

Литература

1. Доброхотова Т. А. Нейропсихиатрия. М.: Бином, 2006. 304 с.
2. Лихтерман Л. Б., Потапов А. А., Кравчук А. Д., Охлопков В. А. Классификация последствий черепно-мозговой травмы // Неврологический журнал. 1998. № 3. С. 12–14.
3. Макаров А. Ю. Последствия черепно-мозговой травмы и их классификация // Неврологический журнал. 2001. № 2. С. 38–41.
4. Мякотных В. С., Таланкина Н. З., Боровкова Т. А. Клинические, патофизиологические и морфологические аспекты отдаленного периода закрытой черепно-мозговой травмы // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2002. Т. 102, № 4. С. 61–65.
5. Непомнящий В. П., Ярцев В. В., Лихтерман Л. Б. Роль изучения эпидемиологии черепно-мозгового травматизма в совершенствовании нейрохирургической помощи населению // Эпидемиология травмы центральной нервной системы. Л., 1989. С. 4–9.
6. Пасечников А. Ф., Винокуров Б. А. Профилактика психических расстройств у лиц с закрытой черепно-мозговой травмой. СПб., 1998. 141 с.
7. Пивень Б. Н. Вопросы профилактики психических нарушений экзогенно-органической этиологии // Тезисы докладов V Всероссийского съезда невропатологов и психиатров (4–6 сентября 1985 г., г. Иркутск). М., 1985. Т. 1. С. 249–250.
8. Полищук Н. Е. Черепно-мозговая травма при алкогольной интоксикации // Клиническое руководство по черепно-мозговой травме / под ред. А. Н. Коновалова, Л. Б. Лихтермана, А. А. Потапова. М.: Антидор, 2001. Т. 2. С. 659–669.
9. Шабанов П. Д., Калишевич С. Ю. Биология алкоголизма. СПб., 1998. 271 с.
10. Шогам И. И., Тайцлин В. И., Мелехов-Перечень М. С. и др. Некоторые немедикаментозные методы лечения в реабилитации больных с отдаленными последствиями закрытой черепно-мозговой травмы // Реабилитация больных нервно-психическими заболеваниями и алкоголизмом. Л., 1986. С. 338–340.

Сведения об авторах

Сергеев Владимир Андреевич, д-р мед. наук, профессор кафедры психиатрии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Адрес: 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64; тел. 8 351 269-73-50; e-mail: sevapol@yandex.ru

Подкорытов Евгений Иванович, главный врач ГБУЗ «Областная психиатрическая больница № 3»

E-mail: opb 003@yandex.ru

Вакуленко Елена Викторовна, врач-психиатр, зав. диспансерным отделением ГБУЗ «Областная психиатрическая больница № 3»

E-mail: opb 003@yandex.ru

Принята в печать 27.06.2019.

УДК 616.89-02:615.212.056.6]-053.6

Катамнез больных с установленным диагнозом зависимости от психоактивных веществ в подростковом возрасте: клинико-динамические, социально-психологические и реабилитационные аспекты

О. С. Трубина¹, Е. В. Малинина²

¹ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Челябинская областная клиническая наркологическая больница», Челябинск

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск

The follow-up of patients with an established diagnosis of dependence on psychoactive substances in adolescence: a clinical-dynamic, social-psychological and rehabilitation aspects

O. S. Trubina¹, E. V. Malinina²

¹ Chelyabinsk Regional Clinical Narcological Hospital, Chelyabinsk

² South-Urals State Medical University, Chelyabinsk

Аннотация. Представлено 69 случаев наблюдения за подростками, проживающими на территории города Челябинска, с установленным диагнозом наркологического заболевания в период 2013–2015 годов. Клинико-динамические варианты наркологических расстройств сопоставлены с социально-психологическими особенностями когорты несовершеннолетних.

Ключевые слова: наркология; подростки; зависимость; катамнез.

Abstract. The article presents 69 cases of observation of adolescents living in the city of Chelyabinsk, with an established diagnosis of narcological disease in the period 2013–2015. Clinical and dynamic variants of drug disorders are compared with the socio-psychological characteristics of the cohort of minors.

Keywords: drug addiction; adolescents; addiction; catamnesis.

Актуальность. Особенности подросткового периода, связанные с кризисом взросления и переоценкой жизненных ценностей и ориентиров, острым желанием самоутвердиться, почувствовать себя взрослым и свободным, на фоне подверженности влиянию группы и незрелости личности делают эту возрастную группу особенно уязвимой по вовлечению в употребление психоактивных веществ.

