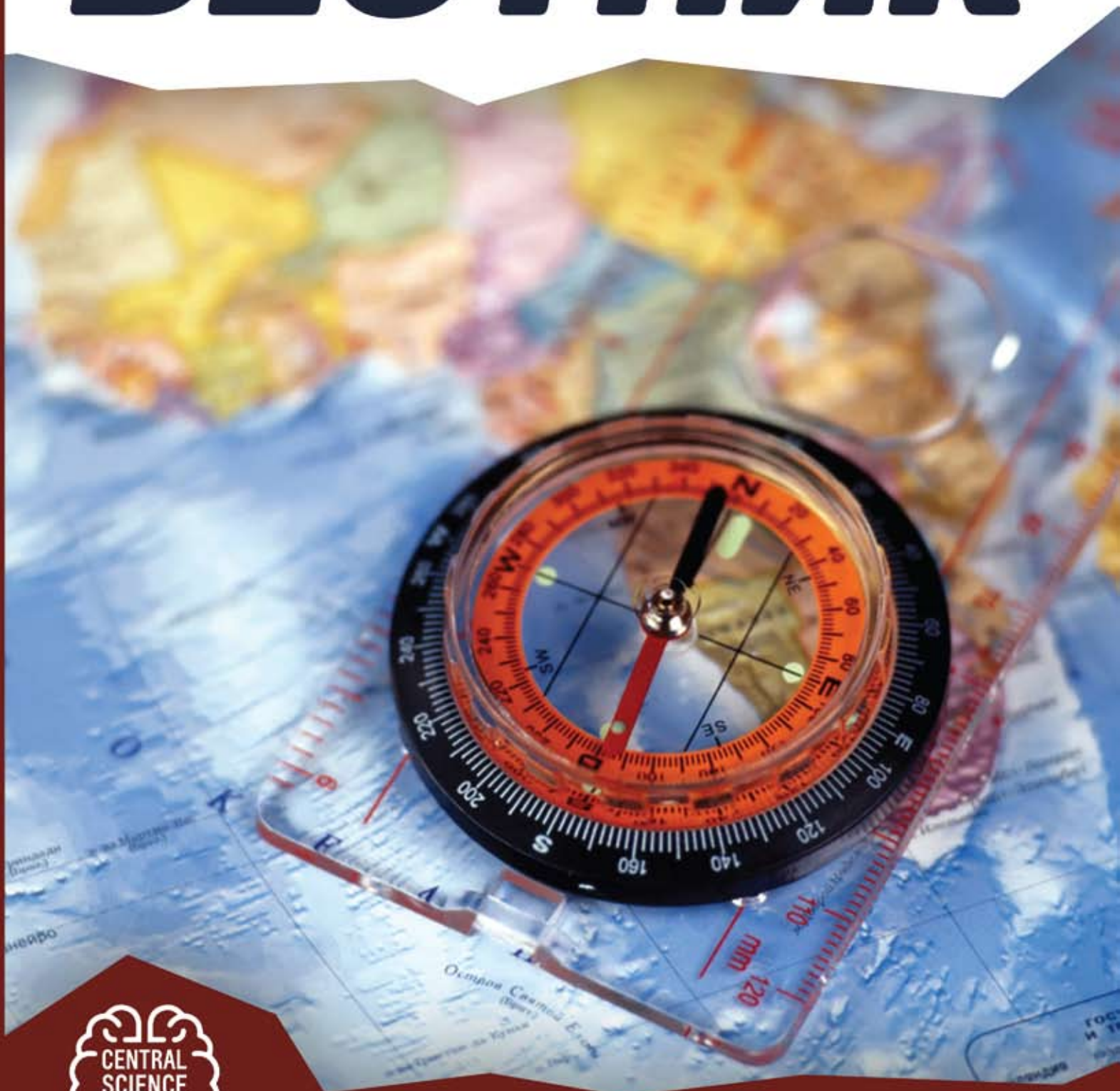
БИОЛОГИЯ | ИСТОРИЯ | МЕДИЦИНА | ПСИХОЛОГИЯ
НАУКИ О ЗЕМЛЕ | ФИЛОСОФИЯ | ЮРИСПРУДЕНЦИЯ

10.12.2016

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ ВЕСТНИК



CENTRAL SCIENCE BULLETIN

ТОМ 1 // НОМЕР 16

ЖУРНАЛ «ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ ВЕСТНИК»

Том 1 // Номер 16 // 10 декабря 2016 г.

ISSN: 2499-9989

Редакционная коллегия
Главный редактор:
Филиппов Вадим Леонидович,
проф., д.м.н., Санкт-Петербург
Зам. главного редактора:
Воробьева Ольга Владимировна,
проф., д.м.н., Москва

Состав редколлегии:
Бойко Е. О., проф., д.м.н., Краснодар
Игумнов С. А., проф., д.м.н., Республика Беларусь
Меззич Х. Е., prof., M.D., США
Туркан Я., JUDr, Словацкая Республика
Куташов В. А., проф., д.м.н. , Воронеж
Солдаткин В. А., проф., д.м.н., Ростов-на-Дону
Хансон Й., M.D., Ph.D., Швеция
Преображенский А.П., проф., д.т.н., Воронеж
Дроздовский Ю. В., проф., д.м.н., Омск
Аммон М., prof., Dr. phil., Dr.H.C., Федеративная Республика Германия
Ретюнский К. Ю., проф., д.м.н., Екатеринбург
Колесникова О.А., проф., д.э.н., Воронеж
Сакисян С. Г., prof., M.D., Ph.D., Республика Армения
Хатуаева В. В., проф., д.ю.н.
Разинкин К. А., проф., д.т.н., Воронеж
Доктор Р., prof., M.D., Великобритания
Белоцерковский Г., M.D., Эстонская Республика
Воронов А.А., проф., д.ю.н., Воронеж,
Якупов Э. З., проф., д.м.н., Казань
Андреас Г., prof., M.D., Федеративная Республика Германия
Воронцова З. А., проф., д.б.н., Воронеж
Александрович Дж., prof., dr.hab.med., Республика Польша
Сиволап Ю. П., проф., д.м.н., Москва
Трофимова Н. Б., проф., д.п.н., Воронеж
Тьяно С., prof., Государство Израиль
Чопоров О.Н., проф., д.т.н., Воронеж

Контактная информация
WWW.CScB.su
Адрес для корреспонденции:
141241, г. Пушкино, Московской области, ул. Рабочая д.20, к.49
Телефон: **+7 (473) 258-09-78**
E-mail: **CScB@list.ru**
Учредитель и издатель журнала:
ООО «Издательство РИТМ»
г. Пушкино
Тираж 300 шт.
Подписано в печать 10.12.2016
Формат 60x84 1/8
Бумага офсетная

СОДЕРЖАНИЕ

Биология
Макарова Е.Л. 3
ИММОБИЛИЗАЦИЯ ЭНЗИМОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОЛЛАГЕНА РЫБ В КАЧЕСТВЕ НОСИТЕЛЯ

История
Шубин Л.Л., Перминова М.Л., Хабибрахманова А.Н. 4
ИСТОРИЯ ЭВАКОГОСПИТАЛЯ №3888 В ГОРОДЕ МОЖГА В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Медицина
Анисимова Н.А., Куташов В.А. 6
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ НАРКОЛОГИИ
Байтубаев Д.Г., Байтубаева М.Д. 8
БИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПОВЫШЕНИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ И ФИЗИОЛОГИЯ ПРОГРЕДИЕНТНОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ ЗАВИСИМОСТИ ОРГАНИЗМА ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ
Бородина Н.В., Куташов В.А., Хабарова Т.Ю. 12
ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ТРЕВОГИ НА БЛАГОПОЛУЧНОЕ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ
Буданова М.В., Гладских Н.А., Ледовских А.О. и Нефедова И.С. 14
СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ В НУТРИЕНТАХ РАЦИОНА ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ИХ ОБУЧЕНИЯ РАБОЧЕЙ ПРОФЕССИИ
Жиглов С. Н., Куташов В.А., Шульга А.С. 16
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА
Зотова С.И., Куташов В.А., Шульга А.С. 18
СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ И КРИМИНОГЕННОСТЬ ПРИ НАРКОМАНИИ
Зотова С.И., Куташов В.А., Ульянова О.В. 19
ФИЗИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ВЛЕЧЕНИЯ К ПСИХОАКТИВНЫМ ВЕЩЕСТВАМ
Когтева Е.С. 21
ДИАГНОСТИКА НАРКОТИЧЕСКОГО ОПЬЯНЕНИЯ
Когтева Е.С. 24
СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ТАБАКОКУРЕНИЯ
Красников А.Н.,Куташов В.А., Ульянова О.В. 27
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОСТИМУЛЯТОРАМИ
Пятаева И.В., Куташов В.А., Хабарова Т.Ю. 30
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭНДОГЕННЫХ И ИНТОКСИКАЦИОННЫХ (СОЛЕВЫХ) ПСИХОЗОВ
Ржевская Н.К., Куташов В.А. 32
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛИЗМА
Самарина В.А. 34
КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ХРОНИЧЕСКОЙ ИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ У ДЕТЕЙ
ШевченкоА.А., Куташов В.А., Шульга А.С. 35
КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ

Науки о земле
Богатырёва М.А. 37
ПРОЯВЛЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КЛИМАТА НА ТЕРРИТОРИИ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Психология
Новиков Р.И., Куташов В.А. 39
ВОСПРИЯТИЕ ОБРАЗА ТЕЛА ПРИ БУЛИМИИ

Философия
Недорезков К.В., Мысякин А.А., Ханов А.А ., Крыловский А.Ю. 42
УЧЕНИЕ МЕЗОАМЕРИКАНСКИХ ИНДЕЙЦЕВ В ПРОИЗВЕДЕНИЯХ КАРЛОСА КАСТАНЕДЫ

Материалы публикуются в авторской редакции. За содержание и достоверность статей ответственность несут авторы. При использовании и заимствовании материалов ссылка на издание обязательна.

Пушкино • 2016

Юриспруденция

Бабкин Л.М., Булатецкий С.В. **44**
О НЕКОТОРЫХ ВОПРОСАХ ПРАВОВОГО ПОЛОЖЕНИЯ ЛИЦ, К КОТОРЫМ МОГУТ БЫТЬ ПРИМЕНЕНЫ МЕРЫ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА
Булатецкий С.В., Бабкин Л.М. **47**
СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В УГОЛОВНОМ ПРОЦЕССЕ
Попова М.А. **49**
ИСТОРИЯ СУДА ПРИСЯЖНЫХ
Рощупкина Е.В. **51**
СУДЬЯ (СУД) КАК СУБЪЕКТ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ В СТАДИИ ВОЗБУЖДЕНИЯ УГОЛОВНОГО ДЕЛА
Тогушова И.С. **54**
ОСОБЕННОСТИ ПРОИЗВОДСТВА ДОЗНАНИЯ В СОКРАЩЕННОЙ ФОРМЕ

ИММОБИЛИЗАЦИЯ ЭНЗИМОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОЛЛАГЕНА РЫБ В КАЧЕСТВЕ НОСИТЕЛЯ

Макарова Е.Л.
Ассистент, кандидат биологических наук
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Воронеж

Иммобилизация энзимов позволяет получить более стабильные ферментные препараты. Наиболее перспективным носителем для иммобилизованных ферментов является коллаген рыб. В медицине и фармации коллаген рыб используется как основа лекарственных препаратов пролонгированного действия.

Адорбционная иммобилизация переводит ферменты из разряда гомогенных растворимых катализаторов в разряд гетерогенных, что позволяет повысить стабильность биокатализатора по отношению к денатурирующим факторам среды. Полученные ферментные препараты обладают рядом технологических преимуществ. Наиболее перспективным носителем для иммобилизованных ферментов является коллаген рыб. В медицине и фармации коллаген рыб используется как основа лекарственных препаратов пролонгированного действия. Главными положительными качествами коллагена рыб в отличие от синтетических полимеров следует считать его способность перевариваться ферментами организма и рассасываться, постепенно замещаясь его собственными тканями [1, С. 50-51].

Поэтому нами была проведена сорбционная иммобилизация глюкоамилазы (α-1,4-глюкан-глюкогидролаза КФ 3.2.1.3) на коллагене, выделенном из дермы шкуры прудовых рыб [2, С. 518-519].

Объектом исследования служил коммерческий препарат глюкоамилазы из Aspergillus awamori. Сорбционную иммобилизацию фермента проводили на коллагене, выделенном из дермы прудовых рыб на кафедре технологии продуктов животного происхождения Воронежского государственного университета инженерных технологий.

Адсорбционно иммобилизованная глюкоамилаза сохраняет 51% каталитической активности свободного энзима. В связи с тем, что основными параметрами, влияющими на каталитическую активность свободного и иммобилизованного ферментов, являются температура, концентрация ионов водорода, мы изучили зависимость скорости реакции гидролиза субстрата от данных параметров.

Установлено, что для глюкоамилазы, адсорбционно иммобилизованной на коллагене, температурный оптимум смещается в сторону более высоких значений с максимальной активностью при 55 оС, что на 5 оС выше, чем для нативного фермента. Оптимум pH-активности для свободного фермента составляет 4,7 единиц. При адсорбционной иммобилизации на коллагене имеет место расширение значений pH (4,5-5,0), при которых гетерогенный ферментный препарат проявляет максимальную каталитическую активность.

Литература:

1. Перспектива создания препаратов с асептическими свойствами на основе гидролизованных форм коллагена / Антипова Л.В., Сторублевцев С.А., Гребенщиков А.В., Макарова Е.Л., Лакиза В.В. // Международный журнал экспериментального образования. – 2011. –№11. – С. 50–51.

2. Коллаген рыб как носитель для иммобилизованных ферментов / Макарова Е.Л., Ковалева Т.А., Хаустова Г. А. // Материалы Международной конференции. Биология XXI века. – 2012. – С. 518 –519.

ИСТОРИЯ ЭВАКОГОСПИТАЛЯ №3888 В ГОРОДЕ МОЖГА В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Л.Л.Шубин
Кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, ФГБОУ ВО "Ижевская государственная медицинская академия" МЗРФ.
М.Л.Перминова, А.Н.Хабибрахманова
студенки 4 курса ФГБОУ ВО "Ижевская государственная медицинская академия" МЗРФ, Россия, г. Ижевск

Аннотация. Одна из трагических страниц в истории Великой Отечественной войны 1941 -1945гг. связана с судьбами военнопленных. Данная статья посвящена изучению условий быта людей в военном госпитале города Можга №3888 во время Великой Отечественной войны (ВОВ). В статье раскрываются особенности взаимоотношений раненых солдат, в первую очередь, - военнопленных немцев, и ухаживающих за ними медперсонала. На основе документов, взятых в Центральном государственном архиве Удмуртской Республики, монографий, энциклопедий, а так же цитат современников тех времен, описываются тяжелые условия "выживания", как раненых, так и врачей.

Ключевые слова: эвакогоспиталь; условия; город Можга; военнопленные; Великая Отечественная война.

Актуальность: данная статья имеет огромное значение для всех поколений людей, живущих в послевоенное время; определяется это тем, что статья раскрывает многие аспекты жизни в суровых условиях войны: в ней показано сострадание, милосердие, человеколюбие со стороны медперсонала эвакогоспиталей советских войск по отношению к солдатам гитлеровской коалиции. Их взаимоотношения показывают, что никогда нельзя забывать, что все люди требуют к себе человеческого отношения, и не важно, враг он или союзник.

Можгинский эвакогоспиталь №3888 возник 28 октября 1941 года [5, с. 275]. В то время он назывался "Можгинским госпиталем", где оказывалась помощь раненным солдатам и офицерам Красной армии. Согласно докладу о работе госпиталей на 1942 г. "Большинство госпиталей расположено в школьных помещениях в городах Удмуртской Республики, имеющих центральное отопление и водоснабжение, что же касается районных условий - здесь нет канализации, водопроводов, нет отопления, и в большинстве случаев, в связи с небольшой емкостью помещений они расположены в трех, четырех или более корпусов, некоторое из них на значительном расстоянии друг от друга". Одним из таких и являлся Можгинский госпиталь. Он был развернут на базе школ №2, 4, 5 и был рассчитан на 500 коек [8, с. 66]. Как и во всех госпиталях республики, в Можге была недоукомплектованность врачебными кадрами. Например, штат врачей хирургов состоял только из переведенных из других госпиталей, в частности из передислоцированных, причем ведущих специалистов не было. Остро стояла проблема отсутствия электроэнергии, что значительно снижало качество лечения. Например, физиоаппаратура не использовалась вообще, хотя имелась в необходимом количестве [8, с. 75].

К 1943 году встал вопрос о необходимости создания спецгоспиталей (госпиталь для военнопленных). Этому послужило несколько причин: 1) «недостаточная сеть лагерей» для военнопленных, 2) неудовлетворительные условия их содержания, и, самое главное, 3) после Сталинградской битвы и Воронежско-Касторненской операции - одни из ключевых сражений в войне, в которых победил СССР - резко увеличилось количество военнопленных, нуждавшихся в срочном, стационарном лечении [7].

В связи с возникшей необходимостью, Главное управление народного комиссариата внутренних дел по делам военнопленных и интернированных СССР (ГУПВИ НКВД СССР) приняло решение о создании спецгоспиталей, в том числе и в городе Можга. И в марте 1943 года госпиталь был переквалифицирован в "Можгинский эвакогоспиталь". Он также занимал 3 корпуса: в здании школы №5 и развертывался на 650 мест, второй - в здании школы №4, так же развертывался на 650 мест. Третий корпус располагался в здании акушерской школы и развертывался на 200 мест. Таким образом, эвакогоспиталь был развернут на 1500 коек [1].

Среди пленных были представители самых различных национальностей. В первую очередь, - это немцы, но также там находились венгры, румыны, испанцы, итальянцы. Следует отметить, что организация медицинского обслуживания военнопленных строилась в соответствии с постановлением СНК СССР 1798-800с от 1 июля 1941 года. В этом документе прописаны основные принципы обслуживания пленных армий противника на территории СССР, например: указывается, что военнопленные в медико-санитарном отношении должны обслуживаться в одинаковых условиях с военнослужащими Красной армии [6, с. 58].

Сам госпиталь, согласно отчету за 1943 год, с самого начала войны не ремонтировался. Крыши нуждаются в основательном ремонте [2, с. 304]. Важно отметить, что санитарные условия внутри эвакогоспиталя подвергались изменениям, например, в акте обследования Можгинского эвакогоспиталя № 3888 говорится следующее: «...21 марта 1943г. Прибыл эшелон военнопленных без предварительного извещения и сигнализации о количестве больных и диагнозах болезни. Руководителями госпиталя был своевременно составлен план приема военнопленных, но этот план вовсе не учел специфичности предстоящего контингента, в частности, не предусмотрено требование вое¬низированной охраны, процесс транспортировки с поезда в госпиталь и процедура приема и сдачи военнопленных. Прибывшие больные до санобработки разместились в нижнем этаже 4 школы, заняв вестибюль, коридоры и все палаты одной половины нижнего этажа. Размещались на полу, на носилках и где попало.

Прибывший контингент оказался в крайне антисанитарном со-стоянии, грязный до того, что стричь волосы машинкой было невозможно, т. к. волосы были склеены грязью в сплошные комки. Завшивленность доходила до крайних пределов: вши покрывали тело прибывших, нижнюю и верхнюю одежду. После 6-кратной санобработки больных завшивленность не ликвидирована. Санобработка больных происходила в душевой установке пропускного типа с пропускной способностью 12 чел. в час. Стригли ножницами, вода подвозилась бочками. Обработанные больные при таком хаотическом приеме и скученности не могли не общаться с необработанными, да и санобработка фактически не доведена до конца. Одежда и вещи больных в мешки не складывались, а через окно выбрасывались на двор госпиталя. Военнопленные в момент погрузки и в пути следования находились в тяжелом состоянии; многие из следовавших умирали в пути. Также были смерти во время выгрузки эшелона и транспортировки больных в госпиталь. Всего с момента разгрузки эшелона до поступления в пала-

ты умерло 44 чел. Военнопленные были крайне истощены, обессилены, часть из них уже в момент разгрузки эшелона находилась в лихорадящем состоянии...”

В самом госпитале смертность тоже была высокой, главным образом за счет больных туберкулезом и дистрофией. Палаты были переполнены, больные размещались на двухъярусных нарах, сортировка по заболеваниям не производилась, в палатах было грязно, помещения не проветривались. Питание было однообразное, невкусное. Частыми были случаи, когда пленным в госпитале не давали до обеда чая и даже воды [4]. Персонал госпиталя работал в тяжелых условиях. 83 человека из персонала в процессе своей работы заразились и заболели сыпным тифом. И в то же время медперсонал работал сутками, не выходя из госпиталя. Медсестры и врачи очень сильно недоедали, в связи с чем падали в голодные обмороки. Что касается их взаимоотношений с солдатами - то можно отметить несколько ярких черт, присущих медсестрам и врачам - это чувство долга, гуманность медицинского работника, вежливость и главное - любовь к людям и своей работе. Это то, что очень ценили все военнопленные [2, с. 302].

Таковы были реалии первой половины войны — это были очень тяжелые времена для всей СССР.

С середины войны положение военнопленных значительно улучшилось. Хлеб они стали получать в зависимости от выработки. Ближе к концу войны жизнь пленных окончательно наладилась: у них были духовые оркестры, они занимались самодеятельностью, играли в футбол. Порой они получали какие-то деньги и могли потратить их на рынке [2, с. 308].

«Представьте Можгинский госпиталь военнопленных: мясо, сыр, благоухающие запахи на кухне, все медикаменты. Военнопленных кормили по высоким нормам: из трех блюд, а персонал голодал - ели картофельные отчистки, собирали кору с деревьев, мололи её, клали туда горстку муки и делали лепешки, часто ели траву», - вспоминала Зоя Андреевна Бобыкина, медсестра эвакогоспиталя.

«Разве можно победить этот народ, разве наша немецкая женщина сможет вынести такие трудности» [3] - сказал один из пленных немцев, и с этим сложно не согласиться, так как вопреки тяжелому морально-психологическому состоянию медперсонала, связанному, в первую очередь, с тем, что они лечили своих врагов, они трудились не покладая рук, не требуя ничего взамен и жертвуя всем, что было у них, лишь для того, чтобы помочь людям, а ведь это именно то, чего сейчас не хватает очень многим людям.

Библиографический список:

1. Акт обследования спецгоспиталя № 3888 (для военнопленных) в г. Можге // XJDMURT.RU: Официальный сайт Главы Удмуртской Республики и Правительства Удмуртской Республики 2001. 5 сентября.

2. Дерюшев А. Б., Зайцева И. Н., Кулигина З. Г. Можга: документы и материалы. 1835-2005. — Ижевск / Комитет по делам архивов при Правительстве УР, 2006. — 584 с.: ил.;

3. Деятельность госпиталя на базе школы SCHOLL4MOZHGA.UCOZ.RU: Виртуальный музей школы №4 города Можги 2012. 14 февраля.

4. Перевощиков Д. В. Военнопленные в Удмуртии. 1941-1949 гг. // Журн. «Вопросы истории», №2 2010. С. 132-137.;

5. Удмуртская Республика / под ред. Туганаева В. В. — Эн цикл. Ижевск: Издательство «Удмуртия», 2000. — 800 с.: ил.;

6. Фролов Д. Д. Советско-финский плен. 1939-1944. По обе стороны колючей проволоки. - Хельсинки, Финляндия RME Group Oy; СПб.: Алетейя “Историческая книга”, 2009. — 640 с.: ил..

7. Центральный государственный архив Удмуртской Республики (ЦГА УР), ф. 23, оп. 1, д. 3190, л. 95-97.

8. Центральный государственный архив Удмуртской Республики (ЦГА УР), ф. 568, оп. 3, д. 16, л. 66, 73-77.

Сведения об авторах:

Шубин Лев Леонидович - кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО “Ижевская государственная медицинская академия” МЗРФ

Перминова Мария Леонидовна – студентка 4 курса ФГБОУ ВО “Ижевская государственная медицинская академия” МЗРФ, e-mail: maria.perminowa2017@yandex.ru

Хабибрахманова Алина Назимовна - студентка 4 курса ФГБОУ ВО “Ижевская государственная медицинская академия” МЗРФ, e-mail: alina-xah@yandex.ru

THE HISTORY OF №3888 EVACUATION HOSPITAL IN THE CITY MOZHGA DURING THE GREAT PATRIOTIC WAR

L.L.Shubin. M.L.Perminova. A.N.Khabibrakhmanova

Summary: One of the tragical pages in the history of the Great Patriotic War (1941-1945) is connected with the fates of the prisoner of war. This article is dedicated to the analyzing of conditions of people’s everyday life in the war hospital №3888 of the town Mozhga during the Great Patriotic War. The features of relations between the wounded soldiers; in the first place, between the German prisoners of war and the medical staff who nursed the patients are described in the article. On the basis of the documents such as the monographs, the encyclopedias and the citations of contemporaries of those limes taken from the Central State Archives of Udmurt Republic, the hard conditions of surviving both of the wounded and the doctors are described there.

Keywords: base hospital; conditions; city Mozhga; prisoners of war; the Great Patriotic War.

References:.

1. Survey Act special hospital number 3888 (POW) in Mozhga // XJDMURT.RU: The official website of the Head of the Udmurt Republic and the Government of the Udmurt Republic, 2001. 5 September.

2. Deryushev AB, I. Zaitsev, Kuligina 3. Mozhga: documents and materials. 1835-2005. - Izhevsk / Archives for Government Affairs Committee of the UR, 2006. - 584 p.

3. The activities of the hospital-based school SCHOLL4MOZHGA.UCOZ.RU: Virtual school №4 city Mozhga Museum, 2012. February 14.

4. 4. Perevoshchikov D. Prisoners of war in Udmurtia. 1941-1949 gg. // Journal. “Questions of history», №2 2010. pp 132-137 .

5. Udmurtia / ed. Tuganaeva VV - CN cycle. Izhevsk, “Udmurtiya” Publishing House, 2000. - 800 p.

6. Frolov D. Russo-Finnish prisoner. 1939-1944. On both sides of the barbed wire. - Helsinki, Finland RME Group Oy; SPb .: Aletheia “History Book”, 2009. - 640 p.

7. Central State Archive of the Republic of Udmurtia (UR CSA), p. 23, OP. 1, d. 3190, p. 95-97.

8. Central State Archive of the Republic of Udmurtia (UR CSA), p. 568, op. 3, q. 16, n. 66, 73-77.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ НАРКОЛОГИИ

Анисимова Н.А.
к.м.н., заместитель главного врача по медицинской части ОГКУЗ «Белгородская областная клиническая психоневрологическая больница», г. Белгород
Куташов В.А.
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и неврологии ИДПО ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

Аннотация. Современная ситуация в РФ характеризуется сохранением негативных тенденций в сфере незаконного оборота и незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, что представляет серьезную угрозу здоровью населения, экономике страны, правопорядку, а также безопасности государства. В настоящее время полномочия по оказанию наркологической помощи переданы субъекту РФ. Постоянно увеличивается количество негосударственных медицинских и общественных организаций, оказывающих наркологическую помощь населению вне стандартов, по не утвержденным методикам лечения, не осуществляющих статистический сбор информации по наркологическим больным. Отсутствуют единые подходы к лечению и реабилитации наркологических больных, стандарты, оценка качества наркологической помощи. В данных условиях особенно возрастает роль государственных услуг системы здравоохранения, их доступность и качество.

Ключевые слова: наркология, алкоголизм, наркомания, наркологическая помощь, терапия, реабилитация.

Алкоголизм (наркомания, токсикомания) - это хроническое неинфекционное заболевание, которое протекаете фазами обострений и ремиссий. Ведущие расстройства при этом заболевании - патологическое влечение к ПАВ и абстинентный синдром при прекращении их приема. Многообразие проявлений наркологической патологии необходимо учитывать при оказании наркологической помощи. Поэтому важный принцип оказания этого вида медицинских услуг - комплексность терапии. У больных алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией можно выделить пять групп расстройств, коррекцию которых проводят врачи разных специальностей: собственно наркологическая симптоматика (врач психиатр-нарколог); эмоциональные, интеллектуальные и личностные нарушения (врач-психиатр и врач-психотерапевт); поражения внутренних органов (врач-терапевт); поражения нервной системы (врач-невролог); нарушения социального функционирования (врач-психотерапевт, реабилитолог, психологи, социальные работники) [2].

Современное состояние системы государственной наркологической медицинской помощи определяется крайне низкой эффективностью бесплатной наркологической помощи, оказываемой в государственных медицинских учреждениях; недостаточностью правовой нормативной базы для оказания наркологической помощи; недостаточным числом специализированных государственных наркологических медицинских учреждений и низким качеством их кадрового обеспечения; недостаточным развитием сети учреждений для реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией; отсутствием технологий ресоциализации выздоравливающих больных алкоголизмом и наркоманией; недостаточностью финансового и научно-методического обеспечения наркологической медицинской помощи; повышением порога оказания бесплатной наркологической помощи вследствие практики ведения учета злоупотребляющих ПАВ лиц при обращении в государственные медицинские учреждения и возможной дальнейшей передачей информации о них в правоохранительные органы; широким использованием технологий лечения и препаратов, не имеющих подтверждения своей эффективности на основе принципов доказательной медицины; недостаточным использованием технологий, направленных на мотивацию лиц, допускающих злоупотребление алкоголем и немедицинское потребление наркотиков, к участию в реабилитационных программах, а также отсутствием четких критериев отбора участников для включения в программы реабилитации; отсутствием условий для социальной и трудовой реинтеграции участников реабилитационных программ; установленные действующим законодательством ограничения прав граждан при наличии диагноза алкоголизм и наркомания не учитывают тяжесть зависимости и выраженность десоциализации их поведения [3].

Стратегической целью развития государственной системы оказания наркологической помощи является повышение качества медицинских и реабилитационных услуг для больных алкоголизмом и наркоманией, обеспечение доступности наркологической помощи, следствием чего должно стать снижение социальных потерь, связанных со злоупотреблением алкоголем и наркотиками, существенное увеличение доли больных, прекративших злоупотребление ПАВ после лечения [5].

Само оказание наркологической помощи должно основываться на принципах индивидуализации применяемых методов и подходов, возможности выбора больным терапевтических и реабилитационных программ. Повышение эффективности лечения больных алкоголизмом и наркоманией также связано с внедрением новых организационных принципов: этапность и очередность проведения мероприятий, длительность, непрерывность и комплексное воздействие [1]. Комплексный характер наркологической помощи подразумевает, что на каждом этапе ее оказания медицинское вмешательство осуществляется по четырем направлениям: нормализация психофизиологического состояния больного (детоксикация, психофармакологическая помощь); психотерапевтическая помощь; реабилитационная помощь; оказание психокоррекционной помощи созависимым лицам из микросоциального окружения больного [6].

В рамках развития организационных основ лечебно-реабилитационного процесса необходимо внедрить единую технологически взаимосвязанную последовательность мероприятий (терапевтических программ, методов лечения), имеющих своей целью повышение уровня социальной адаптации больного в условиях максимально приближенных к условиям его повседневной жизни [7].

Центральной задачей повышения эффективности оказания наркологической помощи является формирование у лиц, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, механизмов устойчивой мотивации на прекращение злоупотребления и сохранение трезвости через участие в лечебных и реабилитационных программах. Государственная наркологическая служба долгие годы не учитывала необходимость духовного возрождения больных, обретение ими нового смысла жизни. Врач, вооруженный только лекарственными препаратами и психотерапевтическими методиками, мало что может сделать в наркологии. В обществе необходим институт, с помощью которого больные алкоголизмом и наркоманией могли найти пути выздоровления. Группы самопомощи «Анонимные алкоголики», «Анонимные наркоманы», «Наранон» (родственники наркоманов), «Алатин» (дети из семьи алкоголиков) и т. п. - все это элементы лечебной субкультуры, которая позволяет

социализировать больных. У алкоголика, наркомана должна быть возможность прийти в такую группу и обрести душевное равновесие. Пребывание в этих группах позволяет сохранить не только трезвость, но также дает и психологический комфорт. Истинным критерием эффективности наркологической помощи должен быть не отказ от алкоголя, а высокое качество жизни без алкоголя [4].

В настоящее время для больных алкоголизмом и наркоманией финансируемая из государственного бюджета наркологическая помощь - малоэффективный институт. Бюджетная наркология, не ориентированная на реабилитацию больного, остается частью репрессивной государственной машины, какой она была в советское время. Наше общество, медицина, формально признав, что наркомания и алкоголизм - это болезнь, не рассматривают наркоманов и алкоголиков как больных людей. В существенном пересмотре нуждается система оценки качества оказания наркологической помощи. Помимо длительности ремиссий в нее должны быть включены такие показатели, как: смертность больных алкоголизмом и наркоманией от причин, прямо связанных с имеющимися у этих лиц специфическим нарушениями поведения (от передозировок и иных внешних причин смерти); уровень трудовой занятости среди трудоспособных больных; прекращение наблюдения в связи с привлечением к уголовной ответственности, а также доля больных, привлеченных к административной ответственности; улучшение социальной адаптации (стабилизация семейной ситуации, сохранение или повышение трудового статуса, профессиональная переподготовка, восстановление в родительских правах); доступность наркологической помощи и полнота профилактического пространства. Показатели качества оказания наркологической помощи должны быть закреплены в соответствующем стандарте или ином правовом нормативном акте [1].

Цель оказания наркологической помощи - достижение стойкой ремиссии, что возможно только при сознательном отказе от употребления ПАВ, не основанном на страхе или принуждении, так как страх или принуждение не могут обеспечить стойкость ремиссии. Сознательный отказ от употребления ПАВ является результатом мобилизации внутренних ресурсов личности и выражается в определенном уровне мотивации к отказу от употребления ПАВ. Именно поэтому лечебный процесс должен быть построен по программно-целевому принципу, где целью является формирование мотивации к отказу от употребления ПАВ, а программа формируется в зависимости от исходного уровня мотивации пациента. Поскольку основная причина рецидива состоит в отсутствии у пациента психологических и социальных навыков жизни без использования ПАВ, содержанием программ должны быть медико-социо-психологические технологии, направленные на формирование таких навыков, что также возможно только при определенном уровне мотивации к приобретению этих навыков [2].

Традиционное диспансерно-участковое построение наркологической службы в принципе не предполагает дифференцированности компонентов лечебно - профилактического процесса в зависимости от уровня мотивации пациента к лечебному процессу. Участковый врач психиатр-нарколог принимает пациента по факту его прихода на прием, а не в связи с определенным уровнем мотивации. В случае программно-целевого построения наркологической службы пациент самостоятельно выбирает ту программу, которая соответствует его уровню мотивации. Целью компонентов лечебно - профилактического процесса является повышение мотивации пациента на основе имеющегося у него опыта жизни без употребления ПАВ [7].

I компонент лечебно - профилактического процесса - «Уменьшение вреда». Цель программы - привлечь пациента к ненасильственному общению с наркологической службой с целью предоставления ему информации о способах выздоровления и, таким образом, формирование первичной мотивации к отказу от употребления ПАВ. Это возможно, если предоставить пациенту специфические услуги в виде низкопороговых программ, в которых пациент заинтересован и нуждается в них в силу наличия у него зависимости от ПАВ.

II компонент лечебно - профилактического процесса - «Контактный телефон». Существующий уровень мотивации провоцирует пациента на активный поиск информации о способах выздоровления. Такую информацию пациент может получить в случае функционирования компонента лечебно - профилактического процесса «Контактный телефон». Цель программы заключается в том, чтобы, сохраняя достаточный уровень доверия, привлечь пациента к личному контакту с наркологической службой.

III компонент лечебно - профилактического процесса - «Первичное консультирование». Готовность пациента сознательно и самостоятельно прийти с целью получения наиболее полной информации о способах выздоровления должна удовлетворяться компонентом лечебно – профилактического процесса «Первичное консультирование». Цель - сформировать доверие пациента к лечебному процессу, что возможно только при условии, если первичное консультирование будут проводить консультанты из числа лиц, имеющих собственный опыт выздоровления от зависимости от ПАВ и соответствующую профессиональную подготовку.

IV компонент лечебно - профилактического процесса - «Неотложная наркологическая помощь». Физическое страдание пациента в период прекращения злоупотребления, заставляющее пациента обратиться за помощью к наркологической службе, создает наиболее благоприятные условия для формирования мотивации к отказу от употребления ПАВ. Целью, оказываемой в этом случае помощи, должно быть не только избавление от физического страдания, но и психологическая интервенция, направленная на формирование мотивации к отказу от употребления ПАВ.

V компонент лечебно - профилактического процесса - «Амбулаторная реабилитационная помощь». Базовой ценностью амбулаторного компонента, как и всей лечебной субкультуры, являются группы самопомощи для людей с различными видами патологической зависимости (от алкоголя, наркотиков, азартных игр и др.).

Амбулаторный компонент лечебно - профилактического процесса должен быть в значительной мере обращен к родственникам и близким лиц, страдающих зависимостью от ПАВ и имеющим проявления созависимости. Одним из наиважнейших факторов выздоровления является оздоровление микросоциальной среды пациента. Целью этого компонента является преодоление созависимых отношений в микрогруппе. Основной способ добиться стойкого преодоления созависимых отношений - это, используя Амбулаторный компонент лечебно - профилактического процесса, привлечь лиц, страдающих созависимостью к преодолению этого страдания путем посещения групп самопомощи [3].

VII компонент лечебно - профилактического процесса - «Дом на полпути» - это община в загородной зоне, работающая по принципам самопомощи и самообеспечения. В случае приобретения пациентом достаточных психологических навыков преодоления зависимости от ПАВ, но при отсутствии социальных навыков, пребывание в программе «Дом на полпути» дает возможность в щадящем режиме приобрести такие социальные навыки, прежде всего, трудовые навыки самообеспечения. Эта программа является завершающим этапом приобретения лицом, страдающим зависимостью от ПАВ достаточного комплекса навыков функционирования в социуме [2].

Таким образом, основными проблемами в организации оказания наркологической помощи на региональном уровне являются: несовершенство механизмов взаимодействия между учреждениями и организациями различной ведомственной принадлежности и организационно-правовой формы; системы контроля, оценки результативности мероприятий при оказании наркологической помощи, нормативной базы по организации реабилитации наркологических больных. Основными направлениями совершенствования организации оказания

наркологической помощи на региональном уровне являются: расширение сети реабилитационных подразделений в государственных учреждениях, введение порядков и стандартов в лечении наркологических больных для государственных и негосударственных наркологических организаций, совершенствование нормативной правовой базы по профилактике наркологических заболеваний, усиление контроля за качеством оказываемых наркологических услуг в негосударственных организациях.

Литература:

1. Дмитриева Т. Б., Игонин А. .П., Клименко Т. В. и др. Злоупотребление психоактивными веществами (клинический и правовой аспекты). М.: МНЦ «Инфокоррекция», 2003.

2. Доказательная медицина в наркологии / Под ред. Е. М. Крупицкого и Э. Э. Звартау. Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Пав¬лова. Т. X. № 2, 2003.

3. Дьяченко А. П., Цымбал Е. И. Принудительные меры медицинского характера в системе социального контроля над злоупотреблением наркотиками // Материалы XIII съезда психиатров России, ML, 2000.

4. Егоров В. Ф., Зайченко Н. М., Кошкина Е. А. и др. Наркологическая помощь населению Российской Федерации. М.: НИИ наркологии МЗ России, 1998.

5. Кесельман Л., Мацкевич М. Г. Социальное пространство наркотизма. Изд. 2, перераб. и доп. СПб.: Медицинская пресса. 2001.

6. Кормилина О.М. Социально-гигиеническая оценка организации наркологической помощи в субъекте Российской Федерации : автореферат дис. ... канд. мед. наук : ГОУ ВПО Новосибирский гос. мед. ун-т Росздрава. - Новосибирск, 2011. - 24 с.

7. Менделевич В. Д. Парадоксальность принципов современной российской наркологии // Рос¬сийский психиатрический журнал. № 6.

Сведения об авторе:

Анисимова Наталья Александровна – к.м.н., заместитель главного врача по медицинской части ОГКУЗ «Белгородская областная клиническая психоневрологическая больница», г. Белгород, e–mail: anisimova.na@list.ru

Куташов Вячеслав Анатольевич -д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и неврологии ИДПО ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко. kutash@mail.ru

MODERN VIEW ON THE ORGANIZATIONAL PROBLEMS OF NARCOLOGY

N.A. Anisimova, V.A. Kutashov

Summary: The current situation in Russia is characterized by the persistence of negative trends in trafficking and illegal drug use and psychotropic substances, which pose a serious threat to the health of the population, the economy, the rule of law, as well as the security of the state. At present, the powers to provide drug treatment transferred to the subject of the Russian Federation. A growing number of private and public health care organizations that provide drug treatment population is the standards by no approved methods of treatment, do not carry out the statistical information collection for addicted patients. There are no common approaches to the treatment and rehabilitation of addicted patients, standards, quality assessment of drug treatment. Under these conditions, in particular the role of public health services, their availability and quality.

Key words: addictology, alcoholism, drug addiction, drug abuse treatment, therapy, rehabilitation.

References:

1. Dmitrieva TB, Igonin n., Klimenko T. et al. Substance abuse (clinical and legal aspects). M .: ISC “Infokorrektsiya”, 2003.

2. Evidence-based medicine in Addiction / Ed. EM Krupitsky and EE Zvartau. Scientific notes of St. Petersburg State Medical University. Acad. IP Pav¬lova. T. X. The number 2, 2003.

3. Dyachenko AP, Tsymbal EI Compulsory medical measures in the system of social control over drug abuse // Proceedings of XIII Congress of Russian psychiatrists, ML, 2000.

4. Egorov, VF, Zaichenko NM, Koshkin E. A., et al. Drug treatment of the Russian Federation population. M .: Addiction Research Institute Russian Ministry of Health, 1998.

5. L. Kesselman £., Mackiewicz MG Social space of drug addiction. Ed. 2, Revised. and ext. SPb .: Medical Press. 2001.

6. Kormilin OM Socio-hygienic assessment of drug treatment organization in the subject of the Russian Federation: the dissertation dis. ... Cand. honey. Sciences: GOU VPO Novosibirsk State. honey. Univ Medical University. - Novosibirsk, 2011. - 24 p.

