7 \pm 1,4$ лет). Группу контраста образовали 120 здоровых людей с аналогичными половыми и возрастными характеристиками.

Результаты. Согласно данным «Клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний», больные неврастенией имеют выраженные проявления астении ($-7,24 \pm 0,59$) и невротической депрессии ($-7,12 \pm 0,45$). Отмечается повышение по шкалам вегетативных нарушений ($-3,9 \pm 0,36$), тревоги ($-3,84 \pm 0,11$) и обсессивно-фобических признаков ($-2,0 \pm 0,27$). В контрольной группе все параметры в норме ($p < 0,05$).

На основе «Шкалы социальной ангедонии» установлено, что больные ($27,44 \pm 0,54$) имеют отчетливый дискомфорт в социуме. В контрольной группе выявлен оптимальный уровень способности получать удовольствие от общения ($p = 0,03$).

Изучение социального интеллекта и детерминант его нарушения выступило главным этапом исследования. Согласно тесту «Распознавание эмоций», больные проявляют отчетливые трудности прочтения эмоций по мимике. Отмечается невосприимчивость к идентификации презрения ($0,19 \pm 0,02$) и страха ($0,39 \pm 0,05$), недостаточная способность к прочте-

нию страдания ($1,85 \pm 0,03$) и удивления ($1,91 \pm 0,04$). Определение гнева ($2,11 \pm 0,08$) соответствует средним показателям. Наиболее достоверно распознавание радости ($2,98 \pm 0,07$).

Результаты теста «Поза и жест» аналогичны рассмотренным. Проявляются выраженные трудности идентификации презрения ($0,22 \pm 0,08$) и страха ($0,45 \pm 0,08$). Декодирование страдания ($1,87 \pm 0,13$) и удивления ($1,93 \pm 0,12$) осуществляется на низком уровне. Определение гнева ($2,24 \pm 0,19$) соответствует континууму средних величин. Распознавание радости доступнее ($3,96 \pm 0,14$). Обследуемые имеют трудности декодирования эмоциональных состояний, и в том числе при считывании простой эмоции гнева. Следовательно, дефицит социальной перцепции не связан с широтой набора деталей стимульного материала и уровнем его дифференцированности. В контрольной группе количество верных ответов, по каждому параметру проведенных тестов, максимально ($p \leq 0,05$).

Больные неврастенией имеют низкие оценки по субтестам «Вербальная экспрессия» ($2,14 \pm 0,07$), «Истории с дополнением» ($2,18 \pm 0,14$), «Истории с завершением» ($2,22 \pm 0,18$), «Группы экспрессии» ($2,26 \pm 0,23$). Очевидны трудности идентификации невербальных сигналов собеседника, соотношения с речевыми посылками. Обследуемые неспособны к быстрому образованию суждений о людях. Заключением не достает точности, выводы лишены глубины, поверхностны. В контрольной группе показатели выше средневыборочной нормы ($p = 0,03$).

Выявлена взаимосвязь параметров социального интеллекта с клиническими характеристиками, препятствующими концентрации внимания на деталях мимики, пантомимики и удержанию логики развития социальных ситуаций. Ведущий фактор детерминации нарушения социального интеллекта – «Астения» ($-0,67$). Данная предрасположенность формирует уязвимость в плане психической гиперестезии, способствует фиксации на своем состоянии. Происходит снижение направленности на партнера по общению. Недостаточное понимание контекста приводит к неэффективности коммуникаций больных. Возникают депрессия, тревога перед взаимодействием с людьми. Нарастают пассивность и социальная отгороженность.

Заключение. Таким образом, больные неврастенией имеют отчетливые признаки невротического регистра, взаимосвязанные с проявлением социальной ангедонии. Не испытывают гедонистических ощущений от антиципации взаимодействия с социумом и избегают контактов с людьми.

Обнаружены трудности перцепции и интерпретации социальной информации, не связанные с уровнем сложности стимульного материала.

Больные недостаточно чувствительны к оттенкам речевой экспрессии и состояниям, передаваемым по невербальным каналам коммуникации. Не распознают истинные намерения своих партнеров. Имеют слабые прогностические способности.

Прослеживается взаимосвязь показателей социального интеллекта больных неврастениями со степенью выраженности невротических состояний. Ведущей детерминантой нарушения распознавания социальных стимулов и анализа ситуаций является астения, способствующая снижению мотивационной компонента общения.

Рыбакова Т.В., Филимонова Е.Н., Бубнов А.А.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ
ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
У ПАЦИЕНТОВ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА**

*Областная психиатрическая больница им. К.Р. Евграфова,
Пенза, Россия*

Понятие депрессии позднего возраста используется для обозначения болезненных состояний, впервые развивающихся в период старения. Но, кроме того, этот термин отражает отчетливую возрастную специфику депрессивных проявлений как в случаях первичного возникновения депрессий в позднем возрасте, так и при рецидиве заболевания многолетней давности.

Депрессивные расстройства устойчиво занимают первое место по частоте среди психических нарушений у пациентов пожилого и старческого возраста. Негативные последствия недовыявления депрессий у пожилых сводятся к следующему: повышенный риск суицида; утяжеление проявлений депрессии; хронификация состояния, возрастание потребности в продолжительном стационарном лечении; ухудшение качества жизни самих пациентов и лиц из их ближайшего окружения; снижение возможности социальной адаптации в повседневной жизни; негативное влияние депрессивного настроения на проявления соматического заболевания; ограничение возможности терапии соматической патологии вследствие низкой комплаентности пожилых депрессивных больных; сокращение продолжительности жизни депрессивных больных при инфаркте миокарда, ишемической болезни сердца и других заболеваниях.

Цель исследования: сравнительная оценка эффективности монотерапии одним из антидепрессантов и комплексной антидепрессивной те-

рапии с применением тех же антидепрессантов в сочетании с церебро- и нейропротекторами.

Материалы и методы. В исследование были включены 117 больных в возрасте 55 и старше лет (от 55 до 75), женщин – 85, мужчин – 32. Все пациенты прошли полное клиническое обследование (осмотр окулиста, невролога, терапевта, психолога, в большинстве случаев ЭЭГ-обследование, на догоспитальном этапе 25 больным была проведена КТ головного мозга).

Причиной депрессивных расстройств в 72 случаях были сосудистые заболевания головного мозга, в 45 – сочетание сосудистой патологии, последствий ЧМТ, инфекций, интоксикаций. Установлены депрессивные расстройства умеренной (75 больных) и тяжелой (42 больных) степени выраженности. Уровень когнитивных нарушений у 35 больных соответствовал возрастной норме, у 60 – легкие и умеренные, у 15 – выраженные.

Для оценки терапевтической эффективности использовали стандартизованные оценочные шкалы: шкалу Гамильтона для оценки депрессивных и тревожных расстройств, шкалу оценки риска суицида Pattersona, госпитальную шкалу тревоги и депрессии Монтромери-Асберг. Для оценки динамики когнитивного функционирования применяли краткую шкалу оценки когнитивного статуса (MMSE), тест воспроизведения 10 слов и тест рисования часов. Уровень когнитивной деятельности большинства больных соответствовал возрастной норме со среднегрупповым показателем по шкале MMSE $27,25 \pm 1,99$ баллов.