Психопатология подросткового возраста зачастую чрезвычайно сложна для клинической интерпретации и прогностической оценки. Такие нарушения могут быть рассмотрены как с позиций варианта условной «нормы» с дезадаптацией преходящего характера на фоне протекающего подросткового кризиса, так и могут трактоваться как синдромально очерченное психопатологическое состояние с переходом в иные психические синдромы. Например, связанные с развитием наркологических либо иных вторичных состояний в виде органических психических расстройств, аффективных нарушений и патологического формирования личности. Кроме того, определенная задержка психического развития, характерная для детей с опытом социальной депривации, а также наблюдающийся регресс психики в условиях хронической психотравматизации могут приводить к пролонгированию пубертатного периода с формированием социально-психологической дезадаптации и развитием социально обусловленных расстройств [1–5].

Несовершеннолетние являются самой «неудобной» группой для терапевтических и реабилитационных вмешательств, требующих значительных вложений как со стороны государственных структур, так и со стороны специалистов разного профиля, причем с негарантированным результатом [6, 7].

Многофакторная природа наркологической патологии требует адекватных диагностических подходов с целью определения необходимого спектра и объема вмешательств, осуществляемых специалистами полипрофессиональной бригады на разных этапах сопровождения патологически протекающего пубертатного периода.

Цель исследования: изучить закономерности динамики наркологического заболевания, которое было установлено в подростковом возрасте, и оценить влияние преморбидных социально-психологических факторов, коморбидной патологии на клиническую динамику наркологических расстройств.

Задачи исследования. Изучить варианты катамнеза у лиц с установленным диагнозом синдрома зависимости при достижении возраста совершеннолетия по данным наркологической службы за последние 3–5 лет. Определить социально-психологические и клинические характеристики таких больных, значимые для формирования ремиссии.

Материалы и методы исследования. В исследование на первом этапе сплошным методом были включены пациенты в возрасте от 12 до 18 лет, госпитализированные в наркологическое отделение для несовершеннолетних ГБУЗ «ЧОКНБ» в период с 2013 по 2015 год с целью уточнения диагноза и коррекции

психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (коды F10–F19 Международной классификации болезней 10-го пересмотра, 1994, далее — МКБ-10).

На втором этапе исследования была выделена группа пациентов, проживающих на территории города Челябинска, с установленным диагнозом наркологического заболевания (коды F10.2–F19.2 МКБ-10). Третий этап исследования предполагал анализ катамнеза наркологического расстройства после достижения возраста совершеннолетия.

Все пациенты либо их законные представители оформили информированное согласие на участие в исследовании. Из анализа исключались результаты обследования несовершеннолетних с неподтвердившимся наркологическим диагнозом, а также пациенты с длительностью госпитализации менее 7 дней ($n = 11$).

Программа обследования больных была реализована с применением клинико-anamnestического, клинико-психопатологического, клинико-динамического, клинико-катамнезического и статистических методов. Прицельно изучались социальные, психологические, возрастные, личностные характеристики, специфика межличностного взаимодействия и особенности индивидуальной социализации пациентов.

Сбор и оценка данных осуществлялись из медицинской и иной сопутствующей ей документации пациентов и в ходе клинического обследования специалистами полипрофессиональной бригады.

Инструментом исследования выступала стандартизованная карта, используемая при оценке уровня реабилитационного потенциала (УРП), адаптированная для подросткового возраста. Данная карта включала 4 основных блока: 1) особенности преморбиды; 2) особенности физического, психического и социального развития больного; 3) клинические признаки заболевания; 4) личностные изменения, приобретенные в процессе заболевания. Для получения дополнительных сведений использовались: методика Векслера при оценке уровня интеллектуальных возможностей; патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) либо индивидуально-типологический детский опросник (ИТДО) — для оценки характерологических особенностей. Оценивались динамика клинических и психологических показателей, длительность ремиссий.

Клинические данные, полученные методом когортной выборки, проанализированы и верифицированы статистически с помощью стандартного приложения Excel 2010 пакета Microsoft Office. При этом обработка осуществлялась путем расчета первичных статистик выборки и сравнения удельных долей представленности той или иной переменной или ее уровневых значений в структуре общегрупповых данных (в процентах от общего объема выборки).

Результаты исследования и их обсуждение. На первом этапе был проведен анализ 317 случаев госпитализаций 233 несовершеннолетних, стационарированных в специализированное наркологическое отделение ГБУЗ «ЧОКНБ» в указанный период. Диагноз

синдрома зависимости (коды F10.2–F19.2 Международной классификации болезней 10-го пересмотра, МКБ-10, 1994) был установлен у 71,7 % (n = 167) госпитализированных несовершеннолетних. На втором этапе из них в исследование было включено 69 пациентов, проживающих на территории г. Челябинска. Это составило 30% от всех обследованных и 41,3% от всех несовершеннолетних с установленным диагнозом наркологического заболевания в виде синдрома зависимости.