7. Mendelevich VD The paradox of the principles of modern Russian Addiction // Russian Journal of Psychiatry. Number 6.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПОВЫШЕНИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ И ФИЗИОЛОГИЯ ПРОГРЕДИЕНТНОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ ЗАВИСИМОСТИ ОРГАНИЗМА ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Д.Г.Байтубаев
врач нарколог «Психиатрический диспансер»
г .Риддер УЗ ВКО, Казахстан
М.Д.Байтубаева
ГМУ г. Семей, Казахстан

Аннотация. В статье показано, что современный уровень физиологии, при нарастании силы регулярного раздражителя выше субэкстремальной, не раскрывает биологический механизм перехода организма из одного диапазона адаптации на более высокий. Новое направление в физиологии адаптации - прогредиентная адаптация, объясняет механизм повышение резистентности организма, при зависимости от психоактивных веществ (ПАВ). Научно обосновано, показано, что зависимости организма от ПАВ - состояния прогредиентной адаптации.

Ключевые слова: гипертрофия нейроэндокринной системы, прогредиентная адаптация.

Актуальность проблемы: Известно - на высоте зависимости от какого-либо ПАВ, человек, например опийный (героиновый) наркоман употребляет дозы многократно, почти в 1ораз, превышающие смертельную для обычного человека.

То, что наркопотребитель при этом не погибает, объясняется ростом резистентности организма в ответ на нарастание дозы ПАВ[3]. Существуют современные исследования на клеточном, мембранном, рецепторном молекулярном уровнях направленные на достаточно глубокое раскрытие механизмов повышения резистентности при зависимости от ПАВ. Актуальность этих исследовании не подлежит сомнению. Но, повышение резистентности, при зависимости от ПАВ, это уже само по себе общеизвестный объективный факт.

Более актуальным вопросом медицины является валидизация физиологического процесса возникающего при воздействии нарастающих доз психоактивного вещества и ответного повышения резистентности организма при зависимости организма от ПАВ.

Цель и задачи исследования: Адаптационные реакции организма при регулярном воздействии раздражителя субэкстремальной силы. Недостаточность известных в физиологии адаптационных реакции организма для объяснения механизмов адаптации организма, в ответ на дальнейшее нарастании силы регулярного раздражителя выше субэкстремальной, при зависимости от психоактивных веществ

Выраженные реакции со стороны ВНС, при воздействии ПАВ, свидетельствуют о вегетотропности большинства этих веществ. Величина силы их воздействия, ближе всего к субэкстремальной. Ответные адаптационные реакции организма при регулярном воздействии внешнего фактора средней - субэкстремальной силы - изучены Л.Х.Гаркави и соавторами(1977) [4]:При раздражителях субэкстремальной силы возникает реакция активации, со стадиями первичной и стойкой активации - означающая более высокую активность защитных систем. Стадия стойкой активации - это истинная, активная резистентность, стабильная, длящаяся в отличие от реакции тренировки и в отсутствии постоянного воздействия достаточно долго - до полугода.

Но при зависимости от ПАВ процесс не завершается реакцией стойкой активации, доза, к которой произошла адаптация – привычна, не даёт эйфоризирующего эффекта.

Для получения достаточного для эйфории нейрофизиологического сдвига, необходима большая доза.

Но повышение дозы ПАВ после реакции активации, это стресс. Стресс - в своём развитии проходит три стадии.

Первая стадия «реакция тревоги», вторая - стадия резистентности развивается гипертрофия коры надпочечников с устойчивым повышением образования и секреции кортикостероидов. Они увеличивают количество циркулирующей крови, повышают артериальное давление, оказывают антигистаминный эффект, усиливают глюконеогенез, нормализируются физиологических реакций и т.д. Повышается устойчивость организма, к действию раздражителя. При продолжительном воздействии раздражителя наступает стадия истощения - может наступить смерть .При дозе ПАВ, выше стрессового, смерть неизбежна[1].

А Л.Х.Гаркави и соавторы показали, что: «реактивность организма представлена рядом этажей (диапазонов), и их не более десяти. В каждом: слабый раздражитель вызывает реакцию тренировки, средний субэкстремальный - реакцию активации, сильный - стресс. Диапазоны разделяются зоной ареактивности, когда усиление раздражителя выше стрессового или ослабление ниже тренировочного не вызывает никакой реакции. Выход в следующий диапазон вновь показывает тот же порядок реактивности: реакции тренировки, активации, стресса.

Но Л.Х. Гаркави с соавторами, не объяснили механизмов, обеспечивающих, после реакции первичной и стойкой активации и дальнейшем нарастании силы воздействия выше субэкстремальной, стрессовой и выше , переход, минуя гибель, из одного этажа (диапазона) адаптации, на более высокий.

Ведь, согласно патофизиологии, без наличия таких адаптационных механизмов, повышающих резистентность, организм должен погибнуть от «истощения», от срыва адаптационных механизмов, при переходе организма из первого диапазона адаптации на второй. Но при зависимости организма от ПАВ, этого не наблюдается. Это показывает, что современный уровень физиологии, не в состоянии объяснить механизмы, обеспечивающие организму переход из одного диапазона адаптации, на более высокий.

В истории наркологии, пытались объяснить повышение резистентности и ускоренным распадом ПАВ в организме наркомана, возникновением состояния хронического стресса, включением в функцию других, в нормальных условиях неактивных, или несущие иную нагрузку систем, но по мере роста дозы ПАВ, вынужденно привлечённых к детоксикации и др. - эти предположения не нашли научного подтверждения.

Но, как бы точно, даже современные научные исследования не раскрывали качественные изменения на клеточном, молекулярном уровне, приводящие к росту резистентности, при зависимости от ПАВ, понятно, что эти изменения могут носить только адаптационный, а не патологический - повреждающий характер, иначе бы они приводили бы не к повышению резистентности, а наоборот, к его снижению и организм уже погиб бы, при переходе из первого этажа адаптации на второй. Также, согласно диалектическому принципу взаимного перехода качественных изменении в количественное, накопление этих изменении, должно приводить к качественным и количественным изменениям в системе, отвечающей за адаптацию организм в целом – нейроэндокринной (ВНС, железы внутренней секреции).

Приведу высказывания: Л.Х.Гаркави, Е.Б.Квакиной. М.А.Уколовой (1977)- «можно исследовать в отдельности изменения в какой-то одной системе или на каком-то одном, например молекулярном уровне. Но это только часть изменении в общей комплексной реакции организма».

Так же, приведу высказывание И.Н.Пятницкой (1988) :

«Известно, что не меньшее значение в сохранении гомеостаза, нежели биохимическая защита, имеют целостные функциональные реакции на интоксикацию физиологических систем». Следовательно, речь может идти об изменении реакции организма на наркотик».

Это ещё раз подтверждает то, что как бы ни были важны и точны открытия изменении на клеточном, рецепторном, молекулярном уровнях , приводящие к повышению резистентности, к какому – либо определённому или определённой группе ПАВ, более важно, к каким изменениям приводят их накопление, в системе, отвечающей за резистентность организма в целом. И важно, какой физиологический процесс возникает при взаимодействии нарастающих доз психоактивного вещества и системы отвечающей за защиту организма, функциональные возможности которой нарастают ответно.

Объект и методы исследования: Особенности реакции нейроэндокринной системы на любой внешний раздражитель. Способность нейроэндокринной системы к положительным трофическим изменениям. Гипертрофия и гиперфункциональность нейроэндокринной системы - гистологические и биохимические свидетельства.

Реакции организма на любое изменение внутренней среды зависит в первую очередь от функционального состояния ВНС.

Значит, причину изменённой реактивности организма, устойчивое повышение общей резистентности организма, надо искать в центральных механизмах адаптации - в нейроэндокринной системе.

Функциональным напряжением ВНС и реакцией стойкой активацией, повышение резистентности организма, при зависимости от ПАВ, можно объяснить только в пределах одного диапазона адаптации. Это клинически наблюдаемые в продроме и возможно начальной стадии алкогольной зависимости: хорошее самочувствие, физическая активность, повышение защитных возможностей организма к раз-

личным вредностям – переохлаждениям и т.д.

Но напряжением ВНС и реакцией стойкой активацией, невозможно объяснить переход из низкого, на более высокий диапазон адаптации при превышении силы воздействия ПАВ выше субэкстремального уровня и дальнейшем её нарастании! Ведь организм тогда, должен испытать стресс с истощением и гибель! Объяснить это можно только запредельным функционированием нейроэндокринной системы, что возможно только при её адаптационной гипертрофии, в ответ на регулярное воздействие внешнего фактора. Но возможно ли это? Согласно учению о физиологии развития взаимосвязей структуры и функции, в ходе онтогенеза (развитие индивида), особое значение имеет функциональная активность, стимулирующаяся потоком раздражителей, воздействующих на организм в результате изменений в условиях существования. Функциональная активность является ведущим фактором, вызывающим в организме адаптивные реакции вплоть до появления морфологических изменений. Морфологические изменения происходят в органах или системах, которые более регулярно стимулируются потоком раздражителей.

Ещё в начале 19-го столетия Ж. Ламарк высказал мысль о том, что «работа строит органы». Заслугой П. Лесгафта было раскрытие в ходе процесса упражнения конкретной морфологической перестройки организма. В. Ру показал, что благодаря «трофическому раздражению» в работающем органе процесс ассимиляции начинает преобладать над процессом диссимиляции и физиологическим путём происходят морфологические изменения. Увеличение энергетических запасов ведёт к повышению работоспособности.

Можно возразить, что регулярный прием ПАВ - адресуясь к высокому диапазону реагирования, приводит весь организм в состояние реакции активации - гиперметаболическое состояние, это не способствует накоплению резервов, возникновению каких-либо положительных трофических изменений в организме. Но надо помнить, гиперметаболическое состояние возникает в «метаболическом котле» - на уровне тканевых механизмов адаптации[2]. Возможно в высших механизмах адаптации – нейроэндокринной системе, несмотря на их напряжение, не происходит процессов гиперметаболизации, и это способствует накоплению резервов, что приводит к морфологическим изменениям в ней в виде гипертрофии?

О том, что при реакции активации, возможно накопление резервов в нейроэндокринной системе, косвенно свидетельствуют наблюдения Л.Х. Гаркави и соавторов; «хотя при реакции активации обмен веществ высоко активен, он характеризируется уравновешенностью»[4], ведь для обеспечения «уравновешенности» постоянно растущих обменных процессов - необходима «мощная» нейроэндокринная система.

Но при зависимости от ПАВ, после завершения реакции активации и дальнейшем нарастании силы раздражителя выше субэкстремальной и переходе на последующие этажи адаптации, так, же наблюдается «уравновешенность» обменных процессов. А это возможно только тогда, когда функциональная достаточность вегетативной и эндокринной систем растёт прямо пропорционально силе воздействия внешнего фактора, что возможно только при гипертрофии нейроэндокринной системы и, как следствие, её гиперпродуктивности.

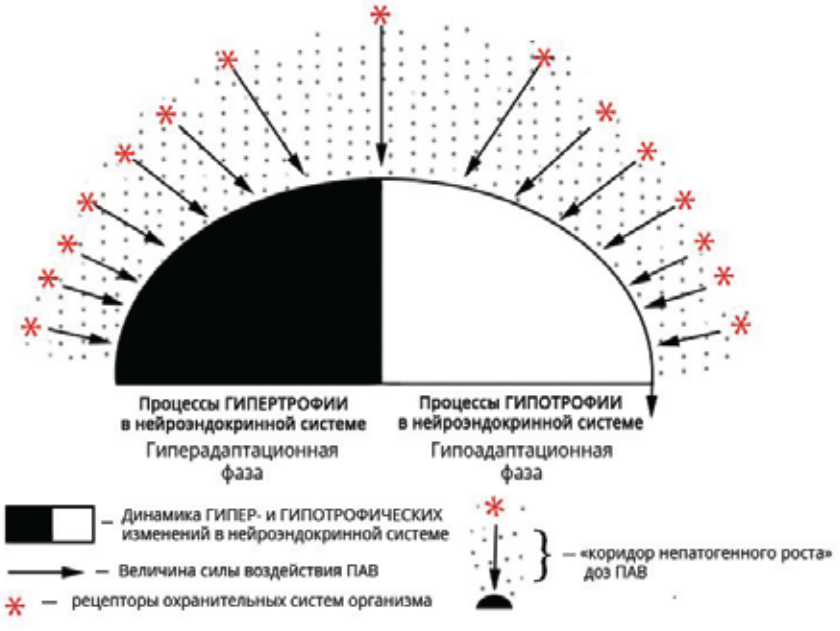
Гипертрофия ВНС возможна, так как в её функционировании эволюционно заложен механизм способствующий накоплению резервов - «опережающее возбуждение», описанное в 30-х годах прошлого века П.К.Анохиным - ВНС, на любой раздражитель отвечает несколько излишним нейромедиаторным выбросом, как бы в предвидении возможных будущих больших затрат. ВНС посредством нейромедиаторов включает вспомогательные и тканевые и механизмы адаптации, а за счёт излишков нейромедиаторного выброса «берёт паузу» для собственных восстановительных - трофических процессов. Хотя ВНС является регулятором всех процессов в организме, установлено, что существуют биологически активные вещества, вырабатываемые разными клетками организма, оказывающие трофическое действие на саму ВНС: фактор роста нервных клеток (ФРН) - инсулиноподобное вещество, стимулирует рост симпатических ганглиев. ФРН вырабатывается в слюнных железах, в гладкомышечными волокнами стенок внутренних органов. Так же Адаптационно-трофическое действие на ВНС оказывают нейропептиды: либерины, соматостатин, энкефалины, эндорфины, брадикинин, нейротензин, холецистокинин, фрагменты АТКГ, окситоцин[6].

«При возбуждении в нейронах усиливаются метаболические процессы, увеличивается количество РНК, усиливается синтез белков в нейронах. В нейронах и окружающих их клетках глии эти процессы имеют разнонаправленный характер. Увеличение РНК в нервных клетках обусловлено усилением её синтеза в нейроне и за счёт транспорта РНК из глиальных клеток в нейроны»[6].

Адаптационные, положительные, трофические изменения, приводят к гипертрофии ВНС, что делает её гиперпродуктивной и позволяет адекватно отвечать на нарастающее воздействие ПАВ нарастающим выбросом медиаторов.

Гистологическим свидетельством гипертрофии ВНС при регулярном воздействии раздражителя средней силы являются исследования Селье при реакции стресса: « надпочечники расцветают» (мозговой слой надпочечников - видоизменённый симпатический ганглий). Нет никаких сомнений в гипертрофии ВНС и при реакции активации .Ведь процесс гипертрофии надпочечников не скачкообразен. Нет сомнений, что за счёт механизма «опережающего возбуждения» и железы внутренней секреции «берут паузу», для трофических восстановительных процессов, что приводит к их гипертрофии и гиперфунциональности.

Ещё в 30-х годах было найдено - хроническая морфинизация вызывает гипертрофию коркового слоя надпочечников крыс, вырабатывающего «гормоны адаптации» глюкокортикоиды (гидрокортизон, кортизон и кортикостерон), повышающие устойчивость организма к сильным раздражителям. Свидетельством адаптационной гипертрофии эндокринной систе-



мы являются наблюдения Л.Х.Гаркави и соавторов при реакциях тренировки и активации - увеличение вилочковой железы, коры надпочечников, длительное увеличение функции щитовидной, половых желез[4].

Результаты исследования и их обсуждение: Таким образом, при регулярном воздействии ПАВ, раздражителя субэкстремальной величины, когда в «метаболическом котле» происходят гиперметаболические процессы, в нейроэндокринной системе, вследствие «опережающего возбуждения» происходит накопление резервов, приводящее к её адаптационной гипертрофии и гиперфункциональности, что приводит к повышению общей резистентности организма.

Поэтому, последующая, нарастающая, потенциально экстремальная доза ПАВ оказывает на организм субэкстремальное воздействие. Сохраняется условие, для дальнейшей адаптации (смотрите рисунок).

Таким образом, при зависимости от ПАВ, в каждом диапазоне, и переходе на более высокий диапазон адаптации, следует говорить не о диаде реакции: активации и стойкой активации, а о тетра-де реакции: активации, стойкой активации, затем стресс - с «реакцией тревоги», и стадией резистентности. А наступившая к этому моменту гипертрофия нейроэндокринной системы, не допускает конечной стадий стресса- истощения. Что позволяет организму, не погибая, переходить на более высокий диапазон адаптации. При повышении дозы ПАВ, и переходе на другой диапазон, всё повторяется и т.д. Становится понятным, что повышение резистентности, при реакции стойкой активации, в ответ на регулярное субэкстремальное воздействии ПАВ и стадия резистентности при реакции стресса, в ответ на дальнейшее регулярное воздействие нарастающей дозы ПАВ - это функциональные проявление адаптационных гипертрофических изменении в ВНС.

Данный процесс назван - прогредиентной адаптацией. Представления о единстве формы и функции, стереотипность мышления, что если «изменения в организме приобретённые и необратимы – значит, патологичны», послужили причиной ошибочного суждения, что зависимости организма от ПАВ являются заболеваниями. Есть выражение « любое заболевание - и есть адаптация». Но обратного выражения, что «любая адаптация – есть заболевание», в случаях с зависимостями от ПАВ, допустить невозможно, ведь недостаточности адаптационных возможностей, что является обязательным при заболеваниях, при зависимостях от ПАВ, не наблюдается, адаптационные возможности растут прямопропорционально нарастанию дозы. Важна роль рецепторов охранительных систем организма (*- на рисунке 2), опыт наркотизации.

Вследствие вегетотропности ПАВ, при зависимостях от ПАВ, в отличие от заболевании, отличителен и механизм воздействия ПАВ. Обычные патогенные факторы – не обладающие выраженной вегетотропностью, вначале наносят повреждение, и затем возникает защитная реакция организма. ПАВ, одновременно или в первую очередь, воздействуют на рецепторы ВНС, что вызывает её своевременную или реакцию на возможное повреждения от воздействия ПАВ, и нарастание воздействующей дозы происходит по “непатогенному коридору” - между охранительными системами организма и своевременно реагирующей, гипертрофирующейся нейроэндокринной системой (см. рисунок 2). Поэтому приобретённые биологические изменения при зависимости от ПАВ - только адаптационные. Следует говорить об адаптационно изменённой реактивности, об адаптационном влечение к ПАВ или, наоборот, о реадаптации - синдроме лишения, об адаптационно изменённом поведении и так далее. Патология при зависимости от ПАВ-явления сопутствующие[3].

Объяснение повышения резистентности адаптационной гипертрофии нейроэндокринной системы, не противоречит разработке биохимических теорий этиологии эйфории, объясняет внутренний механизм клинических проявлений, при зависимости от ПАВ.

При воздействии, алкоголя, когда для достижения эйфории и возникновения зависимости, необходимо злоупотребление, вызывающее какие-либо адаптационные, качественные или количественные изменения в механизмах ответственных за возникновение эйфории, гипертрофия нейроэндокринной системы объясняет сопутствующую возросшую толерантность.

Гипертрофия и гиперпродуктивность ВНС в 1-й стадии алкогольной зависимости объясняет сохранение тонуса организма в недельных промежутках трезвости, при отсутствии стимуляции алкоголем.

Компенсаторное напряжение и гиперпродукция нейромедиаторов или остаточный нейромедиаторный избыток, вследствие гипертрофированности ВНС, объясняет адренергическую напряженность и вегетативные расстройства при алкогольном синдроме лишения[3].

Гипертрофия и гиперпродуктивность симпатической части ВНС на фоне постепенного истощения парасимпатического отдела, объясняет и качественное изменение, по мере давности наркотизма, воздействия на организм седативнодействующих ПАВ (снотворных средств, алкоголя, опиатов), трансформацию их первоначального седативного действия в стимулирующее.

Гипертрофия нейроэндокринной системы вследствие предшествующей наркотизации объясняет у бывших опиоманов, при алкоголизации, быстрое развитие алкогольной зависимости: быстрый рост толерантности к алкоголю, быстрое формирование алкогольного абстинентного синдрома, появление запоев (для развития алкоголизма у бывших наркоманов достаточно развитие только специфической тканевой адаптации к алкоголю).

Стимуляция гипертрофированной нейроэндокринной системы и повышение общей резистентности организма, объясняет тот факт, что многие стимуляторы - кофеин, снимая некоторые эффекты этанола, вместе с тем не меняют его фармококинетику, удлиняют его опьяняющее действие.

В основе психомоторного возбуждения у зависимых от ПАВ людей при подаче им наркоза, изначально может лежать возбуждение гипертрофированного симпатического отдела ВНС.

Гипертрофия и гиперфункциональность нейроэндокринной системы, объясняет толерантность алкогользависимых людей к (не только алифатической группы спиртов) ксенобиотикам - могут принимать «горстями» лекарственные препараты. По мере развития зависимости от ПАВ, адаптационная гипертрофия и гиперфункциональность нейроэндокринной системы приводят к тому, что её роль как функционального механизма защиты и адаптации нарастает, становится ведущей.

Выводы:

1. При регулярном субэкстремальном воздействии на организм психоактивных веществ, возникают физиологические адаптационные процессы, приводящие к гипертрофии нейроэндокринной системы.

2. При регулярном субэкстремальном воздействии психоактивного вещества прогредиентные адаптационные гипертрофические изменения в нейроэндокринной системе приводят к повышению резистентности организма.

3. При зависимости от психоактивных веществ, вследствие адаптационной гипертрофии нейроэндокринной системы и повышения резистентности, потенциально экстремальные дозы, оказывают на организм субэкстремальное воздействие.

4.Зависимость организма от психоактивных веществ, вследствие повышения резистентности организма и превращения воздействия потенциально экстремальных доз в субэкстремальное – процесс адаптационный.

В конечной стадии зависимости (см. рис 2), истощение адаптационных возможностей организма, вследствие гипотрофии нейроэндокринной системы (рецепторы охранительных систем сигнализируют о возможной передозировке ПАВ), приводит к параллельному снижению дозы ПАВ, которые способен употреблять человек, сила воздействия ПАВ вновь оказывается субэкстремальной, патологии вновь не наблюдается.

Рекомендации: Необходимо валиди-

зировать зависимости организма от психоактивных веществ не как заболевания, а как состояния прогредиентной адаптации.

Литература:

1. Зайчик А.Ш. Чурилов Л.П. «Общая патофизиология»/ А.Ш. Зайчик. Л.П. Чурилов. СПб. Издательство ООО «ЭЛБИ-СПБ». 2005г.-656с. стр. 23 - 26, 525.

2. Коробков А.В. Башкиров А.А. Ветчинкина К.Т. «Нормальная физиология» Глава 28 «Физиология адаптации»/ А.В. Коробков А.А. Башкиров К.Т. Ветчинкина.- Москва: «Высшая школа»,1980г. Стр499.

3.Пятницкая И.Н. «Клиническая наркология»/ И.Н. Пятницкая.- Москва «Медицина» «Ленинградское отделение», 1975 г.-333с. стр.:3-6; 22-45.47-55; 255-256;261 -263; 268-274.7.

4. Пятницкая И.Н «Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма»/ И.Н. Пятницкая.- Москва «Медицина»,1988 г.-286. стр.77-80.

6. Смирнов В.М. Яковлев В. Н. «Физиология центральной нервной системы»/ В.М. Смирнов В. Н. Яковлев Издательский центр «Академия».2004г. стр. 184- 185; 250-251.

Сведения об авторах:

Байтубаев Дюсенгали Габдуллаевич, врач нарколог «Психоневрологический диспансер», e-mail: Baitubayev@mail.ru.

Байтубаева Мадина Дюсенгалиевна, ассистент-преподаватель ГМУ г.Семей. e-mail: 02_madina@mail.ru.

BIOLOGICAL MECHANISMS OF INCREASING THE RESISTANCE AND PHYSIOLOGY OF PROGRESSIVE ADAPTATION OF THE ORGANISM INPSYCHOACTIVE SUBSTANCE DEPENDENCE.

D.G.Baitubayev, M.D.Baitubayeva

"The psychiatric dispensary" Ridder. SSMU, Semey.Kazakhtan.

Annotation. The article shows that the current level of physiology, did not disclose the biological mechanisms of the organism transition from one range to adapt to a higher, with an increase in the regular forces of the stimulus above sub-extreme . A new trend in the physiology of adaptation - progressive adaptation, explains the mechanism of increasing the resistance of the organism, with dependence on psychoactive substances (SAS). Scientific reasonably shown that depending on the organism from SAW - not the disease, and the states like progressive adaptation.

Keywords: hypertrophy of the neuroendocrine system, a progressive adaptation.

References.

1. A. S. Batuev. "Higher nervous system." Moscow "High School" 1991.-256 p. pp. 165-166,168-171

2. . A.SH. Zaichik.LP Churilov."General pathophysiology" Sankt -Peterburg Publishing LLC "ELBI SPB" . 2005.-256p. pp.: 23 - 26, 525.

3. Korobkov. AV Bashkirov.A.A. Vetchinkina. Moscow K.T. "Normal physiology" Chapter 28 "Physiology of adaptation" . Publishing "High School"1980r .-560p. pp : 494-499-503.

4. I.N. Pyatnitska. "Clinical Drug Addiction" publishing "Medicine" Moscow "Leningrad branch"-333p. pp. 3-6; 22-45.47-5; 255-256, 261 -263; 268-274.

5. I.N. Pyatnitska "Alcohol abuse and alcoholism initial stage of" Publisher "Medicine" Moscow-288p, pp. 56-80.

6.V. M. Smirnov. V. Yakovlev. Moscow "Physiology of the central nervous system."Publishing center "Academy". 2004g -352p. pp.:184-185; 250-251.

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ТРЕВОГИ НА БЛАГОПОЛУЧНОЕ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Бородина Н.В., Куташов В.А., Хабарова Т.Ю.

Кафедра психиатрии и неврологии ИДПО ВГМУ им. Н.Н.Бурденко, Россия, г. Воронеж

Аннотация: Очень многие женщины возвращаются из женской консультации, встревоженные и напуганные, что выражается в отрицательном влиянии на эмоциональное состояние будущей матери и, опосредованно, ее семьи. Очень многие женщины возвращаются из женской консультации, встревоженные и напуганные. Совершенно ясно, что если постоянно заставлять беременную думать о возможных проблемах, то это неизбежно вызовет так называемый эффект ноцебо (от лат. nocebo «нанесу вред», как антоним placebo «принесу пользу, понравлюсь»). Он выражается в отрицательном влиянии на эмоциональное состояние будущей матери и, опосредованно, ее семьи.

Наличие у беременных женщин преморбидных аффективных расстройств значительно ограничивает их активность в повседневной жизни, усиливает выраженность когнетивных нарушений, утяжеляет течение беременности, увеличивает восстановительный послеродовый период

Ключевые слова: тревожные расстройства, заниженная самооценка, удовлетворенность взаимоотношениями с супругом, психологическая коррекция, арт-терапия, музыкотерапия, релаксационные занятия.

Проблема сохранения здоровья матери и ребенка является одной из фундаментальных проблем современного общества. В последние годы прослеживается тенденция к увеличению частоты тревожных расстройств. Необходимо проведение ранней коррекционной работы направленной на устранение тревожных расстройств, улучшение взаимоотношений в семье и восстановление утраченных функций адаптации.

Цель: исследование эффективности психологической коррекции, направленной на нивелирование тревожности у беременных женщин.

Задачи: выявить влияние тревоги на течение беременности и роды.

Материалы и методы исследования. Работая в перинатальном центре ОГБУЗ «Городская больница №1» осуществляются консультации беременных от врачей перинатологов. В 2015 году родов произошло 3049, за 10 месяцев 2016 года 2700 родов.

В 2015 году всего обследовано 1340 -100% беременных женщин, из них тревога выявлена у 340-25,3% от основного количества обратившихся беременных женщин, за 10 месяцев 2016 года обследовано 1054 - 100% беременных женщин, из них выявлено 454 -43% беременных женщины с повышенным уровнем тревожности.

Таблица 1.

Методики	2015 год	10 месяцев 2016 год
Определение уровня тревожности по Ч.Д. Спилберга и Ю.Л.Ханин	Личностная тревожность 340- 25,3%	Личностная тревожность 454- 43%
Определение уровня самооценки по С.В.Ковалев	Снижена с/о 140 -10,4%	Снижена с/о 254- 24%
Определение самооценки по Будасси	130- 9.7%	200- 18.9%
Тест опросник удовлетворенности браком (Столин, Романова,Бутенко)	Скорее неблагополучные 130-9.7%	Скорее неблагополучные 237-22.;%

Программа психологической коррекции:

До начала работы: знакомство, беседа, психологическая диагностика. Информирование о целях и задачах работы. Заключение первичного контракта в доступной форме.

Групповые занятия проводятся 2 раза в неделю по 40 минут – направлены на улучшение самооценки, устранение тревоги и улучшение взаимоотношений в семье. После групповых занятий проводится повторное психологическое обследование.

Цели психологической коррекции: стабилизация эмоционального фона,

активация внутренних ресурсов (улучшение самооценки), изменения отношения к беременности и взаимоотношений с супругом.

Работа проводилась в следующих направлениях:

Артерапия – лечение пластическим изобразительным творчеством (живопись, лепка) с целью воздействия на психоэмоциональное состояние беременной женщины

Музыкотерапия - психотерапевтический метод, использующий музыку в качестве лечебного средства, позволяющий на уровне чувств или образов создать у беременных женщин модели выхода из состояния тревоги и эмоционального напряжения.

При проведении музыкотерапии используются аудиозаписи следующих музыкальных произведений: Штраус «Вальсы», Бетховен «Лунная соната», Брамс « Колыбельная», Дебюсси «Свет луны», Лист «Венгерская рапсодия».

Релаксационные занятия – психотерапевтический метод, использующий музыку и специализированный текст в качестве лечебного средства. Позволяет на уровне чувств, мышечного расслабления и создания образов, создать у беременной модели выхода из состояния напряженности, тревоги.

В практической работе на раннем этапе приходилось учитывать ряд факторов затрудняющих процесс восстановления. Наиболее значимые среди них: сопротивление, различные соматические жалобы, тревожный фон настроения, эмоциональное напряжение, отсутствие мотивации, быстрая утомляемость. Приходилось учитывать гестационный срок беременности и проводить занятия не более 40 минут.

В результате проведенной работы: личностная тревога значительно уменьшилась при повторном обследовании, что составило в 2015 году 289-9,4%, самооценка улучшилась у 200-6,5%, удовлетворенность браком (признают отношения скорее благополучными – 130 беременных женщин, что составило 4%).

За 10 месяцев 2016 года в результате проведенной работы: личностная тревога значительно уменьшилась при повторном обследовании, что составило 354-13%, самооценка улучшилась у 200-7,4%, удовлетворенность браком (признают отношения скорее благополучными – 200 беременных женщин, что составило 7,4%).

Данные наблюдения и клинической беседы говорят о том, что у беременных в третьем триместре после лечения с применением психологической коррекции отмечается снижение астено-невротической, астено-депрессивной тенденций. Улучшение коммуникативных функций, стабилизация общего состояния, сна и аппетита, контроль эмоциональных проявлений.

Выводы:

По данным проведенного исследования у трети беременных наблюдаются тревожные расстройства, конфликты в семье и заниженная самооценка во время беременности.

Таким образом, на фоне психологической коррекции отмечается изменение психоэмоционального статуса, снижением общего состояния тревоги, улучшения самооценки и взаимоотношений в семье, настроения и общего жизненного тонуса.

Сопоставление полученных данных позволяет сделать вывод об эффективности и целесообразности проведения психокоррекционных мероприятий у беременных в третьем триместре беременности.

Литература:

1. Абрамченко, В.В Стресс и беременность / Абрамченко В.В, Мальгина Г.Б., Коваленко Н.П., Убайдатова Б.А. // Сб. Науч. трудов по материалам II-й Международной конференции под ред. И.В.Добрякова - СПб., 2003. – С.-49.

2. Аверина, Ю.В. Особенности психокоррекционной работы с повторнородящими женщинами, имеющими психотравмирующий опыт рождения первенца / Аверина, Ю.В., Пашкова Е.С. // Сб. материалов конференции по перинатальной психологии. – СПб., 2001. – С.-109.

3. Анастази, А. Психологическое тестирование / Анастази А., Урбина С. - СПб: Питер, 2001.

4. Белогай, К.Н. Современные подходы к психологическому исследованию беременности / К.Н. Белогай // Материалы научно-практической конференции. – М.: РГУ, 2004. – 498с.

5. Брехман, Г.И. Пути многоуровневого взаимодействия матери и ее неродившегося ребенка / Г.И. Брехман // Перинатальная психология и медицина. Ч.1. – Иваново, 2001. - С. 164 – 179

6. Васильева, В.В. Психопрофилактическое сопровождение беременных женщин в системе акушерского мониторинга / В.В. Васильева // Сб. Науч. трудов по материалам II-й Международной конференции под ред. И.В.Добрякова - СПб., 2003. – С.-43-45.

7. Вельвовский, И.З. Система психопрофилактического обезболивания родов / И.З. Вельвовский. – М.: Просвещение, 1986.

8. Выготский ,Л.С. Психология / Л.С. Выготский. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. – 1008с.

9. Грантли, Дик-Рид Роды без страха / Дик-Рид Грантли. – М.: Просвещение, 1996. – 168с.

10. Добряков, И.В. Перинатальная психология / И.В. Добряков. – СПб.: Речь, 2004.

Сведения об авторах:

Вячеслав Анатольевич Куташов – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и неврологии ИДПО Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко.

Татьяна Юрьевна Хабарова – к.п.н., доцент кафедры психиатрии и неврологии ИДПО Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко.

Бородина Наталия Викторовна - клинический психолог ОГБУЗ ГБ№1, КДО ПЦ г. Старый Оскол. Белгородской области

FEATURES OF THE INFLUENCE OF ANXIETY ON THE SUCCESSFUL COURSE OF PREGNANCY

Borodina N.V., Kutashov V.A., Khabarova T.Y.

Abstract: many women return from the antenatal clinic, anxious and scared. It is quite clear that if you get pregnant to think about the possible problems it will inevitably cause the so-called nocebo effect (from Latin. nocebo “I will harm” as the antonym of placebo “benefit, enjoy”). It is expressed in a negative impact on the emotional state of the mother and, indirectly, her family. The presence of pregnant women premorbid affective disorders substantially limits their activities of daily living, increases the severity of cognitive disorders, weight during pregnancy increases postpartum recovery period

Keywords: anxiety disorders, low self-esteem, satisfaction in relations with a spouse, psychological correction, art therapy, music therapy, relaxation sessions.

References:

1. Abramchenko, V. V. Stress and pregnancy / Abramchenko V. V., Malgina G. B., Kovalenko N. P. Ubidata B. A. // Proc. Scientific. proceedings of II-th International conference, ed. by I. Century Dobryakova - SPb., 2003. – P-49.

2. Averin, Yu. V. peculiarities of psychocorrection work with women who already had children, having a traumatic experience with the birth of first child / Averin, Yu V., Pashkov E. S. // Proc. conference materials on perinatal psychology. – SPb., 2001. – P-109.

3. By Anastasi, A. Psychological testing by Anastasi A., Urbina S. - SPb: Peter, 2001.

4. Balogi, K. N. Modern approaches to the psychological study of pregnancy / K. N. Belogay // Materials of scientific-practical conference. – M.: Russian state University, 2004. – 498c.

5. Brekhman, G. I. the way of multilevel interaction between mother and her unborn child / G. I. Brekhman // Perinatal psychology and medicine. Part 1. – Ivanovo, 2001. - S. 164 – 179

6. Vasiliev, V. V. Psychopreventive support pregnant women in obstetric monitoring system / V. V. Vasiliev // Proc. Scientific. proceedings of II-th International conference, ed. by I. Century Dobryakova - SPb., 2003. – S. 43-45.

7. Volvovsky, I. Z. System psycho anesthesia for childbirth / I. Z. Velkovski. – M.: Education, 1986.

8. Vygotsky ,L. S. Psychology / L. S. Vygotsky. – M.: EKSMO-Press, 2002. – 1008c.

9. Grantley dick-reed’s Childbirth without fear / dick-read, Grantly. – M.: Education, 1996. – 168c.

10. Dobryakov, I. V. Perinatal psychology / I. V. Dobryakov. – SPb.: Speech, 2004.

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ В НУТРИЕНТАХ РАЦИОНА ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ИХ ОБУЧЕНИЯ РАБОЧЕЙ ПРОФЕССИИ

М.В. Буданова
доцент кафедры педиатрии и ДПО ВГМУ им. Н.Н.Бурденко,к.м.н.,
Н.А. Гладских
ассистент кафедры медицинской информатики и статистики,к.т.н.
Ледовских А.О. и Нефедова И.С.
студентки педиатрического факультета

Питание играет важную роль в неонатальном периоде, начиная с кормления грудью, введение прикорма. При планировании рациона питания ребенка нужно учитывать определенные особенности детского организма (рост, подвижность, и т.д.). И на протяжение всей жизни, дошкольного, школьного и подросткового периодов нужно следить за питанием детей, учитывая последние новшества «любителей фаст-фудов».

Проблема здорового питания - сложная и комплекснаяпроблема, требующая обширных знаний и навыков в различных областях наукии практики. Пища дает энергию, без которой невозможна жизнь. От полноценности питания зависят здоровье ихорошее самочувствие человека.

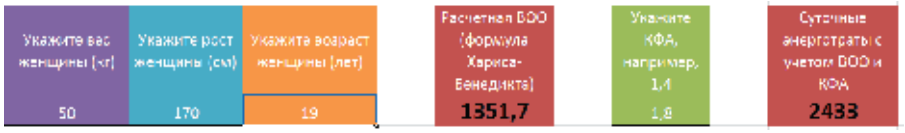
Предметом нашего изученияисталивитамины и микронутриенты. В последние годы исследователи все большеузнают о важной роли для человеческого организма отдельных химическихэлементов - биоэлементов.

Витамины, биоэлементы и другие биологически активные вещества непредставляют для организма энергетической ценности, поскольку не являются источником калорий. Но эти биоактивныевещества, содержащиеся в пище в незначительных количествах, обеспечиваютрегуляцию важнейших жизненных функций и нормальное протекание всехжизненных процессов. Поэтому роль этих пищевых компонентов для организмачрезвычайно важна.

Мы провели небольшое анкетирование, главным вопросом выделив пример ежедневного рациона питания. Для быстрого анализирования в рационе содержания микро- и макронутриентов, мы обратились к программе MicrosoftExcel. В этой программе детальный расчет каждого содержимого в составе продукта.

К исследованию привлекались молодые люди весом от 45-60 кг, ростом от 160-175 см, возрастом от 17-19 лет, коэффициентом физической активности 1,8 (т.е. легкая физическая нагрузка, например, посещение уроков физ-ры) и суточными энерготратами от 2100-2700 ккал/сут.

К примеру:

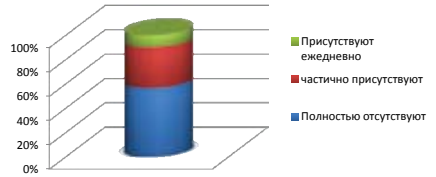


При исследовании недельного рациона 30 человек выявились тенденции: дефицит витамина А, избыток холестерина и солей Na.

У 21чел из 30 был обнаружен дефицит витамина А, при анализе рациона оказалось, что у 17 чел в рационе питания полностью отсутствуют основные источники данного витамина (рыбий жир, печень говяжья), у 10 – частично присутствуют (1-2 раза в неделю). У3 человек в рационе ежедневно присутствуют продукты обогащенные витамином А.

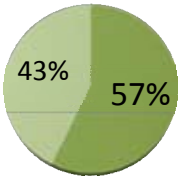
При недостаточном потреблении **витамина А** нарушается образование клеток, отвечающих за рост кости, - остеобластов, что значимо сказывается на темпах линейного роста в жизни.

Дефицит витамина А



По половой принадлежности больший процент дефицита у девушек, в соотношении : 12:9.

Дефицит витамина А в зависимости от пола

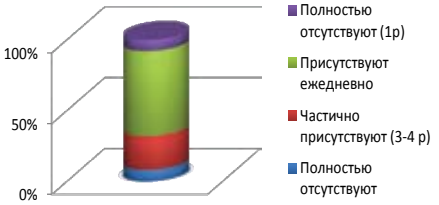


Витамин А содержится только в продукутах животного присхождения - печени трески, рыбьем жире, яичном желтке, молоке. Натуральные источники бета-каротина - морковь, зеленые и желтые овощи, петрушка, щавель, шпинат,облепиха, тыква, абрикосы, апельсины, персики, а также продукты морского происхождения.

Холестерин участвует во многих важных процессах – являетсянеобходимым структурным компонентом клеточных мембран, участвует всинтезе половых гормонов, является предшественником гормоновнадпочечников, желчных кислот и витамина D. Концентрация холестерина вкрови возрастает, если организм оказывается в неблагоприятных условиях(стресс, болезнь) - в этих случаях холестерин выступает как защитный фактор.Если же концентрация холестерина в крови снижена в течение длительногопериода, то может начаться разрушение эритроцитов с последующиммалокровием. Среднесуточная потребность в холестерине составляет около 1200 мг.

У 23 чел из 30 был обнаружен избыток холестерина. При анализе рациона было установлено, что у 15 чел в рационе ежедневно присутствуют продукты обогащенные холестерином (яйцо, сливочное масло). У 6 чел частично присутствуют (3-4 раза в неделю), у 2 чел практически отсутствуют (1 раз в неделю). У 7 чел отклонений от нормы не обнаружено (норма – 300 мг в сут).

Избыток холестерина

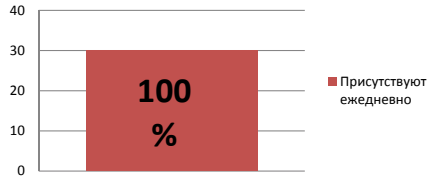


По половой принадлежности больший процент дефицита наблюдаетсяу девушек, в соотношении 16:7.

Избыток холестерина в зависимости от пола

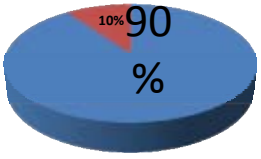
У 30 чел из 30 был установлен избыток солей Na. При анализе рациона было установлено, что у 30 чел в рационе питания ежедневно присутствуют продукты обогащенные данным минеральным элементом (соль, сыр, хлеб).

Избыток Na



По половой принадлежности больший процент дефицита наблюдается у юношей, в соотношении 18:12.

Избыток Na в зависимости от пола



Натрий поступает в организм в основном в составе поваренной соли. Много натрия содержится в колбасе, сале, соленой рыбе, икре, сыре, соленьях,маслинах, кетчупе, кукурузные хлопьях. Натуральные пищевые продукты содержат относительно мало натрия (единицы и десятки мг на 100 г).

Сведения о пищевой ценности продуктов питания и свойствах продуктовнеобходимы для составления рационов питания человека. Все продуктыпитания делятся на четыре основных группы - молочные продукты, мясныепродукты и заменители мяса, продукты из зерна, овощи, ягоды и фрукты. Животные жиры и растительные масла представляют собой “чистые” источники жира; однако их роль заключается не только в обеспечении организма энергией, но и поставке жирорастворимых витаминов, полиненасыщенных жирных кислот.