Оценка состояния больных производилась до начала лечения и в конце курса лечения, в среднем через 8 недель. Больные первой группы получали терапию одним из антидепрессантов. В качестве антидепрессантов назначались препараты с различным механизмом действия. При депрессиях позднего возраста наибольший эффект мы наблюдали при применении препаратов со сбалансированным спектром действия, так они наиболее эффективны при размытых, недостаточно четко оформленных или полиморфных депрессивных синдромах, при невозможности вычленить ведущий депрессивный аффект (например, при смешанном тревожно-тоскливом варианте), а также при неустойчивых состояниях с колебаниями глубины и структурных особенностей аффекта. К ним относятся пароксетин, флувоксамин, миртазапин, эсциталопрам, сертралин, кломипрамин. При этом у многих из них на первый план выступает достаточно сильное тимоаналептическое действие (кломипрамин, миртазапин, венлафаксин). Больные 2-ой группы одновременно с антидепрессивной терапией получали терапию церебро- и нейропротекторами (церекард, церебрализин, цитофлавин, мильдоний), витаминотерапию.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют, что применение комбинированной терапии, сочетающей лечение антидепрессантом и препаратами с нейропротективным и нейротрофическим механизмом действия позволяет добиться более быстрого развития терапевтического ответа и более выраженного эффекта по сравнению с антидепрессивной монотерапией. Это подтверждено более значимой редуccionией депрессивных расстройств, в том числе показателей выраженности тревоги и апатии, а также улучшением когнитивного функционирования больных уже через месяц после начала терапии. Кроме того, применение комплексной терапии сопровождалось уменьшением частоты нежелательных эффектов и сокращением сроков госпитализации.

Сахаров А.В., Гольгина С.Е.

**ОФИЦИАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ
ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ ОТ ПРИЧИН,
ОБУСЛОВЛЕННЫХ АЛКОГОЛЕМ**

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Одним из управляемых факторов, влияющих на высокие показатели смертности населения Российской Федерации, считается чрезмерное потребление алкоголя. По экспертным оценкам, в нашей стране бремя умерших от соматических заболеваний, травматизма и снижения репродуктивного потенциала, относимое на счёт алкоголя, значительно превышает уровни стран Европы (Каткова И.П., 2018). Поэтому сокращение потребления алкоголя закономерно является важной стратегией, включенной в демографическую политику России. При этом количественный вклад потребления алкоголя в генерацию колебаний общей смертности точно не исследован, в том числе ввиду отсутствия единых подходов к изучению этой проблемы и отсутствия соответствующего учета заболеваний и причин смертности, связанных с употреблением алкоголя (злоупотреблением).

Между тем, современные тенденции смертности населения от состояний, вызванных алкоголем, требуют регулярного мониторинга и обсуждения, особенно в плане совершенствования регистрации данных нозологий и объективизации уровня потребления алкоголя населением. Исходя из этого, мы попытались провести анализ алкогольной смертности за 20-летний период на примере отдельного региона.

Цель исследования: анализ официальных показателей смертности

населения Забайкальского края от причин, обусловленных алкоголем, за 2005-2020 гг.

Материалы и методы. Были проанализированы показатели по причинам смертности, обусловленным алкоголем, полученные путем выкопировки данных из архивных и официальных документов Территориального органа Федеральной службы Государственной статистики по Забайкальскому краю за период с 2005 по 2020 годы. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel.

Результаты. Забайкальский край в 2020 году занял 19 место в стране по величине смертности, обусловленной алкоголем. Всего в регионе по этой причине умерло 645 человек, показатель составил 61,0 на 100 тыс. человек населения. В 2005 году показатель составлял 143,2 на 100 тыс., в 2020 году – 61,0 на 100 тыс. человек населения (снижение в 2,3 раза).

В среднем за 2005-2020 гг. смертность населения Забайкальского края от причин, связанных с алкоголем, составила 5,4 % (12 730 случаев) от всей смертности населения (236 547 случаев) за указанный период, при этом она снизилась в 1,8 раза – с 8,3 % в 2005 году до 4,5 % в 2020 году.

Установлена отчетливая тенденция снижения официальной алкоголь-ассоциированной смертности во всех группах населения: среди мужчин – в 2,2 раза, среди женщин – в 2,3 раза, среди лиц трудоспособного возраста – в 2,7 раза.

Согласно расчетам, за последние 20 лет среди причин алкогольной смертности уменьшение показателей произошло за счет снижения числа умерших от случайных отравлений алкоголем, алкогольной кардиомиопатии, алкоголизма и алкогольных психозов. В тоже время зарегистрирован рост смертей от алкогольной дегенерации нервной системы и алкогольной болезни печени (среди мужчин).

Если рассматривать отдельно каждую причину из ассоциированной с алкоголем смертности, то в Забайкальском крае от случайных отравлений алкоголем умерло в 2020 году 148 человек, показатель составил 14,0 на 100 тыс. человек населения, максимальным данный вид смертности в регионе был в 2003 году – 68,8 на 100 тыс. человек. Следует отметить существенное снижение этого вида смертности в последнее десятилетие (в 4,7 раза – с 65,7 на 100 тыс. в 2005 году). При этом по величине этого показателя Забайкальский край по-прежнему находится в десятке худших субъектов в России, частота смертельных отравлений алкоголем на нашей территории в 2 раза выше, чем в среднем по России и Дальневосточному федеральному округу.

В 2020 году показатель смертности по причине случайных алкоголь-

ных отравлений в мужской популяции региона составил 21,7 на 100 тыс., в женской – 6,9 на 100 тыс. населения. Высокая смертность по этой причине регистрируется в трудоспособном возрасте – 16,4 на 100 тыс. населения. Показатель смертельных отравлений алкоголем в сельской местности Забайкалья составил 12,8 на 100 тыс., в городских поселениях – 14,6 на 100 тыс. человек населения.

При расчетах выявлено, что на смертность от случайных отравлений алкоголем в Забайкальском крае в среднем за 2005-2020 гг. пришлось 2,0 % (4 782 случаев) от всей смертности населения края (236 547 случаев) и 11,5 % от смертности по причине внешних факторов (41 673 случаев). При этом доля смертности по этой причине в структуре общей смертности снизилась за период наблюдения в 3,8 раза (с 3,8 % в 2005 году до 1,0 % в 2020 году); в структуре насильственной смертности – в 1,8 раза (с 16,1 % в 2005 году до 8,9 % в 2020 году).

Показатель смертности от алкоголизма и алкогольных психозов в Забайкальском крае в 2020 году составил 0,2 на 100 тыс. населения (в 1995 году он был равен 9,4; в 2005 году – 6,9; в 2015 – 6,8 на 100 тыс.). В мужской популяции региона он составил 0,4 на 100 тыс., в женской таких случаев зарегистрировано не было. В трудоспособном возрасте показатель смертности от данной причины в 2020 году был равен 0,3 на 100 тыс. человек. Все случаи пришлось на жителей сельской местности (0,6 на 100 тыс.).