На момент госпитализации средний возраст данной когорты пациентов составил (15,8±0,14) года; по половой принадлежности — 71% лиц мужского пола и 29% женского.

Наследственная отягощенность наркологической патологией родителей и близких родственников подростков упоминалась в анамнезе у 50 человек (72,5%), в том числе алкоголизм у обоих родителей встречался у 13 обследованных (18,8%); о наркологических проблемах матери речь шла у 23 пациентов (33,3%), отца — в 36 случаях наблюдений (52,2%). Среди родственников преобладало неодобрительное отношение к употреблению психоактивных веществ подростками — у 71% (n = 49), на активное противодействие употреблению психоактивных веществ были нацелены только 27,5% (n = 19).

Исследование особенностей пре- и перинатального периодов развития обследуемых дало следующие результаты. У 7 подростков не удалось получить сведений о раннем периоде развития, так как были утеряны документы, а родители злоупотребляли психоактивными веществами; у 41 (59,4%) отмечались нарушения в виде задержки внутриутробного развития, хронической внутриутробной гипоксии плода и перинатального поражения ЦНС, но указаний о наркологических проблемах у родителей в анамнезе не было, наблюдались неврологом в раннем периоде 29 из них (42%).

Среди обследованных подростков большая часть, 78,3% (n = 54), воспитывалась в домашней среде, из них в полной семье — только 21 человек (30%); одним родителем — 29 человек (42%), как правило, матерью (28 человек); остальные 21,7% (n = 15) на момент госпитализации являлись воспитанниками центров помощи детям. Опыт помещения в учреждения социальной защиты населения имелся у 31,9% пациентов (n = 22), основная часть успела побывать там до достижения возраста 15 лет. Изучение психотравмирующих факторов, связанных с депривацией в раннем возрасте, показало, что указание на утрату одного из родителей в связи со смертью было в анамнезе у 15 пациентов (22,7%), при этом в дошкольном возрасте смерть родителей и депривацию пережили 6 человек (8,7%).

Одной из важнейших характеристик социально-психологического статуса подростков является практика ухода из дома, которая могла быть связана как с социальной дезадаптацией детей, так и выступать в качестве симптома психического расстройства (так называемая дромомания), а также наблюдаться при употреблении психоактивных веществ. Такой опыт имела большая часть подростков — 45 человек

(65,2%). При этом в возрасте до 15 лет такой опыт приобрели 34,8% подростков.

Нормальное психическое развитие отмечалось у 58% обследованных (при том что нормальное физическое развитие было отмечено в 94%).

Исследование уровневых характеристик интеллектуальных возможностей показало, что интеллектуальный показатель в рамках нормы был обнаружен только у 40 подростков (58,0%), в пограничной зоне значений (между низкой нормой и умственным дефектом) находились результаты у 21 обследованного (30%). По программам общеобразовательной школы обучались 42% пациентов, 26,0% получали профессиональное образование; 18,8% обучались по коррекционным образовательным программам. Практически в половине случаев (44,9%) успеваемость была неудовлетворительной.

Анализ возрастных показателей первого употребления ПАВ у подростков свидетельствует, что 50,7% (n = 35) больных начали курить в возрасте 6–11 лет; остальные 43% (n = 30) — после 12 лет. Спиртные напитки (в основном пиво, коктейли) в возрасте 7–11 лет начали употреблять 42% несовершеннолетних (n = 23); остальные 60,8% (n = 42) — после 12 лет. В этом же возрастном диапазоне начали употреблять ингалянты 10,0% (n = 7) и 11,6% (n = 8) подростков соответственно. Приобрели опыт употребления наркотических веществ из группы каннабиноидов до достижения возраста 12 лет 4,3% (n = 3), остальные 37% (n = 26) — в период от 12 до 16 лет.

Основная масса обследованных получала лечение в стационаре в связи с диагнозом «наркомания» — 32 человека (46%); в связи с токсикоманией, соответственно, 26 человек (38%); с зависимостью от алкоголя были госпитализированы 11 несовершеннолетних (16%). Впервые в жизни были госпитализированы 73,9% пациентов (51 подросток). У 85% пациентов (n = 59) длительность заболевания составляла от 1 года до 3 лет; у 12% (n = 8) — более 3 лет, у двух человек был установлен диагноз наркологического заболевания длительностью менее года.