И.С. Пигулевская в своей статье «Эффективные методы снижения холестерина» считает, что изначально проблемы с обменом холестерина были характерны для пожилых людей, но потом порог «опасного возраста» стал снижаться. Молодые люди современного уровня жизни находятся в опасной ситуации, так как весь “fastfood” и другие вредные продукты питания: чипсы, газировка, энергетические напитки, полуфабрикаты, рассчитаны на них. Повышенный уровень холестерина - одна из скрытых проблем, в многочисленных случаях, выявляющаяся совершенно случайно в виде поражения различных органов.

Недостаточность витамина А возникает по причине неправильного питания. С ней часто сталкиваются студенты, так как у них в рационе преобладают очищенные крупы, лишенные β-каротина. Такие крупы являютсяпродуктом быстрого приготовления, не занимая времени и сил у молодых людей.

Главный продукт, содержащий натрий - простая поваренная соль, на 100 грамм обычной соли приходится 40 грамм натрия. Кроме соли есть и другие источники натрия – это соевый соус, морская соль, соления, рассолы, консервированное мясо, которые в большом количестве присутствуют в рационе питания современной молодёжи.

Сбалансировать собственный рацион питания так, чтобы получать ежедневно все необходимые для жизни вещества,

современному человеку бывает очень трудно. А нехватка веществ в организме человека может привести к необратимым последствиям – смерти. Большая проблема, с которой мы сталкиваемся, когда корректируем свой рацион питания - отказ от любимых "вредных" блюд. Решением этой проблемы может стать альтернативное питание, т.е. знакомство с не менее вкусными блюдами, но из полезных продуктов. Правильно питаясь – мы закладываем здоровье на многие годы, ведь мы едим, чтобы жить! А не живём, чтобы есть!

Литература:

1. Буданова М.В., Балалаева И.Ю., Ширяева Л.И., Швырев А.П. Педагогическая деятельность кафедры педиатрии Института дополнительного профессионального образования на циклах усовершенствованию по формированию здорового образа жизни (статья). Организационные и методические основы учебно –воспитательной работы в медицинском вузе: сб. науч. ст. ВГМА им.Н.Н.Бурденко –Воронеж.- 2014.–С.224 -226.

2. I.Balalaeva, M.Budanova, A.Shvyrev. Eyiological Features of the Urinary tract infection in newborns and babies of the firsts months of life. PediatrNephrol.-2015 № 30.-P.1587

3. Буданова М.В., Ширяева Л.И., Швырев А.П., Евтухова О.В.Помощь больным детям с сахарным диабетом I типа в школе. Материалы юбилейной научно -практической конференции посвященной 50 -летию «БУЗ ВО Воронежской детской клинической больницы №.-Воронеж,2016.- С.203 -208

4. Буданова М.В., Балалаева И.Ю., Ширяева Л.И., Швырев А.П.Частота и возможные причины мочекаменной болезни у детей и подростков с сахарным диабетом. Материалы юбилейной научно -практической конференции посвященной 50 -летию «БУЗ ВО Воронежской детской клинической больницы №.-Воронеж,2016.- С.33 -37

5. Судаков О.В., Алексеев Н.Ю., Фурсова Е.А., Куташов В.А.,Кучковская Т.П.Оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы у здоровых добровольцев в 520 суточном эксперименте. Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2015; 14 (специальный выпуск) Материалы V научно-образовательной конференции кардиологов.

6. Т.Н.Петрова,М.А.Карандеев,О.В. Судаков,Управление профессиональными рисками репродуктивного здоровья на основе компьютерных технологий. «Системный анализ и управление в медицинских системах»,-Москва, №1,Т.14, 2015.-С.165-168

7. О.Ю. Ширяев, С.И. Штаньков, Е В. Дмитриев, Н.А. Гладских. Пациенты с длительным течением заболевания как важная организационная проблема в психиатрии(статья).Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. «Актуальные проблемы медицины в России и за рубежом», ИЦРОН, Новосибирск, 2015,- С. 103-106.

8. Е.А. Шлыкова,В.П.Косолапов, Е.В.Дмитриев, Н.А. Гладских. Математическое обоснование и алгоритмическое обеспечение моделей уровня профилактики заболеваний тканей пародонта у взрослого населения. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции (14 января 2015 г.)«Актуальные вопросы медицины в современных условия», Выпуск II ИЦРОН, Санкт-Петербург, 2015,- С. 111-113.

9. О.В. Судаков, Н.Ю. Алексеев, Н.А. Гладских, Е.В. Богачева. Оценка качества жизни после оперативного лечения пациентов страдающих инфекционным эндокардитом с использованием математического моделирован. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции (10 ноября 2015 г.) «Проблемы современной медицины: актуальные вопросы», Выпуск II ИЦРОН, Красноярск, 2015,- С. 173-176.

10. И.Я. Львович, Н.А. Гладских , Т.Г. Трофимова. Исследование вариабельности сердечного ритма на основе методов теории информации. "Прикладные информационные аспекты медицины",-Воронеж, ВГМУ, №6,-Т.18, 2015-С.10-15.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА

Жиглов С. Н.

ОГКУЗ «Белгородская областная клиническая психоневрологическая больница», Россия,г. Белгород;

Куташов В.А., Шульга А.С.

кафедра психиатрии и неврологии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, Россия, г. Воронеж.

Аннотация. Зависимость от психоактивных веществ является одной из ключевых социальных и медицинских проблем для нашей страны. Согласно официальным данным, специализированными учреждениями Минздравсоцразвития России было зарегистрировано более 3 млн. больных с наркологическими расстройствами, из них 1,3 % пришлось на больных токсикоманией, 16 % – на лиц, употребляющих наркотики, а подавляющее большинство – 82,7 % – на больных с алкогольной зависимостью. Употребление ПАВ осложняется целым рядом патологических состояний, в том числе острых, требующих неотложной помощи[1,3]. Среди них следует выделить синдром абстиненции, неадекватность и/или несвоевременность лечебных мероприятий в отношении которого, может являться причиной летального исхода.

Ключевые слова: абстинентный синдром, наркотическая зависимость, алкогольная зависимость, психоактивное вещество.

Абстинентный синдром – это группа симптомов различного сочетания и степени тяжести, возникающих при полном прекращении приёма вещества или снижении его дозы после неоднократного, обычно длительного и/или в высоких дозах употребления данного вещества. Начало и течение синдрома отмены ограничены во времени и соответствуют типу вещества и дозе, непосредственно предшествующей воздержанию. Абстинентный синдром (АС) является составной частью синдрома зависимости и его наличие свидетельствует о возникновении физической зависимости[4,7].

Важно отметить, что не всякая наркомания или токсикомания сопровождается возникновением АС, даже если речь идет об очень сильнодействующих веществах. Так, употребление ЛСД, некоторых стимуляторов не вызывает возникновение синдрома отмены. Сроки формирования абстинентного синдрома значительно разнятся, в зависимости от употребляемого вещества. К примеру, при систематическом употреблении опиатов АС может сформироваться через 10 дней, а при систематическом употреблении каннабиоидов (вещества, изготовляемые из марихуаны) – через 2-4 месяца.

Общими проявлениями абстиненции при употреблении любых психоактив¬ных веществ являются сомато-вегетативные, неврологические и психические симптомы, на проявление и соотношение которых накладывает свои коррективы разновидность употребляемого ПАВ.

Клиническая картина АС обусловлена прежде всего дефицитом нейромедиаторов, развивающемся при длительном приеме ПАВ. В качестве механизма компенсации выступает усиленный синтез

катехоламинов и подавление активности ферментов их метаболизма, в первую очередь моноксидазы и дофамин-β-гидроксилазы, контролирующей превращение дофамина в норадреналин. Происходит формирование ускоренного кругооборота катехоламинов. При прекращении приема ПАВ усиленное высвобождение катехоламинов из депо прекращается, но остается ускоренным их синтез. Вследствие изменения активности ферментов в биологических жидкостях и тканях (главным образом в мозге) происходит накопление дофамина. Именно этот процесс обусловливает развитие основных клинических признаков АС[1,2,6].

Уровень дофамина в крови четко коррелирует с клинической тяжестью АС: превышение его исходных показателей в два раза сочетается с картиной тяжелого АС, при превышении в три раза, как правило, развивается острое психотическое состояние.

Перевозбуждение симпатического отдела вегетативной нервной системы и избыточная продукция гормонов надпочечников повреждают мозговые нейроны и особенно — клетки гиппокампа, который имеет тесное отношение к процессам памяти и к эмоциональной сфере; резкое повышение уровня катехоламинов оказывает токсический эффект на сердечную мышцу, что проявляется снижением её сократительной способности, аритмиями, фибрилляцией и нередко служит причиной внезапной смерти.

Видов абстинентного синдрома примерно столько же, сколько и зависимостей:

-алкогольный абстинентный синдром
-опийный абстинентный синдром
-синдрома отмены каннабиноидов
-синдром отмены барбитуратов
-синдром отмены кокаина
-синдром отмены стимуляторов
-синдром отмены табака
-синдром отмены летучих растворителей

Специфика ПАВ, вызвавшего зависимость, вносит особенности в течение абстинентного син¬дрома. Так, при опийной абстиненции наблюдаются насморк, чи¬хание, слезо- и слюнотечение, боли в мышцах, суставах, костях («ломка»). Для барбитуровой абстиненции характерны судорож¬ные припадки, на ее фоне возникают психозы. Особенностью га-шишной абстиненции являются астено-депрессивные пережива¬ния, сенестопатии (покалывание, жжение, сдавление, зуд). Эфедриновая абстиненция характеризуется дисфорией, в динамике сменяющейся апатией, вялостью. К наиболее частым проявлениям алкогольного АС можно отнести жажду, дисфорию(мрачная раздражительность, неприязнь к окружающим, склонность к агрессии), поверхностный, тревожный сон, идеи вины и отношения (сходные с бредом, но не такие интенсивные), крупный тремор всего тела или пальцев, рук, век. Следует отметить, что тяжелое течение алкогольного АС(особенно психопатологического) может перейти в алкогольный делирий («белая горячка»). Это состояние сопровождается дезориентированностью, дереализацией, яркими устрашающим галлюцинациями[2,3,5].

Таким образом, зависимость от ПАВ является в определенной степени биологически детерминированной, и данную проблему невозможно рассматривать лишь с социально-психологический точки зрения. В настоящее время лечебная тактика должна строиться с учетом патогенетических механизмов, происходящих при отмене приема ПАВ, инициировавшего формирование зависимости.

Литература:

1.Брюн, Е. А. Основы организации наркологической помощи / Е.В. Брюн // Наркология. - 2010. - № 4. - С. 4-9.

2. Зенцова, Н. И. Особенности психологической диагностики и коррек¬ции пациентов на различных этапах лечебно-реабилитационного процесса / Н.И. Зенцова // Наркология. - 2012. - № 2. - С. 20-25.

3. Иванец, Н.Н. Современная концепция терапии наркологических заболеваний. // Лекции по клинической наркологии. / Под редакцией Н.Н. Иванца. М: РБФ НАН. - 1995.

4. Куташов, В.А. Наркология. Клиника. Диагностика. Лечение \ В.А. Куташов, И.Е. Сахаров. Москва-2016 С. 688,689.

5. Диагностика и лечение зависимости от курительных смесей типа “SPICE” / В.А.Куташов[и др.]. – Воронеж, 2015

6. Минко А.И. Наркология в вопросах и ответах: Справочник практикующего врача / А.И. Минко, И.В. Линский. - Харьков: Торсинг, 2003. — С. 52, 85, 467.

7.Погосов А. В.Актуальные проблемы наркологии / А.В. Погосов. Курск: КГМУ, 1999. — С.14,22.

Сведения об авторе:

Жиглов Сергей Николаевич – врач-психиатр, заведующий отделением №3 стационара №2 ОГКУЗ «Белгородская областная клиническая психоневрологическая больница», e-mail: jsn31@mail.ru

Куташов Вячеслав Анатольевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и неврологии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко.

Шульга Александр Сергеевич – аспирант кафедры психиатрии и неврологии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко.

CLINICAL ASPECTS OF WITHDRAWAL SYNDROME

Zhiglov S.N., Kutashov V.A., Shulga A.S.

Abstract. Dependence on psychoactive substances is one of the key social and health problems for our country. According to official figures, the specialized agencies, Ministry of Russia has registered more than 3 million patients with narcological disorders, of which 1.3 percent was accounted for by patients with substance abuse, 16% are drug users, and the vast majority – 82,7 % for patients with alcohol dependence. Substance use is complicated by a number of pathological conditions, including acute, requiring emergency care [1,3]. Notable among them are the abstinence syndrome, inadequate and/or untimely treatment activities in respect of which, can cause death.

Keywords: withdrawal syndrome, drug dependence, alcohol dependence, psychoactive substance.

References:

1. Bruin, E. A. the fundamentals of the organization of the narcological help / EV Brun // Narcology. - 2010. - No. 4. - S. 4-9.

2. Zentsov, N. I. Peculiarities of psychological diagnostics and correction in patients at different stages of the rehabilitation process / N. And. Zentsov // Narcology. - 2012. - No. 2. - P 20-25.

3. Ivanets, N. N. The modern concept of treatment of narcological diseases. // Lectures on clinical psychiatry. / Edited by N. N. Of iwaniec. M: RBF NAN. - 1995.

4. Kutasov, VA]. Clinic. Diagnosis. Treatment \ V. A. Kutasov, I. E. Sakharov. Moscow-2016 P. 688,689.

5. Diagnosis and treatment of dependence on Smoking mixtures of the type “SPICE” / V. A. Kutasov[and others]. – Voronezh, 2015

6. Minko A. I. Addiction in questions and answers: a practitioner’s Handbook / A. I. Minko, I. V. Linsky. - Kharkov: Torsing, 2003. — P. 52, 85, 467.

7. Pogosov A.V. Actual problems of narcology / A. V. Pogosov. Kursk: KSMU, 1999. — S. 14,22.

СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ И КРИМИНОГЕННОСТЬ ПРИ НАРКОМАНИИ

Зотова С.И., Куташов В.А., Шульга А.С.
Кафедра психиатрии и неврологии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, Россия, Воронеж

Аннотация: Наркомания имеет отрицательное влияние не только на жизнь человека, но и на общество в целом.
Ключевые слова: Социальные последствия, наркомания, криминогенность, семейные отношения.

Социальные последствия наркомании. Непосредственным результатом систематической наркотизации является снижение активности, энергетического потенциала больных, проявляющееся прежде всего в снижении и потере трудоспособности. Значительная часть наркоманов не работает. Они живут на содержании родственников или занимаются криминальной деятельностью, направленной на добывание денег. Это объясняется, во-первых, тем, что поиск наркотиков требует много времени и, во-вторых, тем, что больной способен к продуктивной деятельности только под действием наркотика, его мысли постоянно заняты в основном тем, где достать и как употребить очередную дозу наркотика. В конечном итоге, при росте толерантности и увеличении кратности приема больные не могут регулярно и продуктивно трудиться. В значительном числе случаев больные нигде не работают и не учатся. Значительная часть их состоят в криминальных структурах или занимаются различного рода коммерцией. В динамике болезни почти у всех больных опийной, героиновой наркоманией и полинаркоманией снижается профессиональный уровень, их трудовая деятельность неполноценна. У работающих больных наблюдаются неоднократные нарушения трудовой дисциплины; они испытывают затруднения в выполнении своих профессиональных обязанностей, у них отмечается безразличие либо негативное отношение к выполняемой работе. Характерными негативными социальными последствиями злоупотребления наркотиками являются деформация, искажение, разрушение семейных связей. Наркоманы значительно реже вступают в брак, чем здоровые лица того же возраста, и семьи их быстро распадаются, если второй супруг не является наркоманом.Т.Б. Гречаная, В.Ф. Егоров, И.А. Архипов нашли, что среди наркоманов число состоящих в браке в 1,6 раз меньше, чем в населении, а разведенных - в 2,8 раз больше. Нередко больные образуют так называемую «семью» наркоманов. Целью такой «семьи» является наркотизация в наиболее безопасных условиях, облегчение добычи наркотиков. «Семья» имеет свой «дом», которым может быть и пустая квартира, и подвал, и чердак, и какое-либо изолированное строение. У такой «семьи» свои пути и способы добывания наркотиков, свои способы добычи денег для этого. В «семье» возможны и сексуальные отношения, обычен промискуитет, нередок гомосексуализм. Так, например, в парах героиновых наркоманов часто употребляют наркотик вместе для усиления сексуальной активности. Со временем употребление наркотика, а не сексуальное влечение и другие, не связанные с наркотиками общие интересы, становится основным фактором, определяющим отношения в таких «семьях» [1,2].

В большинстве семей тех больных, которые продолжают состоять в браке, отмечаются нарушения семейных взаимоотношений - частые конфликты, ссоры, сексуальная распущенность, безразличное отношение к детям и семье, отсутствие заботы о близких, потребительское отношение к ним. Чаще всего конфликты в семьях происходят на фоне наркотизации. Дети в этих семьях в большинстве случаев воспитываются отдельно от своих родителей. У женщин-наркоманок часто наблюдается беспорядочность половой жизни; среди них очень высок процент проституток, несмотря на угнетающее действие героина на синтез половых гормонов и ослабление либидо. Женщины-наркоманки имеют большее число сексуальных партнеров по сравнению с мужчинами, они чаще вовлечены в проституцию и продолжают работать на улице только для того, чтобы обеспечивать себя средствами на наркотики. Женщины, страдающие наркоманией, поражаются в личностном, социальном отношении более глубоко, так как их роль матери или потенциальной матери не согласуется со стилем жизни наркомана. Антисоциальное поведение является характерным для больных наркоманиями. Они совершают отдельные или многочисленные действия, противоречащие правовым или нравственным нормам. Им свойственны уголовно ненаказуемые, но аморальные поступки (пьянство, стяжательство, сексуальная распущенность, конфликты в семье и с ближайшим окружением). Они нередко культивируют безнравственные привычки, чем создают неблагоприятные ситуации для себя и своих близких. Они нередко неадекватно переоценивают свои возможности, что сказывается на межличностных отношениях. Больные наркоманиями часто совершают агрессивные поступки, нередко с нарушением закона, проявляют неприязнь или недоброжелательность, вплоть до словесных оскорблений, или применяют грубую физическую силу, демонстрируя свое превосходство над другим человеком или группой лиц. Чаще всего аффективные вспышки у них возникают психогенно и характеризуются бурными эмоциональными и вегетативными проявлениями - гневом, радостью, тоской, страхом или тревогой. Лишь у небольшой части больных отмечается социально приемлемое поведение. Эти лица имеют определенные социально принятые установки, характеризующиеся достаточной устойчивостью и согласованностью (имеются в виду взгляды на мир и образ того, к чему человек стремится, антипатии и симпатии по отношению к значимым объектам, готовность действовать по заранее намеченному плану и т.д.).

Криминогенность при наркомании. Очень высока криминогенность больных наркоманиями. Каждый потребитель рано или поздно обращается ко все более криминальным способам добычи материальных средств, необходимых для приобретения наркотика. Этим обстоятельством объясняется высокий уровень преступности и других социальных аномалий среди наркоманов. Н.С. Ларин, исследуя криминальность больных наркоманией, установил, что наибольшая частота противоправных деяний характерна для группы больных токсикоманией и осложненной наркоманией; причем обращает на себя внимание очень высокий уровень криминальности в период до начала систематического употребления наркотиков. Наибольшая частота правонарушений после начала наркотизации была им отмечена в группе в настоящее время редких больных с кодеин-ноксироновой полинаркоманией [3,4].

Криминогенность больных наркоманиями объясняется рядом факторов: потребностью в деньгах, так как наркотики стоят очень дорого; вынужденной связью с торговцами наркотиками, что само по себе тоже является противоправным действием; описанными выше изменениями личности, наступающими в результате наркотизации и проявляющимися в выраженном морально-этическом снижении. Кроме того, наркоманы могут совершать противоправные действия, находясь в состоянии наркотического опьянения или в психотическом состоянии, вызванном употреблением того или иного одурманивающего вещества. Необходимо отме-

тить, что большинство правонарушений совершается в состояниях наркотического опьянения, чаще всего в абстиненции, а также в перерывах между употреблениями наркотиков. Описан целый ряд различных правонарушений, совершаемых больными. Это профессиональные правонарушения: они не выполняют трудовой договор и неоднократно совершают различные нарушения в рамках своей профессии. Это уголовные правонарушения, представляющие опасность и причиняющие ущерб обществу и отдельным лицам (причинение вреда здоровью и жизни; хищения собственности и др.). Это административные правонарушения (проступки), выражающиеся в посягательстве на установленный общественный порядок, прав и свободы граждан. Больные нарушают правила дорожного движения, таможенного контроля, посягают на деятельность и собственность частных или юридических лиц и т.д. Это, наконец, экономические правонарушения - такие, как незаконная предпринимательская, банковская деятельность, уклонение от налогов, заведомо ложная реклама, контрабанда, подделка денег и документов. Следует отметить, что наиболее чаще совершают правонарушения больные опийной (героиновой) и кокаиновой наркоманиями, реже - гашишной и другими формами наркоманий.

Список использованной литературы:

1. Куташов, В.А. Наркология: Клиника. Диагностика. Лечение / В. А. Куташов, И. Е. Сахаров. – ВГМУ им. Н. Н. Бурденко. - Москва, 2016. - 982 с.

2. Пелипас, В. Е. Состояние проблемы наркотиков и наркоманий в РФ / Пелипас В. Е., Мирошниченко Л. Д. //Вопросы наркологии. – 1992. – №. 3-4. – С. 91-95.

3. Психиатрия: руководство для врачей / Альтшулер В.Б. [и др.]. - Москва: Медицина, 2012.

4. Пятницкая, И.Н. Общая и частная наркология. Руководство для врачей / Н.Н. Пятницкая. - Москва «Медицина», 2008

Сведения об авторах:

Вячеслав Анатольевич Куташов – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и неврологии ИДПО Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко.

Александр Сергеевич Шульга – аспирант кафедры психиатрии и неврологии ИДПО Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко.

THE SOCIAL CONSEQUENCES OF DRUG ABUSE AND CRIMINALITY AT.

Zotova S.I., Kutashov V.A., Shulga A.S.

Summary: Drug abuse has a negative impact not only on human life, but also on society as a whole.

Keywords: Social consequences, drug addiction, criminality, family relationships.

References:

1. Kutasov, V. A. Addiction: Clinic. Diagnosis. Treatment / V. A. Kutasov, I. E. Sakharov. – The vgma them. N. N. Burdenko. - Moscow, 2016. - 982 p.

2. Pelipas, V. E. on the drug situation and drug addiction in Russia / Pelipas, V. E., Miroshnichenko L. D. //problems of narcology. – 1992. – №. 3-4. – S. 91-95.

3. Psychiatry: a guide for physicians / Altshuler, V. B. [and others]. - Moscow: Medicine, 2012.

4. Pyatnitskaya, I. N. Shared and private drug and alcohol abuse. A guide for physicians / N. N. Pyatnitskaya. - Moscow, «Medicine», 2008

ФИЗИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ВЛЕЧЕНИЯ К ПСИХОАКТИВНЫМ ВЕЩЕСТВАМ

Зотова С.И., Куташов В.А., Ульянова О.В.
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н.Бурденко
Кафедра психиатрии и неврологии ИДПО
Россия, Воронеж

Резюме: Синдром физической зависимости - синдром, появляющийся на определенной стадии развития привыкания к психоактивным веществам, в частности - наркотикам, включающий в себя физическое (компульсивное) влечение, способность достижения состояния физического комфорта в интоксикации и абстинентный синдром. Появлению синдрома физической зависимости в течение наркомании предшествуют синдром измененной реактивности и синдром психической зависимости.

Ключевые слова: абстинентный синдром, зависимость, интоксикация, компульсивное влечение, механизм формирования зависимости, наркотики, псевдоабстиненция, психоактивные вещества, психическая зависимость, рецидив заболевания, физическая зависимость.

Компульсивное влечение (КВ) к психоактивным веществам

Физическое КВ выражается в неодолимом стремлении к введению в организм психоактивного вещества (ПАВ), достигает интенсивности витальных влечений и способно вытеснять другие витальные влечения - голод, жажду, сексуальное влечение на этапе заболевания, когда появляется КВ, уже практически отсутствует. КВ способно занимать все содержание сознания больного. Оно не только определяет аффективный фон, но и диктует поведение, подавляет противоречащие такому поведению мотивы и контроль. По условиям возникновения КВ бывает трех видов [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12].

1. КВ, возникающее вне интоксикации, в светлом промежутке. Не является первым признаком абстинентного синдрома (АС), так как, во - первых, может появляться на стадии болезни, когда еще не сформировался АС. Во - вторых, КВ возникает и при тех редких формах наркоманий, когда вообще не формируется АС (злоупотребление ЛСД). При неоказании медико-социальной помощи пациентам, КВ, возникающее вне интоксикации, ведет к рецидиву заболевания или к употреблению другого вида ПАВ. Особенностью КВ является то, что интоксикация организма экзогенными ПАВ способна притупить, уменьшить влечение, но никогда не приводит к достижению полного психического и физического удовлетворения. Исходя из вышесказанного, КВ обладает двумя основными отличительными особенностями (отличающими его от влечения обсессивного): 1) Высокой интенсивностью, достигающей уровня витального влечения, способного заполнять все содержание сознания личности; 2) Специфичностью, заключающейся в том, что КВ может быть удовлетворено только тем наркотиком, или его наиболее полным аналогом, который вызвал его появление - КВ не свойственно для полинаркомании [2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12].

2. КВ, входящее в структуру АС.

3.КВ, возникающее во время интоксикации. Характерно не для всех видов наркоманий. Этот вид КВ возникает при тех видах наркотического опьянения, для которых характерна та или иная степень помрачения сознания, та или иная степень оглушения. В первую очередь это формы наркоманий, развивающиеся при злоупотреблении снотворными, стимуляторами, алкоголизме. Этот вид КВ с меньшей частотой возникает при интоксикации психоделическими препаратами, транквилизаторами, и никогда не возникает при опиомании [1, 4].

Физический комфорт при интоксикации. Способность достижения состояния физического комфорта при интоксикации характеризуется отсутствием вне наркотизации или интоксикации организма не запрещёнными экзогенными психоактивными веществами (ПАВ) ощущения физического благополучия (отсутствие психического благополучия, естественно, также присутствует как проявление синдрома психической зависимости, уже сформированного к моменту появления синдрома физической зависимости). АС развивается не при всех формах наркоманий (не развивается при злоупотреблении психоделиками). Время его формирования, конкретная симптоматика, выраженность тех или иных групп симптомов для разных форм наркоманий различна. Патогенетически АС - это попытка организма собственными ресурсами в отсутствие наркотика воспроизвести условия, соответствующие наркотической интоксикации, то есть условия, необходимые для удовлетворительного функционирования организма. Патологическая симптоматика АС является следствием несовершенной компенсации в условиях отсутствия наркотика [1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11].

Механизм формирования физической зависимости. Существует биологический механизм формирования зависимости. Это механизм, реализующийся через процессы, протекающие в организме - биохимические, биоэлектрические, биомембранные, клеточные, тканевые и так далее. Такая зависимость называется физической. В большей степени она присуща наркомании к опиатным наркотикам, снотворным, алкоголю.

Физическая зависимость развиваются в результате того, что организм “настраивается” на прием наркотиков и включает их в свои биохимические процессы. Объяснить, что происходит при этом, очень непросто. Главный принцип элементарен: наркотики - каждый препарат по - своему - начинают выполнять функции, которые раньше обеспечивались эндовеществами, производящимися самим организмом. Тело больного, чтобы сэкономить внутренние ресурсы, прекращает или сокращает синтез этих веществ.

Если процесс “перенастройки” физиологии организма “под наркотики” зашел достаточно далеко, то при их отсутствии начинается абстиненция или “ломка”. Еще одна особенность: сами наркотики постоянно разрушаются ферментными системами и выводятся через почки, кишечник и легкие. Поэтому “запас наркотиков” в организме необходимо регулярно “пополнять”. В следствии физическая зависимость принуждает употреблять наркотики регулярно, не давая никакой передышки. Субъективно, то есть самим больным наркоманией, это воспринимается очень тяжело. Пропустив время приема очередной дозы, наркоман обрекает себя на мучительные страдания. Это не только боли, но еще и непереносимые **ознобы - “внутренний ледяной холод”** безо всякой надежды на возможность согреться, холодный пот, боли в животе с многократным поносом, тошнота и рвота, непрекращающийся насморк, слабость, ломота в суставах. Для алкогольной физической зависимости характерен еще и тремор - знаменитый **“колотун”**, когда дрожат не только руки, но и все тело [1, 7, 9, 11].

Абстинентный синдром. Абстине́нтный синдро́м; абстине́нтное состоя́ние; жарг. ло́мка (лат. Abstinentia - воздержание) - группа симптомов различного сочетания и степени тяжести, возникающих при полном прекращении приема психоактивного вещества, либо снижении его дозы после неоднократного, обычно длительного и/или в высоких дозах употребления. Существуют временные рамки, в течение которых АС может возникнуть и продолжаться, но они сильно зависят от типа принимавшегося больным ПАВ и его дозы, непосредственно предшествовавшей воздержанию [1, 4, 6, 10, 11, 12].

Клинические проявления АС при разных видах наркоманий и токсикомании различны. Сроки формирования физической зависимости (АС), как и его продолжительность при разных видах наркоманий и токсикомании, также различны и зависят от темпа наркотизации, употребляемых доз, способа введения наркотика. АС развивается на протяжении определенного отрезка времени. При этом наблюдается последовательность появления той или иной симптоматики, характерной для отдельных видов наркоманий. Выделяют “острый” период АС, когда в наибольшей степени выражена и развернута вся симптоматика, характерная для данного вида наркомании (токсикомании) и “отставленный” период АС или так называемый период неустойчивого равновесия [7], когда на первый план выступают астенические, аффективные нарушения и расстройства поведения [1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12].

Иногда через несколько недель или даже месяцев после прекращения наркотизации у больных опийной наркоманией может появиться симптоматика, характерная для острого АС. Это состояние обозначается как псевдоабстиненция, или сухая абстиненция. Псевдоабстиненция обычно приводит к возобновлению патологического влечения к наркотикам и способствует возникновению рецидивов [1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12].

АС при всех формах наркомании представлен двумя основными группами симптомов: симптомы психопатологические и симптомы вегетативные, соматоневрологические. Выраженность этих групп симптомов разная для различных форм наркоманий, например, при барбитуромании выражена психопатологическая симптоматика, на опиомании и гашишизме - вегетативная. Выраженность симптоматики АС при одной форме наркомании пропорциональна интенсивности предшествующей наркотизации. АС имеет фазовое течение (то есть конкретные фазы и составляющие их симптомы различны для разных форм наркомании), при спаде абстиненции характерна обратная последовательность исчезновения симптомов: раньше исчезают те симптомы, которые при развитии абстиненции появились позднее [1, 8, 11, 12].

Таким образом патогенетический АС- попытка организма собственными ресурсами в отсутствие наркотика воспроизвести условия, соответствующие наркотической интоксикиации, то есть условия, необходимые для удовлетворительного функционирования организма. Патологическая симптоматика АС является следствием несовершенной компенсации в условиях отсутствия наркотика.

Список использованной литературы:

1. Белогуров С. Б. Популярно о наркотиках и наркоманиях: 2 - е изд., испр. и доп. / С. Б. Белогуров. - Санкт - Петербург, 2001. - 213 с.

2. Куташов В.А. Изучение клинико - психологических особенностей лиц, употребляющих наркотики / В.А. Куташов // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. - 2015. - Т. 14, № 2. - С. - 261 – 265.

3. Куташов В.А., Сахаров И.Е. Наркология. Клиника, Диагностика. Лечение. / В.А. Куташов, И.Е. Сахаров Москва–Воронеж – 2016. - 982с.

4. Куташов В.А., Припутневич Д.Н., Алексеева Д.Н.. Хабарова Т.Ю. Диагностика и лечение зависимости от курительных смесей типа «SPICE» / В.А.Куташов [и др.]. - Издательство ВГМУ, 2015. - 31 с.

5. Куташов В.А., Куташова Л.А. Вопросы оптимизации лечения и реабилитации пациентов с наркотической зависимостью в центрально-черноземном регионе российской федерации / В.А. Куташов, Л.А. Куташова // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. - 2013. - № 8. - С. 23 - 29.

6. Куташова Л.А., Куташов В.А. Системный анализ эпидемиологического и экономического применения некоторых психотропных средств / Куташова Л.А., Куташов В.А. // Системный анализ и

управление в биомедицинских системах. - 2013. - Т. 12, № 2. - С. 340.

7. Пятницкая И.Н. Общая и частная наркология. Руководство для врачей / И.Н. Пятницкая. - Москва, Медицина, 2008. - 640с.

8. Смагина Ю.О., Куташов В.А., Ульянова О.В. Криминогенные последствия наркомании / Ю.О. Смагина, В.А. Куташов, О.В. Ульянова // Центральный научный вестник. - 2016. - Т.1, №13. – С.38 - 42

9. Смагина Ю.О., Куташов В.А., Ульянова О.В. К вопросу о эпидемиологии болезнейзависимости / Ю.О. Смагина, В.А. Куташов, О.В. Ульянова // Центральный научный вестник. - 2016. - Т.1, №13. – С.42 - 45

10. Ульянова О.В., Куташов В.А. Современный взгляд на особенности взаимодействия в семьях, где у пациента имеются неврологические или психические расстройства / О.В. Ульянова, В.А. Куташов // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2015. – Т.14 №3. – С.663 - 665.

11. Чеканова Г.С., Куташов В.А., Ульянова О.В. Опийная наркомания. Характеристика основных этапов течения клинической картины / Г.С.Чеканова, В.А. Куташов, О.В. Ульянова // Центральный научный вестник. - 2016. - Т.1, №13. – С.47 - 52

12. Шабанов П.Д. Наркология: руководство для врачей. 2-е издание / П.Д. Шабанов. – Москва, 2012. – 589 с.

THE PHYSICAL COMPONENT OF ATTRACTION TO PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

Zotova S.I., Kutasov V. A., Ulyanova O. V.
FGBOU IN VGMU them. N.N. Burdenko

Summary: the Syndrome of physical dependence syndrome that appear at a certain stage of development of addiction to psychoactive substances, in particular drugs, which includes physical (compulsive) attraction, the ability to achieve a state of physical comfort in intoxication and abstinence syndrome. The appearance of the syndrome of physical dependence for addiction precede the syndrome of altered reactivity and psychological dependence.

Key words: withdrawal syndrome, dependence, intoxication, compulsive attraction, the mechanism of formation of addiction, drugs, pseudoabstinence, substance abuse, mental dependence, relapse, physical dependence.

References:

1. Belogurov S. B. Popular about drugs and addictions: 2nd ed. Rev. and DOP. / S. B. Belogurov. - Saint - Petersburg, 2001. - 213 p.

2. Kutasov V. A. the Study of clinical - psychological characteristics of drug abusers / VA Kutasov // System analysis and management in biomedical systems. - 2015. - Vol. 14, No. 2. - P - 261 – 265.

3. Kutasov V. A., Sakharov I. E. Drug And Alcohol Abuse. Clinic, Diagnostics. Treatment. / V. A. Kutasov, I. E. Sakharov, Moscow–Voronezh – 2016. - 982s.

4. Kutasov V. A., Pryputniewicz D. N., Alekseeva D. N.. Khabarova T. Y. Diagnosis and treatment of dependence on Smoking mixtures of the type “SPICE” / V. A. Kutasov [and others]. - VSMU publishing house, 2015. - 31 S.

5. Kutasov V. A., Kutalova L. A. optimization of treatment and rehabilitation of patients with drug dependence in the Central black earth region of the Russian Federation / V. A. Kutasov, L. A. Kutasov // journal of neurology, psychiatry and neurosurgery. - 2013. - No. 8. Pp. 23 - 29.

6. Kutasova L. A., Kutasov V. A. System analysis of the epidemiological and economic use of certain psychotropic drugs / Kutasova L. A., Kutasov V. A. // System analysis and management in biomedical systems. - 2013. - Vol. 12, No. 2. - P. 340.

7. Pyatnitskaya I. N. Shared and private drug and alcohol abuse. A guide for physicians / I. N. Pyatnitskaya. - Moscow, Meditsina, 2008. - 640 p.

8. Smagina Y. O., Kutasov V. A., Ulyanova O. V. Criminogenic consequences of addiction / Y. O.Smagina, V. A. Kutasov, Ulyanova O. V. // scientific Bulletin. - 2016. - Vol. 1, No. 13. – P. 38 - 42

9. Smagina Y. O., Kutasov V. A., Ulyanova O. V. To the question of epidemiology of boleznisnizilas / O.Y. Smagina, V. A. Kutasov, Ulyanova O. V. // scientific Bulletin. - 2016. - Vol. 1, No. 13. – S. 42 - 45

10. Ulyanova O. V., Kutasov V. A. Modern view on the features of interaction in families where the patient has neurological or mental disorders / O. V. Ulyanova, V. A. Kutasov // System analysis and management in biomedical systems. – 2015. Vol 14 No. 3. – P. 663 - 665.

11. Chekanova, G. S., Kutasov V. A., Ulyanova V. O. Opium addiction. Characteristics of the main stages of the flow clinical picture / G. S. Chekanova, V. A. Kutasov, O.V. Ulyanova // scientific Bulletin. - 2016. - Vol. 1, No. 13. – S. 47 - 52

12. Shabanov P. D. drug Addiction: a guide for physicians. 2nd edition / P. D. Shabanov. – Moscow, 2012. – 589 p.

ДИАГНОСТИКА НАРКОТИЧЕСКОГО ОПЬЯНЕНИЯ

Е.С.Когтева
КУЗ Воронежской области “Воронежский областной психоневрологический диспансер”, Россия, г.Воронеж

Аннотация. Статья посвящена основным методам диагностики наркотического опьянения. Приведены данные о его распространенности и значимости своевременной диагностики. Обсуждены основные принципы распознавания и подтверждения состояния наркотического опьянения по косвенным признакам, с использованием лабораторных методов и современных экспресс–тестов.

Ключевые слова: алкалоиды конопли, галлюциногены, косвенные признаки наркотического опьянения, лабораторная экспертиза, наркотики группы опия, наркотическое опьянение, психостимулирующие вещества, снотворные и седативные средства, экспресс–тесты.

Актуальность проблемы. До сих пор трудно назвать точные показатели количества людей, употребляющих наркотики в нашей стране. Обычно приводимые в отчетах данные являются только верхушкой айсберга, но несомненно прослеживается неуклонный рост числа лиц, страдающих наркоманиями, что в настоящее время напоминает явление эпидемии. Считается, что каждый наркоман «заражает» 6 – 10 человек. В настоящее время употребление наркотиков в РФ представляет собой важную социальную проблему. Количество лиц, употребляющих наркотики, по данным А.Н. Гарановского, составляет порядка 3–х миллионов человек (2% населения страны). Эксперты ВОЗ пришли к выводу, что если доля людей, употребляющих наркотики в стране составит 7% и более, то наступят необратимые процессы дегенерации населения, разложения всех социальных структур [1, 2, 3, 4, ,5 6, 7, 8, 9, 10].

За 1 год наркологические клиники нашей страны принимают 50000 человек: 20% из них – это школьники, 60% – молодежь в возрасте от 16 до 30 лет, 20% – это лица старше тридцати лет. В последнее время наблюдается относительная стабилизация распространенности наркоманий за счёт увеличения опийной наркомании (212 на 100000 населения). Показатель распространенности употребления нар-

котиков с вредными последствиями составляет 138,2 на 100 000 населения. У большинства больных (86,6%) была выявлена опийная зависимость, 7,7% – зависимость, вызванная употреблением каннабиса, 0,8% – зависимость от психостимуляторов, 4,9% – зависимость от других наркотиков. Как показывает опыт, диагноз наркомании нередко ставится на основании факта наркотического опьянения, с особой уверенностью – при повторных интоксикациях с отклонениями в поведении. Однако, необходимо отметить, что состояние наркотического опьянения может быть связано с злоупотреблением еще до возникновения сформировавшейся наркотической зависимости, до установления предпочтения к различным опьяняющим веществам, в связи с чем распространена гипердиагностика наркоманий. Правильная и своевременная диагностика состояния наркотического опьянения необходима для выбора лечебного воздействия, социальной реабилитации и предупреждения развития наркотической зависимости [2, 4, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18].

Основные методы диагностики наркотического опьянения. В настоящее время существует несколько основных путей для подтверждения состояния наркотического опьянения: по косвенным признакам, возникающим при наркотическом опьянении; с помощью экспресс–тестов, в процессе лабораторной экспертизы [2, 4, 9].

Косвенные признаки наркотического опьянения. Для подтверждения наркотического опьянения необходимо оценивать психическое состояние, сомато–вегетативные и неврологические признаки. Для предупреждения ошибок устанавливают динамическое наблюдение за больным не менее, чем в течение часа. Косвенные признаки наркотизации могут быть специфичными для отдельных препаратов и общими для всех наркотиков. Общими чертами выявляемыми при описании психического статуса являются:

- внешний вид, напоминающий состояние алкогольного опьянения, но без запаха алкоголя изо рта; чрезвычайная бледность или гиперемия кожи; наличие следов инъекций по ходу периферических или центральных вен;
- состояние измененного сознания;
- нарушение процессов мышления, включающие изменение темпа, содержания, продуктивности. Возможно ускорение мышления с многословностью или же замедление с обстоятельностью, детализаций. Характерно возникновение бессвязности, непродуктивности, неспособности отделить главное от второстепенного.
- эмоциональная сфера характеризуются аффективной лабильностью. Фон настроения сменяется с веселого и благодушного до агрессивного и гневливого. Доминирующий аффект в значительной степени определяет содержание переживаний
- изменение двигательной сферы, речи и мимических реакций проявляется повышением двигательной активности с чрезмерной жестикуляцией, живой, утрированной мимикой, быстрой, громкой речью. Либо двигательной заторможенностью – с вялостью, адинамией, медленной, невнятной речью, обеднением мимических реакций.
- трудности концентрации, повышенная отвлекаемость, ухудшение запоминания.