В Забайкалье смертность от алкогольной болезни печени остается в последние 20 лет на высоких цифрах (132 случая или 12,6 на 100 тыс. населения в 2020 году), в 1,8 раза превышая общероссийские. В мужской популяции региона показатель составил 16,5; в женской – 8,7 на 100 тыс. человек соответствующего пола. У лиц в трудоспособном возрасте смертность по причине алкогольной болезни печени была равна 15,7 на 100 тыс. в 2020 году. В городских и сельских поселениях показатели смертности населения от алкогольных гепатитов и циррозов практически не отличались (11,5 и 13,1 на 100 тыс. соответственно).

Смертность по причине панкреатитов алкогольной этиологии в Забайкальском крае за 20 последних лет остается стабильной, показатель в 2020 году составил 0,3 на 100 тыс. населения (в 2005 году – 0,5 на 100 тыс.). Среди лиц мужского пола показатель равен 0,4; среди лиц женского пола – 0,2; в трудоспособном возрасте – 0,16 на 100 тыс. населения. Все случаи пришлось на городских жителей (0,4 на 100 тыс.).

Как показали расчеты, причины смертей в виде алкогольных панкреатитов и алкогольной болезни печени в структуре летальности от болезней

органов пищеварения составили в Забайкальском крае в среднем за 2005-2020 гг. 17,0% (1 758 случаев из 10 354 умерших). Это свидетельствует, что каждый шестой житель, умерший от болезней органов пищеварения имел алкогольную этиологию заболевания.

В 2020 году в регионе от алкогольной кардиомиопатии погибло 293 человека, показатель равен 27,6 на 100 тыс. человек населения, что выше общероссийского в 2,3 раза. Данный вид смерти, начиная с момента учета (59,1 на 100 тыс. в 2005 году), снижался до 2017 года (17,0 на 100 тыс.) с последующей тенденцией к росту в 2019-2020 гг. Смертность по причине алкогольной кардиомиопатии у лиц в трудоспособном возрасте (31,0 на 100 тыс. населения) существенно выше, чем в общей популяции. Показатель у мужчин равен 41,1 на 100 тыс. мужчин, у женщин – 15,4 на 100 тыс. женщин (соотношение 2,7 : 1). Кроме того, в сельской местности показатель смертности населения от данной причины в 2,4 раза выше, чем в городских поселениях: 44,4 и 18,2 на 100 тыс. человек в 2020 году соответственно.

В соответствии с проведенными расчетами, алкогольная кардиомиопатия в структуре смертности населения Забайкалья от болезней системы кровообращения составила в среднем за изучаемый период 4,6 % (4 923 случая из 108 016 умерших).

В 2020 году по причине алкогольной дегенерации нервной системы погибло 66 человек, показатель (6,3 на 100 тыс. населения) выше среднего по стране в 3,0 раза. При этом за последние 20 лет данный вид смертности вырос на нашей территории в 9,0 раз (с 0,7 на 100 тыс.). В мужской популяции показатель равен 10,1; в женской – 2,7 на 100 тыс. (соотношение 3,7 : 1). Среди лиц трудоспособного возраста показатель составил 5,1 на 100 тыс., он в 1,5 раза выше у жителей городских населенных пунктов (6,9 на 100 тыс.), в сравнении с сельскими (4,7 на 100 тыс.).

Необходимо отметить, что умершие по причинам алкогольных гастритов, алкогольной миопатии и алкогольной полинейропатии встречаются крайне редко, поэтому они часто не попадают в официальную статистику.

Заключение. В Забайкальском крае в последнее десятилетие наблюдается существенное снижение значений показателя смертности от причин, обусловленных алкоголем – с 2005 года число случаев связанных с алкоголем смертей уменьшилось в 2,3 раза. Несмотря на это, наш регион по-прежнему отличается высоким суммарным показателем алкогольных причин смертности населения (61,0 на 100 тыс. населения в 2020 году), который в 1,8 раза выше среднероссийского (34,4 на 100 тыс. населения в 2020 году) и в 1,5 раза выше, чем показатель в Дальневосточном федеральном округе (41,4

на 100 тыс. населения в 2020 году). Кроме того, смертность, обусловленная употреблением алкоголя, в Забайкальском крае составила в 2020 году 5,4 % от всей смертности населения субъекта (этот показатель по РФ равен 2,4 %).

Проведенные расчеты показали, что за последние 20 лет произошли серьезные изменения в структуре смертности, обусловленной алкоголем: отчетливые позитивные процессы снижения общего показателя вызваны уменьшением числа умерших по причинам случайных отравлений алкоголем, алкогольной кардиомиопатии, алкоголизма и алкогольных психозов. Настораживает рост за изучаемый период смертности от алкогольной болезни печени и дегенерации нервной системы, вызванной алкоголем. При этом особую озабоченность вызывает количество случаев алкогольной смертности у мужчин в трудоспособном возрасте.

Можно предполагать, что приведенные расчеты на основе официальных данных являются неполными, что обусловлено неполноценным учетом смертей, связанных с употреблением алкоголя, ввиду недостаточной диагностики специалистами проявлений алкогольной висцеропатии.

**Сахаров А.В., Клинова М.А., Каюмова Р.Р.,
Иванова Е.В., Курятникова Т.А.**

КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

На протяжении последнего десятилетия как в России, так и зарубежом отмечается повышенный интерес к изучению проблемы суицидального поведения детей и подростков. Известно, что в нашей стране присутствуют существенные региональные различия по уровню суицидальной активности среди несовершеннолетних. Так, Забайкальский край отличается высокими показателями суицидов среди детей и подростков, занимая в 2021 году шестое место среди субъектов Российской Федерации по данному показателю. Поэтому актуальными являются исследования, направленные на изучение факторов, негативно влияющих на формирование суицидального поведения среди лиц указанной возрастной группы.

Цель работы: изучение некоторых клинических и социальных характеристик детей и подростков с суицидальным поведением в Забайкальском крае.

Материалы и методы. Работа осуществлялась в ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского». Сплошным методом были проанализированы медицинские карты стационарных пациентов детского и подросткового возраста с суицидальными попытками, совершенными в Забайкальском крае в 2020-2021 гг. Всего в исследование было включено 111 несовершеннолетних суицидентов (в возрасте до 18 лет). Статистическая обработка результатов осуществлялась с применением методов описательной статистики пакета анализа Microsoft Excel.

Результаты. В ходе проведенного исследования было установлено, что среди несовершеннолетних суицидентов преобладали лица женского пола – 73,1%, большинство из которых проживали в сельской местности (52,0%). При этом в возрастную категорию до 14 лет вошло 46 детей (41,1%), а в категорию 15-17 лет – 65 подростков (58,9%).