Значительная часть пациентов (40,6%) имела установленный диагноз коморбидного психического расстройства. Для данной категории пациентов было характерным указание в анамнезе на отягощенную наркологическими расстройствами наследственность (у 23 человек из 28), в том числе у 12 человек наследственность была отягощена по линии матери. Чаще всего психиатрические диагнозы относились к рубрикам МКБ-10, связанным с органическим поражением головного мозга (F06 и F07) (n = 18). У 5 человек наркологические расстройства развивались на фоне диагноза «умственная отсталость легкой степени» (F70); у 3 человек — на фоне «эмоциональных расстройств и расстройств поведения, начинающихся обычно в детском и подростковом возрасте» (F9). Кроме того, у 2 человек было установлено «биполярное аффективное расстройство» (F31). У лиц с психическими расстройствами органической природы наркологическая патология была представлена в трети случаев син-

дромом зависимости от алкоголя (6 человек из 18); у 7 пациентов был установлен синдром зависимости от наркотических веществ, у 5 пациентов объектом зависимости являлись токсические вещества. У двух пациентов с биполярным аффективным расстройством был установлен наркологический диагноз, отнесенный к рубрике МКБ-10 «Синдром зависимости от наркотических и других психоактивных веществ» (F19.2н). У подгруппы несовершеннолетних с диагнозом «умственная отсталость» объектом зависимости являлись преимущественно токсические вещества (у 4) и алкоголь (у 1 пациента). То же самое можно сказать и о группе подростков с психическими расстройствами из рубрики F9 МКБ-10 — где те же объекты зависимости были представлены, соответственно, в 2 и 1 случае.

По шкале оценки уровня реабилитационного потенциала пациенты распределились следующим образом: высокий УРП, в диапазоне (83±6) баллов, был определен у 15,9%; низкий УРП (ниже 55 баллов) — у значительной части обследованных (68,1%).

Группа пациентов с единственной госпитализацией за период всего исследования составила 50 человек (72,5%), высокий УРП был определен у 16% из них (8 человек); но вместе с тем в случае неоднократных госпитализаций за период исследования (19 человек) высокий УРП был определен у 3 подростков, то есть примерно в таком же проценте случаев (15,8%).

Чуть больше половины случаев (55,1%, n = 38) составили подростки с первичной госпитализацией в жизни, которая была также единственной госпитализацией за период всего исследования: среди них высокий УРП был определен у 6 пациентов (15,8%).

На момент катамнестического исследования 94% обследованных (65 человек) достигли возраста совершеннолетия.

По данным амбулаторных карт пациентов, включенных в исследование, у 52% (36 человек) диспансерное наблюдение прекращено за отсутствием сведений в течение истекшего года; 37,7% (26 человек) оформили согласие на диспансерное наблюдение, но годовая ремиссия еще не была установлена; у 4,3% (3 человека) установлена ремиссия длительностью 3 года; у 1 человека (1,4%) была установлена ремиссия длительностью 1 год; у 1 человека диспансерное наблюдение было прекращено в связи с выбытием в места лишения свободы.

Диспансерное наблюдение в связи с установленной ремиссией в течение трех лет было прекращено в установленном порядке только у 3 человек (4,3%): со стажем заболевания до трех лет — в двух случаях (шифры МКБ-10 F19.2н и F15.2н) и до 1 года — в одном (F19.2т). Еще 2 человека (2,9%) готовятся к снятию с диспансерного наблюдения в связи с ремиссией более 2,5 лет: стаж заболевания до трех лет в первом случае (F18.2) и более трех лет — во втором (F19.2н). У 7 пациентов (10,1%) клиническая динамика наркологического заболевания была расценена как относительно благоприятная — так как они прошли курс амбулаторной либо стационарной реабилитации, об-

ращались на прием к врачу — психиатру-наркологу для подтверждения ремиссии. Таким образом, только у 12 (17,4%) наблюдаемых пациентов отмечалась относительно благоприятная динамика наркологической патологии. Данную группу отличают такие социальные характеристики, как воспитание в условиях домашней обстановки (5 подростков воспитывались в полной семье, еще 5 — без участия отца по причине развода родителей, 2 человека находились под опекой родственников, родители состояли в разводе). Наряду с этим отмечалась наследственная отягощенность анамнеза наркологической патологией у обоих родителей в 3 случаях, у четверых подростков — только у отца, в 1 случае алкоголизм упоминался у близкого родственника. Отсутствие отягощенного анамнеза было отмечено только в 4 из 12 случаев наблюдений в этой группе. Во всех случаях возраст начала употребления психоактивных веществ с целью опьянения — после достижения возраста 12 лет. Отношение родственников к употреблению психоактивных веществ подростком в 8 случаях было неодобрительным, в 4 случаях — в виде активного противодействия. Сопутствующий психиатрический диагноз был установлен только у 2 несовершеннолетних (шифры МКБ-10 F07.9 и F70.1).