При оценке состояния наркотического опьянения данные неврологического и сомато–вегетативного состояния имеют вспомогательное значение. Не существует специфических неврологических симптомов, патогномоничных для наркотического опьянения и не встречающиеся у больных с наркотической зависимостью 2 ст. Оценка включает исследование 12 пар черепно–мозговых нервов (ЧМН). Состояние зрачков, реакция на конвергенцию и аккомодацию, наличие нистагма являются важным этапом в предварительной диагностике вещества, вызвавшего наркотическое опьянение. Дополнительно оценивают тремор рук, век, отклонение и подергивание языка, устойчивость в позе Ромберга. Внешний вид больного характеризуется изменением цвета кожных покровов, нарушением пото– и слюноотделения, возможно выявление налёта на языке, лабильность АД и пульса [2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 17].

Таким образом, вышеперечисленные признаки позволяют предположить состояние наркотического опьянения при отсутствии других объяснений выявленных нарушений.

Признаки опьянения некоторыми наркотическими веществами. При приёме веществ из группы опия настроение повышено; человек испытывает чувство спокойствия, благодушия, умиротворения; нет стремления к деятельности, больной малоподвижен, расслаблен. Человек стремится к уединению. Характерно то, что отсутствуют проявления агрессии, грубости. При попытке вступить в контакт, пациент как бы выходит из этого состояния, говорит внятно. В отличие от опьянения многими другими веществами, не отмечается нарушения движений; зрачок значительно сужен (“точечный зрачок”). Внешне пациенты бледны, может иметь место зуд кончика носа.

Опьянение алкалоидами конопли. Состояние больного легко изменяется под влиянием внешней обстановки. Коноплю называют “групповым наркотиком”, так как настроение повторяет настроение окружающих. Именно поэтому в группах, употребляющих данное вещество, нередко развивается паника, если кому–то одному привидится опасность. Веселое состояние с беспечностью и беззаботностью, необдуманностью решений, смехом без причины может быстро смениться и стать агрессивным, гневливым. Внешне характерно расширение зрачков, покраснение кожи, склер, губ. Речь часто ускорена, многословна. Специфичным является чрезвычайное повышение аппетита. При употреблении больших доз– больной бледен, вял, погружен в себя, говорит с задержкой, движения неуклюжи, нарушена пространственная ориентация, больной стремится к уединению. Из–за нарушений восприятия возможно изменение размеров предметов – так большое кажется чрезвычайно маленьким [1, 3, 4, 5, 7, 9, 16].

При опьянении психостимуляторами больные оживлены, быстры в принятии решений и совершении поступков. Не могут усидеть на месте, пытаются выполнять сразу много дел, периодически куда–то собираются. Темп речи ускорен, мысли перескакивают; быстро меняются намерения, начатые дела не доводятся до конца. Мимика оживленная, больные много жестикулируют. Внешне – глаза блестят, зрачки расширены, язык лакированный, блестящий, кожа сухая. Иногда могут возникать приступы стереотипных движений, например, в течение нескольких часов бесцельно собирают и разбирают будильник [2, 3, 4, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18].

Наркотическое опьянение снотворными и седативными характеризуется состоянием, похожим на оглушение. Мимика бедная, язык покрыт коричневым налётом. Внимание привлекается с трудом, на вопросы не отвечает или отвечает коротко и не по существу. Речь невнятная, неразборчивая. На начальных этапах опьянения проявляется беспричинное веселье, расторможенность влечений, далее настроение становится агрессивным, а поведение раздражительным. Больные много раз повторяются, становятся назойливыми, навязчивыми. В последующем развивается состояние дисфории или вялость (с возможными мыслями о самоубийстве). Координация движений нарушена, походка валкая, неуклюжая, совершается много ненужных движений. Внешне – глаза полузакрыты, взгляд отсутствующий, нарушено слюно– и потоотделение, на происходящие вокруг события не реагируют или реагируют частично.

Опьянение галлюциногенами характеризуется в первую очередь яркими галлюцинаторными образами и переживаниями. Характер галлюцинаций имеет широкую степень диапазона: от устрашающих, до весёлых, приносящих радость. Поведение больных диктуется содержанием этих галлюцинаций. Больные либо возбуждены, веселы, либо заторможены. Внешне: зрачки расширены, глаза блестят, вокруг носа и рта может быть красная кайма от вдыхания препарата [2, 3, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 15, 17].

Экспресс–тесты для выявления в ор-

ганизме наркотических веществ и их метаболитов в настоящее время принимают всё более широкое распространение. Они используются в медицинских учреждениях, на рабочих местах, внутри семьи. Тесты, как правило, представляют собой бумажную полоску, на которую в определенных местах нанесены химические и белковые составы. Раствор наркотика (например, моча), вступая в реакцию с упомянутыми веществами, вызывает окрашивание в том месте, где происходит заключительная из них. Реакция является иммунохимической, то есть основана на реакции, которая происходит между антигеном и антителом, что говорит о её высокой чувствительности. Так, следы опиатов могут быть обнаружены в течение 5–ти дней с момента употребления наркотика.

В РФ представлены тесты для определения наркотических веществ следующих групп опиатов; кокаина, алкалоидов конопли, некоторых психостимуляторов (в том числе, амфетамина). Для скрининговых исследований возможно использование полосок сразу на несколько групп наркотических веществ, например, тетрагидроканнабиол, опиаты и амфетамин одновременно. [1, 2, 3, 7, 8, 9, 11, 13, 15, 17]

Лабораторные методы диагностики. Более точная диагностика наркотического опьянения, с определением конкретного опьяняющего вещества, достигается путём лабораторного исследования. Существуют различные международные эталоны–каталоги жидкостных хроматограмм, масс–спектров, характерных для различных наркотических веществ. Совершенными на сегодняшний день методами являются тонкослойная, газовая, газожидкостная хроматография и масс–спектрография. При этом возможно одновременное определение нескольких веществ в крови, моче, а так же установление вида, места производств. Высокая точность достигается использованием специально подготовленной сыворотки с Ат к определенному наркотическому веществу, что позволяет применять радиоиммунные, энзимоиммунные и другие иммунологические анализы [5, 6, 10, 12, 14, 15, 17].

Вывод. Таким образом, ранняя и верная диагностика состояния наркотического опьянения является важной частью в выборе тактики лечения и возможного предупреждения формирования наркотической зависимости.

Литература:

1. Анализ взаимосвязи алекситимии и аддиктивного поведения / Щербак Е.А. [и др.] // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2015. –Т. 14, № 1. -С. 91 – 95.
2. Бабаян Э.Л. Наркомании и токсикомании / под ред. Г.В. Морозова., Москва, 1998. – С. 211 – 216.
3. Будневский А.В., Куташов В.А., Хабарова Т.Ю., Ульянова О.В., Захаров О.П. Применение классификационно–прогностического моделирования для выявления и анализа значимости индивидуальных факторов риска развития нервно–психических расстройств. / Будневский А.В. [и др.] // Журнал «Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии». Москва. 2016. – № 3. – С. 37 – 43.
4. Веселовская Н.В., Коваленко А.Е. Наркотики. / Веселовская Н.В., Коваленко А.Е. – М., 2000. – 79 с.
5. Гарановский А.Н. Наркомания / Гарановский А.Н. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2002. – 471 с.
6. Жучков Н.А. Синкопальные рефлекторные и кардиогенные состояния. Особенности диагностики и лечения / Жучков Н.А., Куташов В.А. // Центральный научный вестник. -2016. -Т. 1,№ 4 (4). -С. 17 -20.
7. Зуев А.М. Наркомания и жизнь несовместимы // А.М. Зуев/ ОБЖ. Основы безопасности жизни 2010г. №9 С. 43 – 49.
8. Куташов В.А., Куташов Л.А. Распространенность аффективных расстройств при различных хронических соматических заболеваниях / Куташов В.А., Куташов Л.А. //Системный анализ и управление в биомедицинских системах. -Воронеж, 2006. Т. 5, № 4. – С. 727 – 729.
9. Куташов В.А., Сахаров И.Е. Наркология. Клиника, Диагностика. Лечение. / В.А. Куташов, И.Е. Сахаров Москва–Воронеж – 2016. -982с.
10. Куташов В.А. Изучение клинико–психологических особенностей лиц, употребляющих наркотики / В.А. Куташов // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. -2015. -Т. 14, № 2. -С. -261 – 265.
11. Комиссаров В.С. Современная уголовно–правовая политика в области незаконного оборота наркотических средств, психотропных веществ и их аналогов / В.С. Комиссаров// Вестник Московского университета, Серия 11 – 2008, №2 – С. 35 – 44.
12. Кошелева Т.С. Стойкие психические расстройства вследствие употребления психостимуляторов с амфетаминоподобным действием: автореф. дисс. … канд. мед. наук.– Москва, 2005.– 31 с.
13. Ульянова О.В., Куташов В.А. Современный взгляд на особенности взаимодействий в семьях, где у пациента имеются неврологические или психические расстройства / О.В. Ульянова, В.А. Куташов // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. -2015. -Т. 14, № 3. -С. 663 -665.
14. Ульянова О.В. Основные принципы питания в профилактике заболеваний психоневрологического профиля / О.В. Ульянова // Молодой ученый. -2016. -№ 17 (121). -С. 345 -356.
15. Хабарова Т.Ю., Ульянова О.В., Куташов В.А. Организация процедуры исследования медико–социально–психологических и неврологических характеристик больных с аффективными расстройствами. / Т.Ю. Хабарова, О.В. Ульянова, В.А. Куташов // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. -2015. -Том 14, № 3. -С. 588 -592.
16. Щербак Е.А., Куташов В.А. Взаимосвязь психо–социальных особенностей личности с частотой употребления психоактивных веществ / Щербак Е.А., Куташов В.А. / Системный анализ и управление в биомедицинских системах. -2015. -Т. 14, № 3. -С. 628–631.
17. Щербак Е.А., Щербак А.Н., Куташов В.А. Совершенствование терапии пациентов с аддиктивными расстройствами / Щербак Е.А., Щербак А.Н., Куташов В.А. // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. -2015. -Т. 14, № 1. -С. -44 – 50.
18. Шабанов П.Д. Основы наркологии / Шабанов П.Д. – Санкт–Петербург 2002.– 506 с.

DIAGNOSIS OF DRUG INTOXICATION

E.S. Kogteva

Summary: The article is devoted to the basic methods of diagnosis drug intoxication. It shows the prevalence and importance of early diagnosis of drug intoxication. The article describes the principles of recognition and confirmation of the state of narcotic intoxication by indirect signs, using laboratory methods, and rapid – tests.

Keywords: drug intoxication, rapid tests, laboratory examination, indirect signs of drug intoxication, opium group drugs, psychostimulant substances, cannabis alkaloids, hypnotics and sedatives, hallucinogens.

References:.

1Analysis of the relationship of alexithymia and addictive behavior / E.A. Shcherbak [et al.] // System analysis and control in biomedical systems. - 2015 T. 14, number 1. -P. 91 -95.
2. E.L. Babayan Addiction and substance abuse / ed. G.V. Morozova, Moscow, 1998. -P. 211 -216.
3. Budnevsky A.V., Kutashov V.A., Khabarova T.Y., Ulyanova O.V., Zakharov O.P. Application of classification and predictive modeling to identify and analyze the significance of the individual risk factors for neuropsychiatric disorders. / A.V. Budnevsky [et al.] // Journal "Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry." Moscow. 2016. -№ 3. -P. 37 -43.
4. Veselovskaya N.V., Kovalenko A.E. Drugs. / Veselovskaya N.V., Kovalenko A.E. -M., 2000. -79 p.

5. Garanovsky A.N. Addiction / A.N. Garanovsky -M .: Binom. Knowledge Laboratory, 2002. -471 p.

6. Tipsters N.A., Kutashov V.A. And cardiogenic syncopal reflex state. Diagnosis and treatment / N.A. Tipsters, V.A. Kutashov // Central Scientific Gazette. -2016. -Volume 1, № 4 (4). -S. 17 -20.

7. Zuev A.M. Drug addiction and life are incompatible // A.M. Zuev / life safety. Security Essentials, 2010. -№9. -S. 43 -49.

8. Kutashov V.A., Kutashova L.A. The prevalence of affective disorders in a variety of chronic somatic diseases / V.A. Kutashov, L.A. Kutashov // System analysis and control in biomedical systems. -Voronezh, 2006. -Vol 5, number 4. -S. 727 -729.

9. Kutashov V.A., Sakharov I.E. Narcology. Clinic, diagnostics. Treatment. Moscow-Voronezh -2016. -982 p.

10. Kutashov V.A. The study of the clinical and psychological characteristics of people who use drugs / Kutashov V.A. // System analysis and control in biomedical systems. -2015. -T. 14, № 2. -P. -261 -265.

11. Commissioners V.S. Modern criminal policy in the field of illicit trafficking in narcotic drugs, psychotropic substances and their analogues / V.S. Commissioners // Bulletin of Moscow University, Series 11 -2008, №2 -S. 35 -44.

12. Koshelev T.S. Persistent psychological disorders due to use of psychostimulants to amphetamine action: Author. diss. ... Cand. honey. nauk.- Moscow, 2005.- 31 p.

13 Ulyanova O.V., Kutashov V.A The modern view of the features of interactions in families where the patient has a neurological or mental disorders / O.V. Ulyanova, V.A. Kutashov // System analysis and control in biomedical systems. - 2015. -T. 14, № 3. -S. 663 -665.

14. Ulyanova O.V The basic principles of nutrition in the prevention of neuropsychiatric profile / O.V. Ulyanov // Young scientist. -2016. -№ 17 (121). -S. 345 -356.

15. Khabarova T.Y., Ulyanova O.V., Kutashov V.A Study procedure medical, social and psychological and neurological characteristics of patients with affective disorders. / T.Y. Khabarova, OV Ulyanova, VA Kutashov // System analysis and control in biomedical systems. - 2015. -Volume 14, number 3. -S. 588 -592.

16. Shcherbak E.A., Kutashov V.A. The relationship of psycho-social personality traits with the frequency of substance use / E.A. Shcherbak, V.A. Kutashov / System analysis and control in biomedical systems. -2015. -T. 14, № 3. -S. 628-631.

17. Shcherbak E.A., Shcherbak A.N., Kutashov V.A. Improving the treatment of patients with addictive disorders / E.A. Shcherbak, A.N. Shcherbak, V.A. Kutashov // System analysis and control in biomedical systems. -2015. -T. 14, № 1. -P. -44 -50.

18. Shabanov P.D. Fundamentals of Addiction / P.D. Shabanov -St. Petersburg 2002.- 506 p.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ТАБАКОКУРЕНИЯ

Когтева Е.С.
КУЗ Воронежской области
“Воронежский областной психоневрологический диспансер”
Россия, г. Воронеж

Аннотация. Вопрос о лечении табакокурения является одним из наиболее актуальных для современной медицины и общества в целом. Во всём мире более 1,1 млрд. человек регулярно употребляют табак. Темп роста курильщиков в России является одним из самых быстрых. Ежегодно количество курильщиков увеличивается на 2-5%. По данным статистики, к сожалению, курят 63% мужчин и 30% женщин. Несмотря на это в мире имеются достаточно убедительные примеры эффективной борьбы с курением. Так, в США в настоящее время курит 20,8% взрослых, а в 60–х годах XX века их было 44%, то есть распространенность курения сократилась более чем в 2 раза.

Ключевые слова: абстинентный синдром, заместительная терапия, курение, никотин, Никоретте, табачная зависимость, Чампикс (Варенеклин).

Актуальность проблемы. По данным центра профилактической медицины Росздрава 220 тысяч человек в год умирает от болезней, связанных с курением, при этом 40% смертности от болезней сердечно -сосудистой системы связаны с курением. Смертность от ишемической болезни сердца (ИБС) у курящих в 4-5 раз выше, чем у некурящих. Мужчины, выкуривающие более 25 сигарет в день в 10 -15 раз чаще умирают от острых сердечных приступов; в 5 раз чаще страдают обструктивными заболеваниями лёгких. Курение -основная причина рака лёгких (риск развития повышается в 50 раз). У 11% мужчин табак приводит к развитию импотенции. Курение у женщин является причиной бесплодия (этот показатель в 10 раз выше, чем у некурящих), в 2 раза чаще встречаются аномалии развития плода [1, 2, 3, 5, 6, 9, 10, 14, 15, 16, 17].

В России с 2008 года ратифицирована конвенция по борьбе с курением, с 2013 года вступил в действие ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака». Целью данных мероприятий является снижение доли курильщиков среди взрослого населения до 20%, повышение приверженности населения к здоровому образу жизни, предоставление необходимых медико-социальных услуг для лиц страдающих табачной зависимостью [2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17].

Зависимость от табака развивается чрезвычайно быстро -85 -90% лиц продолжают регулярно курить после первой сигареты. 90% курящих стремятся бросить курить, но 95% из них -не обращаются за медицинской помощью. Успешно избавиться от этого пристрастия удаётся лишь в 3 -5% случаев.

Возврат к курению отмечается у 80% курильщиков в течение 2 -х лет. Выздоровление занимает в среднем 12 месяцев; абстинентный синдром является основной причиной рецидива. Возврату к курению способствуют: высокий уровень стресса, социальная дезадаптация, низкая самооценка, женский пол, высокая толерантность [1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16].

Медикаментозные методы лечения зависимости от табака. К числу наиболее распространенных лекарственных средств, используемых для избавления от курения являются антидепрессанты, нейролептики, транквилизаторы, ноотропы. При решении вопроса об использовании нейролептиков необходимо учитывать соотношение эффективности лекарственного средства и тяжести его побочных эффектов. Лечение антидепрессантами группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) оказывает лишь минимальное воздействие на ежедневное курение, однако может уменьшить депрессивный компонент абстинентного синдрома. Ноотропы (например, ноотропил в течение 12 недель в дозе 50-100 мг) повышают в 2 раза

число бросивших курить в течение года. В качестве вспомогательной терапии используются витамины группы В, витамин С (способствуют купированию явлений абстиненции). Средства, используемые в качестве условно–рефлекторной терапии (апоморфин, эметин) вызывают изменение вкуса табачного дыма, вызывают головокружение, рвоту, в связи с чем закрепляется негативное отношение к курению [2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12].

Никотин - заместительная терапия. К наиболее современным методам лечения относится никотин – заместительная терапия (НЗТ), то есть использование лекарственных средств с более низким содержанием никотина. Их использование позволяет уменьшить выраженность синдрома отмены. В основе лежит постепенное, контролируемое снижение уровня поступающего в организм никотина. Доказана эффективность данной методики (в 2 -3 раза превышающая плацебо). Существует ряд медикаментов с доказанной эффективностью в лечении никотиновой зависимости, и клиницист должен приложить все усилия для их использования пациентами, старающимися отказаться от курения, за исключением случаев, когда имеются медицинские противопоказания или речь идет об особых группах, в которых данные об эффективности недостаточны (беременные, употребляющие жевательный и нюхательный табак, малокурящие и подростки) [4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 15, 16].

НЗТ достоверно увеличивает вероятность длительного отказа от курения. Никотин -замещающие средства представлены в нескольких никотинсодержащих фармакологических формах: жевательная резинка; пластырь; никотиновый ингалятор; леденцы; назальный спрей [2, 4, 5, 6, 15, 16].

Наиболее распространенным препаратом этой группы является **Никоретте**, представленный в виде жевательной резинки и трансдермальной терапевтической системы (ТТС) [2, 3, 4, 5, 6, 8, 11, 13, 14, 16].

Одна жевательная резинка Никоретте (Nicorette) представлена в двух дозировках: содержащая 10 мг никотин -полимерного комплекса, что соответствует содержанию никотина 2 мг, а также содержащая 20 мг никотин - полимерного комплекса, что соответствует содержанию никотина 4 мг. Используется для уменьшения симптомов отмены при полном отказе от курения; при временном отказе или для снижения количества выкуриваемых сигарет; у тех, кто не может полностью отказаться от курения. Никоретте показывает особую эффективность в отношении уменьшения раздражительности, тревоги, дисфории и соматических проявлений абстинентного синдрома [3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17].

Используется жевательная резинка в зависимости от выраженности пристрастия: если пациент выкуривает 20 и менее сигарет в день, то рекомендовано использование жевательной резинки с 2 мг никотина. В случае употребления более 20 сигарет в день используется дозировка в 4 мг.

Никоретте используется во всех случаях, когда возникает непреодолимое желание курить. Резинку следует медленно жевать до появления резкого вкуса, затем жевание прекратить и поместить резинку за десну к внутренней стороне щеки. После исчезновения неприятного вкуса жевание необходимо возобновить. За 1 приём используют только одну жевательную резинку. При полном отказе от курения используют в среднем 8 -12, но не более 15 жевательных резинок в день. Постоянное использование продолжается в течение 3х месяцев. Далее постепенно снижают дозу жевательных резинок. При употреблении 1 -2 резинок от них стоит совсем отказаться [4, 5, 6, 8, 9, 12, 13, 15, 17].

Для сокращения количества выкуриваемых сигарет жевательную резинку используют в эпизодах между курением, для удлинения интервала между выкуриваемыми сигаретами. Жевательную резинку можно использовать периодами, когда необходимо временно отказаться от курения [3, 5, 6, 7, 8, 11, 14, 15, 17].

Если через 6 недель не удалось добиться снижение количества выкуриваемых сигарет, то необходимо дополнительно проконсультироваться у специалиста. Пациент должен бросить курить, когда он будет готов, но не позднее, чем через 6 месяцев после начала лечения. Если эффект в течение 9 месяцев отсутствует, то необходимо проконсультироваться у специалиста. Не рекомендуется использовать жевательную резинку более 12 месяцев.

Побочные эффекты обычно отмечаются в течение первых 3– 4 недель и являются дозозависимыми: раздражение и боль в горле, сухость во рту или слюнотечение, тошнота, слабость, головная боль, боль в жевательных мышцах.

Трансдермальная терапевтическая система (ТТС) Никоретте представляет собой пластырь 10см 2; 20см 2; 30см 2, что соответствует содержанию 5мг; 10мг; 15 мг. никотина. Лечение начинают с одного пластыря 30 см 2, который наклеивают утром и удаляют перед сном. Длительность терапии определяется индивидуально, но не менее 3-х месяцев. Затем заместительная терапия постепенно отменяется: в течение следующих 2-3-х недель переходят на пластырь 20 см 2, на конечном этапе терапии -10 см 2. Общее время использования не должно превышать 6месяцев [3, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 16].

Возможно комбинироанное применение жевательной резинки и ТТС. ТТС обеспечивает постепенный, стабильный уровень никотина, а жевательная резинка используется дополнительно по мере необходимости.

Никотиновый аэрозоль облегчает отказ от курения, снижает раздражительность, чувство голода, но эффективен, как правило, только в течение первой недели. Может быть использован для кратковременного отказа от курения. Противопоказаниями к использованию НЗТ являются: заболевания сердечно -сосудистой системы, такие как острый инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, нарушения ритма, неконтролируемая гипертензия; для жевательной резинки -обострение язвенной болезни желудка, стоматит, зубные протезы [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17].

Чампикс (Варенеклин). Таблетки, содержащие 500 мкг или 1 мг варенеклина. Варениклин — агонист Н -холинорецепторов, обладающий высокой аффинностью и селективностью к α4β2 подтипам рецепторов. Степень активации Н -холинорецепторов вареникlином ниже, чем никотином -высвобождается на 40 -60% меньше дофамина, чем в ответ на никотин. Это обеспечивает курящему чувство комфорта без симптомов абстиненции в отсутствии никотина, не приводя при этом к развитию зависимости от препарата. Обладая большим сродством к рецепторам, по сравнению с никотином, варениклин блокирует для него возможность соединения с рецепторами, проявляя тем самым свойства антагониста. При курении на фоне приема вареникlина уровень дофамина дополнительно не повышается, что не приводит к получению удовольствия, и потребность в курении снижается.

Перед началом лечения пациент выбирает конкретный день прекращения курения. Прием препарата назначают за 1 -2 недели до этой даты. В течение первых трех дней принимают 500 мкг 1 раз в день; 4 -7день -500 мкг 2 раза в день; далее по 1 мг 2 раза в день. Курс лечения составляет 12 недель. Большинству пациентов удается прекратить курить в первые 2 недели лечения. На сегодняшний день данных об эффективности дополнительного курса лечения после двенадцати недель терапии у больных, которым не удалось бросить курить во время первого курса, и у больных возобновивших курение - нет [3, 4, 5, 6, 8, 11, 12, 14, 15, 17].

Отрицательные эффекты, возникающие во время отказа от курения на фоне лечения Варенеклином могут проявляться в виде дисфории, депрессии, бессонницы, увеличение массы тела, однако чаще всего побочное действие препарата представлено тошнотой, головной болью, сонливостью и повышением аппетита [1, 4, 5, 6, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 17].

После внедрения в клиническую практику вареникlина в мае 2006 года стали появляться сообщения о том, что лечение им никотиновой зависимости у пациентов с психиатрическими заболеваниями в стабильном состоянии может приводить к обострению психотических симптомов, появлению маниакальных и гипомания-

кальных симптомов или суицидальных идей в первые несколько дней лечения. В мае 2008 года по предписанию Администрации по контролю за качеством лекарственных средств и продуктов США в инструкцию к препарату было внесено дополнение о необходимости обращения внимания на возможность изменения настроения, поведения или обострения предшествующих психиатрических заболеваний на фоне или вскоре после завершения курса лечения варениклином и о необходимости информирования о таких проявлениях своего врача [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17].

Выводы. В связи с чрезвычайно высокой распространенностью табакокурения в РФ и низкими результатами по самостоятельному преодолению табачной зависимости знание основных средств, используемых для медикаментозного лечения табачной зависимости, является одной из первостепенных задач для врача-нарколога.

Современные медикаментозные способы лечения табакокурения

Литература:

1. Будневский А.В., Ульянова О.В, Захаров О.П., Хабарова Т.Ю., Куташов В.А. Применение классификационно -прогностического моделирования для выявления и анализа значимости индивидуальных факторов риска развития нервнопсихических расстройств /А.В. Будневский [и др.] // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2016. №3. / С. 37 -42.

2. Инджикян С.М. Неврология и психиатрия / С.М. Инджикян //. Москва, 2009 -Стр. 545– 550, 846– 851

3. Комплексное лечение табачной зависимости и профилактика хронической обструктивной болезни легких, вызванной курением / А. Г. Чучалин [и др.] // Профилактика заболевания и укрепление здоровья – 2003 – С.44—50.

4. Куташов В.А., Щербак Е.А., Заложных П.Б., Захаров О.П. Анализ аффективных нарушений у пациентов в клинике нервных и внутренних болезней / В.А. Куташов [и др.] // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2015. – Т.14. -№2 – С. 242 -245.

5. Куташов В.А., Припутневич Д.Н., Алексеева Д.Н., Хабарова Т.Ю. Диагностика и лечение зависимости от курительных смесей типа «SPICE» / В.А. Куташов [и др.] // В.: Издательство ВГМУ, 2015. -31 с.

6. Куташов В.А., Сахаров И.Е. Наркология. Клиника, Диагностика. Лечение. / В.А. Куташов, И.Е. Сахаров. Москва–Воронеж – 2016. -982с.

7. Куташов В.А., Сахаров И.Е. Неврология и психиатрия детского возраста/ В.А. Куташов И.Е. Сахаров// В.: Издательство ВГМУ, 2015. -703 с.

8. Куташов В.А., Рыженина Ю.Е. Взаимосвязь социальных особенностей личности с частотой употребления каннабиноидов растительного происхождения среди кандидатов на службу в органы внутренних дел / Куташов В.А., Рыженина Ю.Е. // Молодой ученый. -2015. -№ 17. -С. 52 -56.

9. Сахарова Г.М., Вредное воздействие табакокурения на здоровье и подходы к лечению табачной зависимости / Г.М. Сахарова, Н.С. Антонов // Справочник поликлинического врача, 2008 – С.14—15.

10. Стратегия профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Российской Федерации. Москва 2009; С.1—24.

11. Ульянова О.В. Основные принципы питания в профилактике заболеваний психоневрологического профиля / О.В. Ульянова // Молодой ученый. – 2016. – №17 (121). – С.345– 356.

12. Ульянова О. В. Глютен и целиакия как факторы риска развития нейродегенеративных заболеваний. Этиология, патогенез, клиника и основные пути профилактики / О.В. Ульянова // Молодой ученый. -2016. -№ 18 (122). -С. 141 -145.

13. Ульянова О. В. К вопросу о рациональном питании пациентов психоневрологического профиля / О.В. Ульянова // Молодой ученый. -2016. -№ 19 (123). -С. 184 -187.

14. Ульянова О.В., Куташов В.А. Современный взгляд на особенности взаимодействия в семьях, где у пациента имеются неврологические или психические расстройства / О.В. Ульянова, В.А. Куташов // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2015. – Т.14 №3. – С.663 -665

15. Хабарова, Т.Ю., Ульянова О.В., Куташов В.А. Организация процедуры исследования медико -социально -психологических и неврологических характеристик больных с аффективными расстройствами / Т.Ю. Хабарова, В.А. Куташов, О.В. Ульянова // Системный анализ и управление в биомедицинских ситемах. – 2015. Т14, №3. – С. 588 -592

16. Щербак Е.А., Куташов В.А. Взаимосвязь психосоциальных особенностей личности с частотой употребления психоактивных веществ/ Е.А. Щербак, В.А. Куташов // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2015. – Т.14, №3. – С. 628 -631.

17. Щербак Е.А., Щербак А.Н., Куташов В.А. Совершенствование терапии пациентов с аддиктивными расстройствами / Е.А. Щербак, А.Н. Щербак, В.А. Куташов // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2015. – Т.14 – №1. – С.44 – 50.

DRUG TREATMENT OF SMOKING

Kogteva E.S.

Annotation. The issue of the treatment of tobacco is one of the most relevant to modern medicine and society as a whole. Worldwide, more than 1.1 billion. Regularly consume tobacco. The growth rate of smokers in Russia is one of the fastest. Every year, the number of smokers increased by 2-5%. According to statistics, 63% of the smoking male and 30% female. Despite this, in the world there are enough convincing examples of effective tobacco control. For example, in the United States currently smoke 20.8% of adults and 60– ies of XX century, there were 44%, that is, the prevalence of smoking has declined by more than 2 times.

Keywords: withdrawal, replacement therapy, smoking, nicotine, Nicorette, tobacco dependence, varenicline (Vareneklin).

References:

1. Budnevsky A.V., Ulyanova O.V., Zakharov O.P., Khabarova T.Y., Kutashov V.A. Application of classification – predictive modeling to identify and analyze the significance of the individual risk factors for neuropsychological disorders /A.V. Budnevsky [et al.] // Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery. – 2016. №3. / S. 37 -42.

2. Indjikian S.M. Neurology and Psychiatry / S.M. Indjikian // Moscow, 2009 – Page. 545– 550, 846– 851

3. Kutashov V.A., Shcherbak E.A., Zalozhnev P.B., Zakharov O.P. Analysis of affective disorders in patients in the clinic of internal diseases of nerve and / V.A. Kutashov [et al.] // System analysis and control in biomedical systems. – 2015. – T.14. – №2 – S. 242 – 245.

4. Kutashov V.A., Priputnevich D.N., Alekseyev D.N., Khabarova T.Y. Diagnosis and treatment depending on the type of smoking mixtures «SPICE» / V.A. Kutashov [and others.] // In .: VGMU Publisher, 2015. – 31 p.

5. Complex treatment of tobacco dependence and prevention of chronic obstructive pulmonary disease caused by smoking / A.G. Chuchalin [et al.] // Disease prevention and health promotion – 2003 – S.44– 50.

6. Kutashov V.A., Sakharov I.E. Narcology. Clinic, diagnostics. Treatment. / V.A .Kutashov, I.E. Sakharov. Moscow– Voronezh – 2016. – 982 s.

7. Kutashov V.A., Sakharov I.E. Neurology and Psychiatry of Childhood / V.A. Kutashov, I.E. Sakharov // In.: VGMU Publishing, 2015. – 703 p.

8. Kutashov V.A., Ryzhenina Y.E. The relationship of social personality traits with the frequency of use plant– derived cannabinoids among the candidates to serve in the bodies of internal affairs / Kutashov V.A., Ryzhenina Y.E. // Young scientist. – 2015. – № 17. – S. 52 – 56.

9. Sakharov G.M., harmful effects of smoking on health and the approaches

to the treatment of tobacco dependence / G.M. Sakharov, N.S. Antonov // Directory outpatient physician, 2008 – S.14– 15.

10. Strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases and injuries in the Russian Federation. Moscow 2009; S.1– 24.

11. Ulyanova O.V. The basic principles of nutrition in the prevention of neuropsychiatric profile / O.V. Ulyanova // Young scientist. – 2016. – №17 (121). – S.345– 356.

12. Ulyanova O.V. Gluten and celiac disease as risk factors for the development of neurodegenerative diseases. Etiology, pathogenesis, clinical and basic ways of preventing / O.V. Ulyanova // Young scientist. – 2016. – № 18 (122). – P. 141 – 145.

13. Ulyanova O.V. On the question of a balanced diet patients neuropsychiatric profile / O.V. Ulyanova // Young scientist. – 2016. – № 19 (123). – S. 184 – 187.

14. Ulyanova O.V., Kutashov V.A. The modern view of the features of interaction in families where the patient has a neurological or mental disorders / O.V. Ulyanova, V.A. Kutashov // System analysis and control in biomedical systems. – 2015. – №3 T.14. – S.663 – 665

15. Khabarova T.Y., Ulyanova O.V., Kutashov V.A. Study medical procedures – socio – psychological and neurological characteristics of patients with affective disorders / T.Y. Khabarova, V.A. Kutashov, O.V. Ulyanova // System analysis and control in biomedical redundant system. – 2015, T14, №3. – P. 588 – 592

16. Shcherbak E.A., Kutashov V.A. The relationship of psychosocial personality traits with the frequency of substance use / E.A. Shcherbak, V.A. Kutashov // System analysis and control in biomedical systems. – 2015. – T.14, №3. – S.628 – 631

17. Shcherbak E.A., Shcherbak A.N., Kutashov V.A. Improving the treatment of patients with addictive disorders / E.A. Shcherbak, A.N. Shcherbak, V.A. Kutashov // System analysis and control in biomedical systems. – 2015. – T.14 – №1. – S.44– 50

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОСТИМУЛЯТОРАМИ

Красников А.Н.,Куташов В.А., Ульянова О.В.
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

Аннотация. Все психостимуляторы, независимо от фармакологической группы (эфедрин, кокаин, кофеин и другие) - это разрушающий тело и душу допинг. Они имеют две общие черты: резко усиливают обмен веществ, в том числе - в головном мозге; резко увеличивают частоту сердечных сокращений (ЧСС) и ведут к повышению артериального давления (АД). При этом энергия, необходимая для активизации жизненных систем, черпается из резервных запасов организма. Сами же резервы при использовании психостимуляторов не успевают восстанавливаться. Рассмотрены основные виды психостимуляторов и их воздействие на психику человека.

Ключевые слова: зависимость, кокаин, кофеин, лечение, психостимуляторы, психические функции, психосоматические осложнения, передозировка, синдром Турéтта, синдроме дефицита внимания и гиперактивности, эфедрин.

Актуальность. Для всех психостимуляторов (особенно при внутривенном введении) характерен особый режим наркотизации. Он напоминает алкогольные запои. Если наркотиков много, или денег для их приобретения достаточно и больной не хочет - или не способен - уменьшить дозы, то он начинает принимать «зелье» в возрастающих количествах через прогрессивно меньшие промежутки времени. В конце «запоя» интервалы между инъекциями могут составлять всего 20 минут. При этом на коже больного появляется огромнейшее количество следов от уколов, что легко принять за дерматологические проявления кори. Такой «запой» продолжается несколько суток, причем все это время больной не спит. Но ресурсы организма неизбежно истощаются, и наступает момент, когда очередная доза уже не может вызвать прежнее стимулирующее действие. Наркоман засыпает на сутки - двое. Просыпается разбитым, вялым, подавленным и раздраженным. Наркотиков в это время не хочется - он должен просто восстановить силы. Несколько суток он приходит в себя, а после этого цикл повторяется сначала.

В результате злоупотребления любыми психостимуляторами быстро наступает дефицит жизненных ресурсов организма, вследствие резкого повышения обмена веществ. Это проявляется похуданием, общим истощением, старением кожи. Такие больные напоминают узников концлагерей. При регулярном использовании стимуляторов серьезно повреждается сердечно - сосудистая система. В первую очередь возникают тяжелые аритмии. Довольно часто наблюдается смерть от остановки сердца. Часто развиваются дистрофии миокарда; острый инфаркт миокарда (ОИМ). Конечно, человеку, имеющему общее истощение и дистрофию миокарда, трудно не только жить в обществе, но и просто передвигаться [4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 20, 21, 22].

Характерные изменения психического состояния лиц, употребляющих психостимуляторы.

В фазе наркотического опьянения больные чрезвычайно энергичны. Наркоманы называют это состояние **«шустряк»** - они не могут сидеть на месте, хотя редко доводят до логического окончания начатые дела. В результате длительной наркотизации психостимуляторами развиваются тяжелые депрессии, психотические состояния, на почве которых больные совершают бессмысленные, непонятные, а часто - трагические поступки (например, самоубийства) через свое сниженное и подавленное настроение [3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 20, 21, 22].

Бывают психозы и другого типа. Хорошее настроение фазы опьянения может измениться тревожностью, настороженностью и болезненной подозрительностью. Возникают эти состояния настолько часто, что у наркоманов существует для них специальное жаргонное название - «измена» (врачи называют это емким определением “параноид”). Психозы сопровождаются галлюцинациями и бредом. Больным кажется, что за ними следят, собираются убить, ограбить или арестовать. Вследствие этого они пытаются убежать, защититься. Поскольку защищаются иногда с ножом, а убегают через окно пятого этажа, несчастий из-за «измены» бывает очень много [2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 19, 20, 21, 22].

Есть еще один тип психозов, приводящий к смерти больных. Порой на высоте интоксикации им кажется, что они могут летать, и они действительно пытаются полететь - с верхних этажей зданий [4, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 20, 21, 22].

Существуют специфические для отдельных психостимуляторов осложнения. До недавнего времени наиболее распространенным из этого типа наркотиков был эфедрон. **Эфедрон** изготовляют кустарно из эфедрина или лекарств, содержащих эфедрин. В технологии его приготовления наркоманы используют уксусную кислоту и калия перманганат. Для хронической интоксикации солями марганца характерно развитие слабоумия и параличей

нижних конечностей, особенно стоп, проявления синдрома паркинсонизма [1, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 19, 20, 21].

Осложнения при употреблении **экстази** изучаются около 10 лет, но уже накоплено достаточно опыта, чтобы относиться к ним серьезно. Большая часть смертей, вызванных экстази, связанная с перегревом и тепловым нападением. Экстази вызывает потребность постоянно двигаться. Настроение в основном эйфорическое, а вследствие повышенной взаимоиндукции может развиваться состояние массового экстаза со склонностью к неконтролируемым действиям. Интенсивная физическая нагрузка и стимуляция обменных процессов приводит к повышению температуры тела. Вместе с экстази интенсивная нагрузка нарушает терморегуляцию, сужает сосуды кожи и уменьшает теплоотдачу.

Осложнения приема психостимуляторов: развивается психическая зависимость, бессонница, анорексия, раздражительность. При хроническом злоупотреблении возможно возникновении **стимуляторного психоза**. У психически больных психостимуляторы способны провоцировать обострение психотической симптоматики. В частности, амфетамин может вызывать обострение позитивной симптоматики у больных шизофренией. Также психостимуляторам свойственно вызывать ухудшение течения синдрома Туретта.

При регулярном использовании стимуляторов серьезно страдает сердечно - сосудистая система (дистрофия миокарда и токсический миокардит). В первую очередь возникают тяжелые аритмии. У наркоманов весьма часта смерть от остановки сердца. Достоверно чаще, чем у других людей, у них бывают ОИМ - и случаются они в молодом возрасте. Очень частым осложнением являются тромбофлебиты - как вследствие частых инъекций, так и в силу нарушений в свертывающей системе крови у использующих психостимуляторы (даже тех, кто не вводит наркотики внутривенно) [3, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22].

Рассмотрим основные последствия и осложнения злоупотребления психостимуляторами.

Психостимуляторы и их описание. Метамфетамин (сокращенно от N- метил- альфаметилфенилэтиламин) - производное амфетамина, белое кристаллическое вещество. Метамфетамин является психостимулятором с чрезвычайно высоким потенциалом к формированию зависимости, в связи, с чем отнесён к наркотическим веществам.

Метилфенидат (лат. Methylphenidatum, действующее вещество: метилового эфира фенила- пиперидилуксусной кислоты гидрохлорид.

Кофеин (матеин, гуаранин)— алкалоид пуринового ряда, бесцветные или белые горькие кристаллы. Является психостимулятором, содержится в кофе, чае и многих прохладительных напитках.

Никотин - сильнодействующий нейротоксин и кардиотоксин, особенно ядовитый для насекомых; вследствие этого никотин раньше широко использовался как инсектицид, а в настоящее время - в том же качестве продолжают использоваться производные никотина - такие, как, например, имидаклоприд.

Таким образом, к психостимуляторам относятся не только лекарственные препараты, но также и наркотические и давно вошедшие в обиход вещества, такие как никотин и кофеин [1, 2, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22].

Метамфетамин обладает двумя основными действиями: периферическое - метамфетамин химически (структурно) схож с адреналином, поэтому оказывает сильное адреномиметическое действие на периферическую нервную систему - сужает периферические сосуды, повышает артериальное давление (АД), ускоряет сердцебиение, вызывает расширение зрачков, повышает функциональную активность скелетных мышц, особенно при утомлении. Это воздействие связано с активацией симпатической системы. Центральное - на центральную нервную систему (ЦНС) метамфетамин оказывает сильное и длительное психостимулирующее воздействие [1, 2, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22].

При хроническом употреблении наиболее частыми последствиями являются тромбофлебит, тромбоз вен. Также развиваются психические расстройства, связанные с истощением нервной системы (астения, неврозы), депрессии, психозы (с бредовой и/или галлюцинаторной симптоматикой). Согласно МКБ 10, вызываемые первичными психические и поведенческие расстройства относятся к категории F15 [4, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22].

Метилфенидат - препарат ранее применялся как слабый психостимулятор при астенических состояниях; повышенной утомляемости; при коррекции синдрома дефицита внимания, а также при угнетении нервной системы, вызываемом антипсихотическими препаратами. В настоящее время в странах, где медицинское применение препарата разрешено, используется при синдроме дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), высоко социализированных формах аутизма, как, например, синдром Аспергера; ортостатической тахикардии; нарколепсии; апатии; последствиях инсульта и ожирении. Также препарат применяется при терапии метамфетаминовой зависимости [4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 21].