При анализе социально-демографических характеристик суицидентов выявлено, что подавляющее большинство из них имеют психопатологически отягощенную наследственность преимущественно по алкоголизму (78,5%) и суицидам родителей (14,0%). В 27,0% случаев такие дети проживали в малообеспеченных семьях с неудовлетворительными материально-бытовыми условиями, выявляли низкую учебную успеваемость (22,5%), либо не учились вовсе (4,5%), проживали в неполной семье 42,3%, в детском доме – 25,2%. 33,3% из обследованных ранее обращались за психиатрической помощью, лечились в психиатрическом стационаре – 30,1%, в том числе неоднократно.

Наркологический анамнез суицидентов является также неблагоприятным: курят – 33,3%, пробовали наркотики – 5,4%, спиртные напитки – 39,0%. Ранее уже совершали суицидальные попытки 39,0% несовершеннолетних.

Преобладающим способом совершения суицидальной попытки, послужившей причиной настоящего стационарирования в психиатрическую больницу, у детей до 14 лет выступало нанесение самопорезов (89,2%), далее – отравление медикаментами (4,3%), падение с высоты (4,3%) и самоповешение (2,2%). Среди способов совершения суицидальных действий у лиц старшего подросткового возраста (15-17 лет) преобладали самопорезы (78,5%), далее – отравление медикаментами (12,3%), самоповешение (6,2%), падение с высоты (1,5%) и утопление (1,5%). В алкогольном опьянении на момент совершения суицидальной попытки находилось 17,0% суицидентов старшего подросткового возраста.

Психические расстройства в данной группе несовершеннолетних были диагностированы в 70,7% случаев, структура которых выглядела

следующим образом: смешанное расстройство поведения и эмоций – 70,5%, расстройство адаптации – 12,8%, умственная отсталость – 9,0%, органическое расстройство личности – 7,7%.

Заключение. Таким образом, в ходе проведенного исследования выявлены неблагоприятные социально-демографические характеристики детей и подростков с суицидальным поведением, имеющие некоторые отличия у лиц разных возрастных групп. Большинство из обследованных несовершеннолетних суицидентов имеют психические и поведенческие расстройства, что обуславливает необходимость разработки эффективных стратегий в сфере здравоохранения и социальных услуг. Представленная неблагоприятная ситуация требует дальнейшего изучения для оценки ведущих факторов, влияющих на аутодеструктивные формы поведения у детей и подростков Забайкальского края.

**Ситчихин П.В., Шевченко А.Л.
СРАВНЕНИЕ СООТНОШЕНИЯ ВЕДУЩИХ
НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ КОНТИНГЕНТА
НЕДЕЕСПОСОБНЫХ ЛИЦ В ГОРОДЕ КРАСНОДАРЕ
В 2011-2021 ГГ.**

*Специализированная психиатрическая больница № 7,
Краснодар, Россия*

Признание гражданина недееспособным вследствие психического расстройства существенно ограничивает его социальные возможности и требует заботы со стороны гражданского общества. Однако возможности реабилитации недееспособного лица зависят, в том числе, от вида психического расстройства. Например, реабилитационные потенциалы и прогнозы у недееспособных лиц (далее НЛ) вследствие шизофрении или умственной отсталости будут значительно различаться. Это потребует различных организационно-реабилитационных мероприятий и финансовых затрат.

Цель работы: сравнить соотношение ведущих нозологических форм контингента недееспособных лиц в городе Краснодаре в период с 2011 года по 2021 год.

Материалы и методы. В городе Краснодаре в 2011-2021 гг. наблюдались периоды как уменьшения численности НЛ с 777 чел (2011 год) до 696 человек (2013 год), так и увеличения её до 786 человек (2020 год). Сумма долей НЛ вследствие умственной отсталости (первое ранговое место) и

шизофрении (второе ранговое место) за указанный период составляла от 65,3% (минимум, 2017 год) до 74,7% (максимум, 2013 год) всех НЛ города Краснодара. Поэтому рассмотрение динамики именно этих нозологических форм наиболее актуально.

Статистическим методом проанализированы показатели официальных отчётов диспансерного отделения ГБУЗ СПб № 7 МЗКК и оригинальной формы учёта нозологических форм недееспособных лиц города Краснодара за период 2011-2021 годы. Статистический анализ результатов исследования выполнялся с применением пакета статистических программ Statistica 6.0 (Stat Soft Inc., USA). При частотном анализе использован критерий Хи-квадрат (χ^2), в т.ч. по таблицам 2x2. Статистически значимым считался критерий достоверности $p < 0,05$.

Результаты. За изучаемый период абсолютное количество НЛ вследствие умственной отсталости стабильно увеличивалось с 293 чел. (минимум, 2011 год, составив 37,7% всех НЛ города Краснодара) до 316 чел. (2021 год, 41,0% всех НЛ города Краснодара). При этом с 2012 по 2021 гг. доля НЛ вследствие умственной отсталости не опускалась ниже 40,1%, достигая максимума в 42,1% в 2013 году. Таким образом, доля НЛ вследствие умственной отсталости на временном отрезке 2011-2021 гг. увеличилась в общем на 3,3%, что несущественно и статистически не значимо ($\chi^2=1,7$, $p=0,191$). Однако недееспособность вследствие умственной отсталости продолжала занимать первое ранговое место весь период наблюдения. Вероятно, низкая смертность данных лиц в возрасте старше 18 лет при удовлетворительном контроле со стороны физических лиц-опекунов способствует накоплению НЛ вследствие умственной отсталости среди населения Краснодара.

Динамика НЛ вследствие шизофрении в целом отрицательная. Так в 2011 году зарегистрировано 260 НЛ вследствие шизофрении (33,5% всех НЛ города Краснодара), в 2017 году – 192 НЛ (25,3%), в 2021 году – 213 НЛ (27,7%). В результате доля НЛ вследствие шизофрении за изучаемый период уменьшилась на 5,8%, т.е. существенно и статистически значимо ($\chi^2=6,1$, $p=0,014$). Среди объективных причин выявленной тенденции на первом месте – использование психиатрической службой Краснодара стандартов и клинических рекомендаций лечения шизофрении и активное применение атипичных антипсихотиков, в т.ч. пролонгированного действия, бесплатно для больных с данным заболеванием. При этом недееспособность вследствие шизофрении пока сохранила за собой второе ранговое место. Однако разница между первым и вторым ранговыми местами увеличилась с 4,2% в 2011 году до 13,4% по итогам 2021 года, т.е. в 3,1 раза.

Заключение. В городе Краснодаре в период 2011-2021 гг. среди всех недееспособных лиц (НЛ) на первом ранговом месте находились НЛ вследствие умственной отсталости, а НЛ вследствие шизофрении занимали второе место. Наибольший вклад в возрастающую разницу между ними внесло существенное и статистически значимое уменьшение доли недееспособных лиц вследствие шизофрении. Выявление роли и соотношения социальных, медицинских и иных факторов выявленных тенденций может быть исследовано в дальнейшем.