Передозировка: при передозировке препарата возможны конвульсии, гипертермия, тахикардия, потеря аппетита, возникновение галлюцинаций, гипервозбудимость, эмоциональная неуравновешенность, мидриаз (сильное расширение зрачков), эпилептические припадки и головные боли. При передозировке препарата в несколько раз — интенсивные галлюцинации, сопоставимые с галлюцинациями от кокаина, артериальная гипертония, внутричерепные кровоизлияния, разрушение кровеносных сосудов и повреждение головного мозга. При хроническом злоупотреблении метилфенидат может привести к психозу [1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 22].

Кофеин - в основе психостимулирующего действия кофеина лежит его способность подавлять активность центральных аденозиновых рецепторов (A1 и A2) в коре головного мозга и подкорковых образованиях ЦНС. В настоящее время показано, что аденозин (промежуточный продукт метаболизма АТФ) выполняет в ЦНС роль нейромедиатора, агонистически влияя на аденозиновые рецепторы, расположенные на цитоплазматических мембранах нейронов. Возбуждение аденозином аденозиновых рецепторов I вида (A1) вызывает в клетках головного мозга уменьшение образования цАМФ, что в конечном итоге приводит к угнетению их функциональной активности. Блокада A1- аденозиновых рецепторов способствует прекращению тормозного действия аденозина, что клинически проявляется повышением умственной и физической работоспособности. Однако кофеин не обладает избирательной способностью блокировать только A1 - аденозиновые рецепторы головного мозга, а также блокирует и A2 - аденозиновые рецепторы. Доказано, что активация A2 - аденозиновых рецепторов (скорее всего, пресинаптических гетерорецепторов) в ЦНС сопровождается подавлением функциональной активности D2 дофаминовых рецепторов. Блокада кофеином A2 - аденозиновых рецепторов способствует восстановлению функциональной активности D2 дофаминовых рецепторов, что также вносит вклад в психостимулирующий эффект препарата [1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 21].

При передозировке развиваются следующие симптомы: кофеин в дозах более 300 мг в сутки (в том числе на фоне злоупотребления кофе - более 4 чашек натурального кофе по 150 мл) может вызвать состояние тревоги, головную боль, тремор, спутанность сознания, экстрасистолию [3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 17, 21].

Никотин - несмотря на сильную токсичность, при употреблении в малых дозах (при табакокурении) никотин действует как психостимулятор. Никотиновое воздействие на настроение различно. Вызывая выброс глюкозы из печени и адреналина (эпинефрина) из мозгового вещества надпочечника, он вызывает возбуждение. С субъективной точки зрения это проявляется ощущениями расслабленности, спокойствии и живости, а также умеренно - эйфорическим состоянием [1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22].

Вывод. В результате длительного приема психостимуляторов развиваются тяжелейшие депрессии, которые достигают степени психоза - то есть заставляют больных совершать нелепые, необъяснимые, зачастую и трагические поступки (самоубийства) из-за своего сниженного и подавленного настроения. Во время опьянения наркоманы так взвинчены и напряжены, что хорошее настроение может смениться тревогой, настороженностью и болезненной подозрительностью. Психозы, вызванные психостимуляторами, могут быть "отставленными" или "рецидивирующими", то есть возникать даже через продолжительное время после прекращения их употребления.

Таким образом, пациенты, относящиеся к данной группе, нуждаются в постоянном контроле. Методы лечения должны включать в себя не только фармакотерапевтический подход, но и нейропсихологическую коррекцию и рациональное питание.

Литература:

1. Ахрамейко А.В., Куташов В.А. Современные аспекты лечения героиновой зависимости / Ахрамейко А.В., Куташов В.А. // Молодой ученый. - 2015. - № 23 (103). - С. 309 - 316.
2. Будневский А.В., Ульянова О.В, Захаров О.П., Хабарова Т.Ю., Куташов В.А. Применение классификационно - прогностического моделирования для выявления и анализа значимости индивидуальных факторов риска развития нервнопсихических расстройств /А.В. Будневский [и др.] // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2016. №3. / С. 37 - 42.
3. Воробьевский О.И. Журнал «Известия Российского государственного педагогического университета имени А.И.Герцена» / О.И. Воробьевский// № 40 - Т16 - 2007.
4. Гасанов, Э. Антинаркотизм: Международные тенденции и проблемы / Э. Гасанов // Законность. - 1996. - №8. - С.2.
5. Долгополова Т.В., Куташов В.А. Алкогольные поражения нервной системы / Долгополова Т.В., Куташов В.А. // Молодой ученый. - 2015. - № 21 (101). - С. 269 - 274.
6. Каменева Н.Н., Куташов В.А. Современный подход к лечению токсической алкогольной энцефалопатии / Н.Н. Каменева, В.А. Куташов Молодой ученый. 2015. - № 19. - С. - 274 - 277.
7. Кесельман Л.Е. Социальное пространство наркотизма / Л.Е. Кесельман М.Г. Мацкевич // СПб.: Медицинская пресса, 2001. - 272 с.
8. Куташов В.А., Припутневич Д.Н., Алексеева Д.Н.. Хабарова Т.Ю. Диагностика и лечение зависимости от курительных смесей типа «SPICE» / В.А.Куташов [и др.] // В.: Издательство ВГМУ, 2015. - 31 с.
9. Куташов В.А., Сахаров И.Е. Наркология. Клиника, Диагностика. Лечение. / В.А. Куташов, И.Е. Сахаров. Москва–Воронеж – 2016. - 982с.
10. Куташов В.А., Сахаров И.Е. Неврология и психиатрия детского возраста/ В.А. Куташов И.Е. Сахаров// В.: Издательство ВГМУ, 2015. - 703 с.
11. Куташов В.А. Изучение клинико - психологических особенностей лиц, употребляющих наркотики / В.А. Куташов // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. - 2015. - Т. 14, № 2. - С. - 261 – 265.
12. Куташов В.А., Рыженина Ю.Е. Взаимосвязь социальных особенностей личности с частотой употребления каннабиноидов растительного происхождения среди кандидатов на службу в органы внутренних дел / Куташов В.А., Рыженина Ю.Е. // Молодой ученый. - 2015. - № 17. - С. 52 - 56.
13. Куташов В.А., Хабарова Т.Ю. Клинико - психологические особенности выявления суицидального риска у пациентов с болезнями зависимостей / В.А. Куташов, Т.Ю.Хабарова // Молодой ученый. - 2015. - № 14. - С. 69 - 73.
14. Кушнарева Г. Цена экстаза — смерть. Приморье захлестывает эпидемия наркомании / Г. Кушнарева // Владивосток - 1997. - С. 8
15. Медицинские, социальные и экономические последствия наркомании и алкоголизма / Е.А. Кошкина [и др.] // М.: ПЕР СЭ, 2008. – 288с.
16. Наркологическая помощь населению Российской Федерации / В.Ф. Егоров [и др.] // М.: НИИ наркологии МЗ России, 1998. - 126 с.
17. Ульянова О.В. Основные принципы питания в профилактике заболеваний психоневрологического профиля / О.В. Ульянова // Молодой ученый. – 2016. №17 (121). – С.345 - 356.
18. Ульянова О. В. Глютен и целиакия как факторы риска развития нейродегенеративных заболеваний. Этиология, патогенез, клиника и основные пути профилактики / О.В. Ульянова // Молодой ученый. - 2016. - № 18 (122). - С. 141 - 145.
19. Ульянова О. В. К вопросу о рациональном питании пациентов психоневрологического профиля / О.В. Ульянова // Молодой ученый. - 2016. - № 19 (123). - С. 184 - 187.
20. Ульянова О.В., Куташов В.А. Современный взгляд на особенности взаимодействия в семьях, где у пациента имеются неврологические или психические расстройства / О.В. Ульянова, В.А. Куташов // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2015. – Т.14 №3. – С.663 - 665
21. Хабарова, Т.Ю., Ульянова О.В., Куташов В.А. Организация процедуры исследования медико - социально - психологических и неврологических характеристик больных с аффективными расстройствами / Т.Ю. Хабарова, В.А. Куташов, О.В. Ульянова // Системный анализ и управление в биомедицинских ситемах. – 2015. Т14, №3. – С. 588 - 592.
22. Щербак Е.А., Куташов В.А. Взаимосвязь психосоциальных особенностей личности с частотой употребления психоактивных веществ/ Е.А. Щербак, В.А. Куташов // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2015. – Т.14, №3. – С. 628 - 631.

Сведения об авторах:

Красников Андрей Николаевич, e-mail: krasnikov197@gmail.com

Куташов Вячеслав Анатольевич - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и неврологии ИДПО ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, kutash@mail.ru

Ульянова Ольга Владимировна - к.м.н., доцент кафедры психиатрии и неврологии ИДПО ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, alatauo8@mail.ru

EFFECTS AND COMPLICATIONS OF ABUSE PSYCHOSTIMULANTS

A.N.Krasnikov, Kutashov V.A., Ulyanova O.V.
FGBOU in VGMU them. N.N. Burdenko

Summary: All psychostimulants, regardless of pharmacological group (ephedrine, cocaine, caffeine, etc.) - it destroys the soul and body doping. They have two things in common: dramatically increase metabolism, including the brain; dramatically increase the heart rate and raise blood pressure. The energy required for the activation of vital systems, drawn from the reserve stocks of the organism. Themselves reserves using psychostimulants do not have time to recover. The main types of stimulants and their impact on the human psyche.

Keywords: dependence, cocaine, caffeine, treatment, complications, psychostimulants, mental functions, effects, overdose, Tourette's syndrome, ephedrine.

References:

1. Ahrameyko A.V., Kutashov V.A. Modern aspects of treatment of heroin addiction / Ahrameyko A.V., Kutashov V.A // Young scientist. – 2015. – № 23 (103). – S. 309 – 316.
2. Budnevsky A.V., Ulyanova O.V., Zakharov O.P., Khabarova T.Y., Kutashov V.A. Application of classification – predictive modeling to identify and analyze the significance of the individual risk factors for neuropsychological disorders /A.V.

Budnevsky [et al.] // Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery. – 2016. №3. / P. 37 - 42.

3. Vorobyevsky O.I. The magazine "News of Herzen Russian State Pedagogical University" / O.I. Vorobyevsky // number 40 – T16 – 2007.

4. Hasanov E. Antinarkotizm: International trends and challenges / E. Hasanov // legality. – 1996. – №8. – C.2.

5. Dolgopolova T.V., Kutashov V.A. Alcohol damage to the nervous system / Dolgopolova T.V., Kutashov V.A. // Young scientist. – 2015. – № 21 (101). – P. 269 – 274.

6. Kameneva N.N., Kutashov V.A. Modern approach to the treatment of alcohol toxic encephalopathy / N.N. Kamenev, V.A. Kutashov young scientist. 2015. – № 19. – C – 274 – 277.

7. Kesselman L.E. Social space narkotizma / L.E. Kesselman, M.G. Mackiewicz // SPb.: Medical Press, 2001. – 272 p.

8. Kutashov V.A., Priputnevich D.N., Alekseyeva D.N., Khabarova T.Y. Diagnosis and treatment depending on the type of smoking mixtures «SPICE» / V.A. Kutashov [et al.] // In.: Publisher VSMU 2015. – 31 p.

9. Kutashov V.A., Sakharov I.E. Narcology. Clinic, diagnostics. Treatment. / V.A. Kutashov, I.E. Sakharov. Moscow–Voronezh – 2016. – 982 s.

10. Kutashov V.A., Sakharov I.E. Neurology and Psychiatry of Childhood / V.A. Kutashov, I.E. Sakharov // In.: VGMU Publishing, 2015. – 703 p.

11. Kutashov V.A. The study of the clinical and psychological characteristics of people who use drugs / V.A. Kutashov // System analysis and control in biomedical systems. – 2015. – T. 14, № 2. – C – 261 – 265.

12. Kutashov V.A., Ryzhenina Y.E. The relationship of social personality traits with the frequency of use plant– derived cannabinoids among the candidates to serve in the bodies of internal affairs / Kutashov V.A., Ryzhenina Y.E. // Young scientist. – 2015. – № 17. – S. 52 – 56.

13. Kutashov V.A., Khabarova T.Yu. Clinical – psychological characteristics to identify suicide risk in patients with dependencies / V.A. Kutashov, T.Yu. Habarova // Young scientist. – 2015. – № 14. – S. 69 – 73.

14. Mr. Kushnarev ecstasy Price – death. Primorye sweeping epidemic of drug addiction / G. Kushnareva // Vladivostok – 1997. – S. 8

15. Medical, social and economic consequences of drug and alcohol abuse / E.A. Koshkin [et al.] // M.: PER SE, 2008. – 288 s.

16. Drug treatment of the Russian Federation / V.F. Egorov [et al.] // M .: Addiction Research Institute Russian Ministry of Health, 1998. – 126 p.

17. Ulyanova O.V. The basic principles of nutrition in the prevention of neuropsychiatric profile / O.V. Ulyanova // Young scientist. – 2016. №17 (121). – P.345 – 356.

18. Ulyanova O.V. gluten and celiac disease as risk factors for the development of neurodegenerative diseases. Etiology, pathogenesis, clinical and basic ways of preventing / O.V. Ulyanov // Young scientist. – 2016. – № 18 (122). – S. 141 – 145.

19. Ulyanova O.V. On the question of a balanced diet patients neuropsychiatric profile / O.V. Ulyanova // Young scientist. – 2016. – № 19 (123). – S. 184 – 187.

20. Ulyanova O.V., Kutashov V.A. The modern view of the features of interaction in families where the patient has a neurological or mental disorders / O.V. Ulyanova, V.A. Kutashov // System analysis and control in biomedical systems. – 2015. – №3 T.14. – S.663 – 665.

21. Khabarova T.Y., Ulyanova O.V., Kutashov V.A. Study medical procedures – socio – psychological and neurological characteristics of patients with affective disorders / T.Y. Khabarova, V.A. Kutashov, O.V. Ulyanova // System analysis and control in biomedical redundant system. – T14 2015, №3. – S. 588 – 592

22. Shcherbak E.A., Kutashov V.A. The relationship of psychosocial personality traits with the frequency of substance use / E.A. Shcherbak, V.A. Kutashov // System analysis and control in biomedical systems. – 2015. – T.14, №3. – S.628 – 631.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭНДОГЕННЫХ И ИНТОКСИКАЦИОННЫХ (СОЛЕВЫХ) ПСИХОЗОВ

Пятаева И.В.
КУЗ Воронежской области «Воронежский областной психоневрологический диспансер
Куташов В.А., Хабарова Т.Ю.
кафедра психиатрии и неврологии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко,
Россия, г. Воронеж

Аннотация: статья посвящена проблеме дифференциальной диагностики эндогенных и «солевых» психозов. Предпринята попытка наметить общее и частное при патопсихологическом исследовании больных шизофренией, употребляющих наркотики и «солевых» наркоманов.

Ключевые слова: синтетические наркотики, нарушения мышления, изменения личности, психоз, «спайс», «соль».

Актуальность проблемы: В связи с тем, что клиническая картина эндогенных психозов имеет много общего с клиникой «солевых» психозов, актуален вопрос о дифференциальной диагностике данных психических расстройств. Своевременность и правильность постановки диагноза влияет на лечение, коррекцию и реабилитацию пациентов.

Гипотеза: ПАВ синтетического происхождения могут вызывать интоксикационные психозы с шизофренической симптоматикой у зависимых личностей. ПАВ синтетического происхождения могут манифестировать эндогенные заболевания у лиц, определенного психического склада. Общим является обнаружение нарушений мыслительной сферы. Возможно формирование различных изменений личности.

Методы исследования: клиническая беседа, наблюдение, анализ анамнестических и клинических данных, эксперимент — патопсихологическое исследование.

Актуальной проблемой современной психиатрии и медицинской психологии является дифференциальная диагностика эндогенных и интоксикационных психозов.

Последнее время Россию наводнили принципиально новые наркотики, не требующие для своего изготовления растительного сырья, т.е. синтетические наркотики. Самые распространенные курительные смеси JWH (спайс, трава, зелень, план, книга, журнал и др) являются синтетическими аналогами каннабиноидов, но в разы сильнее по токсическому действию. Еще более мощное губительное действие оказывают синтетические наркотики МДПВ (соль, скорость, свист и т.д.). «Соли» до недавнего времени

не входили в список запрещенных ПАВ. Пути введения наркотических веществ на данный момент просты (их нюхают, реже курят, разводят в жидкости и пьют, вводят через вену). Химическую основу составляли вещества типа JWH-0,18, 250, 317. Свое название получили по первым буквам имени запатентовавшего их создателя JohnW.Huffman – профессора кафедры химии Клемсонского университета штата Южная Каролина, США. Синтетические аналоги марихуаны создавались для лечения тошноты, глаукомы, стимулирования аппетита и др. Большинство из них лекарствами так и не стали, но обнаружили свойства наркотиков, превышающие свои растительные аналоги. Синтетические наркотики, в отличие от растительных, в организме не метаболизируются, т. е. не разрушаются и очень медленно выводятся. По мнению ряда авторов, полностью никогда не выводятся из организма. Синтетические наркотики образуют чрезвычайно прочную связь с каннабиноидными рецепторами сразу обоих типов. Первый тип С1 локализован преимущественно в головном и спинном мозге и участвует в регуляции процессов движения, памяти, формирования эмоций, болевой чувствительности, а также вегетативных функций организма. Второй тип — С2 локализуется на клетках иммунной и репродуктивной системы. В результате воздействия синтетики на каннабиноидные рецепторы первого типа (С1) грубо нарушается интеллект. При употреблении солей человек стремительно деградирует, что имеет необратимые последствия.

С 2010 года наблюдается стремительный рост количества острых отравлений синтетическими наркотиками. При тяжелой интоксикации развивается острый психоз и нарушение жизненно-важных функций, порой приводящих к летальному исходу. Процент летального исхода значительно выше, чем при передозировках опиатами.

Острые психозы, спровоцированные потреблением ПАВ мало чем отличаются от эндогенных психозов по клинике. Отмечается галлюцинаторная, бредовая симптоматика, состояние возбуждения, дурашливости, изменение скорости и качества речевой продукции, эмоциональная неадекватность, агрессивность, ярко выраженная тревога с бредовыми идеями преследования, значительное ускорение темпа мышления, сочетающееся с монологичностью речи, разорванностью. На первый план выступает бред преследования, слуховые и зрительные галлюцинации. Психическое состояние таких пациентов характеризуется выраженным психомоторным возбуждением и агрессией. На выходе из острого состояния наблюдается амнезия перенесенного в психозе.

В результате даже кратковременного приема ПАВ страдает мыслительная сфера. Ф.З.Сиафетдинова в работе «Изменение познавательных процессов у наркозависимых лиц» описала такие нарушения мышления, как «ментизм» (непроизвольный, непрерывный и неуправляемый поток мыслей); неоправданная «обстоятельность мышления» (мышление становится вязким, малоподвижным); функциональная ригидность мышления; аутизм. Наркозависимым свойственно суженое мышление, которое связано с наркотическими интересами [1,2].

Обследование проводилось у лиц, вышедших из психоза. Мужчины в возрасте до 25 лет (21 пациент) впервые, попавшие в психиатрический стационар Воронежского областного психоневрологического диспансера, отд. № 1. В анамнезе и направлении имелись сведения об употреблении ПАВ. В психологическом эксперименте у «солевых» наркоманов, перенесших психоз, выявляются следующие данные. Ассоциативная сфера (методика «Пиктограммы») характеризуется продуцированием неадекватных ассоциаций на фоне преобладания конкретных, сверхконкретных и атрибутивных образов. Часто отмечается вычурная фрагментарность, атипическая стереотипия. Графические характеристики отражают напряженность и наличие сверхценных идей (резидуальные). Композиция образов свидетельствует о трудности планирования и контроля собственных действий. Выявляется ригидность ассоциативной сферы мышления (множественный выбор образов). Ассоциативное запоминание, как правило, снижено существенно. Операциональная сфера мышления (понимание пословиц, сопоставление фраз с пословицами, исключение 4-го лишнего, классификация предметов и др.) характеризуется не только снижением процессов абстрагирования и обобщения, но и искажением процесса обобщения. Пословицы трактуют конкретно, абстрактно и неадекватно. Часто выявляется качественная неравномерность мышления (качество ответов не зависит от уровня сложности стимульного материала). Чистое снижение процессов абстрагирования и обобщения по органическому типу, как например у наркоманов, употребляющих героин, встречается редко. Присоединяется искажение процесса обобщения с актуализацией латентных признаков (эпизодически). Также выявляются нарушения по типу резонерства, соскальзывания и разноплановости. Данные нарушения мыслительной сферы встречаются более чем в 90% случаев. Искажение процесса обобщения, патологические феномены разноплановости, соскальзывания и резонерства высоко специфичны для психических расстройств эндогенного характера. Данные нарушения мышления описаны при шизофрении такими авторами, как В.М.Блейхер, С.Я. Рубинштейн, Б.В.Зейгарник [2,3].

Исследование эмоционально-волевой сферы (ММР1, Люшер, ДДЧ) у лиц с зависимостью от ПАВ выявляет преимущественно: зависимую структуру, выраженную эмоциональную незрелость, низкий самоконтроль, недостаточный прогноз последствий собственных действий, широкие формальные контакты, экстрапунитивный тип реагирования, эмоциональную неустойчивость, эгоцентризм, склонность к аффективным реакциям, протест против конвенциальных норм, примитивные защиты по типу «лживость». В клинической беседе такие пациенты не признавались в употреблении ПАВ. Говорили: «Попробовал один раз, случайно нашел закладку» и т. д. Рассказывали о «глюках», которые быстро прошли. Критика в отношении потребления ПАВ была формальная. Группа из 10 пациентов — 47,6%

Пациенты, у которых ПАВ спровоцировал развитие эндогенного расстройства (8 пациентов - 38,08%), выявлено своеобразие восприятия и модуса поведения, неспособность приспособиться к конвенциальным нормам в силу особенностей личности. Асоциальные поступки совершаются в результате недоразумений. В клинической беседе переживания полностью не раскрывали, неохотно и частично рассказывали о психотической симптоматике. По психическому статусу были несколько заторможенные, опрятными формально, эмоционально вялыми. Выход из психоза был более длительный — до двух месяцев. При этом были критичны в отношении употребления ПАВ, но не критичны в отношении внутренних переживаний [4,5].

Были также пациенты, не обнаруживающие столь явных изменений личности, относящихся к той или иной группе лиц.

Вывод. Таким образом, можно говорить о подтверждении гипотезы: ПАВ синтетического происхождения вызывают как интоксикационные психозы с психотическими симптомами, так и манифестируют эндогенные расстройства. При этом нарушения мышления в первой и второй группе могут быть идентичными. Возможно формирование различных изменений личности. В дальнейшем предстоит выяснить не только качественные, но и количественные показатели, характерные для пациентов, перенесших психотические состояния, связанные с ПАВ.

Литература:

1. Блейхер, В.М. Патопсихологическая диагностика / В.М. Блейхер, И.В. Круг. – Киев,1986.

2. Диагностика и лечение зависимости от курительных смесей типа “spice” / В.А. Куташов [и др.]. – Воронеж, 2015.

3. Зейгарник, Б.В.. Нарушения мышления. Патопсихология: Хрестоматия. 2-е изд., испр. и доп / Б.В. Зейгарник. - М.: Когито-центр, 2000. -289 с.

4. Повышение качества медицинской помощи населению / И.Э. Есауленко [и др.]. - Воронеж, 2011.

5. Сиафетдинова, Ф.З.Изменения

познавательных процессов и личности у наркозависимых лиц / Ф.З. Сиафетдинова. – Казань, 2012

Сведения об авторах:

Ирина Викторовна Пятаева— медицинский психолог высшей категории Воронежского областного психоневрологического диспансера, корпус №1, e-mail: pyataevai@inbox/ru.

Вячеслав Анатольевич Куташов – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и неврологии ИДПО Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко.

Татьяна Юрьевна Хабарова – к.п.н., доцент кафедры психиатрии и неврологии ИДПО Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ENDOGENOUS AND SUBSTANCE-INDUCED (SALT) PSYCHOSIS

Piataeva I. V., Kutashov V. A., Khabarova T. Y.

Abstract: the article is devoted to the problem of differential diagnosis of endogenous and “salt” of psychosis. An attempt was made to outline the General and the particular in pathopsychological study of patients with schizophrenia who use drugs and the “salt” of the drug.

Key words: synthetic drugs, impaired thinking, personality changes, psychosis, “spice”, “salt”.

References:

1. Bleicher, V. M. Pathopsychological diagnostics / V. M. Bleicher, I. V. a Circle. – Kiev,1986.
2. Diagnosis and treatment of dependence on Smoking mixtures of the type “spice” / V. A. Kutasov [and others]. – Voronezh, 2015.
3. Zeigarnik, B. V.. human thinking. Psychopathology: A Reader. 2-e Izd., Rev. and DOP / BV Zeigarnik. - M.: Kogito-Tsentr, 2000. -289 S.
4. Improving the quality of medical care / Esaulenko I. E. [and others]. - Voronezh, 2011.
5. Saifetdinova, F. Z. Changes of cognitive processes and personality in drug addicts / F. Z. Saifetdinova. – Kazan, 2012

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛИЗМА

Ржевская Н.К.
к.м.н., заместитель главного врача по клинико-экспертной работе
ОГКУЗ «Белгородская областная клиническая психоневрологическая больница», г. Белгород
Куташов В.А.
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

Аннотация. Подростковый алкоголизм включает формирование признаков первой стадии в возрасте до 18 лет. Существует мнение, что этот алкоголизм протекает всегда злокачественно. Однако в большинстве случаев признаки зависимости появляются только после 3 5 ти лет пьянства. В подростковом возрасте чаще приходится сталкиваться с первой стадией алкоголизма, вторая стадия встречается редко, а третья стадия вообще не успевает развиться. Поэтому алкогольные психозы в этом возрасте также нечасты, если только выпивки несочетаются с приемом других психоактивных средств. Социальная дезадаптация наступает быстро, иногда еще до первых признаков алкоголизма. Алкоголизм в пожилом возрасте, если пьянство в этом же возрасте началось, развертывается относительномедленно. Однако соматические осложнения выступают рано и само старение ускоряется.

Ключевые слова: алкоголизм, наркология, подростковый алкоголизм, поздний алкоголизм, возрастные особенности.

Начавшееся в подростковом возрасте злоупотребление алкоголем к 18 годам в 18-20 % случаев приобретает болезненный характер, т. е. приводит к формированию алкоголизма. Однако клинические признаки заболевания можно обнаружить и в подростковом периоде. Чаще всего это признаки первой стадии алкоголизма. Они заключаются в патологическом влечении к алкоголю, повышении толерантности, изменении картины опьянения, появлении алкогольных палимпсестов, вегетативной дистонии. Патологическое влечение к алкоголю начинает рано доминировать в психической жизни подростка, грубо деформируя его личность. Алкогольное опьянение быстро приобретает дисфорический характер. Палимпсесты (фрагменты очень смутных, едва проступающих в сознании, почти стертых воспоминаний, относящихся к миновавшему состоянию опьянения, хотя оно внешне могло проявляться относительно упорядоченным поведением) могут изредка возникать и в доболезненном периоде злоупотребления алкоголем; о начале болезни свидетельствует их учащение или регулярный характер. Вегетодистония проявляется в преобладании симпатикотонии (тахикардия, потливость, чувство жара) [1].

Эта симптоматика отличается нестойкостью и склонностью к быстрому обратному развитию, включая и явление толерантности к алкоголю, если злоупотребление алкоголем прекращается. Не упомянут симптом утраты количественного контроля, имеющий большое диагностическое значение в клинической картине алкоголизма первой стадии у взрослых. У подростков количественный (да и ситуационный) контроль изначально отсутствует, поскольку потребление спиртного осуществляется ими чаще всего коллективно, когда члены компании индуцируют друг друга, стараясь демонстрировать свои возможности и стремясь непременно поглотить весь запас напитков.

Вторая стадия алкоголизма наблюдается у подростков редко, так как формирование ее главного признака - ААС затруднено. Похмельные расстройства, составляющие наряду с влечением к алкоголю основу этого синдрома, имеют мимолетный характер, что, по-видимому, связано с большими компенсаторными возможностями молодого организма. Если же ААС возникает, то в его структуре преобладают депрессивно-дисфорические, диссомнические и астенические нарушения. Спустя 3-5 дней они проходят, оставляя после себя надолго (до 2 месяцев) патологическое влечение к алкоголю, которое не встречает никакого внутреннего сопротивления и полностью подчиняет себе поведение подростка [5]. В этих случаях требуются длительное стационарное лечение и терпеливая разнообразная психотерапия.

В целом течение алкоголизма у подростков не поддается единой оценке. Если заболевание развивается на неблагоприятной преморбидной основе (эпилептоидный или неустойчивый тип),

то оно протекает злокачественно. С другой стороны, половина из тех лиц, у кого в подростковом возрасте был диагностирован алкоголизм I стадии, спустя 10 лет не имела признаков заболевания. Это может свидетельствовать либо о гипердиагностике алкоголизма у подростков либо о его регредиентном характере [6].

Факторами риска злокачественного течения алкоголизма у подростков, по данным различных авторов, являются генетическая предрасположенность (наследственная отягощенность); органическое поражение головного мозга (черепно-мозговые травмы, нейроинфекции и др.); психопатические черты (преимущественно неустойчивого или эпилептоидного типа); социальные факторы (неблагополучная семья, педагогическая запущенность, влияние окружения с антисоциальным поведением и др.) [3].

Особенности подростково-юношеского алкоголизма [2]:

1. Типичным для современного подросткового алкоголизма является начало с приема легких спиртных напитков. Термин «пивной алкоголизм», с точки зрения наркологов, не имеет права на существование, тем не менее злоупотребление пивом наблюдается достаточно часто, что связано с его относительной доступностью. К пиву вскоре начинают добавлять крепкие напитки, а также используют пиво для утреннего опохмеления, тем самым форсируя формирование синдрома зависимости от алкоголя. Помимо пива широкое распространение в молодежной среде получили слабоалкогольные коктейли - «баночный алкоголизм».

2. Среднесуточное количество употребляемых легких алкогольных напитков в пересчете на чистый этанол превышает таковое у злоупотребляющих крепкими напитками. Это может способствовать быстрому переходу аддиктивного поведения в алкоголизм или иной вид зависимости (при сочетанном употреблении алкоголя и наркотиков).

3. Подростки, злоупотребляющие именно легкими спиртными напитками, в большинстве случаев имеют опыт употребления «легких» наркотиков или других ПАВ.

4. С самого начала имеет место анозогнозия. Патологическое влечение к алкоголю не встречает никакого внутреннего сопротивления (отсутствует борьба мотиваций) и полностью подчиняет себе поведение подростка. Многодневное пьянство наблюдается еще до развития абстинентного синдрома.

5. Отсутствует с самого начала злоупотребления алкоголем количественный и ситуационный контроль - пьют из-за бравады «до отключения». В связи с этим частыми являются тяжелые алкогольные интоксикации.

6. На фоне нарастающей толерантности нередко наблюдаются атипичные формы опьянения с палимпсестами.

7. Алкогольный абстинентный синдром, характеризующийся преобладанием психических расстройств (астенических, депрессивных, дисфорических) над соматоневрологическими, отличается кратковременностью, но иногда может быть затяжным.

8. Отсутствуют отчетливые переходы одной стадии алкоголизма в другую. Изменения личности с заметными интеллектуально-мнестическими нарушениями могут опережать появление признаков похмельного синдрома.

9. Среди злоупотребляющих алкоголем подростков доминируют гипертимные, истероидные и эпилептиоидные личности, особенности характера которых позволяют им занимать лидирующие позиции в группе и вовлекать в употребление алкоголя и других ПАВ своих ровесников.

10. Стираются половые различия в особенностях алкоголизма между юношами и девушками. Число юношей среди злоупотребляющих легкими спиртными напитками снижается, а девушек - увеличивается, что свидетельствует о вероятности роста женского алкоголизма в будущем.

В противоположность подростковому алкоголизм, дебютировавший в пожилом возрасте, развивается, как правило, на фоне разнообразной соматической отягощенности. Это ведет к утяжелению симптоматики постинтоксикационных и абстинентных расстройств, появлению «органической окраски» клинической картины и к быстрому развитию алкогольной психической деградации. Прекращение профессиональной деятельности, потеря друзей и близких, одиночество, часто сопутствующие пожилому возрасту, крайне неблагоприятно сказываются на прогнозе заболевания, в частности на возможности добиться устойчивой ремиссии. Однако патологическое влечение к алкоголю у многих больных пожилого возраста отличается сравнительно небольшой интенсивностью. В этих условиях играют сдерживающую роль опасения за здоровье, тягостные состояния похмелья, снижение толерантности к алкоголю Они становятся мотивами, успешно конкурирующими с патологическим влечением к алкоголю. В результате формирование алкоголизма и его дальнейшее течение отличаются медленным темпом. Таким образом, одни и те же обстоятельства обусловливают весьма разные варианты течения алкоголизма в пожилом возрасте. Это связано с особенностями преморбида и степенью наследственной отягощенности алкоголизмом. Благоприятное течение заболевания, в частности, отмечено у преморбидно-стеничных лиц и при малой наследственной отягощенности [5].

Злоупотребление алкоголем среди пожилых людей часто называют «скрытой» проблемой, что обусловлено целым рядом фактором, затрудняющих ее идентификацию: 1) Большинство пожилых людей не охотно признают факт злоупотребления алкоголем. 2) Многие пожилые люди социально изолированы, что усложняет диагностику связанных с алкоголем проблем. 3) Врачи и социальные работники редко расспрашивают пожилых людей о их отношении к алкоголю, полагая, что такого рода проблемы в большей степени касаются молодых людей. Кроме того, многие врачи пессимистически оценивают вероятность того, что пожилые люди способны поменять свой жизненный стереотип и отказаться от алкоголя. 4) Проблемы, связанные с алкоголем у пожилых людей могут маскироваться такими типичными для пожилого возраста нарушениями как депрессия, бессонница, нарушение сознания [4].

К особенностям симптоматики поздно начавшегося алкоголизма относятся дисфорические и эксплозивные состояния в опьянении, обилие диэнцефальных расстройств в структуре ААС, эмоциональные нарушения - депрессия, тревога, лабильность настроения, слезливость, ипохондричность, мнестические расстройства при отсутствии явных признаков нравственно-этического снижения. Токсические эффекты алкоголя в сочетании с инволюционными изменениями в головном мозге приводят к быстрому прогрессированию психоорганического синдрома. Разумеется, эти особенности характеризуют лишь большинство больных, но не позволяют исключить индивидуальных проявлений психической патологии [6].

Таким образом, алкоголизм, дебютирующий в пожилом возрасте, характеризуется относительно благоприятным типом течения, что связано с низкой интенсивностью первичного патологического влечения к алкоголю и невысокой толерантностью. У больных алкоголизмом в пожилом возрасте рано появляются соматические осложнения, постинтоксикационные и абстинентные состояния утяжеляются, в них присутствует «органическая окраска». Алкоголизм в юношеском возрасте характеризуется быстрым привыканием к алкоголю, резкой расторможенностью в состоянии опьянения с антисоциальными поступками, быстрым нарастанием характерологический изменений личности психопатоподобного типа, быстрым развитием соматических и неврологических осложнений.

Литература:

1. Гофман А. Г. Клиническая наркология. М.: Миклош, - 2003. – 215с.

2. Надеждин А.В. Возрастные особенности наркологических заболеваний// Руководство по наркологии /Под ред. Н.Н. Иванца. М., Медпрактика-М, 2002. Т. 1. С. 408-422.

3. Пятницкая И. Н., Найденова Н. Г. Подростковая наркология: Руководство для врачей. М.: Медицина, 2002. - 256с.

4. Разводовский Ю.Е. Медико-социальные аспекты алкоголизма. - Град-

но, 2005.- 128 с.
5. Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В. Д. Менделевича. СПб.: Речь, 2007.—768 с.
6. Руководство по психиатрии / Под ред. А.С.Тиганова. - М.: Медицина, 1999. – Т.2.– 784с.

Сведения об авторе:
Ржевская Наталья Константиновна – к.м.н., заместитель главного врача по клинико–экспертной работе ОГКУЗ «Белгородская областная клиническая психоневрологическая больница», г. Белгород, e–mail: rzhevskaya_nk@mail.ru

Куташов Вячеслав Анатольевич - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и неврологии ИДПО ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко. kutash@mail.ru

AGE FEATURES OF ALCOHOLISM

N.K. Rzhevskaya, V.A. Kutashov

Summary: Teenage alcoholism involves forming signs of the first stage at the age of 18 years. It is believed that this alcoholism runs always malignant. However, in most cases depending signs appear only after May 3 years of alcoholism. At teens often have to deal with the first step alcoholism, the second stage is rare, and the third stage of the general no time to develop. Therefore, alcoholic psychoses at this age also infrequent unless booze incongruous with the use of other psychoactive substances. Social maladjustment comes quickly, sometimes even before the first alcoholism signs. Alcoholism in the elderly, when drinking the same age began deploying unfolding relatively slowly. But medical complications are the early and accelerated aging itself.

Key words: alcoholism, addictology, teenage alcoholism, a late alcoholism, age features.

References:
1. Hofmann AG Clinical addictology. M .: Miklos, - 2003. - 215c.
2. Nadezhdin AV Age features of substance abuse // Guide to Addiction / Ed. NN Ivanets. M. Medpraktika-M, 2002. T. 1. P. 408-422.
3. JH Pyatnitskaya, Naydenova NG Teenage addictology: A Guide for Physicians. M .: Medicine, 2002. - 256s.
4. Razvodovsky YE Medical and social aspects of alcoholism. - Grodno, 2005.- 128 p.
5. Guide addictology / Ed. prof. VD Mendelevich. SPb .: Rech, 2007.-768 with.
6. Guide to Psychiatry / Ed. A.S.Tiganova. - M .: Medicine, 1999. - T.2.- 784s.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ХРОНИЧЕСКОЙ ИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ У ДЕТЕЙ

Самарина В.А.
Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Аннотация. Данная статья посвящена определению факторов риска возникновения хронической иммунной тромбоцитопении у детей.

Ключевые слова: детская иммунная тромбоцитопения (ИТП), тромбоцитопения, хроническая ИТП, антитромбоцитарные АТ, внутривенный иммуноглобулин, средний объем тромбоцитов.

Детская иммунная тромбоцитопения (ИТП) - редкое аутоиммунное заболевание, характеризующиеся изолированной тромбоцитопенией (количество тромбоцитов периферической крови‹100 × 109/л)[1]. Тромбоцитопения может приводить к формированию кровоподтёков, петехиям, пурпуре и кровотечениям из слизистых (например, носовым, из дёсен при чистке зубов). Обширное кровотечение в форме тяжёлого желудочно-кишечного кровотечения, гематурии и внутричерепного кровоизлияния встречается намного реже. Хотя пурпура может обозначать тромбоцитопению, она также происходит при нормальном количестве тромбоцитов вследствие дисфункции тромбоцитов и сосудистых нарушений.

У большинства детей ИТП развивается после перенесения вирусной инфекции.В настоящее время хроническая ИТП определяется как тромбоцитопения‹100 × 109/л продолжительностью ›12 месяцев [1]. У 20% - 25% детей свпервые диагностированной ИТП будет развиваться хроническая форма заболевания.

Цель данного обзора: Определить клинические и лабораторные факторы риска развития хронической ИТП.

Задачами данного обзора является оценка статей посвященных этой теме.В систематический обзор было включено 53 статьи, в которых были выделены клинические, терапевтические и лабораторные факторы риска развития хронической ИТП у детей [2].

Патофизиология ИТП[3].

В развитии ИТП ведущую роль играют антитела (АТ), направленные против узкого спектра гликопротеинов (GP) поверхности тромбоцитов и мегакариоцитов. Основной мишенью, против которой направлены антитромбоцитарные АТ, является GPIIb/IIIa, реже встречаются анти-GPIb/IX-АТ и еще реже – АТ, направленные против других антигенов поверхности тромбоцитов. В течение многих лет считалось, что основным звеном патофизиологического механизма ИТП является продукция В-лимфоцитами и плазматическими клетками антитромбоцитарных АТ, однако сегодняшние представления являются значительно более сложными. Показано, что В-лимфоциты, продуцирующие анти-GPIIb/IIIa-АТ, характеризуются узким репертуаром реаранжированных легких цепей иммуноглобулинов и, следовательно, происходят от ограниченного количества В-клеточных клонов. Кроме того, доказано, что для продукции анти-GPIIb/IIIa-АТ В-лимфоцитами необходимо присутствие GPIIb/IIIa-специфичных Т-хелперов, которые активируют синтез анти-GPIIb/IIIa-АТ при распознавании не самого нативного белка GPIIb/IIIa, а его фрагментов. GPIIb/IIIa является иммунодоминантным антигеном и GPIIb/IIIa-специфичные Т-хелперы присутствуют в крови у всех здоровых людей. Это прямо указывает на то, что главную роль в поддержании толерантности по отношению к тромбоцитам играют периферические механизмы. Более того, показано, что тромбоциты пациентов с ИТП экспрессируютлиганд CD40, что способствует синтезу антитромбоцитарныхауто-АТ В-лимфоцитами. Таким образом, в качестве основного патофизиологического механизма ИТП сегодня рассматривается срыв периферической толерантности с последующей активацией продукции антитромбоцитарных АТ

Клинические предикторы.

В результате анализа 25 статей было выявлено, что к хронической форме ИТП более предрасположены девочки [4].

В 18 статьях проанализирован средний возраст на момент постановки диагноза ИТП. Хроническая форма заболевания развивалась у детей в возрасте ≥8

лет [5].

На основании 5 статей, которые были посвящены клиническому течению болезни, определено, что хроническая форма ИТП развивалась у пациентов с постепенным началом ИТП.

В 14 исследованиях проанализировано влияние лечения ВВИГ (внутривенный иммуноглобулин)и риска развития хронической ИТП [6]. В результате у больных получавших ВВИГ хроническая форма ИТП встречалась реже.

Лабораторные измерения

Среднее количество тромбоцитов на момент постановки диагноза было рассчитано в 12 статьях. Хроническая форма была обнаружена у детей с уровнем тромбоцитов ≥10 × 109/л и в 6 исследованиях с тромбоцитами ≥ 20 × 109/л [7].

В 2-х исследованиях определялся средний объем тромбоцитов (MPV). И было выявлено, что у больных с MPV ›8.0 фл значительно чаще встречается хроническая ИТП.

Вывод: Детская ИТП является гетерогенным заболеванием, как в отношении патофизиологии, так и в отношении клинического течения.В результате систематического обзора были выделены предикторы, которые, предположительно, связаны с исходом детской ИТП. К ним относится возраст, пол, клиническое течение заболевания, предшествующие инфекции, количество тромбоцитов на момент постановки диагноза, лечение ВВИГ. Таким образом, опираясь на эти данные, мы можем выявить пациентов с повышенным риском развития хронической формы ИТП.