Стрелковский М.Д., Кратовский А.Ю.
**ВЫНУЖДЕННАЯ САМОИЗОЛЯЦИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ,
ВЫЗВАННОЙ COVID-19, КАК ФАКТОР РОСТА
УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

*Кузбасский клинический наркологический диспансер
им. профессора Н.П. Кокориной, Кемерово, Россия
Юргинский психоневрологический диспансер, Юрга, Россия*

Зарегистрировано возникновение неблагоприятных социально-экономических факторов на фоне пандемии, вызванной COVID-19, таких как: значительное снижение межличностных коммуникаций в условиях вынужденной самоизоляции, снижение доходов россиян, рост числа безработных, рост употребления психоактивных веществ. В связи с этим одной из важных задач наркологической службы Российской Федерации является выявление среди населения лиц, регулярно, либо эпизодически, употребляющих наркотические средства.

Цель исследования: сравнительный анализ распространенности употребления психоактивных веществ на территории Кемеровской области – Кузбасса в периоды с 01.01.2019 по 31.12.2019 и 01.01.2020 по 31.12.2020 г.

Материалы и методы. Были проведены химико-токсикологические исследования лиц, направленных на медицинское освидетельствование. Так, в период с 01.01.2019 по 31.12.2019 г. было обследовано 16032 человек. Из них направлено: органами внутренних дел – 976, медицинскими организациями – 606, медицинскими осмотрами – 14450.

В период с 01.01.2020 по 31.12.2020 г. было обследовано 15839 человек. Из них направлено: органами внутренних дел – 1018, медицинскими организациями – 575, медицинскими осмотрами – 14246. Все обследуемые подписали добровольное информированное согласие. Биологический

материал исследования – моча. Вследствие низкого содержания белковых компонентов, она является наиболее простым биообъектом для определения наркотических средств.

Результаты. Число обследованных, у которых подтверждено наличие этилглюкуроида, наркотических средств и лекарственных препаратов в период с 01.01.2019 по 31.12.2019 г. составило 860 человек, из них: этилглюкуронид 92 (11%), наркотические средства и психотропные вещества 768 (89%).

Число обследованных, у которых подтверждено наличие этилглюкуроида, наркотических средств и психотропных веществ в период с 01.01.2020 по 31.12.2020 г. составило 896 человек, из них: этилглюкуронид 108 (12%), наркотических средства и психотропные вещества 788 (88%). У всех представленных в изученной выборке людей в моче были обнаружены этилглюкуронид, лекарственные препараты и наркотические средства.

Заключение. В результате исследования отмечается рост употребления психоактивных веществ в период с 01.01.2020 по 31.12.2020 года по отношению к периоду с 01.01.2019 по 31.12.2019 года. Таким образом, проведенный сравнительный анализ и полученные результаты позволяют сделать вывод, что развитие неблагоприятных социально-экономических факторов на фоне пандемии вызванной COVID-19 и вынужденная самоизоляция, вероятно, способствовали увеличению числа потребителей психоактивных веществ на территории Кемеровской области – Кузбасса.

Ступина О.П., Честикова З.И.

**ДИНАМИЧЕСКИЕ 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 с 2020 года по 2021 год включительно 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 ак-

тивного 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 28 амбулаторно-поликлинических психиатрических кабинетов при центральных районных больницах, ГАУЗ «Краевая больница №4», ГУЗ «Краевая больница №3», ГАУЗ «Агинская окружная больница».

В 2021 году показатель общей заболеваемости (число зарегистрированных больных в расчете на 100 тыс. населения) в сравнении с 2020 годом увеличился с 3056,1 до 3188,5 (на 4%) в основном за счет увеличения общей заболеваемости психическими расстройствами в группе психических расстройств непсихотического характера (на 7,5%). Число зарегистрированных лиц с психическими расстройствами в Забайкальском крае (3188,5) превысило таковой показатель в РФ (2623,3) от 2020 года на 21%.

В структуре контингента зарегистрированных больных в Забайкальском крае, как и в РФ, преобладали больные непсихотическими расстройствами, таких больных было чуть больше половины – 50,1% (2020 – 48,6%; 2019 – 48,8%; РФ – 51%; ДФО – 52,2%), на втором месте, как и в ДФО, но в отличие от РФ находились больные умственной отсталостью – 26,7% (2020 – 27,6%; 2019 – 27,7%; РФ – 21,2%; ДФО – 28,9%), больные психозами и состояниями слабоумия составили 23,2% (2020 – 23,7%; 2019 – 23,5%; РФ – 27,7%; ДФО – 26,4%). В группе психозов и состояний слабоумия, как и в РФ, преобладали больные шизофреническими расстройствами, доля больных шизофренией в общем числе больных психозами и состояниями слабоумия составила 48,6% (2020 – 49,7%; 2019 – 50,5%; РФ – 42,6%).

Можно констатировать, что контингент больных незначительно увеличился, однако в структуре контингента впервые за последние 3 года отмечено снижение доли больных психозами и состояниями слабоумия и умственной отсталостью, удельный вес данной категории больных составил 49,9% (2020 – 51,3%; 2019 – 51,2%).

В 2021 году в общем числе зарегистрированных пациентов (33590) пациенты с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства составили 9,3% (3118 чел.), в 2020 году таких пациентов было 2648, и они составляли 8,1% из общего числа зарегистрированных (32385), в РФ – 10% (2020).

Первичная заболеваемость психическими расстройствами (число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстрой-

ства на 100 тыс. населения) в Забайкальском крае в 2021 году составила 296,0 чел. на 100 тыс. населения, что выше такового показателя от 2020 года (249,9) на 18,4% в основном за счет увеличения выявляемости лиц с психическими расстройствами непсихотического характера (на 18,2%). Также зарегистрировано увеличение показателя в группе психозов и состояний слабоумия (на 13,1%). В группе умственной отсталости, напротив, первичная заболеваемость психическими расстройствами сократилась на 3,9%.

Из числа пациентов, находившихся под диспансерным наблюдением и получавших консультативно-лечебную помощь на конец 2021 года, получили курс лечения\реабилитации бригадным методом 2365 (2020 – 725), число лиц трудоспособного возраста составило 20389 (2020 – 20408).

Относительно российского показателя первичной заболеваемости психическими расстройствами от 2020 года (262,0) увеличение краевого показателя за 2021 год (296,0) составило 13%. В общем контингенте с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства (3118) на долю лиц с диагнозами психозов и состояний слабоумия в Забайкалье в отчетном году приходилось 18,7% (2020 – 19,5%; 2019 – 16,1%; РФ – 20,1%). Удельный вес больных с диагнозом умственной отсталости составил 10% (2020 – 9,1%; 2019 – 9,7%; РФ – 6,4%), а доля больных с диагнозом психического расстройства непсихотического характера составила 71,3% (2020 – 71,4%; 2019 – 74,2%; РФ – 73,5%). За отчетный год структурный показатель самой крупной диагностической группы (непсихотические психические расстройства) уменьшился на 0,1% (с 71,4% до 71,3%), удельный вес группы психозов и состояний слабоумия уменьшился на 0,8% (с 19,5% до 18,7%), а доля пациентов с умственной отсталостью, напротив, увеличилась на 0,9% (с 9,1% до 10%).