Литература:

1. Ahmed S, Siddiqui AK, Shahid RK, Kimpo M, Sison CP, Hoffman MA. P rognosticvariablesinnewlydiagnosed childhoodimmunethrombocytopeni a. Am J Hematol 2004;77(4):358-362. CrossRefMedlineGoogleScholar

2. Akbayram S, Dogan M, Ustyol L, et al. The clinical outcome of 260 pediatric ITP patients in one center. ClinApplThrombHemost. 2011;17(6):E30-E35.

3. Alexander M, van den Bogaert N, FonduP . [Prognosis and treatment of idiopathic thrombocytopenic purpura in children]. ArchFrPediatr 1976;33(4):329-345.

4. Beck CE, Nathan PC, Parkin PC, Blanchette VS, Macarthur C. Corticosteroids versus intravenous immune globulin for the treatment of acute immune thrombocytopenic purpura in children: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Pediatr2005;147(4):521-527. CrossRefMedlineGoogleScholar

5. Kühne T, Buchanan GR, Zimmerman S, et al; Intercontinental Childhood ITP Study Group, Intercontinental Childhood ITP Study Group. A prospective comparative study of 2540 infants and children with newly diagnosed idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) from the Intercontinental Childhood ITP Study Group. J Pediatr 2003;143(5):605-608. CrossRefMedlineWebofScienceGoogleScholar

6. Rodeghiero F, Stasi R, Gernsheime T, et al. Standardizationofterminology, d efinitionsandoutcomecriteriainimmune thrombocytopenic purpura of adults and children: report from an international working group. Blood 2009;113(11):2386-2393.Abstract/FREE Full TextGoogle Scholar

7. А.А.Масчан, А.Г.Румянцев // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии, 2010, т. 9, №1, с. 5–13

8. Патент на изобретение RUS 2166923 16.12.1999

9. Патент на изобретение RUS 2199300 27.06.2000

10. Т.Н., Свиридова Воспалительные заболевания кишечника и аутоиммунная патология печени: на перекрестe проблем / Свиридова Т.Н., Алексеев Н.Ю., Судаков О.В., Сухова М.В. // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2013. Т. 12. № 4. С. 1004-1007.

Сведения об авторе:

Самарина Виталина Андреевна – студентка 6 курса педиатрического факультета ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко МЗ РФ. E-mail:sama-vita@yandex.ru

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ

ШевченкоА.А.
БУЗ ВО «Острогожская РБ»,Россия г.Острогожск
Куташов В.А., Шульга А.С.
кафедра психиатрии и неврологии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, Россия, г. Воронеж

Аннотация. Данная статья посвящена распространенности, клинике, диагностике и лечению больных аутизмом в детском возрасте. В статье описаны виды аутизма, а также влияние аутизма у детей на качество жизни и дальнейший прогноз.

Ключевые слова: аутистические расстройства,аутизм

Актуальность проблемы. В настоящее время аутистические расстройства у больных детей с аутизмом стали встречаться достаточно часто, в связи с чем, детский аутизм стал актуальной проблемой в психиатрии.

По данным последних исследований, среди 10 000 детей и подростков в возрасте от 4 до 15 лет аутизм встречается у 4 – 5 человек. Соотношение мальчиков и девочек составляет примерно 3:1. [1]Это доказывает статистика заболеваемости, своевременная диагностика, лечение и впоследствии инвалидизация детей. Однако, раннее выявление аутизма пытались лечить рядом медикаментозных средств, таких как антипсихотические препараты, стимуляторы, антидепрессанты, антиконвульсанты и витамины, ни одно из них не оказывается успешным при устранении первичных симптомов аутизма.[2], тем самым аутизм – состояние своеобразного недоразвития, его следует не лечить, а развивать имеющиеся ресурсы психики. В связи с тем, что при аутизме основную симптоматику составляют поведенческие нарушения, то именно они в первую очередь требуют коррекции.[3].

На сегодняшний день, имея проблему заболеваемости детей аутизмом различного генеза, возраста, как одну из трудно поддающейся коррекции лекарственными препаратами мы можем классифицировать следующим образом, для облегчения дальнейшего лечения и коррекции поведенческих нарушений.

I. Детский аутизм эндогенного генеза

1.1 синдром Каннера (эволютивно-процессуальный,классический вариант детского аутизма)

1.2 Инфантильный аутизм (конституционально- процессуальный) в возрасте от 0 до 12-18 месяцев

1.3 Детский аутизм (процессуальный):

А) в возрасте до 3 лет (при ранней детской шизофрении, инфантильном психозе);

Б) в возрасте 3-6 лет (при ранней детской шизофрении, атипичном психозе)

1. Синдром Аспергера (конституциональный)

II. Аутистическиподобные синдромы

при ограническом поражении ЦНС

III.Аутистическиподобные синдромы при хромосомных, обменных и других нарушениях

IV. Синдром Ретта (неуточненного генеза)

V. Аутистическиподобные синдромы экзогенного генеза

VI. Аутизм неясного генеза[4]

Клинические проявления: Болезненным проявлением аутизма не предшествует период нормального развития. Начальная симптоматика выявляется до 3-летнего возраста.

Наиболее постоянные и характерные проявления детского аутизма:

-нарушение социального взаимодействия,т.е расстройство общения

-речь и язык - у половины аутистов речь никогда не развивается, у тех же у кого она появляется, развивается медленно. Наиболее частое нарушение- эхолалия, отставленная эхолалия.

- симптом тождества – обозначенность сохранить неизменность своего окружения

- страхи

- аутостимуляция – проявляется в однообразных повторных действиях (стереотипии)

- самоповреждающее поведение – проявляется в виде ударов головой о стены, мебель, в виде укусов предплечья

-игра – либо не играют вовсе,либо однообразно манипулируют тем, что попадает в руки

- неразвитость инстинкта самосохранения

-моторика – у 40% детей –аутистов нарушен мышечный тонус. Их психомоторное развитие отличается увеличением периода между временем обучения стояния и началом ходьбы.[3].

Вышеперечисленные симптомыявляются, как одни из часто встречающихся при аутистическом расстройстве и не могут ограничиваться присутствием других проявлений, т.кмы не должны забывать про аутистические расстройства при хромосомных, обменных нарушениях, а также аутизм неясного генеза.

Диагностика: Каждый врач должен уметь диагностировать аутизм, учитывая данные анамнеза, а также наблюдение за ребенком в различных ситуациях.

При опросе родителей надо учитывать следующее:

-ребенок избегает прикосновение и сближение

- не улыбается в ответ, не реагирует на звуки

- не проявляет интереса к другим детям

- играет в одиночестве, с неодушевленными предметами использует их не по назначению

- речь либо не развивалась, либо отмечалась выраженная задержка речевого развития

- речевые нарушения

Речевые нарушения можно выявить при помощи стандартизированных опросах и шкал наблюдения.

- Опрос для диагностики аутизма, адаптированный вариант
- Шкала наблюдения для диагностики аутизма
- Шкала наблюдения для диагностики аутизма – общий вариант
- Шкала рейтинга детского аутизма
- Поведенческий опросник для диагностики аутизма[1]

Также необходимо помнить и про инструментальные методы исследования,такие как:

-УЗИ головного мозга (для исключения повреждений мозга)

-ЭЭГ–для выявления эпилептических приступов

Лечение: Как правило родители, больных детей аутизмом задаются вопросом: «...а можно ли вылечить аутизм?»,ответ прост - «нет!». Нет такого препарата, который ребенок выпьет и социализируется. Единственная помощь ребенку-аутисту, может быть только от родителей, которые должны заниматься с ребенком ежедневно и создавать для него благоприятную среду.

Этапы лечения аутизма:

I. Формирование навыков, необходимых для обучения - если ребенок не устанавливает контакт – необходимо наладить его.

II. Если нет речи – необходимо развить хотя бы ее зачатки.

III. Устранение неконструктивных форм поведения: агрессии и самоагрессии ухода в себя и зацикленности страхов, и навязчивостей

IV. Обучение подражанию и наблюдению

V. Обучение социальным ролям и играм (кормить куклу, катать машинку) [5].

Вывод: подведя итоги вышеизложенной статьи, можно сказать, что детский аутизм на сегодняшний день является актуальной проблемой. Поэтому главная задача врача это научиться своевременно диагностировать ребенка, и корригировать поведенческие нарушеният.к запущенные случаи приводят к инвалидизации детей.

Литература:

1. Хельмут Ремшмидт Аутизм. Клинические проявления,ипричины и лечение / Хельмут Ремшмидт. - Москва. Медицина. – 2003. –с.23

2. Исаев,Д.Н. Психопатология детского возраста / Д.Н. Исаев. - Санкт-Петербург, 2001. – с. 224,214-220

3. Швырев,А.П.Детская клиническая психология и психиатрия / А.П. Швырев, В.А. Куташов. – Москва, 2016 – с.227

Сведения об авторе:

Шевченко Альбина Анваровна – врач-психиатрБУЗ ВО «Острогожская РБ»,e-mail: amirovaalbina@mail.ru

Куташов Вячеслав Анатольевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и неврологии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

Шульга Александр Сергеевич - аспирант кафедры психиатрии и неврологии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко.

CLINIC, DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF CHILDREN WITH AUTISM

Shevchenko A. A., Kutasov V. A., Shulga A. S.

Abstract. This article focuses on the prevalence, clinic, diagnosis and treatment of autism in children. The article describes the types of autism and the influence autism in children on quality of life and future prognosis.

Keywords: autistic spectrum disorder, autism

References:

1. Helmut, Remschmidt Autism. The clinical manifestations,and treatment prichiny / Helmut, Remschmidt. - Moscow. Medicine. – 2003. – p. 23

2. Isaev, D. N. Psychopathology of children's age / D. N. Isaev. - Saint-Petersburg, 2001. – S. 224,214-220

3. Shvyrev A. P. child clinical psychology and psychiatry / by A. P. Shvyrev, V. A. Kutasov. – Moscow, 2016 – p. 227

ПРОЯВЛЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КЛИМАТА НА ТЕРРИТОРИИ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

М.А. Богатырёва
Аспирант кафедры физической географии и геоэкологии
ФГБОУ ВО «Курский государственный университет» Россия, г. Курск

Аннотация. В статье анализируются изменения таких климатических параметров как температурный режим и атмосферные осадки, которые определяют условия существования и развития ландшафтов.

Ключевые слова: изменение климата, многолетние показатели, Курская область, сезоны года, температура воздуха, атмосферные осадки.

Наблюдающиеся в последнее время изменения климата проявляются как на глобальном, так и на региональном уровне. Средние многолетние климатические показатели Курской области определяются ее расположением в умеренно-континентальном типе климата юго-западных склонов Среднерусской возвышенности.

Для анализа климатических изменений в Курской области использовались данные ФГБУ «Центрально-Черноземное УГМС» по метеорологическим станциям Курск, Поныри, Тим, Обоянь, Рыльск (которые ведут наблюдения уже более 100 лет). При выявления происходящих изменений климата рассматривались такие климатические параметры как температура воздуха и количество осадков. Эти показатели анализировались за период 1950-2015 гг.

Динамика температурного режима. Температура воздуха является одним из важнейших элементов климата. Основными характеристиками температурного режима являются среднегодовая и среднемесячная температура воздуха. На территории Курской области, по многолетним наблюдениям, среднегодовая температура воздуха изменяется от 4,6ºС на севере (Поныри) до 6,1ºС на юго-западе (Коренево). Характерна довольно четкая смена климатических сезонов. Средняя температура самого холодного месяца января колеблется от –9,4ºС на севере до –7,7ºС на юго - западе, средняя температура июля – самого теплого месяца - изменяется от +18,8ºС на севере до +19,6ºС на юге [2].

По данным ФГБУ «Центрально-Черноземное УГМС» за последние десятилетия произошло повышение среднегодовых температур и средних температур многих месяцев. Наибольший рост отмечен в холодном полугодии.

За период с 1950 по 2015 гг. температура воздуха на всех станциях повысилась по сравнению со среднемноголетними данными за 100-летний период наблюдений. Среднегодовые значения температуры воздуха в конце XX века повсеместно повысились на 0,5-1,0°С.

Увеличение среднегодовых температур начинается с 1989 года. Рубеж 20 и 21 столетия характеризуется как период стабилизации среднегодовой температуры воздуха на максимально высоком уровне за период 1950-2015 гг. (рис. 1).

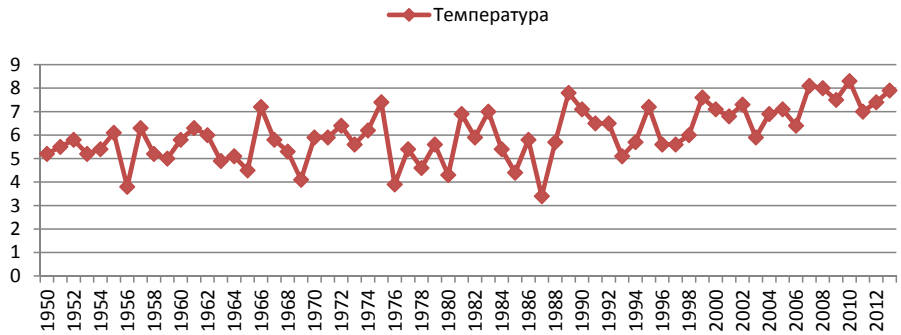


Рис. 1. Среднегодовая температура воздуха (ºС) станция Курск (1950-2015 гг.) [3]

Причиной подобных изменений температурного режима является изменение характера циркуляции атмосферы. Для Курской области преобладающей формой циркуляции является западный перенос, который нарушается меридиональными процессами. Отмечается рост продолжительности проникновения южных циклонов в Черноземье, что приводит к резким изменениям погоды [1].

За исследуемый период наиболее холодным оказался 1987 год со среднегодовыми температурами от 2,8°С в Понырях до 3,9°С в Рыльске. Наиболее теплым, благодаря рекордным летним показателям стал 2010 год: от 7,3°С в Понырях до 8,4°С в Рыльске. В этом же году на большей территории Курской области была зафиксирована пожарная опасность. Количество дней с сильной жарой составило более 20. Таким образом, амплитуда межгодовых температур достигает 4,5°С [3].

Средняя многолетняя температура воздуха зимних месяцев за последние десятилетия превышает многолетнюю норму. Зимние месяцы стали теплее на 1,4-2°С. Так в Курской области отмечается тенденция роста среднегодовых температур, в основном за счет зимних месяцев.

Динамика атмосферных осадков. Осадки являются одним из важнейших климатообразующих факторов для любой территории. По количеству осадков Курская область относится к зоне умеренного увлажнения. Среднегодовое количество осадков составляет от 532 до 640 мм. Для всей области характерен следующий годовой ход осадков: слабое увлажнение зимой, увеличение к весне, максимум в начале или середине лета, уменьшение к концу лета, вторичный слабый максимум осенью [2].

В динамике изменения годового и сезонного количества осадков в пределах Курской области в период 1950-2015 гг. выявлены следующие особенности. На большей части области, в течение исследуемого периода тенденция изменения осадков была положительной. Территориально в пределах области, наиболее увлажненным сохраняется запад, а восток – менее увлажнен [4].

На рис. 2 представлен ход годового количества осадков за исследуемый период. Данная величина варьируется в достаточно большом диапазоне от 496 мм (2011 г. Курск) до 869 мм (1952 г. Курск). В том же 1952 году количество выпавших осадков было максимально в Рыльске (903 мм). С конца 70-х до середины 90-х наблюдается определенный рост количества осадков.

Существенный вклад в увеличение суммарного количества осадков вносят осадки теплого периода. Характерной особенностью изменившегося увлажнения стало увеличение вероятности выпадения ливневых осадков. Число дней с сильными ливнями возросло (рис. 3).

Продолжительность засушливых периодов длительностью 2-3 декады к началу 21 столетия увеличивается. В отдельные годы на большей части области возникают такие опасные гидрометеорологические явления как засухи (почвенная и атмосферная).

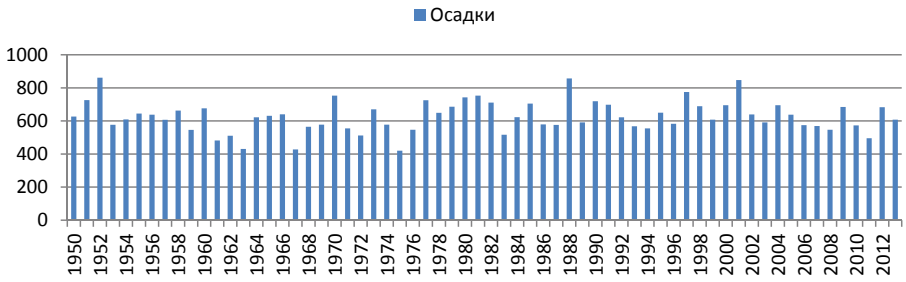


Рис. 2. Годовое количество осадков (мм) метеостанция Курск (1950-2015 гг.) [3]

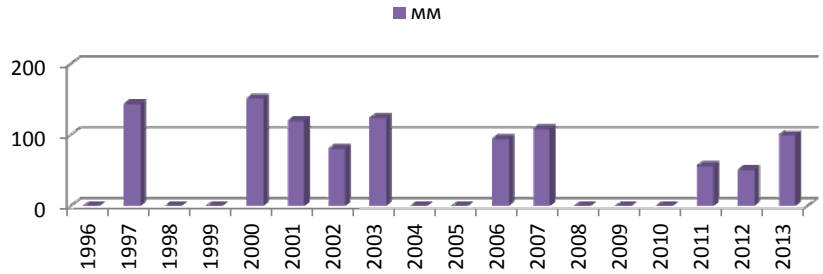


Рис. 3. Количество осадков (мм), выпавших в виде ливней на территории Курской области (1995-2015 гг.) [5]

Таким образом, современные изменения климата на территории Курской области выражаются в следующем: с 90-х годов 20 века наблюдается устойчивый подъем среднегодовых температур по всем станциям, существенно возросла температура воздуха зимой, что ведет к сокращению зимнего и увеличению весеннего периода; характер увлажнения изменился – возросла вероятность выпадения ливневых осадков. В целом, обнаруженная динамика количества осадков по сравнению с динамикой температуры воздуха менее устойчива.

Литература:

1. Доклад о состоянии окружающей среды на территории Курской области в 2008 г. Курск, 2009. – 172с.

2. Кабанова Р.В., Кудинова М.Р., Соколовский Л.Б. География Курской области: Учеб. пособие для школ Курской области. Курск: издательство КГПУ, г. Курск, 1997. – 112с.

3. Материалы фонда ФГБУ «Центрально-Черноземное управление по гидрометеорологии и мониторингу окружающей среды».

4. Богатырева М.А. Динамика изменения годового и сезонного количества осадков в лесостепных ландшафтах Курской области за последние 50 лет. Материалы ежегодной международной научно-практической конференции «Георафия: развитие науки и образования», Санкт-Петербург, 2016, - С. 120 – 123.

5. Goneev I.A., Lukashova O.P., Bogatyreva M.A. Changes of modern Central Russian Upland landscapes caused by natural factors (through the example the Kursk region). The collection includes the 3d International Scientific-Practical Conference on the Humanities and the Natural Science by SCIEURO in London, 2015 – P. 144-154

Сведения об авторе

Богатырёва Маргарита Алексеевна – аспирант кафедры физической географии и геоэкологии ФГБОУ ВО «Курский государственный университет», e-mail: fktrctq1989@bk.ru

MANIFESTATION OF MODERN CLIMATE CHANGES ON THE TERRITORY OF KURSK REGION

M.A. Bogatyreva

Summary: The article analyzes changes in such climate parameters as temperature and precipitation, which determine the conditions for the existence and development of landscapes.

Keywords: climate change, over-year data, the Kursk region, seasons of the year, air temperature, precipitation.

References:

1. Report on the state of the environment on the territory of Kursk region in 2008, Kursk, 2009. – 172p.

2. Kabanova R.V., Kudinov M.P., Sokolovsky L.B. Geography of Kursk region: Proc. manual for schools of Kursk region. Kursk: publishing KSPU, Kursk, 1997. – 112 p.

3. Materials Fund FGBU “Central Black Soil Department for Hydrometeorology and Environmental Monitoring”

4. Bogatyreva M.A. The dynamic pattern of the annual and seasonal amount of precipitations in the forest-steppe landscape of the Kursk region for the last 50 years. Proceedings of the annual international scientific-practical conference “Georgafiya: the development of science and education”, St. Petersburg, 2016 - P. 120 – 123.

5. Goneev I.A., Lukashova O.P., Bogatyreva M.A. Changes of modern Central Russian Upland landscapes caused by natural factors (through the example the Kursk region). The collection includes the 3d International Scientific-Practical Conference on the Humanities and the Natural Science by SCIEURO in London, 2015 – P. 144-154.

ВОСПРИЯТИЕ ОБРАЗА ТЕЛА ПРИ БУЛИМИИ

Новиков Р.И.
«Клиника похудения Елены Морозовой», Россия г. Воронеж;
Куташов В.А.
кафедра психиатрии и неврологии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, Россия, г. Воронеж

Аннотация. В статье раскрывается понятие «образа тела», которое определяется как система представлений человека о физической стороне собственного «Я» (внешности, телесности). Рассматривается влияние средств массовой информации на создание культа «идеального тела», к которому начинают стремиться многие женщины, часто в ущерб своему здоровью. Проводится анализ особенностей восприятия собственного тела у женщин, страдающих нервной булимией.

Ключевые слова: образ тела, нервная булимия, расстройства пищевого поведения.

Актуальность проблемы. В настоящее время ориентация на модные стандарты красоты оказывает существенное влияние на мотивационно-потребностную сферу женщин, в частности, затрагивая притязания на признание. Активность средств массовой информации в пропаганде стройности приводит к тому, что значительное количество женщин оценивает свою внешность на предмет ее соответствия заданному обществом стандарту. Степень удовлетворенности собственным телом таких женщин во многом зависит от того, насколько их внешность соответствует современным требованиям моды. Важно отметить, что неудовлетворенность собственной внешностью часто сопровождает общее негативное самоотношение, непринятие женщиной себя как личности. Поскольку самоотношение формируется на ранних этапах онтогенеза на основе отношения к индивиду значимых других, не подлежит сомнению тот факт, что одной из основных причин неудовлетворенности собственной внешностью в будущем у женщин могут быть нарушения в системе детско-родительских отношений.

В современном обществе средствами массовой информации активно создается культ «идеального тела», которого стремятся достичь многие женщины, даже в ущерб своему здоровью. Не подлежит сомнению влияние рекламируемого образа «идеального тела» на формирование представлений современных женщин о том, каким должно быть их собственное тело. Следовательно, в сознании каждой женщины формируется идеальный образ телесного «Я» и реальный образ телесного «Я», которые сравниваются между собой и входят в структуру единого образа телесного «Я».

А.Ш. Тхостов определяет образ телесного «Я» как обобщенный образ – представление субъекта о свое теле, который предполагает целую иерархию представлений о своем теле, соответствующих различным состояниям и жизненным ситуациям человека [7]. Следовательно, образ телесного «Я» является изменчивым психологическим образованием.

По мнению Е.Т. Соколовой эмоционально-ценностное отношение человека к своему телу, сопровождающее представления о нем, характеризуется устойчивостью и связано с отношением субъекта к себе [6]. С.Р. Пантилеев определяет самоотношение как обобщенное чувство субъекта в адрес собственного «Я» [3].

Представление об образе тела занимает значительное место в структуре представлений женщин о себе. Образ телесного «Я», или образ тела интерпретируется как некая система представлений человека о физической стороне собственного «Я» (внешности, телесности). Образ тела формируется человеком процессе его жизнедеятельности и представляет собой динамичную систему, которая конструируется из отдельных элементов – различных проявлений телесного осознавания [6].

В структуре представления человека о себе большое место занимает представление об образе тела. Его формирование начинается в детстве и особенно активно протекает в подростковом и юношеском возрасте, психологические особенности которого характеризуются бурным развитием самосознания. Это определяет рост требований к окружающим людям и к самим себе, что оказывает непосредственное влияние на самооценку личности. Наиболее остро данная проблема касается женщин, которые значительно болезненнее мужчин реагируют на любое отклонение от общепринятой нормы, поэтому в их самосознании озабоченность своим телом занимает особое положение. Значительное влияние на становление и развитие образа тела оказывают окружающие люди. Однако, в процессе формирования образа тела, также важную роль играют собственные ощущения человека, его «чувствование» собственного тела. Выделение своего тела их окружающей среды происходит благодаря ощущению границ собственного тела и является сугубо индивидуальным и субъективным, поскольку разные люди ощущают границы своего тела с разной четкостью.

Женское тело считается красивым и признается эталоном лишь при одобрении общества и установлении им социокультурных норм. Поиск идеала красоты женского тела был актуальным во все исторические периоды жизни человека, вместе с тем, он никогда не был стабильным. Созданный, таким образом, жесткий идеал внешности оказывает существенное влияние на формирование «образа тела» женщин через различные средства массовой информации. Несоответствие реального образа физического «Я» идеальному может оказывать влияние не только на самооценку своего тела, но и на самопринятие и аутосимпатию в целом [8].

Особенно остро вопрос образа тела возникает у женщин, страдающих нарушением пищевого поведения, в частности нервной булимией. Булимия представляет собой психическое расстройство, которое характеризуется периодичностью повторений приступов повышенного аппетита.

Сам термин «булимия» произошел от греческого слова, означающего «бычий голод». Считается, что 6% женщин страдают от булимии, однако смертельных исходов при данном заболевании практически не наблюдается. В настоящее время это заболевание захватило Европу, Канаду, Америку, добралось и до России. Несмотря на то, что этиология булимии неизвестна, большое число специалистов считают, что данное заболевание обусловлено наследственными, психологическими и социальными факторами.

Больных булимией отличает повышенная требовательность к себе и окружающим, склонность к одиночеству и подверженность депрессивным состояниям. Женщины, страдающие булимией стремятся к телесным стандартам, принятым в обществе, при этом значительно завышая их, все это происходит на фоне занижения собственной самооценки. Жизнь таких женщин полностью захвачена идеей о своей теле, собственной фигуре и соответственно на пище. При этом им приходится постоянно скрывать свою «манию» от окружающих людей. Даже посещая учебные заведения, они обычно сторонятся общества, не любят общаться со сверстниками [5].

Нарушения пищевого поведения можно определить как один из многих возможных случаев современной патологизации нормального женского тела. В частности, С. Орбах рассматривает нарушения пищевого поведения, как доступный способ женщинам высказать неудовлетворенность своим положением в обществе.

Американский психолог Р. Гордон утверждает, что булимия – это социальная эпидемия, внутренний конфликт ощущаемый женщинами. Женщины, страдающие булимией, попадают под давление противоречивых культурных требований, принуждающих к интеграции противоречивых ценностей успеха и власти. Согласно данным концепциям, появление особого образа жизни, как попытки самостоятельно осуществлять контроль за своими телесными проявлениями, интерпретируется в медицинском дискурсе как «нарушение пищевого поведения», что позволяет исключить «неудобные» и ненормативные тела таких женщин и лишить их возможности выразить свои переживания [4].

М.В. Коркин с соавторами отмечают, что анорексия и булимия представляют собой две последовательно сменяющие друг друга стадии одного заболевания, к основным характерным особенностям которого относятся «... сверхценный характер дисморфоманических переживаний, умеренная выраженность аффективных расстройств и рудиментарность идей отношения». Следовательно, нарушения пищевого поведения у девочек имеют психологический характер. Фундаментом пищевых аддикций является неадекватный образ телесного «Я», искаженный на ранних стадиях развития нарушениями отношения матери и дочери, а также негативное самоотношение девочек [2].

Вопрос о психологических особенностях личности, индивидуального восприятия образа тела у женщин с проблемами переедания до сих пор остается малоизученным.

Л.Г. Пономарева придерживается мнения о том, что приступы переедания можно интерпретировать как попытку удержаться от слияния с другими людьми. Переедание помогает женщинам удерживаться от хаоса, к которому их приводит неумение дифференцировать собственные потребности, невозможность отделять их от потребностей других, отсутствие представления о собственных границах и границах других. В данном ключе, переедание выступает психологической защитой от слияния во время общения, а также заполнить периоды одиночества. Иными словами, переедание выступает неким якорем, подтверждающим существования через ощущения наполненности (хотя и дискомфортные). Автор предполагает, что недифференцированная телесность может компенсироваться, в том числе посредством НПП по типу переедания. В таком случае, переедание и последующий дискомфорт служат для того, чтобы получить доступ к ощущению своего тела и его границ [4].

Е.В. Каменецкая и Т.А. Ребеко в своем исследовании телесного образа я у лиц с нарушением пищевого поведения установили, что женщины, страдающие перееданием, имеют низкие значения принятия своего тела, сильно зависят от мнения других при оценке собственного тела. У таких женщин наблюдается нарушение баланса между собственным восприятием своего тела и восприятием его другими людьми. Им присуще наличие жестких непроницаемых границ с внешним миром, которые могут интерпретироваться как отказ от любого взаимодействия с миром: любой внешний контакт воспринимается как угроза. Иными словами, зависимость от мнения других сочетается у женщин с попыткой отгородиться от них путем построения деструктивных границ, при неспособности строить конструктивные границы, невозможности ощущать свои границы, что приводит к их размытости и проявляется в амбивалентности отношений: в желании слияния и в одновременном страхе слияния [1].

В целом, по словам Е.В. Каменецкой и Т.А. Ребеко, можно отметить, что женщины, страдающие перееданием, характеризуются нарушением целостности образа собственного тела с недифференцированными границами. Таким женщинам присуще чувство личностной незащищенности, зависимость от мнения других, низкая самооценка. Авторам удалось установить взаимосвязь между избыточным употреблением пищи и неумением конструктивно выстраивать межличностные отношения и границы. Невозможность выстроить конструктивную границу с окружающими и чувствовать себя уверенно компенсируется хроническим перееданием. Иными словами, внутренняя неустойчивость и неуверенность, компенсируется внешней весомостью.

Для этих женщин в большей степени характерно занижать самооценки реального образа тела и завышать самооценки идеального образа тела. Такие женщины неудовлетворенны собственным телом, что означает наличие отрицательных переживаний в отношении своего тела, непринятие отдельных частей собственного тела. Ригидность или размытость внешних границ у них компенсируется перееданием. Люди с большим весом чувствуют себя в большей безопасности, выстраивая барьер между собой и внешним миром, используя лишний вес как броню [1].

Вывод. Таким образом, у женщин с нарушениями пищевого поведения отмечается снижение самооценки по ряду параметров (здоровье, взаимоотношения с родителями, взаимоотношения с окружающими, внешность, уверенность в себе), а удовлетворенность собственным телом носит специфичный, избирательный характер. Они наиболее остро переживают несоответствие идеальным параметрам в следующих элементах внешности: полнота ног, их строение, тип фигуры, причём идеальные параметры задаются как средствами массовой информации, так и тематическими информационными сообществами.

Литература:

1. Каменецкая, Е.В. Телесный образ я у лиц с нарушением пищевого поведения / Е.В. Каменецкая, Т.А. Ребеко // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. – 2014. – Т. 20. – №4. – С. 58-64.

2. Коркина, М. В. Психиатрия / М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, А.Е. Личко. – М.: Медицина, 1995. – 608 с.

3. Пантилеев, С.Р. Самоотношение как эмоционально-оценочная система / С.Р. Пантилеев. – Москва: Изд-во Моск. ун-та, 1991. – 100 с.

4. Пономарева, Л.Г. Содержательный анализ категорий субъективной концепции болезни у женщин, страдающих нервной булимией / Л.Г. Пономарева // Альманах современной науки и образования. – 2010. – №10. – С. 124-127.

5. Рачковская, Н.Н. Проблемы анорексии и булимии в молодежной среде / Н.Н. Рачковская, Н.Ю. Юрасова // Местное самоуправление в системе публичной власти: Сборник научных трудов. – 2015. – С. 111-112.

6. Соколова, Е. Т. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях / Е. Т. Соколова. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1995. – 360 с.

7. Тхостов, А. Ш. Психология телесности / А. Ш. Тхостов. – М.: Смысл, 2002. – 287 с.

8. Фильштинская, Е.Г. Особенности самовосприятия и удовлетворенности физическим я у девушек с нарушениями пищевого поведения / Е.Г. Фильштинская, М.Т. Беленова // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. – 2015. – №54. – С. 69-74.

Сведения об авторе:

Новиков Руслан Иванович – врач-психотерапевт ООО «Клиника похудения Елены Морозовой». E-mail: rawperfume@mail.ru. Раздел: психотерапия.

Вячеслав Анатольевич Куташов – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и неврологии ИДПО Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко.

PERCEPTION OF BODY IMAGE IN BULIMIA

Novikov R.I., Kutashov V.A.

Abstract. The article reveals the concept of "body image", which is defined as a system of beliefs about the physical side of his own "I" (appearance, physicality). Examines the impact of media on the establishment of the cult of the "ideal body", which is beginning to seek many women, often to the detriment of their health. The analysis of the perception of the own body in women suffering from nervous bulimia.

Key words: body image, bulimia nervosa, eating disorders.

References:

1. Kameneckaja, E.V. Telesnyj obraz ja u lic s narusheniem pishhevogo povedenija / E.V. Kameneckaja, T.A. Rebeko // Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta im. N.A. Nekrasova. Serija: Pedagogika. Psihologija. Social'naja rabota. Juvenologija. Sociokinetika. – 2014. – T. 20. – №4. – S. 58-64.

2. Korkina, M. V. Psihiatrija / M.V. Korkina, N.D. Lakosina, A.E. Lichko. – M. : Medicina, 1995. – 608 s.

3. Pantileev, S.R. Samootnoshenie kak jemocional'no-ocenochnaja sistema / S.R. Pantileev. – Moskva: Izd-vo Mosk. un-ta, 1991. – 100 s.

4. Ponomareva, L.G. Soderzhatel'nyj analiz kategorij sub#ektivnoj koncepcii bolezni u zhenshhin, stradajushhih nervnoj bulimiej / L.G. Ponomareva // Al'manah sovremennoj nauki i obrazovanija. – 2010. – №10. – S. 124-127.

5. Rachkovskaja, N.N. Problemy anoreksii i bulimii v molodezhnoj srede / N.N. Rachkovskaja, N.Ju. Jurasova // Mestnoe samoupravlenie v sisteme publichnoj vlasti: Sbornik nauchnyh trudov. – 2015. – S. 111-112.

6. Sokolova, E. T. Osobennosti lichnosti pri pogranichnyh rasstrojstvah i somaticheskih zabolevanijah / E. T. Sokolova. – M. : Izd-vo Mosk. un-ta, 1995. – 360 s.

7. Thostov, A. Sh. Psihologija telesnosti / A. Sh. Thostov. – M. : Smysl, 2002. – 287 s.

8. Fil'shtinskaja, E.G. Osobennosti samovosprijatija i udovletvorennosti fizicheskim ja u devushek s narushenijami pishhevogo povedenija / E.G. Fil'shtinskaja, M.T. Belenova // Lichnost', sem'ja i obshhestvo: voprosy pedagogiki i psihologii. – 2015. – №54. – S. 69-74.

УЧЕНИЕ МЕЗОАМЕРИКАНСКИХ ИНДЕЙЦЕВ В ПРОИЗВЕДЕНИЯХ КАРЛОСА КАСТАНЕДЫ

Недорезков К.В.
Студент, ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, Россия, г. Барнаул
Мысякин А.А
Студент, ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, Россия, г. Барнаул
Ханов А.А
Студент, ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, Россия, г. Барнаул
Крыловский А.Ю.
Студент, ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, Россия, г. Барнаул

Аннотация: Произведён базисный анализ произведений Карлоса Кастанеды с систематизацией изложенных концептуальных предложений устройства мирозданья, смысла жизни и методов оптимизации своего духовного и материального состояния.

Ключевые слова: дон Хуан, эманации “Орла”, путь воина, осознанность.

Введение.

Карлос Сезар Аранья Кастанеда (КК) - кто же он такой, существовал ли он вообще. Споры на эти темы ходят до сих пор. Неизвестна точная дата его рождения, это либо 1928, либо 1931,либо 1935 год, и вокруг смерти, которая официально была 27-го апреля 1998 года, также ходят легенды. Т.к. тела никто не видел, среди последователей КК имеется мнение, что он обрёл полное осознание и отправился путешествовать по вселенной, а диагноз рака печени и кремация были подстроены для того чтобы отвести подозрение полиции.

Всего КК было опубликовано 12 работ, посвящённых учению дона Хуана, неизменно становившихся бестселлерами во многих странах мира. В течении жизни он множество раз удостаивался как и величайших похвал (вплоть до того, что он предложил новую парадигму), так и жёсткой критики (вплоть до того, что он выдумал дона Хуана).

Само учение тольтеков обладает своеобразной уникальностью среди остальных эзотерических практик, его очень сильно выделяет логичность и рациональность умозаключений, скорее всего именно поэтому оно получило такое большое распространение именно в рядах образованного населения и интеллигенции. В настоящих реалиях чистых последователей учения дона Хуана осталось не так много как было в 70-е, 80-е, 90-е годы, что обусловлено все большим развитием технического прогресса и сильным давлением потребительской экономики, когда людям практически некогда задумываться над свои бытием и смыслом жизни. Идеалистические начала практически полностью вытеснены материализмом навязанных потребностей и стадностью коллективного мышления.

Вселенная.

Учение тольтеков, оно же учение “Новых видящих”, очень хорошо сочетается с теориями высказываемыми учеными физиками, а в частности с теорией струн и теорией поля. Дон Хуан утверждал, что все в мире есть организованная энергия. В книгах КК он четко отделял понятия видеть и смотреть. Он считал, что смотрят на мир все, но видеть его могут только маги. А видят они его как бесконечное количество живых волокон света простирающихся из бесконечности в бесконечность, которые были названы эманациями Орла. Но при этом видящие не должны воспринимать их как что-то объектное. Своего рода они представляют собой правило, как и наш материальный мир , и точно так же являются лишь формой восприятия энергии из которой состоит весь мир. [5;8;9]

Все люди также состоят из несчетного количества таких же нитеподобных энергетических полей. Эти эманации Орла образуют замкнутые скопления, которые проявляются как шары света размером с человеческое тело с руками, выступающими по бокам, и подобные гигантским светящимся яйцам. Сама планета земля также является живым существом и обладает своей энергией осознания.

Только небольшая группа энергетических полей внутри этого светящегося шара освещена точкой интенсивной яркости, расположенной на поверхности шара.

Восприятие имеет место, когда энергетические поля из этой небольшой группы, непосредственно окружающие точку яркого сияния, возбуждают и освещают идентичные энергетические поля Земли, а через них и вселенной. Поскольку воспринимаются только те поля, которые озарены точкой яркого сияния, эта точка называется “точкой, где собирается восприятие” или просто “точкой сборки”. [7;9;10;11]

Когда точка сборки смещается, то за счёт высвечивания ранее незадействованных энергетических волокон становится возможным восприятие совершенно иного измерения нашего мира — такого же объективного и реального, как и тот, который мы воспринимаем обычно. Маги меняют своё мироощущение материального мира и отправляются таким образом в другие его измерения, с целью получения силы, энергии, решения общих и частных проблем, или для встречи лицом к лицу с невообразимым.[4;10;11]

Намерение — это проникающая сила, которая дает нам возможность восприятия. Мы осознаем окружающие нас события не благодаря восприятию — а скорее, мы воспринимаем в результате давления и вмешательства намерения которое описать как таковое практически не возможно. По сути мы видим мир таким, лишь потому что хотим его таким видеть. И наше восприятие его может полностью меняться лишь за счёт управление намерением. [1;5;8;9]

Смысл жизни.

Целью магов является достижение полного осознания для того, чтобы овладеть всеми возможностями, доступным человеку. Это состояние осознания предполагает даже совершенно иной способ ухода из жизни, когда в один миг загораются все нити восприятия кокон рушится, и разум обретает полную свободу. Этот процесс получил название “Сгорание в огне изнутри”. После обычной смерти человек так же обретает полное осознание, но лишь на долю секунды, пока не будет поглощен “Великим Орлом”, который и даровал ему эту энергию восприятия. Маг же может миновать клюв Орла и путешествовать по вселенной чувствуя её всем своим существом практически бесконечно долго. Дон Хуан считал это новым витком эволюции, переход человека в неорганическую форму жизни. Вся жизнь “нового видящего” является лишь подготовкой к этому моменту за счет рационального использования энергии, которая дана ему от рождения, и называется это обретением безупречности. Основные принципы такой жизни прописаны в “Пути воина” и являются своеобразной квинтэссенцией основных законов счастья, в основе которого лежит свобода личности и духовное развитие. [2;3;6]

Также в книгах очень большое значе-

ние придаётся смерти, и не только как к главному врагу человека, но и как к сильнейшему его союзнику.[9;12] Настоящий воин совершает все свои поступки перед лицом смерти, он ждет её каждую секунду. Люди в лучшем случае могут лишь отсрочить её приход. После победы смерти накопленные настройки эманаций и энергия человека снова возвращается “Великому Орлу”, который впоследствии перераспределяет эту энергию с помощью специальных матричных трафаретов на другие формы жизни. Воин может этого избежать покинув цикл, обретя полное осознание. Таким образом он не побеждает смерть, но та перестаёт бросать ему вызов на очень продолжительный период времени.[1;5;7](Есть несколько ветвей учения, среди них и практики древних видящих, которые занимаются другими способами побега от смерти, самый радикальный например, это развитие тела сновиденья с целью подселения и взятия контроля над телом другого человека, чтобы окончательно перейти в него после гибели своего.)

Вывод:

Среди людей жаждущих духовного просвещения его произведения стали своего рода эзотерической библией и носят даже культовый характер. В целом парадигма описанная Кастанедой обладает довольно строгой конструкцией и объясняет многие аспекты изменения сознания. Путь воина же, при правильной практике очень способствует развитию человека как личности и помогает определиться с жизненными целями.

Библиографический список

1. Карлос Кастанеда. Активная сторона бесконечности. Перев. с англ. - Киев: “София”, 2003; - М.: Изд-во “София”, 2003. - 392 с.

2. Карлос Кастанеда. Второе кольцо силы. Перев. с англ. - Киев: “София”, 2003; - М.: Изд-во “София”, 2003. - 400 с.

3. Карлос Кастанеда. Дар Орла. Перев. с англ. - Киев: “София”, 2003; - М.: Изд-во “София”, 2003. - 416 с.

4. Карлос Кастанеда. Искусство сновидения. Перев. с англ. - Киев: “София”, 2003; - М.: Изд-во “София”, 2003. - 400 с.

5. Карлос Кастанеда. Колесо времени. Перев. с англ. - Киев: “София”, 2003; - М.: Изд-во “София”, 2003. - 117 с

6. Карлос Кастанеда. Магические пассы. Перев. с англ. - Киев: “София”, 2002; - М.: Изд-во “София”, 2002. - 431 с

7. Карлос Кастанеда. Огонь изнутри. Перев. с англ. - Киев: “София”, 2003; - М.: Изд-во “София”, 2003. - 416 с.

8. Карлос Кастанеда. Отдельная реальность. Перев. с англ. - Киев: “София”, 2003; - М.: Изд-во “София”, 2003. - 384 с.

9. Карлос Кастанеда. Путешествие в Икстлан. Перев. с англ. - Киев: “София”, 2003; - М.: Изд-во “София”, 2003. - 416 с.

10. Карлос Кастанеда. Сила безмолвия. Перев. с англ. - Киев: “София”, 2003; - М.: Изд-во “София”, 2003. - 352 с.

11. Карлос Кастанеда. Сказки о силе. Перев. с англ. - Киев: “София”, 2003; - М.: Изд-во “София”, 2003. - 400 с.

12. Карлос Кастанеда. Учение дона Хуана: Путь знания индейцев яки ;Пер с англ. - Киев: “София”, 2002; - М.: Изд-во “София”, 2002. - 356 с.

О НЕКОТОРЫХ ВОПРОСАХ ПРАВОВОГО ПОЛОЖЕНИЯ ЛИЦ, К КОТОРЫММОГУТ БЫТЬ ПРИМЕНЕНЫ МЕРЫ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА

Л.М. Бабкин
Доцент кафедры уголовного процесса и криминалистики, к.ю.н.
Рязанский филиал Московского университета МВД России имени В.Я. Кикотя, Россия, г. Рязань
С.В. Булатецкий
Профессор кафедры уголовного процесса и криминалистики, д.м.н.
Рязанский филиал Московского университета МВД России имени В.Я. Кикотя, Россия, г. Рязань

Аннотация: в статье рассматриваются юридические и медицинские аспекты необходимости внесения поправок в действующее законодательство о правах лиц, страдающих психическими расстройствами, в отношении которых ведутся уголовные дела, и о правах лиц, в отношении которых рассматривается дело о применении принудительного лечения.

Ключевые слова: невменяемость, правоохранительные органы¸ принудительные меры медицинского характера, психическое расстройство, суд, судебно-психиатрическая экспертиза.

Принудительные меры медицинского характера представляют из себя разновидность иных, т.е. помимо наказания, мер уголовно-правового характера, сущность которых состоит в принудительной госпитализации или обязательном амбулаторном лечении и наблюдении у психиатра лиц, страдающих психическими заболеваниями или расстройствами, алкоголизмом и наркоманией, в случае совершения такими лицами общественно опасных деяний, а также лицами, которые совершили преступление в состоянии невменяемости либо после совершения общественно-опасного деяния у них наступило психическое расстройство, в связи с которым назначение или исполнение в отношении них наказания не представляется возможным[1]. Принудительные меры медицинского характера могут быть назначены и применены к лицам, не совершившим преступления, но страдающим психическими заболеваниями и расстройствами в связи, с которыми создается угроза причинения вреда охраняемым законом общественным отношениям[5].

Действующее законодательствопредусматриваетвозможность осуществления и регулирует порядок применения принудительных мер медицинского характера в отношении лиц, совершивших преступление, в целях их излечения или улучшения их психического состояния, а также предупреждения совершения ими новых преступлений (ст.98 УК РФ), в связи с чем имеется необходимость определения совокупности прав и обязанностей такого субъекта уголовного процесса.Под уголовно-процессуальной правосубъектностью лица, страдающего психическим расстройством, следует понимать его способность принимать участие в уголовном судопроизводстве, возникающая при наличии оснований и в порядке, предусмотренных уголовно-процессуальным законодательством, сопровождающаяся возможностью лица лично осуществлять уголовно-процессуальные действия, реализовать права и исполнять обязанности, а также нести ответственность, несмотря на психическое расстройство.

С точки зрения защиты прав и здоровья лиц, имеющих психическое заболевание, особое значение при производстве предварительного расследо-вания имеют положения ч. 1 ст. 435 УПК РФ. Согласной данной норме, при установлении факта психического заболевания у лица, к которому применено содержание под стражей, по ходатайству следователя с согласия руководителя следственного органа, а также дознавателя с согласия прокурора суд принимает решение о переводе данного лица в медицинскую организацию. Процедура рассмотрения данного ходатайства установлена положениями ст. 108 УПК РФ, т. е. применительно к рассмотрению ходатайств о мере пресечения. Данные А.И. Говруновой свидетельствуют, что по абсолютному большинству уголовных дел нормы ч. 1 ст. 435 УПК РФ не применяются. Больные содержатся в условиях следственного изолятора[6].Что касается лиц, совершивших запрещенное деяние и не содержащихся под стражей, то при возникновении необходимости в стационарном обследовании, согласно ч. 2 ст. 435 УПК РФ, они могут быть помещены в психиатрический стационар в порядке, определяемом ст. 203 УПК РФ.Указанные лица помещаются в психиатрический стационар на основании судебного решения, по ходатайству следователя с согласия руководителя следственного органа. Процедура рассмотрения данного ходатайства установлена положениями ст. 165 УПК РФ, т.е. применительно к рассмотрению ходатайств о судебном порядке получения разрешения на производство следственных действий.

Выбор соответствующего вида принудительной меры медицинского характера зависит от характера заболевания, психического состояния лица, его общественной опасности, характера и степени общественной опасности совершенного деяния[2, 3]. Возможность реализовывать свои права зависит от степени психического расстройства, а значит, в ходе экспертизы должна быть установлена возможность личного участия лица в досудебном и судебном производствах с учетом заключения экспертов-психиатров, иных материалов уголовного дела и психического состояния, в зависимости от которого по ходатайству следователя в судебном порядке может быть принято одно из следующих решений[10]:

1) о лишении лица уголовно-процессуальной дееспособности, когда реализация предоставленных ему прав переходит к защитнику и законному представителю и лицо впредь не вызывается для участия в следственных и судебных действиях до улучшения его психического состояния;

2) о необходимости ограничения уголовно-процессуальной дееспособности данного лица путем привлечения законного представителя;

3) об отказе в удовлетворении ходатайства следователя, когда признано, что лицо может лично реализовать права, защищать свои законные интересы и исполнять обязанности при одновременном участии законного представителя и защитника.

П.А. Колмаков обоснованно указывал на целесообразность закрепления в действующем законодательстве прав психически нездоровых лиц, в отношении которых ведутся уголовные дела. Необходимость предоставления этому участнику процесса конкретных прав может быть объяснена, с его точки зрения, тем, что рассматриваемое лицо является полноправным участником уголовного судопроизводства, имеющим свой интерес в деле, а, как известно, субъективными правами обладают все участники судопроизводства, независимо от их правового положения[8]. Кроме того, с момента установления факта психического расстройства во время совершения

общественно опасного деяния или до вынесения судом соответствующего постановления это лицо практически лишено возможности отстаивать законные интересы, если в законе не определены правила его возможного поведения[7].

На необходимость закрепления прав гражданина, в отношении которого рассматривается дело о применении принудительного лечения, обратил внимание Конституционный Суд РФ[12]. Здесь также следует особо принять во внимание постановление Европейского Суда по правам человека от 20 октября 2005г. по делу «Романов против России»[11], поводом к рассмотрению которого стала жалоба гражданина Российской Федерации на то, что он, как лицо, которому были назначены принудительные меры медицинского характера, не имеет права обжаловать решение суда о применении, продлении недобровольного лечения, не имеет возможности инициировать рассмотрение вопроса о его прекращении и неправомерно лишен права на самостоятельное обращение в суд за защитой своих прав. Жалоба была признана обоснованной и Европейским судом по правам человека принято соответствующее решение, которое незамедлительно было принято судами РФ к руководству и реализовано на практике. Так, в Определении Судебной коллегии по уголовным делам Верховного Суда РФ от 25 декабря 2007 г. № 18-О07-57 было сказано, что лицо, в отношении которого ведется производство о применении принудительных мер медицинского характера, должно обеспечиваться равными процессуальными правами с подозреваемыми, обвиняемыми. Поэтому Верховный Суд отменил решение нижестоящего суда о применении принудительной меры как незаконное, необоснованное и несправедливое, поскольку постановлением судьи Краснодарского краевого суда от 6 сентября 2007г. в отношении П. без его участия и без выяснения возможности его участия в судебном заседании была назначена повторная стационарная комиссионная судебно-психолого-психиатрическая экспертиза, после назначения экспертизы рассмотрение дела было продолжено без участия П. и без решения о дальнейшей судьбе дела в отношении него, указав при этом, что присутствие в судебном заседании лица, в отношении которого решается вопрос о применении принудительных мер медицинского характера, является необходимым условием для того, чтобы судья лично мог убедиться в его психическом состоянии и принять справедливое решение.Рассмотрение дела судом первой, кассационной инстанций в отсутствие этого лица, вопреки его желанию присутствовать, допустимо лишь при наличии особых обстоятельств, например, если имеют место какие-либо признаки агрессивного поведения или если физическое и психическое состояние не позволяют ему предстать перед судом[9].

Тенденции к повышению уровня защиты правонарушителей продолжаются и в настоящее время. О направленности внимания законодателя на права лиц, в отношении которых ведется производство о применении принудительных мер медицинского характера, свидетельствуют многочисленные изменения, вносимые в уголовно-процессуальное законодательство, в частности, внесенные в УПК РФ Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 323-ФЗ «О внесении изменений в Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации». Его положения могут служить бесспорным доказательством, приводимым в обоснование нашей точки зрения.Так, данным Федеральным законом в 10 статей УПК РФ внесены изменения либо дополнения, регламентирующие многочисленные права указанной категории граждан.Например, одним из наиболее важных, по нашему мнению, пунктов данного закона является п.6, согласно которому изменена редакция ч.1 ст.437 УПК РФ и в соответствии с которой в настоящее время лицам, в отношении которых ведется производство о применении принудительной меры медицинского характера, должны быть предоставлены права лично осуществлять принадлежащие им и предусмотренные ст. ст. 46 и 47 УПК РФ процессуальные права, если их психическое состояние позволяет им осуществлять такие права[13], т.е. все правомочия подозреваемых и обвиняемых лиц. Это право знать, совершение какого общественно-опасного деяния им инкриминируется; представлять доказательства; заявлять ходатайства и отводы; давать показания и объяснения по обстоятельствам дела; право иметь защитника и другие правомочия.За указанными лицами также закреплено право апелляционного и кассационного обжалования вынесенных в отношении них судебных решений, право присутствовать при рассмотрении жалоб, право обжалования решений в порядке надзорного судопроизводства, право получать копию постановления о направлении уголовного дела в отношении них в суд, право лично участвовать в судебном заседании, если их психическое состояние позволяет им участвовать в судебном заседании, участвовать в решении вопроса о прекращении, об изменении или о продлении применения к ним принудительной меры медицинского характера.

Таким образом, действующее законодательство и судебная практика, проявляя человечность, заботу, уважение, наделило психически нездоровых граждан, преступивших закон, широким кругом прав, но, на наш взгляд, всеми правами подозреваемых и обвиняемых их наделять нецелесообразно, поскольку, в силу своего психического состояния, они не могут понимать их смысл, пользоваться ими и осознавать правовые последствия, возникающие в результате их использования. Это, на наш взгляд, может касаться права на амнистию и помилование. Решение данного вопроса по отношению к таким гражданам требует, по нашему мнению, особого подхода.

Уголовное судопроизводство имеет своим назначением защиту прав и законных интересов лиц и организаций, потерпевших от преступлений; при этом охрана законных интересов потерпевшего, уважение его достоинства, повышение доверия потерпевшего к уголовному правосудию должны быть важной функцией уголовного правосудия[13].Вместе с тем, закрепив права психически нездоровых личностей, законодатель не усмотрел необходимости в одновременном регламентировании прав жертв их преступных деяний, что неприемлемо в современном правовом государстве, закрепляющем равенство прав и свобод человека и гражданина, их соблюдение и защиту[4].В этом факте видится необоснованное и неправомерное отступление от принципа равенства участников уголовно-процессуальных отношений, рассматриваемого нами лица, преступившего закон, и потерпевшего, в соответствии с которым потерпевший наравне с лицом, совершившим преступление, пользуется в уголовном процессе определенными правами.

Мы полагаем, что не должно быть коллизии между правами и свободами потерпевших и лиц, совершивших общественно-опасные деяния, права и свободы которых закреплены и могут осуществляться ими самими либо их законными представителями. Пострадавшего от душевнобольного человека надлежит всецело защитить и для этого закрепить его права.

По нашему мнению, наличествующая проблема является пробелом в действующем законодательстве и правоприменительной деятельности. Данная ситуация диктует необходимость корректировки уголовно-процессуального законодательства Российского государства. Права человека в уголовном процессе имеют огромное значение. Они должны быть прописаны законодателем, чтобы пострадавшие граждане знали их, могли реализовывать, а остальные личности - соблюдать, а государство - охранять, обеспечивать их защиту в случае нарушения. Таким образом, пострадавшие граждане в сфере принудительных мер медицинского характера должны быть наделены специальными процессуальными правами, в законодательстве должен быть закреплен их статус и правомочия как стороны, иначе они останутся вне охраны государства. Следует считать, что их правомочия аналогичны правам любого лица, признанного потерпевшим по уголовному делу.

Участие в уголовном деле, связанном с назначением принудительных медицинских мер, законного представителя и представителя потерпевших от запрещенного УК РФ деяния не должно лишать их

возможности самостоятельно пользоваться правами, установленными уголовно-процессуальным законодательством. Вместе с тем, к ним должны относиться и обязанности потерпевших, поэтому они не должны уклоняться от явки по вызову дознавателя, следователя и в суд, давать заведомо ложные показания или отказываться от дачи показаний, разглашать данные предварительного расследования, если они были об этом заранее предупреждены. При неявке по вызову без уважительных причин они могут быть подвергнуты приводу.В этой связи мы приходим к выводу, что в целях защиты прав и соблюдения их законных интересов в действующее законодательство необходимо внести поправки, закрепляющие права лиц, пострадавших от душевнобольных субъектов, к которым применяются принудительные меры медицинского характера.

Таким образом, мы предлагаем внести в ст.42 Уголовно-процессуального кодекса РФ дополнение – п. 11.1, в котором указать, что «физические, юридические лица, пострадавшие от преступных посягательств лиц, в отношении которых ведется производство о применении принудительных мер медицинского характера, признаются потерпевшими, обладают всеми правами и исполняют обязанности, предусмотренные настоящей статьей». Дополнение, предлагаемое нами, позволит защитить права, свободы и законные интересы пострадавших граждан, а также обеспечить реализацию и соблюдение на практике принципа процессуального равноправия сторон отношений, возникающих в сфере применения принудительных мер медицинского характера. На необходимость совершенствования законодательства в рассматриваемой области обращают внимание и следователиУМВД России по Рязанской области, участвовавшие в анкетировании, проведенном авторами.В ответе на один из вопросов анкеты, они отмечали, что эффективность производства по применению принудительных мер медицинского характера зависит от законодательного закрепления и регулирования рассматриваемого института.

Литература:

1. Бабкин Л.М. О некоторых аспектах соблюдения прав и свобод лица, в отношении которого осуществляется применение принудительных мер медицинского характера / Л.М. Бабкин, С.В. Булатецкий // В сборнике: Социально-экономические и правовые меры борьбы с правонарушениями. Рязань, 2016. С. 84-88.

2. Бабкин Л.М. Изменение, прекращение принудительных мер медицинского характера / Л.М. Бабкин, С.В. Булатецкий, А.Е. Родин // Центральный научный вестник. 2016. Т. 1. № 13. С. 59-61.

3. Бабкин Л.М. Развитие законодательства Российской Федерации в сфере применения принудительных мер медицинского характера в соответствии с решениями Европейского суда по правам человека / Л.М. Бабкин, С.В. Булатецкий // NovaInfo.ru. 2015. № 30. Т. 2. С. 219-229.

4. Бажукова Ж.А. Гарантии прав лица, в отношении которого осуществляется уголовное судопроизводство о применении принудительных мер медицинского характера: дис. ... канд. юрид. наук. Сыктывкар, 2008. 239 с.

5. Булатецкий С.В. Принудительные меры медицинского характера в уголовном судопроизводстве: история и современность. Отечественный и зарубежный опыт / С.В. Булатецкий, Л.М. Бабкин // Вестник Рязанского филиала Московского университета МВД России. 2014. № 8. С. 14-21.

6. Говрунова А.И. Уголовно-процессуальные проблемы применения принудительных мер медицинского характера:дис. ... канд. юрид. наук. Краснодар, 2009. 216 с.

7. Колмаков П.А. Возвращаясь к вопросу о процессуальных правах лица, в отношении которого ведется дело о применении принудительных мер медицинского характера / П.А. Колмаков // «Черные дыры» в Российском законодательстве. 2005. № 2. С. 80-86.

8. Колмаков П.А. К вопросу об уголовно-процессуальной правосубъектности лица, в отношении которого ведется дело о применении принудительных мер медицинского характера/ П.А. Колмаков // Уголовное право. 2005. № 1. С. 84-87.

9. Определение Судебной коллегии по уголовным делам ВС РФ от 25 декабря 2007г. №18-О07-57 // Бюллетень ВС РФ. 2008. № 8. С.16.

10. Песковая Ю.В. Уголовно-процессуальная правосубъектность лица, страдающего психическим расстройством: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 2013. 26 с.

11. Постановление Европейского Суда по правам человека по делу «Романов против России» от 20 октября 2005г. // Бюллетень Европейского Суда по правам человека. 2006. № 4. С. 3-5.

12. Постановление Конституционного Суда РФ от 20 ноября 2007г. №13-П «По делу о проверке конституционности ряда положений статей 402, 433, 437, 438, 439, 441, 444 и 445 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации в связи с жалобами граждан С.Г. Абламского, О.Б. Лобашовой и В.К. Матвеева» // Российская газета. 2007. №266 (4529). С.23.

13. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 29 июня 2010 г. № 17 «О практике применения судами норм, регламентирующих участие потерпевшего в уголовном судопроизводстве» (с изм. от 9 февраля 2012 г.) // Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации. 2010. №9.

Сведения об авторах:

Бабкин Леонид Михайлович – к.ю.н., доцент кафедры уголовного процесса и криминалистики Рязанского филиала Московского университета МВД России имени В.Я. Кикотя, e-mail: babkin1949@yandex.ru

Булатецкий Сергей Владиславович – д.м.н., профессор кафедры уголовного процесса и криминалистики Рязанского филиала Московского университета МВД России имени В.Я. Кикотя, e-mail: dr_bsv@mail.ru

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В УГОЛОВНОМ ПРОЦЕССЕ

С.В. Булатецкий
Профессор кафедры уголовного процесса и криминалистики, д.м.н.
Рязанский филиал Московского университета МВД России имени В.Я. Кикотя, Россия, г. Рязань
Л.М. Бабкин
Доцент кафедры уголовного процесса и криминалистики, к.ю.н.
Рязанский филиал Московского университета МВД России имени В.Я. Кикотя, Россия, г. Рязань

Аннотация: в статье рассматриваются юридические и медицинские ас-пекты психических расстройств, исключающих вменяемость или обусловли-вающих беспомощное состояние лица при совершении общественно опасных действий.

Ключевые слова: вменяемость, невменяемость, правоохранительные органы, преступление, психическое расстройство, суд, судебно-психиатрическая экспертиза, уголовно-процессуальная дееспособность.

По процессуальному положению испытуемого все судебно-психиатрические экспертизы (СПЭ) в уголовном процессе делятся на экспертизу обвиняемого (подозреваемого), экспертизу потерпевшего и экспертизу свидетеля. Несмотря на свою внешнюю очевидность и простоту, данная классификация имеет важное практическое значение. Часть вопросов, решаемых психиатрами-экспертами, специфична для каждой из перечисленных процессуальных фигур. Вопрос о психических расстройствах, исключающих вменяемость, относится только к обвиняемому (подозреваемому), а вопрос о психических расстройствах, обусловливающих беспомощное состояние лица – исключительно к потерпевшему. Следователи (суды) не всегда принимают в расчет данное обстоятельство, что приводит к грубым ошибкам (на практике все еще встречаются экспертизы, назначаемые, например, в связи с сомнениями во вменяемости потерпевшего или свидетеля). Другая часть вопросов, напротив, неспецифична и может устанавливаться применительно к свидетелю, потерпевшему и даже обвиняемому (например, влияние имеющегося психического расстройств на возможность дачи показаний).

Судебно-психиатрическая экспертиза проводится только в специально определенных лечебных учреждениях психоневрологического профиля амбулаторно или стационарно. Обычно для стационарной судебно-психиатрической экспертизы выделяется одно из отделений в областной психиатрической больнице. Экспертизу наиболее сложных случаев проводит Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского (г. Москва). Основаниями производства экспертизы в отделении СПЭ является постановление или определение судьи, суда, дознавателя, следователя о назначении экспертизы. Основная цель СПЭ – установление влияния конкретного психического расстройства на осознанно-волевую регуляцию поведения человека в конкретной уголовно-значимой ситуации. Заключение судебно-психиатрической экспертизы подлежит оценке судом, который должен вынести соответствующее решение.

Производство СПЭ по правилам, предусмотренным для государственных судебно-экспертных учреждений, осуществляют судебно-психиатрические экспертные отделения. Они являются не самостоятельными учреждениями, а лишь структурными подразделениями медицинских учреждений (психиатрических больниц и психоневрологических диспансеров), на которые возложены функции проведения судебно-психиатрических экспертиз. Экспертами назначаются, как правило, наиболее опытные, грамотные, остепененные врачи-психиатры.

Эксперт-психиатр, с одной стороны, это самостоятельная процессуальная фигура, а, с другой стороны, – его деятельность, права и обязанности регламентируются соответствующими положениями Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации. Основной обязанностью эксперта-психиатра является исследование представленных ему объектов и материалов, включая психиатрическое освидетельствование испытуемого, и дача объективного заключения по вопросам, поставленным органом, ведущим производство по делу.

Наиболее часто СПЭ назначаются с целью установления уголовно-процессуальной дееспособности, уточнения психического состояния во время совершения деяния и на момент проведения СПЭ, определения «вменяемости – невменяемости» в период совершения деяния, установление необходимости применения принудительных мер меди-

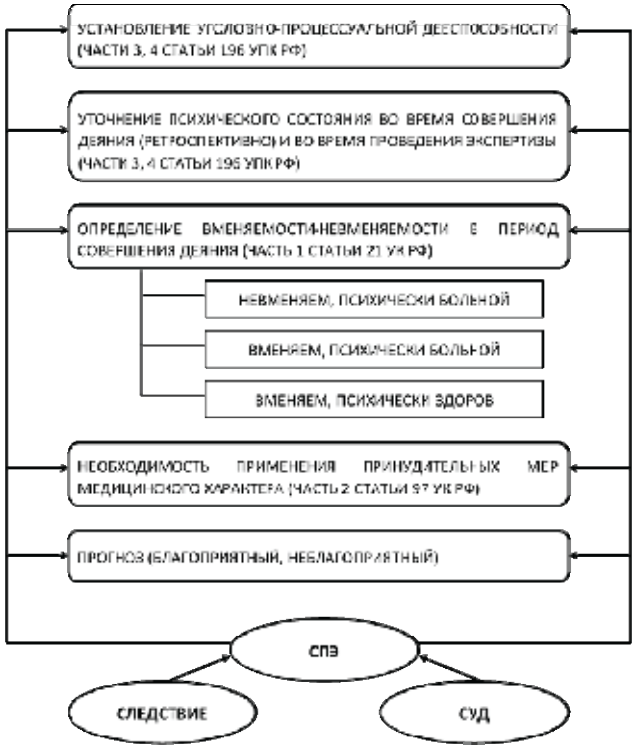


Схема 1. Судебно-психиатрическая-экспертиза в уголовном процессе

цинского характера, прогноза дальнейшего течения имеющегося психического расстройства (схема 1 [1]).

После ретроспективного установления психического состояния лица в период совершения деяния (медицинский критерий невменяемости), эксперт-психиатр выносит заключение, которое, как и любое другое доказательство, не имеет заранее установленной силы, поэтому невменяемость лица устанавливается только судом. Основанием для вынесения судебного решения о невменяемости лица являются данные дела, в том числе и заключение судебно-психиатрической экспертизы. В судебной практике, к сожалению, встречаются случаи переоценки значения заключения судебно-психиатрической экспертизы, избыточного внимания к наличию медицинского критерия невменяемости лица при игнорировании юридического критерия. Например, наркотическое «голодание» лица возникает при его хроническом психическом (наркологическом) расстройстве – наркомании, но оно не приводит к потере его осознанно-волевого поведения во время совершения деяния, предусмотренного ст. 176 УК РФ, если даже психиатры-эксперты полагают обратное.

В случае признания судом лица, совершившего уголовно наказуемое деяние, невменяемым заключение судебно-психиатрической экспертизы, несомненно, является одним из важнейших доказательств при решении вопроса об освобождении лица от уголовной ответственности и применении к нему принудительных мер медицинского характера [2, 3, 4, 5].

Несмотря на то, что современное отношение к проблеме психического здоровья в уголовном судопроизводстве исходит из принципа «презумпции психического здоровья», СПЭ может быть назначена и иным участникам уголовного процесса (свидетелям, потерпевшим), показания которых во многом определяют исход расследования, и которые могут страдать любой формой психического расстройства.

В связи с этим возникает ряд вопросов. Как в такой ситуации поступить следователю, расследующему преступление? Как оценивать уже полученные показания, если потерпевший (свидетель) уже допрошен? Всегда ли такие показания могут быть признаны достоверными доказательствами?

Само по себе наличие психического заболевания у лица не может являться основанием для запрета давать показания. Уголовно-процессуальным законом не предусмотрено проведение СПЭ для определения вменяемости свидетеля. Как показывает практика, например, информация о том, что свидетель злоупотребляет спиртными напитками, не может являться обязательным основанием для назначения и производства в отношении этого лица судебно-психиатрической экспертизы. Однако даже в том случае, когда лицо добросовестно стремится оказать помощь следователю при расследовании преступления, в силу имеющихся психических расстройств у него могут быть нарушения памяти в виде гипомнестических или амнестических расстройств, в виде различных парамнезий. Кроме того, психические расстройства могут быть связаны с нарушениями восприятия (иллюзии, галлюцинации и др.), бредовыми идеями и другими психотическими расстройствами. Например, амнестический синдром характеризуется хроническим выраженным нарушением памяти на события, при котором память на отдаленные события иногда нарушается, а непосредственное воспроизведение может сохраняться. В этой связи для лица, страдающего этим синдромом, явившегося очевидцем, например, недавнего дорожно-транспортного происшествия, весьма затруднительным будет запоминание произошедшего и, соответственно, воспроизведение в форме показаний. При допросе таких свидетелей, чьи близкие явились потерпевшими от преступлений, можно наблюдать варьирование генерализованности и полноты амнезии день ото дня. Другим проявлением расстройства памяти может быть патологическая продукция мнестических процессов, например, псевдореминисценция – замещение провалов в памяти событиями, которые происходили в действительности, но в другое время [6], что также может негативно повлиять на расследование преступления.

То есть психические расстройства могут быть следствием перенесенных им иных заболеваний и проявляться непосредственно в ходе допроса.

Поскольку свидетель в силу имеющихся психических расстройств может не только неверно воспринимать, но и неверно запоминать и неверно воспроизводить информацию, при оценке достоверности таких свидетельских показаний, как обвинительных, так и оправдательных, следует учитывать все этапы их формирования. Нельзя, конечно, исключать, что свидетель может симулировать амнезию. В этой связи важное значение приобретает экспертное заключение.

Между тем основанием для назначения и производства судебно-психиатрической экспертизы является не только наличие соответствующего диагноза, а сомнение лица, осуществляющего производство по уголовному делу, или суда в том, что психическое состояние лица позволяет ему давать показания. Именно судебно-психиатрическая экспертиза, а не следователь или суд, устанавливает психическое состояние свидетеля, от которого зависит его способность воспринимать, запоминать и воспроизводить на допросах имеющие значение для дела обстоятельства.

Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей, как и потерпевших, не оценивает достоверность и содержание показаний (это компетенция суда), а констатирует психическое состояние лица (потерпевшего или свидетеля) на предмет способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие зна-чение для дела. Однако следует подчеркнуть, что круг субъектов, оценивающих показания свидетеля, с учетом положений ст.ст. 84 и 85 УПК РФ, шире: это не только суд, но и дознаватель, следователь, прокурор. Поэтому наиболее удачной представляется формулировка задачи проведения судебно-психиатрической экспертизы свидетеля (как и потерпевшего): как определение психического состояния свидетеля (потерпевшего) и решение вопроса о его способности по состоянию психического здоровья правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания.

В соответствии с ч. 4 ст. 195 УПК РФ производство судебной экспертизы в отношении свидетеля, в том числе судебно-психиатрической, возможно только с его согласия или согласия его законных представителей, которые даются указанными лицами в письменном виде. Добровольный порядок производства судебной экспертизы в отношении свидетеля закреплен и в ч. 5 ст. 56 УПК РФ, согласно которой свидетель не может быть принудительно подвергнут судебной экспертизе или освидетельствованию, за исключением случаев, предусмотренных ч. 1 ст. 179 УПК РФ, т.е. за исключением случаев, когда освидетельствование необходимо для оценки достоверности его показаний. Причем в случаях, не терпящих отлагательства, оно может быть произведено и до возбуждения уголовного дела. В перечне случаев обязательного производства экспертизы, предусмотренном в ст. 196 УПК РФ, не указаны случаи обязательного производства экспертизы в отношении свидетеля. Что касается производства экспертизы в отношении потерпевшего, то УПК РФ допускает исключения: если необходимо установить психическое или физическое состояние потерпевшего, когда возникает сомнение в его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания (п. 4 ст. 196 УПК РФ).

Таким образом, УПК РФ, не исключая возможности принудительного производства такой экспертизы в отношении потерпевшего в исключительных случаях, содержит запрет на принудительное производство судебно-психиатрической экспертизы свидетеля, чьи показания так важны.

Не менее важен вопрос о соблюдении прав лица, в отношении которого осуществляется производство экспертизы. Согласно постановлению Пленума Верховного Суда РФ, свидетель пользуется

такими же правами, как и потер-певший, лишь при условии назначения и производства судебной экспертизы в отношении его самого. В то же время обращает на себя внимание ст. 198 УПК РФ, вторая часть которой предусматривает право свидетеля, в отношении которого производилась судебная экспертиза, знакомиться с заключением эксперта. Между тем иные участники уголовного процесса наделены более широким спектром прав при назначении и производстве судебной экспертизы. Не решен в УПК РФ и вопрос о том, в каком конкретном случае проводится стационарная, а в каком – амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза свидетеля. Сказанное свидетельствует о необходимости внесения соответствующих коррективов в УПК РФ, которые должны носить не точечный, а комплексный характер.

Литература:

1. Булатецкий С.В. Судебная психиатрия в схемах: учебное пособие / С.В. Булатецкий, О.В. Чернышёва. – Воронеж: ООО «Издательство «РИТМ», 2016. – 132 с.

2. Бабкин Л.М. Развитие законодательства Российской Федерации в сфере применения принудительных мер медицинского характера в соответствии с решениями Европейского суда по правам человека / Л.М. Бабкин, С.В. Булатецкий // NovaInfo.ru. – 2015. – № 30. – Т. 2. – С. 220-230.

3. Бабкин Л.М. Развитие законодательства Российской Федерации в сфере применения принудительных мер медицинского характера в соответствии с решениями Европейского суда по правам человека (обзор практики и законодательства) / Л.М. Бабкин, С.В. Булатецкий // В сборнике: Актуализация проблем реализации принципов уголовного судопроизводства в правоприменительной деятельности. – Рязань, 2015. – С. 9-26.

4. Булатецкий С.В. Принудительные меры медицинского характера в уголовном судопроизводстве: история и современность. Отечественный и зарубежный опыт / С.В. Булатецкий, Л.М. Бабкин // Вестник Рязанского филиала Московского университета МВД России. – 2014. – № 8. –С. 14-21.

5. Булатецкий С.В. Принудительные меры медицинского характера, как профилактика общественно опасных действий лиц с психическими расстройствами / С.В. Булатецкий,Р.М. Воронин // В сборнике: Социально-экономические и правовые меры борьбы с правонарушениями. – Рязань, 2013. – С. 107-112.

6. Булатецкий С.В. Симптомы и синдромы психических расстройств / С.В. Булатецкий. – Рязань, 2013. – 151 с.

Сведения об авторах:

Булатецкий Сергей Владиславович – д.м.н., профессор кафедры уголовного процесса и криминалистики Рязанского филиала Московского университета МВД России имени В.Я. Кикотя, e-mail: dr_bsv@mail.ru

Бабкин Леонид Михайлович – к.ю.н., доцент кафедры уголовного процесса и криминалистики Рязанского филиала Московского университета МВД России имени В.Я. Кикотя, e-mail: babkin1949@yandex.ru

ИСТОРИЯ СУДА ПРИСЯЖНЫХ

Попова М.А.

ФГБОУВО ЦФ “Российский Государственный Университет Правосудия” Россия, г.Воронеж

Аннотация: Статья посвящена вопросам ретроспективного анализа развития суда присяжных в Российской Федерации, начиная с момента его фактического возникновения в результате судебной реформы 1864 года и заканчивая современным периодом.

Ключевые слова: история суда присяжных, судебная реформа 1864 года, институт присяжных заседателей, коллегия присяжных заседателей.

В современной научной литературе часто высказываются мнения ученых, относительно реформирования института присяжных заседателей. В частности, предлагается скорректировать механизм формирования коллегии присяжных заседателей, механизм вынесения и провозглашения вердикта присяжных заседателей. Кроме того, учеными предлагается новое практическое осмысление процесса проведения судебного следствия с участием присяжных заседателей и процесса постановления приговора на основании вердикта присяжных заседателей. Все это обуславливает проведение ретроспективного анализа развития суда присяжных заседателей, т.к. только исследуя прошлый опыт построения данного института, можно сделать наиболее оптимальные предложения относительно развития данного института в современное время.

История развития суда присяжных в России началась с 1864 года, когда в Российской Империи была проведена судебная реформа. В рамках данной судебной реформы были созданы новые судебные органы – всесословные суды, в которых правосудие отправлялось с участием представителей народа, которые и были первыми присяжными заседателями. Однако, несмотря на достаточно прогрессивный характер судебной реформы, она была достаточно преждевременной, ведь на тот момент 9/10 населения составляли крестьяне, которые всего несколько лет назад получили личную свободу. В экономике и социальной сфере все еще господствовали пережитки крепостничества и средневекового социального уклада жизни, формой правления оставалась самодержавная монархия и абсолютно все подданные Российской Империи были лишены гражданских прав[1].

Характеризуя в целом историю развития суда присяжных в России, можно выделить несколько этапов, которые прошел данный институт. Первый этап развития суда присяжных охватывает период с момента его фактического создания в 1864 году и по 1889 год (когда правовой статус суда присяжных в Российской Империи был существенно изменен).

Как показала судебная практика того времени, институт присяжных заседателей достаточно быстро вошел в правовые реалии своего времени. В частности, в судах с момента введения данного правового института рассматривалось 3 / 4 от общего числа всех уголовных дел. Ежегодно в масштабах Российской империи в 70-80-е гг. XIX в. судами присяжных разрешалось 15-20 тысяч дел[2].

В соответствии с действующем на тот период законодательством, регламентирующим деятельность присяжных заседателей, последним был подсуден достаточно широкий круг преступлений, однако, как следует из сложившейся на тот период практики, присяжные заседатели в основном занимались рассмотрением преступлений против собственности частных лиц, первое место среди которых занимали кражи, второе место занимали преступления против жизни и здоровья подданных Российской Империи, преступления против их чести и свободы. Третье место занимали служебные преступления, преступления против установленного порядка управления, преступления против институтов государственной власти, преступления против церкви, казны. Как показывает практика, наиболее редко присяжные заседатели рассматривали дела, связанные с преступлениями против прав семейных, преступления связанные с нарушением законов о состоянии[3].

Что касается второго периода в развитии института суда присяжных заседателей, то он начался с 1890 года и закончился в 1917 году, когда распалась Российская Империя. Основное отличие данного периода от предыдущего заключилось в том, что были существенно изменены – компетенция суда, состав суда присяжных, юрисдикция суда присяжных. Эти изменения связаны с тем, что в конце XIX века в российском обществе стали превалировать идеи о том, что суд присяжных заседателей – это «лучшая форма суда»

для нашего государства. В виду того, что в 1914 году Российская Империя вступила в Первую мировую войну, потребовалось адаптация законодательства к режиму военного времени, которая затронула также и институт присяжных заседателей – в очередной раз изменился состав присяжных и их компетенция, однако в целом отечественный институт суда присяжных заседателей функционировал аналогично судам присяжных заседателей в других странах в условиях войны.

После отречения Николая II и сосредоточения верховной власти в руках Временного правительства, институт суда присяжных был изменен, что было связано с желанием Временного правительства максимально демократизировать судебную власть. Временным правительством был принят ряд законов, существенно расширяющих компетенцию суда присяжных, отменялись национальные и иные ограничения, был создан специальный военный суд присяжных. Однако данные изменения были плохо воплощены в тексте законодательных актов и характеризовались наличием большого количества пробелов и коллизий. Кроме того, учитывая общее состояние социальной и экономической сферы жизни общества на тот момент, говорить об эффективном функционировании такого института, как суд присяжных, не представлялось возможным.

Следует обратить внимание на то, что Временное правительство серьезным образом изменило юрисдикцию суда присяжных заседателей. В частности, в 1917 году Временное правительство упразднило ряд судебных органов - Верховный уголовный суд, Особое присутствие Сената, Судебную палату с участием сословных представителей, что явилось серьезным расширением подсудности суда присяжных заседателей, т.к. вышеперечисленные судебные органы ранее эту подсудность ограничивали. Следует обратить внимание на то, что ведению суда присяжных заседателей был отнесен ряд уголовных дел, которые ранее вообще не были ему подсудны (преступления против государственной власти) [4].

22 ноября 1917 года, Декретом Совнаркома «О суде» № 1, были упразднены окружные суды, судебные палаты, кассационные департаменты Сената. Из этого декрета следовало, что упразднялся и институт присяжных заседателей. При этом следует отметить, что процесс создания новых советских судебных органов не носил одномоментный характер, а являл собой достаточно длительный акт, который растянулся на несколько месяцев, и в течение этих месяцев, несмотря на формальное упразднение, суд присяжных заседателей фактически продолжал функционировать и прекратил свою работу на территории Советской России только в начале 1918 года.

После того, как институт присяжных заседателей был фактически ликвидирован, право граждан России на рассмотрение уголовных дел этим судом было провозглашено только 13 ноября 1989 года - с момента принятия Верховным Советом СССР Основ Союза ССР и республик о судоустройстве, ст. 11 которых гласила: «В порядке, установленном законодательством союзных республик, по делам о преступлениях, за совершение которых законом предусмотрена смертная казнь либо лишение свободы на срок свыше 10 лет, вопрос о виновности подсудимого может решаться судом присяжных (расширенной коллегией народных заседателей)».

На наш взгляд, указанное положение не в полной мере, отражало сущность суда присяжных заседателей, т.к. фактически ставила знак равенства между данным правовым институтом и институтом коллегии народных заседателей, существовавших в советский период, однако, фактическую констатацию на законодательном уровне термина «суд присяжных» можно воспринимать как начало возрождения рассматриваемого правового института.

Что касается непосредственных шагов, направленных на создание в России судов присяжных, то они были предприняты лишь в 1993 году, и были связаны с разработкой Концепции судебной реформы, в которой процессу создания суда присяжных отводилось центральное место.

Непосредственное возрождение института суда присяжных в России связано с принятым 16 июля 1993 года Закона РФ «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О судоустройстве», Уголовно-процессуальный кодекс РСФСР, Уголовный кодекс РСФСР и Кодекс РСФСР об административных правонарушениях», который непосредственно возродил в России суд присяжных. Рассмотрение дел присяжными вводилось лишь в областных (краевых) судах, к подсудности которых по первой инстанции относятся дела о наиболее тяжких преступлениях (квалифицированные убийство и изнасилование, хищения в особо крупных размерах, преступления против безопасности государства и др.) и только в девяти регионах, которые выразили согласие на введение новой формы судопроизводства (Московской, Рязанской, Саратовской, Ивановской, Ульяновской и Ростовской областях, Ставропольском, Алтайском и Краснодарском краях).

В Конституции РФ, принятой 12 декабря 1993 года, суду присяжных отведено место важнейшей гарантии прав и свобод человека, в том числе и права на жизнь, так как именно возможность выбора этой формы судопроизводства законодатель называет обязательным условием применения самой жесткой меры наказания - смертной казни.

Таким образом, можно сделать следующие выводы. Правовой институт суда присяжных заседателей возник в России в результате судебной реформы Александра II в 1864 году. В результате проведенных преобразований, российский уголовный процесс (в судебной его части) был практически полностью изменен в целях повышения объективности и беспристрастности при рассмотрении и разрешении уголовных дел, базовым элементом данного изменения было введение суда присяжных. На тот исторический период суд присяжных представлял собой действенный институт уголовного процесса, однако он не был лишен ряда недостатков, что существенно затрудняло его функционирование. Институт присяжных заседателей в классической своей форме просуществовал вплоть до 1917 года. После революционных событий 1917 года и образования СССР, институт присяжных заседателей был упразднен. Возрождение института присяжных заседателей в России произошло в 1990-е годы, что было связано со сменившимися общественно-политическими реалиями. Возрожденный институт присяжных заседателей вобрал в себя многие черты классического института присяжных существовавшего в Российской Империи, однако по своей сути и механизмам деятельности представил собой абсолютно новый институт уголовного процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зин Н.В. Институт присяжных заседателей в истории дореволюционной России / Н.В. Зин // Правовая политика и правовая жизнь. — 2015. — № 2. — С. 84-88.

2. Литвинова И.В. Исторические предпосылки и основные итоги судебной реформы 1864 года / И.В. Литвинова // Сибирские уголовно—процессуальные и криминалистические чтения. — 2009. — № 1. — С. 13-18.