Под диспансерное наблюдение из числа обратившихся с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства было взято 184 чел. или 17,5 чел. на 100 тыс. населения (2020 – 158 чел. или 14,9 чел. на 100 тыс. населения).

Консультативно-лечебную помощь из числа вновь выявленных больных в отчетном году получили 2934 чел. или 278,5 на 100 тыс. населения (2020 – 2490 чел. или 235,0 чел. на 100 тыс. населения). Соотношение групп диспансерного наблюдения и консультативно-лечебной помощи при первичной регистрации в отчетном году соответствовало 5,9% и 94,1% (2020 – 6% и 94%). Доля больных шизофренией, которым при первом обращении было назначено диспансерное наблюдение, составила 61,9% (2020 – 67,6%).

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.

Наиболее высокие показатели первичной заболеваемости психическими расстройствами в отчетном году зарегистрированы в Акшинском (411,9), Улетовском (354,9), Александро-Заводском (332,9) районах и в г. Чите (417,0).

Наиболее низкие показатели первичной заболеваемости зарегистрированы в Газимуро-Заводском (179,5), Забайкальском (143,1), Каларском (145,0), Могочинском (132,3), Нерчинско-Заводском (170,5), Оловянинском (183,9), Агинском (149,8), Краснокаменском (144,5) районах.

В Забайкальском крае показатель инвалидности в целом вследствие психических расстройств (число инвалидов в расчете на 100 тыс. населения) относительно 2020 года уменьшился на 1%, составил 921,8 чел. на 100 тыс. населения (2020 – 931,3), превысив российский контингент инвалидов на 29,3% (712,9), дальневосточный – на 21,8%. В структуре контингента инвалидов по нозологическим формам в крае 28,6% (2020 – 27,9%) составили больные шизофренией, 38,6% (2020 – 41,4%) – больные умственной отсталостью. Больные с III группой инвалидности составили 21% (2020 – 20,1%), доля детей-инвалидов в возрасте от 0-17 лет включительно сохранилась на уровне прошлого года, составив 11,9%.

В расчете на 100 диспансерных больных число инвалидов составило 83 (2019 – 82,5; 2020 – 83,7), сокращение относительно 2020 года на 0,8%. В РФ данный показатель был равен 68,8. Удельный вес пациентов, утративших трудоспособность по психическому заболеванию, в общем числе пациентов с психическими расстройствами в 2021 году сократился, составив 29,5% (2020 – 31,2%; РФ – 29,3%).

Число первично признанных инвалидами в Забайкальском крае в 2021 году в расчете на 100 тыс. населения сохранилось на уровне 2019 года, составив 32,1, относительно же 2020 года увеличение составило 1,6% (2020 – 31,6). Относительно российского показателя (24,5) превышение краевого (32,1) составило 31%.

За последний год число пациентов в возрасте до 17 лет включительно, имеющих группу инвалидности по психическому заболеванию, уменьшилось с 439,7 на 100 тыс. населения до 434,9 (на 1,1%). Данный показатель ниже такового по ДФО (608,7) на 28,6%, по РФ (547,6) – на 20,6%. Число па-

циентов в возрасте до 17 лет включительно с впервые установленной группой инвалидности по психическому заболеванию в 2021 году увеличилось с 53,5 на 100 тыс. населения до 55,0 (на 2,8%), в ДФО в 2020 году первичный выход на инвалидность среди несовершеннолетних составил 57,0, в РФ – 53,6.

Таким образом, анализируя показатели психического здоровья населения Забайкальского края в период пандемии, мы видим вновь нарастающие показатели первичной выявляемости психических и поведенческих расстройств, а также сохраняющиеся высокие показатели болезненности и высокий уровень инвалидизации, что демонстрируют 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.

Султонова К.Б., Шарипова Ф.К.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан*

Изменения эмоциональной сферы у детей и подростков на фоне сахарного диабета первого типа являются ключевым вопросом психоэндокринологии. В последние десятилетия актуальными становятся вопросы комплексного подхода к лечению и организации психосоциальной реабилитации, социальной адаптации и коррекции тревожно-фобической и депрессивной симптоматики у детей и подростков с сахарным диабетом первого типа. Анализ литературных источников обнаружил недостаточную изученность влияния сахарного диабета первого типа на психоэмоциональное состояние подростков школьного возраста, чем и обусловлено данное исследование (Babarakhimova S.B., Sharipova F.K., 2017).

Цель исследования: изучение влияния сахарного диабета первого типа на формирование аффективных нарушений и эффективность арт-терапии для редукции эмоциональных нарушений у подростков с сахарным диабетом I типа.

Материалы и методы. В Республиканском специализированном научно-практическом центре эндокринологии была набрана группа из 110 подростков в возрасте 10-18 лет с верифицированным диагнозом СД I

типа, находившихся на амбулаторном лечении, получавших комплексную терапию в виде фармакотерапии и психотерапии в течение 3-х месяцев наблюдения. Для выявления эмоциональных изменений использовался экспериментально-психологический метод исследования – восьмицветовой тест Люшера. Уровень тревожности определялся с помощью методики Г.В. Резяпкиной. Использовался метод определения копинг-стратегий для детей школьного возраста, разработанной И.М. Никольской и Р.М. Грановской. Для редукации психоэмоциональных изменений у подростков проводились групповые и индивидуальные занятия методом арт-терапии медицинскими психологами и психотерапевтами в течение 3-х месяцев по специально разработанной реабилитационной программе.

Результаты. На инициальном этапе исследования клинико-психопатологическим методом путём расспроса, наблюдения за пациентами и сбором анамнестических сведений со слов родителей и близких были установлены клинические варианты нарушений аффективной сферы у подростков, среди которых депрессивные расстройства определялись у 96,6% подростков, тревожные расстройства – у 86,1% подростков, дисфорические – у 28,6%, фобические – у 54,7% обследованных.

На следующем этапе исследования с помощью восьмицветового теста Люшера были исследованы изменения в психоэмоциональной сфере обследуемых пациентов, которые определили, что у 96,6% обследованных подростков регистрируются признаки депрессивного расстройства невротического регистра легкой или умеренной степени клинических проявлений. У подростков на фоне гипергликемии развивались дисфорические состояния, достаточно длительные периоды пониженного настроения с внутренней напряженностью, отмечались суточные колебания настроения, снижение мотивационной деятельности, ухудшение внутрисемейных взаимоотношений. На фоне депрессивных расстройств у подростков значительно снижалась школьная успеваемость (58%), возникало отсутствие желания продолжать учебу (25%), появились конфликты со сверстниками и поведенческие нарушения (60%), суицидальные мысли и тенденции (15%).

В обследованной группе в ходе тестирования с помощью теста Г.В. Резяпкиной, выявлено наличие тревожных расстройств, различной степени выраженности у подростков, среди них было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (67,8%), у 20,7% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 11,5% подростков – констатировалась выраженная тревога. Тревога усиливалась в основном во второй половине дня и была связана с переживаниями по поводу со-

матического заболевания. Тревожность сопровождалась формированием депрессивных расстройств легкой и умеренной степени, что позволяет сформулировать понятие о коморбидности аффективных нарушений и сахарного диабета первого типа.

Структура аффективных расстройств менялась в зависимости от этапа и тяжести течения сахарного диабета. На этапе высокого уровня гипергликемии у 26 подростков (86%) были выражены тревожно-фобические нарушения, аффективные колебания, эмоциональная лабильность с раздражительностью. В 75% случаев симптомы депрессивного регистра были первыми клиническими проявлениями обострения заболевания. У подростков выявлены достаточно длительные периоды астенических состояний с внутренней напряженностью (23%), вспышки агрессии (27%), навязчивые страхи (16%). Дистимия регистрировалась в 98% случаев. В результате изменений эмоционального состояния у подростков значительно снижалась самооценка (77%), нарушалась стрессоустойчивость к внешним факторам (65%), формировались тенденция к изоляции (70%), суицидальные намерения (15%).

Механизмы психологической защиты и стили дезадаптивного поведения определяли с помощью копинг-стратегий для детей школьного возраста, разработанной И.М. Никольской и Р.М. Грановской, которые выявили, что для пациентов с данной психосоматической патологией характерны агрессивные и конфронтационные поведенческие реакции.

Основными целями психокоррекции являлись проведение арт-терапии и улучшение социальной адаптации подростков (формирование мотивации к социальной активности). На инициальном этапе реабилитационной программы наши специалисты старались проводить занятия по арт-терапии. Была предложена новая форма деятельности в рамках прикладного искусства: оригами, лепка из белой глины, бисероплетение, аппликации стразами, декупаж, изготовление украшений, роспись по стеклу, дереву, плетение макраме, вышивание на пальцах цветными нитями мулине.

Практически у всех подростков (98,8%) отмечалась положительная динамика – они быстрее и эффективнее начинали справляться с заданиями, направленными на раскрытие творческого потенциала, фантазии, воображения, возможности проявить самовыражение, свой внутренний мир посредством искусства. В то же время мы обратили внимание, что в ходе проведения тренингов происходит не только улучшение внутрисемейных взаимоотношений, но и оживление эмоционального комплекса, появление интереса к окружающим, желание продолжать занятия, улучшение социального функционирования, редукция тревожно-фобических проявлений.

Подростки проявляли большой интерес к творческому самовыражению, предлагали собственные варианты арт-терапии. По сведениям родителей, подростки стали более активны в быту и с особой эмоциональностью рассказывали о занятиях и демонстрировали результаты творческого труда.

Заключение. Таким образом, проведённое исследование определило, что при сахарном диабете I типа у подростков формируются аффективные нарушения в виде тревожно-депрессивных расстройств. Проведённая арт-терапия приводила к значительным улучшениям в психоэмоциональной сфере и усиливала возможность подростков адаптироваться к быстро изменяющимся условиям социума.

Уваров И.А., Ходырева Т.С., Бурт А.А., Богданова М.А.
**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
КОМПЕТЕНЦИЙ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА
ПОСРЕДСТВОМ АНАЛИЗА ХУДОЖЕСТВЕННЫХ ФИЛЬМОВ**

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия

Удмуртский государственный университет, Ижевск, Россия

Научно-исследовательский институт ФСИН России, Ижевск, Россия

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (ПАВ) довольно часто встречаются в работе врача любой специальности. Важность этой проблемы не вызывает сомнений, однако, на изучение наркологии в рамках медицинского вуза выделяется чрезвычайно мало времени. Как следствие, мы имеем низкую грамотность врачей, распространённость среди них мифов и заблуждений, которые существенно затрудняют диагностику и профилактику наркологической патологии, снижают эффективность помощи наркологическим больным (Голенков А.В., 2013).

Определённым подспорьем, углубляющим осмысление проблемы наркологических заболеваний и расширяющим кругозор практических навыков в решении этой проблемы, могут служить художественные кинофильмы. Как правило, в них ярко демонстрируется клиническая картина зависимости от ПАВ, пациенты представлены в естественных для них условиях и не возникает проблем с конфиденциальностью. Художественные кинофильмы как нельзя лучше помогают реализации принципа активности, сознательности и самостоятельности, хорошо отработанного в медицинской педагогике (Голенков А.В., Бигдагирова Д.Р., 2012).

За рубежом накоплен определенный положительный опыт по использованию коммерческих фильмов в обучении студентов медицинского вуза психиатрии-наркологии. Существуют авторские списки фильмов, рекомендуемых к просмотру при изучении той или иной патологии, перечень вопросов для приобретения знаний, навыков и установок. Подчеркивается возможность использования фрагментов фильмов для проверки уровня знаний студентов.

На стандартных учебных занятиях обычно большинство студентов заняты пассивной деятельностью, заключающейся в копировании информации, предоставленной педагогом. Но для каждого преподавателя первостепенным и определяющим является не количество зафиксированной студентом информации, а количество оставшейся в памяти осмысленной информации. Студента необходимо заинтересовать представленной информацией, чтобы ему был интересен и процесс обучения, и его содержание. Известно, что информация, воспринятая зрительно, более осмысленна и лучше сохраняется в памяти. Именно поэтому считается возможным и целесообразным использование художественных кинофильмов, которые способствуют либо закреплению полученных знаний, либо систематизации изученного, либо просто остаются надолго в памяти студента благодаря ярким и запоминающимся моментам. Художественные кинофильмы могут быть приспособлены и адаптированы ко всем известным в педагогике формам, методам и средствам обучения (Уваров И.А., Ходырева Т.С., Бурт А.А., 2021).

При этом не следует забывать, что чрезмерное увлечение на занятиях художественными кинофильмами может снизить интерес к другим, не менее важным формам учебной деятельности. Тем не менее, даже самые высокохудожественные, содержательные и полностью реалистичные фрагменты из кинофильмов не могут заменить непосредственную работу студента с больным, беседу, наблюдение и его обследование. Следует также учитывать возможность непроизвольного сопутствующего научения наркотизации, что не соответствует намерениям педагога.

Цель исследования: оценить эффективность использования художественных фильмов в процессе формирования профессиональных компетенций у студентов медицинского вуза на семинарских занятиях по дисциплине «Психиатрия-наркология».

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России. В эксперименте приняли участие 53 студента 5 курса лечебного факультета (27 студентов в контрольной и 26 студентов в экспе-

риментальной групп). С точки зрения диагностики профессиональных компетенций, формируемых в ходе занятий по дисциплине «Психиатрия-наркология», студенты контрольной и экспериментальной групп находились в одинаковых условиях, так как им предлагались идентичные по содержанию и сложности тесты и задачи-ситуации.

При оценке сформированности профессиональных компетенций (ПК) использовалась уровневая система: высокий уровень сформированности ПК (оценка «отлично») – 90% и более; средний уровень сформированности ПК (оценка «хорошо») – от 80% до 89%; низкий уровень сформированности ПК (оценка «удовлетворительно») – от 70% до 79%; ПК не сформированы (оценка «неудовлетворительно») – менее 70% правильных ответов при выполнении теста или решения задач-ситуаций.