3. Миленин Ю.Н. Суд присяжных в Российской Федерации: история и перспективы развития / Ю.Н. Миленин // Уголовно—процессуальные и криминалистические проблемы борьбы с преступностью: Материалы научно—практической конференции, 25 марта 2010 г. — 2010. — С. 95-99.

4. Сапко В.В. Историография роли учреждения институтов присяжных поверенных и присяжных заседателей в судебной реформе 1864 г. / В.В. Сапко. — Ростов—на—Дону: Из—во ДЮИ, 2013. — С. 93-102.

Сведения об авторе:

Попова Мария Анатольевна - студентка (магистр) ФГБОУВО ЦФ "Российский Государственный Университет Правосудия" Россия, г.Воронеж, e-mail: popova_mariya94@mail.ru

HISTORY OF TRIAL BY JURY

Summary: The article is devoted to the retrospective analysis of development of trial by jury in the Russian Federation since the moment of its actual occurrence as a result of judicial reform of 1864 and ending with the modern period.

Keywords: History of trial by jury, the judicial reform of 1864, the Institute of the jury, a panel of jurors.

References:

1. Zin N.In. The Institute of the jury in the history of pre-revolutionary Russia / N. In. Zine // Legal policy and legal life. — 2015. — No. 2. —P. 84-88.
2. Litvinov I. V. the Historical background and main results of the judicial reform of 1864 / I. Litvinov, V. // Siberian criminal procedure and forensic reading. — 2009. — No. 1. — P. 13-18.
3. Milenin, Yu. N. A jury in the Russian Federation: history and prospects / Yu. Milenin // Criminal procedural and criminalistic problems of struggle with crime: Materials of scientific—practical conference, March 25, 2010 — 2010. — P. 95-99.
4. Sapko V. Historiography of the role of institutions institutions, attorneys and jurors in the judicial reform of 1864 / V. V. Sapko. — Rostov—on—don: iz—vo DUI, 2013. — P. 93-102.

УДК 343.1

СУДЬЯ (СУД) КАК СУБЪЕКТ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ В СТАДИИ ВОЗБУЖДЕНИЯ УГОЛОВНОГО ДЕЛА

Е.В. Рощупкина
ЦФ ФГБОУВО «Российский государственный университет правосудия»
(г. Воронеж)

Аннотация.В статье анализируются полномочия суда как субъекта принятия решений в стадии возбуждения уголовного дела, отмечается специфика данных полномочий, особенности осуществления судебного контроля и его отличие от прокурорского надзора и ведомственного контроля, анализируются статистические данные деятельности судов.

Ключевые слова: возбуждение уголовного дела, участники уголовного судопроизводства, судья (суд), полномочия, жалобы и представления.

Анализ норм УПК РФ позволяет отнести судью (суд) к субъектам принятия решения в стадии возбуждения уголовного дела. Однако процессуальная деятельность данного субъекта имеет свою специфику в силу принципа состязательности сторон, в соответствии с которым суд выполняет функцию разрешения дела и не является участником уголовного судопроизводства со стороны обвинения, а следовательно, не вправе осуществлять уголовное преследование.

Являясь субъектом принятия процессуальных решений в стадии возбуждения уголовного дела, суд правомочен рассматривать жалобы на действия (бездействие) и решения прокурора, следователя, органа дознания, начальника органа дознания, начальника подразделения дознания и дознавателя в случаях и порядке, которые предусмотрены статьей 125 УПК РФ. Мировой судья правомочен принимать решение по поступившему к нему заявлению о привлечении к уголовной ответственности лиц по делам частного обвинения в порядке ст. 319 УПК РФ.

Вопрос относительно определения роли суда в осуществлении судебного контроля, в научной литературе, является дискуссионным.

Н.А. Колоколов полагает, что деятельность суда носит в этом случае превентивный характер и направлена на недопущение ограничения прав и законных интересов человека и гражданина [1, С. 18].

По мнению других авторов, судебный контроль является ограничением полномочий органов предварительного расследования, поскольку дублирует их, но при этом обладает наибольшей юридической силой [2, С. 59].

Позволим не согласиться с последней точкой зрения, поскольку судебный контроль, прокурорский надзор и ведомственный контроль не подменяют друг друга, а выполняют свою роль в реализации контрольно-надзорного механизма процессуальной деятельности органов уголовной юстиции.

Как отмечает А.А. Дядченко, процессуальный контроль является систематической процессуальной деятельностью, направленной на обеспечение объективности, всесторонности, полноты расследования, а также законности, обоснованности и своевременности действий подчиненных сотрудников [3, С. 19].

По мнению В.В. Хатуаевой и Р.А. Боташева, критериями, позволяющими разграничить формы процессуального контроля и надзора, являются: 1) задачи, выполняемые в стадии возбуждения уголовного дела тем или иным органом или должностным лицом; 2) законодательно регламентированные полномочия соответствующих субъектов уголовно-процессуальной деятельности; 3) положение, занимаемое каждым из них в системе органов государства [4, С. 51].

Отметим также, что одним из основных отличий судебной контроля является то, что он может быть осуществлен только в случае поступления заявления (жалобы) в суд, в то время как прокурорский надзор и ведомственный контроль осуществляется на любом этапе проверки сообщения о преступлении, в том числе – по инициативе прокурора, начальника подразделения дознания, начальника органа дознания или руководителя следственного органа, соответственно.

В порядке ст. 125 УПК РФ могут быть обжалованы два вида действий (бездействий) и решений дознавателя, органа дознания, следователя и руководителя следственного органа.

К первому виду относятся действия (бездействия) указанных должностных лиц, право на обжалование которых, непосредственно закреплено в УПК РФ. Так, в соответствии с ч. 5 ст.144 УПК РФ может быть обжалован отказ в приеме сообщения о преступлении; в соответствии с ч. 1 ст. 125 и ч. 5 ст. 148 УПК РФ – постановление об отказе в возбуждении уголовного дела; в соответствии с ч. 2 ст. 145 УПК РФ – постановление о возбуждении уголовного дела или о передаче сообщения по подследственности.

Ко второму виду относятся решения и действия (бездействия), которые, по мнению заявителя, причиняют ущерб конституционным правам и законным интересам граждан или ограничивают их доступ к правосудию.

По официальным данным Управления Судебного департамента в Воронежской области, в 2015 году федеральными судами общей юрисдикции Воронежской области рассмотрено 1711 жалоб в порядке ст. 125 УПК РФ, из которых 50 было удовлетворено (в 2014 году – 1435, удовлетворено – 60; в 2013 году – 1353, удовлетворено – 46) [5]. Анализ данных свидетельствует о том, что, несмотря на снижение процента жалоб, по которым

действия должностных лиц были признаны незаконными или необоснованными, их общее количество с каждым годом увеличивается.

Одной из причин увеличения количества обращений в суд, по нашему мнению, явилось принятие Федерального закона РФ от 04.03.2013 г. № 23-ФЗ, которым были внесены существенные изменения в ст. 144 УПК РФ, в соответствии с которым расширен круг участников, имеющих право приносить жалобы на действия (бездействие) и решения дознавателя, начальника подразделения дознания, начальника органа дознания, органа дознания, следователя, руководителя следственного органа впорядке, установленном главой 16 УПК РФ, а также расширен предмет судебного обжалования.

Значительное количество обращений в суд связано с необоснованным принятием решения об отказе в возбуждении уголовного дела.

В целях принятия законного решения по данной категории жалоб считаем необходимым выяснение судом следующих обстоятельств: 1) соблюдение норм, регламентирующих процессуальный порядок рассмотрения сообщения о преступлении; 2) принятие решения об отказе в возбуждении уголовного дела уполномоченным должностным лицом; 3) наличие оснований для принятия решения об отказе в возбуждении уголовного дела; 4) достоверность сведений, послуживших основанием для принятия данного решения.

При этом следует отметить, что в ходе рассмотрения жалобы суд не вправе предопределять последующие действия должностного лица, которым было вынесено данное решение, а также предрешать его выводы.

В случае подтверждения указанных в жалобе доводов, судья выносит постановление о признании отказа в возбуждении уголовного дела незаконным или необоснованным и направляет его для исполнения руководителю следственного органа или начальнику органа дознания, уведомляя о принятом решении заявителя.

В связи с тем, что постановление судьи направляется не субъекту принятия решения, а соответствующему руководителю, считаем целесообразным поручать повторную проверку другому дознавателю, следователю. В противном случае, нельзя исключить возможности повторного нарушения, так как должностное лицо, принявшее решение впервые, будет стремиться, в первую очередь, обосновать законность и справедливость принятого им ранее решения. Данное предположение основано на том, что УПК РФ не устанавливает обязанности для органов предварительного расследования уведомлять суд о результатах повторно проведенной проверки. Таким образом, в случае повторного принятия решения об отказе в возбуждении уголовного дела, оно может быть признано незаконным и необоснованным только в результате повторного обращения лица с соответствующей жалобой в суд.

Аналогичным представляется процессуальный порядок рассмотрения жалобы на незаконное решение о возбуждении уголовного дела. Предметом проверки данной категории жалоб являются соблюдение порядка вынесения данного решения, полномочия должностного лица, вынесшего данное решение, наличие или отсутствие повода и основания для вынесения постановления о возбуждении уголовного дела, а также обстоятельств, вследствие которых производство по делу может быть исключено.

При этом также необходимо отметить, что судья не вправе давать правовую оценку деяния подозреваемого, имеющимся в материалах сведениям, которые имеют значение для установления обстоятельств, подлежащих доказыванию, относительно их содержания полноты и сведений. Тем самым, может быть разрешен дискуссионный вопрос о соотношении понятий «судебный контроль» и «осуществление правосудия», по поводу которого в научной литературе имеются противоположные точки зрения. Согласно одной из них, данные понятия являются тождественными, так как правосудием считается любая процессуальная деятельность, связанная с производством по уголовным делам, независимо от стадии уголовного процесса [6, С. 32]. Другая точка зрения сводится к разделению рассматриваемых понятий, в связи с тем, что судебный контроль и правосудие направлены на достижение различных целей [7, С. 22].

Учитывая изложенное, считаем необходимым согласиться со второй точкой зрения, так как в ходе осуществления судебного контроля не разрешаются и не предопределяются вопросы, связанные с виновностью лица в совершении преступления, не дается правовая оценка его деяния.

Как уже было отмечено, мировой судья не вправе возбуждать уголовное дело, поскольку сам факт принятия такого решения является началом уголовного преследования в отношении лица, то есть реализации функции, выполнение которой судом не осуществляется в силу сущности принципа состязательности сторон. В этой связи дискуссионным является вопрос о том, кто выступает в данном случае субъектом возбуждения уголовного дела.

По мнению Е.В. Хаматовой, дела частного обвинения считаются возбужденными в силу самого факта направления заявления в суд. Поскольку никакие государственные органы и должностные лица, исходя из сути частного обвинения, не наделены правом подачи такого заявления, то заявление потерпевшего играет роль постановления о возбуждении уголовного дела [8, С. 148-149].

В то же время, как считает В.М. Лебедев, поскольку суд возбуждает уголовное дело не по собственной инициативе, а по заявлению, то последнее выполняет роль обвинительного акта, который обязывает суд принять дело к рассмотрению и принять по нему законное и обоснованное решение. В данной ситуации возбуждение уголовного дела судом не противоречит принципу состязательности уголовного процесса [9, С. 143].

Таким образом, если не рассматривать понятия «возбуждение уголовного дела» и «уголовное преследование», как основание и его обязательное следствие, факт возбуждения мировым судьей уголовного дела частного обвинения не будет противоречить принципу состязательности. Считаем, что это допустимо только в том случае, если решение о возбуждении уголовного дела принимается не в отношении конкретного лица, а по факту поступившего заявления.

В отличие от возбуждения уголовного дела публичного и частно-публичного обвинения, мировой судья отражает в своем решении факт поступления заявления, которое будет являться поводом. Соответственно, единственным требованием для принятия такого решения, будет являться законность, то есть соответствие заявления требованиям ч. 5 ст. 318 УПК РФ. В этой связи, считаем невозможным сопоставление заявления потерпевшего с обвинительным актом (постановлением, заключением), так как заявление потерпевшего носит исключительно обвинительный характер и не содержит перечень доказательств, на которые ссылается сторона защиты, краткое изложение их содержания и т.д.

В этом случае отсутствует необходимость формулировки потерпевшим обвинения, квалификации деяния, что считается большинством мировых судей обязательным требованием. Достаточно лишь описать событие преступления. Таким образом, мировой судья не будет связан своим собственным решением при последующем рассмотрении уголовного дела, как это происходит в настоящее время. При этом лицо, в отношении которого поступило заявления, сохраняет за собой предусмотренный УПК РФ комплекс прав, обеспечивающий формирование позиции своей защиты.

Особенностью рассмотрения дел частного обвинения является возможность примирения сторон, в случае которой уголовное дело подлежит прекращению. При этом необходимо отметить, что примирение сторон возможно и до принятия заявления мировым судьей. В этом случае, в соответствии с ч. 5 и 6 ст. 319 УПК РФ мировой судья обязан разъяснить такое право заявителю.

Анализ статистических данных деятельности мировых судей в Воронежской области за 2015 год свидетельствует о том, что по результатам рассмотрения заявления потерпевших, значительное количе-

ство именно таких решений было принято мировыми судьями. Так, за указанный период, по 420 рассмотренным заявлениям, обвинительный приговор был вынесен только по 127 из них (в 2014 году – из 439 по 134). По реабилитирующим основаниям прекращено 48 уголовных дел (в 2014 году – 43). Таким образом, по результатам рассмотрения заявлений потерпевших, в 42% случаев производство окончено в связи с примирением сторон (в 2014 году – 40%) [10].

При этом необходимо отметить, что УПК РФ не возлагает обязанности на мировых судей предпринимать иные, не указанные в ст. 319 УПК РФ меры по примирению сторон. Целесообразно предположить, что активную позицию в примирении сторон должны выполнять адвокаты, но их участие в производстве по делам частного обвинения не носит массовый характер, поскольку, в отличие от дел публичного обвинения, их услуги являются платными. В связи с этим, если исходить из практики рассмотрения заявлений потерпевших по делам частного обвинения, у мирового судьи возникает необходимость принимать активные меры, направленные на примирение сторон.

По мнению Е.Л. Комбаровой, выполнение мировым судьей активных действий по примирению сторон не противоречит принципу состязательности и равенству сторон в процессе, так как судья не выступает в пользу какой-либо из сторон, призывая их примириться; окончательное принятие решения о примирении остается за сторонами, их никто не вправе заставить или принудить к этому [11, С. 292].

Учитывая сложившуюся практику, можно согласится с данной точкой зрения. При этом необходимо отметить, что процессуальный порядок примирения сторон нуждается в дополнительной разработке и закреплении в УПК РФ. Следует учитывать, что примирение является достижением согласия обеих сторон. Прекращение производства по заявлению потерпевшего до принятия его к рассмотрению судьей, не влечет за собой необходимость возбуждения производства по делу, а следовательно – уголовного преследования в отношении конкретного лица. Если согласие о примирении достигнуто уже после принятия заявления, то прекращению подлежит производство не по заявлению, а по уголовному делу. В последнем случае, лицо, в отношении которого было возбуждено производство, будет отнесено к категории лиц, привлекавшихся к уголовной ответственности, несмотря на то, что уголовное дело было прекращено, так как примирение сторон не является реабилитирующим основанием прекращения уголовного дела.

В этой связи, на мировых судей должна быть возложена не только обязанность разъяснения прав заявителю и лицу, в отношении которого подано заявление, но и возможные правовые последствия принятия процессуальных решений.

Литература:

1. Колоколов Н.А. Судебный контроль в стадии предварительного расследованияпреступлений: важная функция судебной власти: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М.1998. – 23 с.

2. Лукьянова О.А. Статья 125 УПК РФ: проблемы, возникающие в судебной практике при рассмотрении жалоб заявителей // Уголовный процесс.2010. №1. – С. 22-25.

3. Дядченко А.А. Правовое положение начальника органа дознания в российском уголовном судопроизводстве: теория и практика: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата юридических наук. – Российская академия правосудия, М., 2009. – 29 с.

4. Хатуаева В.В., Боташев Р.А. К вопросу о соотношении судебного контроля и иных форм контрольно-надзорной деятельности в досудебном производстве по уголовным делам // Вестник Воронежского института МВД России. 2010. №2. – С. 47-51.

5. Сводные статистические формы о деятельности федеральных судов общей юрисдикции и мировых судей за 2013-2015 годы [Электронный ресурс]: Режим доступа – http://usd.vrn.sudrf.ru/modules.php?name=stat&rid=5 (дата обращения 13.10.2016 г.)

6. Бозров В.М. Современные проблемы российского правосудия по уголовным делам в деятельности военных судов (вопросы теории и практики). Екатеринбург. 1999. – 4009 с.6.

7. Володина Л.М. Проблемы организации и функционирования судебной власти // Судебная власть в России: закон, теория и практика: сборник статей по итогам Международной научно-практической конференции. М. 2005. – С. 22-25.

8. Хаматова Е. В. Производство по уголовным делам у мирового судьи: дис. ... канд. юрид. наук. Воронеж. 2002. – 238 с.

9. Лебедев В. М. Судебная власть в современной России: проблемы становления и развития. СПб. 2001. – 384 с.

10. Сводные статистические формы о деятельности федеральных судов общей юрисдикции и мировых судей за 2014-2015 годы [Электронный ресурс]: Режим доступа – http://usd.vrn.sudrf.ru/modules.php?name=stat&rid=5 (дата обращения 14.04.2016 г.)

11. Комбарова Е.Л. Процессуальные особенности примирения сторон при рассмотрении уголовных дел мировыми судьями России // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Право. 2007. № 1. – С. 291-293.

Сведения об авторе:

Рощупкина Екатерина Викторовна – магистрант ЦФ ФГБОУВО «Российский государственный университет правосудия», e-mail: daktrina-kate@mail.ru

JUDGE (COURT) AS THE SUBJECT OF DECISION UNDER INSTITUTE CRIMINAL PROCEEDINGS

E.V. Roshupkina

Annotation: The article analyzes the powers of the court as the subject of decision-making in the process of a criminal case, there is the specificity of these powers, especially the implementation of judicial control and its difference from the prosecutor's supervision and institutional control, analyzed the statistics of the courts.

Keywords: criminal proceedings, the participants in criminal proceedings, the judge (court) authority, complaints and representations.

References:

1. Kolokolov N.A. Sudebnyjkontrol' v stadia predvaritel'nogo rassledovaniy aprestuplenij: vazhnayafunkciyasudebnojvlasti: avtoref. dis. ... kand.yurid. nauk. M.1998. – 23 s.

2. Luk'yanova O.A. Stat'ya 125 UPK RF: problemy, voznikayushchie v sudebnojpr aktikeprirassmotreniizhalobzayavitelej // Ugolovnyj process.2010. №1. – S. 22-25.

3. Dyadchenko A.A. Pravovoe polozhenienachal'nika organa doznaniya v rossijskomu golovnom sudoproizvodstve: teoriya i praktika: avtoreferat dissertacii na soiskanie uchenojstepenikandidatayur idicheskihnauk. – Rossijskaya akademiya pravosudiya, M., 2009. – 29 s.

4. Hatuaeva V.V., Botashev R.A. K voprosu o sootnoshenii sudebnogo kontrolya i inyh form kontrol'nonadzornoj deyatel'nosti v dosudebnom proizvodstve pougolovnymdelam // VestnikVoronezhskogoinstituta MVD Rossii. 2010. №2. – S. 47-51.

5. Svodnye statisticheskie formy o deyatel'nosti federal'nyh sudovobshch ejyurisdikciiimirovyhsudejza 2013-2015 gody [EHlektronnyjresurs]: Rezhimdostupa – http://usd.vrn.sudrf.ru/modules.php?name=stat&rid=5 (dataobrashcheniya 13.10.2016 g.)

6. Bozrov V.M. Sovremennye problem rossijskogo pravosudiya po ugolovnym delam v deyatel'nosti voennyhsudov (voprosyteoriiipraktiki). Ekaterinburg. 1999. – 4009 s. 6.

7. Volodina L.M. Problemy organizacii i funkcionirovaniya sudebnojvlasti

// Sudebnayavlast' v Rossii: zakon, teoriyaipraktika: sbornik statej poitogam Mezhdunarodnojnauchno-prakticheskojkonferencii. M. 2005. – S. 22-25.

8. Hamatova E. V. Proizvodstvopougolovnymdelam u mirovogosud'i: dis. ... kand. yurid. nauk. Voronezh. 2002. – 238 s.

9. Lebedev V. M. Sudebnayavlast' v sovremennojRossii: problem stanovleniya i razvitiya. SPb. 2001. – 384 s.

10. Svodnye statisticheskie formy o deyatel'nosti federal'nyh sudov obshch ejyurisdikciiimirovyhsudejza 2014-2015 gody [EHlektronnyjresurs]: Rezhimdostupa – http://usd.vrn.sudrf.ru/modules.php?name=stat&rid=5(data obrashcheniya 14.04.2016 g.)

11. Kombarova E.L. Processual'nye osobennosti primireniya storon pri rassmotrenii ugolovnyh del mirovymi sud'yamiRossii // Vestnik Voronezhskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Pravo. 2007. № 1. – S. 291-293.

УДК 343.1

ОСОБЕННОСТИ ПРОИЗВОДСТВА ДОЗНАНИЯ В СОКРАЩЕННОЙ ФОРМЕ

И.С. Тогушова
ЦФ ФГБОУВО «Российский государственный университет правосудия»
(г. Воронеж)

Аннотация. В статье проведен анализ законодательной регламентации производства дознания в сокращенной форме, дана характеристика его особенностей, отмечены проблемы практической реализации, сформулированы предлагаемые изменения и дополнения в отдельные нормы УПК РФ, регламентирующие производство дознания в сокращенной форме.

Ключевые слова: дознание, дознание в сокращенной форме, уведомление о подозрении, доказательства, доказывание, обвинительное постановление.

Федеральным законом РФ от 04.03.2013 года № 23-ФЗ в УПК РФ введена глава 32.1, регламентирующая производство дознания в сокращенной форме. В теории уголовного процесса сформировалась точка зрения, согласно которой институт сокращенного дознания должен позволить достичь процессуальной экономии, совершенствовать процедуру осуществления уголовного преследования таким образом, чтобы создать оптимальные условия для ускоренного расследования преступлений, передачи дела в суд, сохранив при этом установленные гарантии прав и законных интересов участников процесса[1, С. 54; 2, С. 20]. Кроме того, введение данного института должно снизить объем процессуальной деятельности дознавателя, который, согласно статистическим данным, является не только значительным, но и ежегодно показывает рост нагрузки по количеству расследуемых уголовных дел дознавателями [3, С. 4].

Однако согласно данным официальной статистики, в 2014 году из общего числа уголовных дел, отнесенных к компетенции органов дознания, дознание в сокращенной форме было проведено по 29 376 из них, что составляет всего лишь 3,26%.[4].

По мнению ученых-процессуалистов, данное обстоятельство обусловлено тем, что институт дознания в сокращенной форме еще не получил достаточно широкой правоприменительной практики вследствие значительных недостатков в своей процессуальной регламентации [5, С. 9; 6, С. 42].

Одним из таких недостатков являются правовые и организационные последствия волеизъявления участников производства дознания в сокращенной форме, а точнее – заявления ими ходатайств.

В соответствии с ч. 3 ст. 226.3 УПК РФ подозреваемый, обвиняемый, потерпевший или его представитель вправе заявить ходатайство о прекращении производства дознания в сокращенной форме и о продолжении производства дознания в общем порядке в любое время до удаления суда в совещательную комнату для постановления приговора.

В этой связи, в случае заявления указанных ходатайств, потребуется производство дополнительных следственных и процессуальных действий. В случае заявления данных ходатайств в суде, производство по уголовному делу подлежит возвращению к стадии предварительного расследования, что приводит к необоснованному затягиванию уголовного процесса и не может отвечать принципу разумного срока уголовного судопроизводства, не способствует реализации целей дознания в сокращенной форме.

Таким образом, как справедливо отмечено Е.Н. Арестовой, процессуальная норма, закрепленная в ч. 3 ст. 226.3 УПК РФ, способна аннулировать замысел законодателя об упрощенной процедуре досудебного производства по уголовным делам, которые не представляют существенной сложности[7].

Один из вариантов разрешения данной проблемы предложен П.С. Сильвестровым и П.Г. Марфициным, которые полагают, что согласие подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего и их представителей может быть получено только один раз в ходе производства дознания с указанием последствий такого решения и невозможностью отказаться в будущем[8, С. 312].

Однако по нашему мнению, подобная регламентация ограничивает, в первую очередь, права подозреваемого, а именно право на заявление ходатайств на любом этапе уголовного судопроизводства. В этой связи считаем ограничение подозреваемого возможностью заявлять такое ходатайство только в стадии предварительного расследования нецелесообразным. Кроме того, практическая необходимость такого ограничения отсутствует, в связи с тем, что трудно представить обстоятельства, способные повлиять на изменение отношения подозреваемого к сущности подозрения или обвинения после окончания производства дознания.

Единственным таким обстоятельством, на наш взгляд, может являться самооговор обвиняемого. Однако при этом считаем необходимым осуществление проверки судом ходатайства о самооговоре. В случае если данное ходатайство не подкреплено иными доказательствами, суд должен отказать в удовлетворении ходатайства.

В то же время, представляется возможным внести данное ограничение для потерпевшего и (или) его представителя, закрепив положение, согласно которому заявленное письменное согласие на производство дознания в сокращенной форме делает невозможным заявить ходатайство о прекращении данной формы дознания в последующем.

Следует отметить, что предлагаемые изменения, в настоящее время, не востребованы практикой и их закрепление будет целесообразно только в случае роста количества уголовных дел, по которым производится дознание в сокращенной форме.

Как указывают Н.Ю. Дутов и А.Л. Сте-

фанский, основываясь на данных опроса сотрудников подразделения дознания ГУ МВД России по Воронежской области, на практике данная форма дознания используется достаточно редко ввиду опасения возвращения прокурором уголовного дела на дополнительное следствие[9, С. 191]. Однако данная проблема была учтена в приказе Генеральной прокуратуры РФ от 20.02.2015 г. № 83[10], которым утверждены формы отчетов органов предварительного расследования и такой возврат нарушением законности теперь не является.

Особенностью дознания в сокращенной форме является также то, что в соответствии со ст. 226.5 УПК РФ доказательства по уголовному делу собираются в объеме, достаточном для установления события преступления, характера и размера причиненного им вреда, а также виновности лица в совершении преступления.

Как отмечает Л.В. Черепанова, данное положение обусловлено тем, что признание подозреваемым своей вины, характера и размера причиненного преступлением вреда, согласие с правовой оценкой деяния, приведенной в постановлении о возбуждении уголовного дела, возбужденного в отношении него, свидетельствуют об отсутствии уголовно-процессуального спора. При отсутствии спора у подозреваемого, его защитника, как правило, нет необходимости оспаривать доказательства, на основе которых сформулировано подозрение[11, С. 49].

Таким образом, в соответствии с ч. 2 ст. 226.5 УПК РФ дознаватель обязан произвести только те следственные и иные процессуальные действия, непроизводство которых может повлечь за собой невосполнимую утрату следов преступления или иных доказательств.

Анализ данной статьи позволяет определить, что основу уголовного дела должны составлять результаты проверки сообщения о преступлении в стадии возбуждения уголовного дела, а дознаватель обязан лишь допросить подозреваемого. При этом дознаватель вправе производить иные процессуальные действия по своему усмотрению.

Таким образом, как отмечает А.У. Садыков, дознаватель освобождается от установления некоторых обстоятельств, например тех, которые исключают преступность деяния и могут повлечь за собой освобождение от уголовной ответственности[12, С. 190].

Кроме того, в соответствии со ст.73 УПК РФ по уголовному делу также подлежат доказыванию мотив, форма вины, обстоятельства, смягчающие и отягчающие наказание, характеризующие личность обвиняемого, обстоятельства, способствовавшие совершению преступления.

Исключение из предмета доказывания обстоятельств, отягчающих наказание, как указывает Н.А. Гусейнов, «можно оценить своего рода нормой-поощрением» для согласия подозреваемого на сокращенный порядок расследования и безусловное признание вины в инкриминируемом деянии»[13, С. 181].

Однако исключение обязанности доказывания обстоятельств, характеризующих личность обвиняемого и смягчающих наказание, на наш взгляд, не обеспечивает в полной мере в последующем назначение справедливого наказания за совершенное преступление. В этой связи, считаем установление указанных обстоятельств обязательным элементом предмета доказывания при производстве дознания в сокращенной форме.

Учитывая изложенное, можно сделать вывод о том, что предмет и пределы доказывания при производстве дознания в сокращенной форме значительно сужены, а проверка доказательств фактически исключена из процесса доказывания.

Одним из недостатков в процессуальной регламентации деятельности органов дознания при производстве дознания в сокращенной форме, является также условие, указанное в п. 1 ч. 2 ст. 226.1 УПК РФ, наличием которого определяется возможность его производства – возбуждение уголовного дела в отношении конкретного лица.

Следуя буквальному толкованию, в случае возбуждения уголовного дела по факту совершения преступления и установлении впоследствии лица, подозреваемого в его совершении, возможность производства дознания в сокращенной форме отсутствует. Таким образом, подозреваемый лишен права ходатайствовать о производстве дознания в сокращенной форме.

Анализ практики деятельности органов дознания показывает, что в большинстве случаев уголовные дела возбуждаются по факту совершения преступления ввиду того, что в случае возбуждения уголовного дела в отношении конкретного лица и последующего принятия решения о прекращении уголовного дела по основаниям, предусмотренным п.п. 1, 2, 5, 6 ч. 1 ст. 24 и п.п. 1 и 4 - 6 ч. 1 ст. 27 УПК РФ, подозреваемый получает право на реабилитацию. Таким образом, органы дознания возбуждают уголовные дела в отношении подозреваемого только в случае очевидности преступления и наличия перспективы вынесения в последующем в отношении данного лица обвинительного приговора в установленном УПК РФ порядке.

В этой связи, как отмечает И.М. Алексеев, небольшой массив уголовных дел, возбужденных в отношении конкретного лица, ставит под сомнение целесообразность существования сокращенной формы дознания[14, С. 89].

В соответствии со ст. 226.6 УПК РФ дознание в сокращенной форме должно быть окончено в срок, не превышающий 15 суток, и может быть продлен прокурором до 20 суток.

Следует обратить внимание, что, в отличие от производства дознания в общем порядке, срок производства дознания в сокращенной форме исчисляется не со дня вынесения постановления о возбуждении уголовного дела, а со дня вынесения постановления о производстве дознания в сокращенной форме. Таким образом, в этот срок не включается время с момента вынесения постановления о возбуждении уголовного дела в отношении конкретного лица до первого допроса подозреваемого, двое суток со дня разъяснения подозреваемому права на заявление ходатайства о производстве дознания в сокращенной форме, а также 24 часа, в течение которых дознаватель должен принять решение по результатам рассмотрения данного ходатайства.

Учитывая изложенное, можно предположить, что к моменту составления обвинительного постановления, срок дознания в сокращенной форме может быть приближен к сроку, в течение которого осуществляется дознание в общем порядке. В этом случае, основная цель его производства, о которой было сказано выше, не будет реализована.

В связи с этим, представляется целесообразным исчисление срока дознания в сокращенной форме со дня вынесения постановления о возбуждении уголовного дела в отношении конкретного лица.

Особенностью производства дознания в сокращенной форме является также составление по его окончании обвинительного постановления - процессуального документа, в котором на основании собранных по уголовному делу доказательств уполномоченное на то уголовно-процессуальным законом должностное лицо делает вывод о необходимости привлечь подозреваемого в качестве обвиняемого и направлении дела в суд для решения вопроса по существу[15, С. 110].

В УПК РФ отсутствует отдельная норма, определяющая структуру и содержание обвинительного постановления по аналогии со ст. 225, посвященной обвинительному акту. Можно предположить, что законодатель не разграничивает указанные процессуальные акты ввиду их тождественности, подразумевая их одинаковую структуру и единые требования составления. На это указывает ч. 1 ст. 226.7 УПК РФ, в соответствии с которой в обвинительном постановлении указываются обстоятельства, перечисленные в пунктах 1 - 8 части первой статьи 225.

Однако, как уже было указано выше, при производстве дознания в общем порядке и сокращенной форме, различными являются предмет и пределы доказывания, что, по нашему мнению, должно отличать обвинительный акт и обвинительное постановление. Таким образом, с учетом изложенных выше обстоятельств, считаем целесообразным внести соответствующие изменения в ст. 226.7 УПК РФ,

исключив из ч. 1 слова «В обвинительном постановлении указываются обстоятельства, перечисленные в пунктах 1 - 8 части первой статьи 225 настоящего Кодекса, а также ссылки на листы уголовного дела» и дополнив пунктом 1.1 следующего содержания:

«Статья 226.7. Окончание дознания в сокращенной форме

...1.1. В обвинительном постановлении указываются:

1) дата и место его составления;

2) должность, фамилия, инициалы лица, его составившего;

3) данные о лице, привлекаемом к уголовной ответственности;

4) место и время совершения преступления;

5) формулировка обвинения с указанием пункта, части, статьи Уголовного кодекса Российской Федерации;

6) перечень доказательств, подтверждающих обвинение и краткое изложение их содержания;

7) обстоятельства, смягчающие наказание;

8) данные о потерпевшем, характере и размере причиненного ему вреда».

Литература:

1. Григорьев Д.А. От протокольной формы досудебного производства до сокращенного дознания // Вестник Московского университета МВД России. 2013. № 2. – С. 53-55.

2. Попов И.А. Дознание в сокращенной форме: достоинства, недостатки и первые результаты // Уголовное судопроизводство. 2013. № 3. – С. 19-22.

3. Дядченко А.А. Правовое положение начальника органа дознания в российском уголовном судопроизводстве: теория и практика: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата юридических наук. – Российская академия правосудия, М., 2009. – 29 с.

4. Доклад о результатах и основных направлениях деятельности Министерства внутренних дел Российской Федерации в 2015 году [Электронный ресурс]: Режим доступа – http://mvd.ru/Deljatelnost/results/annual_reports (дата обращения 30.09.2016 г.)

5.Цоколова О.И., Осипов Д.В. О концепции развития дознания в системе МВД России // Сборник научных трудов по материалам межведомственного семинара-совещания «Органы дознания системы МВД России в условиях реформирования уголовно-процессуального законодательства. М. 2014. – С. 9-12.

6. Евстигнеева О.В. Дознание в сокращенной форме в свете требования справедливости уголовного судопроизводства // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. 2014. № 2 (17). – С. 41-44.

7. Арестова Е.Н. Особенности производства дознания в сокращенной форме [Электронный ресурс] //КонсультантПлюс – законодательство с комментариями. – Режим доступа: http: //www.consultant. ru (дата обращения: 30.09.2016).

8. Сильвестров П.С., Марфицин П.Г. Проблемы правоприменения при производстве дознания в сокращенной форме // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. 2015. № 5. – С. 312-314.

9. Дутов Н.Ю. Стефанский А.Л. Эффективность дознания в сокращенной форме // Общественная безопасность, законность и правопорядок. 2015. № 1. – С. 189-191.

10. Приказ Генеральной прокуратуры РФ от 20.02.2015 г. № 83 «Об утверждении и введении в действие форм федерального статистического наблюдения № 1-Е «Сведения о следственной работе и дознании» и № 1-ЕМ "Сведения об основных показателях следственной работы и дознания", а также Инструкции по составлению отчетности по формам федерального статистического наблюдения № 1-Е, 1-ЕМ» [Электронный ресурс] //КонсультантПлюс – законодательство с комментариями. – Режим доступа: http: //www.consultant. ru (дата обращения: 30.09.2016).

11. Черепанова Л.В. Дознание в сокращенной форме: извлекаем уроки // Вестник Барнаульского юридического института МВД России. 2015. № 1(28). – С. 47-50.

12. Садыков А.У. Проблемы правового регулирования дознания в сокращенной форме // Общество и право. 2015. № 4 (54). – С. 188-192.

13. Гусейнов Н.А. Дознание в сокращенной форме: новый вид предварительного расследования // Общество и право. 2015. № 3 (53). – С. 179-183.

14. Алексеев И.М. Актуальные проблемы правовой регламентации сокращенной формы дознания // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. 2013. № 4 (60). – С. 88-92.

15. Пилюгин Н.Н., Евстегнеев А.С. Процессуальные акты, составляемые по завершении предварительного расследования // Вестник Костромского государственного университета. Государство и право: вопросы теории и практики. 2013. № 1. – С. 110-114.

Сведения об авторе:

Тогушова Ирина Сергеевна – магистрант ЦФ ФГБОУВО «Российский государственный университет правосудия», e-mail: iriska2905@mail.ru

FEATURES THE INQUIRY IN AN ABBREVIATED FORM

I.S. Togushova

Annotation: The article analyzes the legislative regulation of the production of the inquiry in an abbreviated form, the characteristic of its features are marked with problems of practical realization, formulated the proposed changes and additions to certain norms of the Criminal Procedure Code that regulate the production of the inquiry in an abbreviated form.

Keywords:inquiry, inquiry in condensed form, a notice of suspicion, evidence proving, the indictment ruling.

References:

1. Grigor'ev D.A. Otprotokol'nojformyd osudebnogoproizvodstva do sokrashchennogodoznaniya // VestnikMoskovskogouniversiteta MVD Rossii. 2013. № 2. – S. 53-55.

2. Popov I.A. Doznanie v sokrashchennojforme: dostoinstva, nedostatkiipervyerezul'taty // Ugolovnoesudoproizvodstvo. 2013. № 3. – S. 19-22.

3. Dyadchenko A.A. Pravovoepolozhenienachal'nika organa doznaniya v rossijskom ugolovnom sudoproizvodstve: teoriya i praktika: avtoreferat dissertacii na soiskanie uchenoj stepeni kandidata yuridicheskih nauk. – Rossijskay aakademiya pravosudiya, M., 2009. – 29 s.

4. Doklad o rezul'tatah iosnovnyh na pravleniyah deyatel'nosti Ministerstva vnutrennih del Rossijskoj Federacii v 2015 godu [EHlektronnyjresurs]: Rezhimdostupa – http://mvd.ru/Deljatelnost/results/annual_reports (data obrashcheniya 30.09.2016 g.)

5. Cokolova O.I., Osipov D.V. O koncepcii razvitiya doznaniya v sisteme MVD Rossii // Sbornik nauchnyh trudov po materialam mezhvedomstvennogo seminara-soveshchaniya «Organydoznaniyasistemy MVD Rossii v usloviyah reformirovaniyaugolovno-processual'nogozakonodatel'stva. M. 2014. – S. 9-12.

6. Evstigneeva O.V. Doznanie v sokrashchennojforme v svetetrebovaniyaspravedlivostiugolovnogosudoproizvodstva // Vektornauki Tol'yattinskogo gosudarstvennogo universiteta. 2014. № 2 (17). – S. 41-44.

7. Arestova E.N. Osobennostiproizvodstvadoznaniya v sokrashchennojforme [EHlektronnyjresurs] // Konsul'tantPlyus – zakonodatel'stvo s kommentariyami. – Rezhimdostupa: http: // www.consultant. ru (data obrashcheniya: 30.09.2016).

8. Sil'vestrov P.S., Marficin P.G. Problemy pravoprimeneniy apri proizvodstve doznaniya v sokrashchennoj forme // Vestnik Nizhegorodskogo universiteta im. N.I. Lobachevskogo. 2015. № 5. – S. 312-314.

9. Dutov N.YU. Stefanskij A.L. EHffektivnost' doznaniya v sokrashchennojforme // Obshchestvennayabezopasnost', zakonnost' ipravoporyadok. 2015. № 1. – S. 189-191.

10. PrikazGeneral'nojprokuratury RF ot 20.02.2015 g. № 83 «Ob utverzhdeniiivvedenii v dejstvie form federal'nogost

atisticheskogonablyudeniya № 1-E «Svedeniya o sledstvennojraboteidoznanii» i № 1-EM "Svedeniya ob osnovnyh pokazatelyah sledstvennoj raboty i doznaniya", a takzhe Instrukcii po sostavleniyu otchetnosti po formam federal'nogo statisticheskogo nablyudeniya № 1-E, 1-EM» [EHlektronnyjresurs] // Konsul'tantPlyus – zakonodatel'stvo s kommentariyami. – Rezhimdostupa: http: // www.consultant. ru (data obrashcheniya: 30.09.2016).

11. CHerepanova L.V. Doznanie v sokrashchennojforme: izvlekaemuroki // VestnikBarnaul'skogoyuridicheskogoinstituta MVD Rossii. 2015. № 1(28). – S. 47-50.

12. Sadykov A.U. Problemypravovogoregulirovaniyadoznaniya v sokrashchennojforme // Obshchestvoipravo. 2015. № 4 (54). – S. 188-192.

13. Gusejnov N.A. Doznanie v sokrashchennojforme: novyj vid predvaritel'nogorassledovaniya // Obshchestvoipravo. 2015. № 3 (53). – S. 179-183.

14. Alekseev I.M. Aktual'nye problem pravovoj reglamentacii sokrashchennoj formy doznaniya // Vestnik Sankt-Peterburgskogouniversiteta MVD Rossii. 2013. № 4 (60). – S. 88-92.

15. Pilyugin N.N., Evstegneev A.S. Processual'nye akty, sostavlyaemye po zavershenii predvaritel'nogo rassledovaniya // Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta. Gosudarstvoipravo: voprosyteoriiipraktiki. 2013. № 1. – S. 110-114.

МЕДИЦИНА

ПСИХОЛОГИЯ

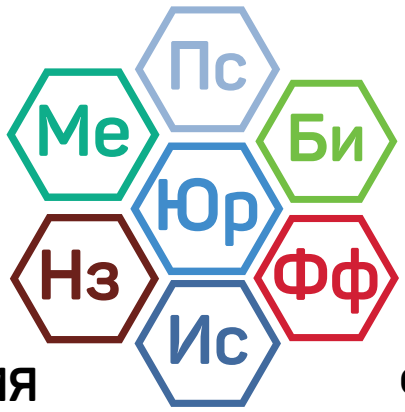
НАУКИ О ЗЕМЛЕ

БИОЛОГИЯ

ЮРИСПРУДЕНЦИЯ

ФИЛОСОФИЯ

ИСТОРИЯ



Археология

Биология

Ветеринария

Военное дело

Демография

Информатика

Искусствоведение

История

Журналистика и СМИ

Культурология

Математика

Медицина

Науки о земле

Педагогика

Политология

Психология

Сельское хозяйство

Социология

Строительство и Архитектура

Технические науки

Физика

Физическая культура и спорт

Филология

Философия

Химия

Экология

Экономика и управление

Юриспруденция