На контрольном этапе после окончания обучения в контрольной и экспериментальной группах осуществлялось проведение измерительных процедур по сформированности профессиональных компетенций на основе тестирования и решения учебных задач, разработанных для измерения учебных достижений обучающихся по дисциплине и представленных в Приложении к Рабочей программе дисциплины – в Фонде оценочных средств, целью которого является установление уровня сформированности компетенций (проверка знаний, умений и навыков обучающегося согласно матрице компетенций) у обучающихся специалитета 31.05.02 – Лечебное дело, изучивших дисциплину «Психиатрия и медицинская психология» в соответствии с образовательным результатом.

Результаты исследования. В ходе изучения результатов проведенной работы в экспериментальной группе студентов (в сравнительном аспекте с результатами в контрольной группе) по сформированности теоретических знаний в структуре профессиональных компетенций нами было установлено, что в экспериментальной группе наблюдается более активный рост (в процентном соотношении) количества студентов, успешно выполнивших тесты (70% и 9% соответственно). Это свидетельствует о том, что использование художественных фильмов в качестве дидактического средства на семинарских занятиях по наркологии способствует всесторонней теоретической подготовке, так как работа над фильмом сопровождается включением студентов в активную самостоятельную деятельность по анализу художественного фильма через проблематизацию содержания, учебный диалог, алгоритмизацию деятельности преподавателя и обучающегося.

Также было установлено, что в экспериментальной группе наблюдается более активный рост (в процентном соотношении) количества

студентов, успешно выполнивших практические задания – решение задач-ситуаций, которые основаны на наличии у студентов способности собирать информацию о больном, анализировать ее, проводить медицинскую диагностику, планировать лечебно-профилактические мероприятия, то есть на достаточном уровне сформировано клиническое мышление (43% и 22% соответственно).

Таким образом, в соответствии с задачами исследования рассмотрено понятие «художественные кинофильмы» в применении к процессу обучения и выявлено, что это экранно-звуковые аудиовизуальные технические средства обучения, которые широко используются в профессиональной подготовке студентов в высшем образовании, наряду с другими медиасредствами, так как имеют значительный методический потенциал. Использование художественных фильмов в образовательной практике является эффективным дидактическим средством, так как они оказывают глубокое воздействие на сознание, мышление, восприятие и эмоциональную сферу обучающихся. При грамотном отборе содержания художественных фильмов и методического обеспечения их использование способствует формированию и развитию профессиональных компетенций у обучающихся и создает благоприятные условия для повышения качества образовательного процесса в целом.

Использование художественных фильмов на занятии позволяет погрузить участников обучения в реальную проблемную ситуацию, являющуюся типичной для их будущей профессиональной деятельности, повысить эффективность усвоения учебного материала за счет применения активных методов обучения и визуализации проблемной ситуации, что позиционирует работу над художественным фильмом как инструмент формирования профессиональных компетенций.

Заключение. Экспериментальная работа показала, что разработанные критерии отбора содержания художественных фильмов и условия их использования в процессе формирования профессиональных компетенций у студентов медицинского вуза на семинарских занятиях по наркологии достаточно эффективны, так как значительно повышают уровень сформированности профессиональных компетенций, то есть способствуют всесторонней теоретической подготовке и формированию клинического мышления у студентов-медиков.

Яценко Д.А., Колесников Д.А., Иванова М.В.,

Чистякова Ю.С., Кондуров О.В.

**РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА
В РАЗВИТИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ
С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

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

Алкогольная зависимость способна оказывать неблагоприятное влияние на все сферы психики, включая когнитивные функции. Главным образом, это обусловлено токсическим действием алкоголя на головной мозг при длительном его употреблении. Состояние церебрального повреждения вследствие приема алкоголя в отечественной психиатрии получило название «алкогольная энцефалопатия», которое укладывается в последствия хронической интоксикации психоактивным веществом. Неврологические расстройства также способны оказывать негативное влияние на состояние когнитивной сферы вплоть до развития деменции. Одним из таких расстройств является хроническая ишемия головного мозга, которая очень схожа с дисциркуляторной энцефалопатией и, по мнению ряда авторов, данные понятия являются синонимами. Определенный интерес вызывает оценка когнитивной сферы у пациентов с алкогольной зависимостью и хронической ишемией головного мозга для установления ее влияния на развитие нейрокогнитивного дефицита.

Цель исследования: определение влияния хронической ишемии головного мозга на развитие когнитивных нарушений у пациентов с алкогольной зависимостью.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 30 пациентов, находящихся на стационарном лечении в отделении №4 ГУ ЛНР «Луганский республиканский наркологический диспансер». Все участники исследования были мужчинами, средний возраст составил $42,5 \pm 4,6$ лет. Для установления хронической ишемии головного мозга привлекались сторонние специалисты из области неврологии. Было выделено две исследуемые группы: 1-я – пациенты с алкоголизмом без хронической ишемии головного мозга ($n=18$), 2-я – пациенты с алкоголизмом и хронической ишемией головного мозга ($n=12$). В работе использовались клинико-психологический, катамнестический, психометрический и статистический методы. Среди психометрических методик использовали Монреальскую когнитивную шкалу (MoCa), краткую шкалу оценки психического статус-

са (MMSE), а также батарею лобной дисфункции (FAB). Статистическая обработка проведена в программе Statistica 12.5 с применением критерия Манна-Уитни и коэффициента корреляции Спирмена ($p \leq 0,05$).

Результаты. При сравнении результатов было выявлено, что пациенты с хронической ишемией головного мозга имели более худшие результаты по всем тестам на оценку когнитивных функций: на 1,8 балла меньше по шкале MMSE ($p < 0,05$), на 2,0 балла по MoCa ($p < 0,05$) и на 3,0 балла по FAB ($p < 0,05$). Наибольшие различия имелись по баллу FAB, что может объясняться частым поражением лобно-подкорковых структур при заболеваниях головного мозга сосудистого генеза. Корреляционный анализ показал, что балл MMSE имеет высокую прямую корреляцию с баллом MoCa ($r = 0,811$, $p < 0,05$) и FAB ($r = 0,793$, $p < 0,05$), между собой показатели этих двух тестов так же имели высокую прямую взаимосвязь ($r = 0,785$, $p < 0,05$).

Заключение. Хроническая ишемия головного мозга способна оказывать значительное негативное влияние в развитии когнитивных нарушений у пациентов с алкогольной зависимостью, однако ввиду отсутствия группы контроля (условно здоровых лиц) данное направление исследований требует дальнейшего изучения.

НАУЧНОЕ ИЗДАНИЕ

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

Материалы
всероссийской научно-практической конференции,
посвященной 65-летию
кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Читинской государственной медицинской академии

(Чита, 2-3 июня 2022 года)

Под научной редакцией
А.В. Сахарова

Подписано в печать 13.05.2022. Бумага офсетная. Гарнитура Times New Roman
Формат 60x84 1/16. Авт. л. 10,7 Тираж 35 Заказ № 45/2022.

Отпечатано в редакционно-издательском центре ЧГМА
672000, Чита, ул. Горького, 39-а.