Ни разу не посетили врача после стационарного лечения в подростковом возрасте, и диспансерное наблюдение было прекращено из-за отсутствия сведений более 1 года у 30 человек (43,5%). Среди этого количества лица с так называемым «двойным диагнозом» составили 53%.

У 21 пациента (30,4%) на момент проведения исследования был зафиксирован срыв ремиссии. В возрасте совершеннолетия 11,6% (n = 8) имели опыт лечения в стационаре по решению судебных органов (6 из них больше в дальнейшем не обращались к врачу на прием для установления ремиссии); по направлению врача были пролечены в стационаре 12 человек, из них неоднократно — 5 человек. Смертельных исходов зарегистрировано не было, возрастания удельного веса больных, достигших состояния устойчивой ремиссии при достижении возраста совершеннолетия, не отмечалось.

Выводы. Таким образом, клинико-катамнестическая характеристика вариантов динамики синдрома зависимости от психоактивных веществ, сформированного в подростковом возрасте, учтенных за последние 3–5 лет на территории г. Челябинска, имеет разнонаправленный характер. Среди вариантов исходов наркоманической аддикции у пациентов, снятых с диспансерного учета, преобладает прекращение диспансерного наблюдения из-за нарушения режима посещений либо полное игнорирование рекомендаций врача — психиатра-нарколога о такой необходимости.

Согласно анализу амбулаторных карт несовершеннолетних лиц с установленным диагнозом синдрома зависимости, только у 8,7% пациентов достигается ремиссия в 1 год и более после проведенного стационарного лечения.

Больные с установленным диагнозом синдрома химической зависимости, прошедшие полный курс реабилитационной программы, имеют отличительные социально-психологические характеристики, связанные с условиями воспитания в условиях домашней среды, а также небольшие сроки употребления пси-

хоактивных веществ с приобщением к их употреблению в возрасте старше 12 лет. В преобладающем большинстве случаев (2/3) характерологические девиации больных были ограничены уровнем акцентуации при удовлетворительной социальной адаптации в преморбиде.

Литература

1. Скугаревская Е. И. и др. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя. Особенности раннего алкоголизма. Лечение и профилактика // Клиническая психиатрия. Детский возраст : учеб. пособие / под ред. проф. Е. И. Скугаревской. Мн. : Выш. шк., 2006. 462 с.
2. Ушаков Г. К. Детская психиатрия. М. : Медицина, 1973. 392 с.
3. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста : рук. для врачей. Изд. 2-е, перераб. и доп. М. : Медицина, 1995. 560 с.
4. Личко А. Е. Подростковая психиатрия. Л. : Медицина, 1985. 416 с.
5. Гурьева В. А. Психогенные расстройства у детей и подростков. М. : КРОН-ПРЕСС, 1996. 208 с.
6. Пятницкая И. Н. Общая и частная наркология : рук. для врачей. М. : Медицина, 2008. 640 с.
7. Надеждин А. В. Возрастные особенности наркологических заболеваний // Руководство по наркологии / под ред. Н. Н. Иванца. М. : Медпрактика-М, 2002. 444 с.

Сведения об авторах

Трубина Ольга Сергеевна, зав. детско-подростковой наркологической службой, главный детский нарколог г. Челябинска. ГБУЗ «Челябинская областная клиническая наркологическая больница»

Адрес: г. Челябинск, ул. 40 лет Октября, д. 32в; тел +7 351 214-02-12, e-mail: trubinaolg@yandex.ru

Малинина Елена Викторовна, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

E-mail: malinina.e@rambler.ru

УДК 616.8-089

Балльный способ верификации фасеточного болевого синдрома поясничного отдела позвоночника

А. В. Яриков^{1, 2}, А. В. Яксаргин²

¹ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Городская клиническая больница № 39», Нижний Новгород

² Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Городская клиническая больница № 40», Нижний Новгород

Ball method of facet pain syndrome verification of lumbar spine

A. V. Yarikov^{1, 2}, A. V. Yaksargin²

¹ City Clinical Hospital № 39, Nizhny Novgorod

² City Clinical Hospital № 40, Nizhny Novgorod

Аннотация. В данной работе авторами подробно описан новый способ диагностики фасеточного болевого синдрома поясничного отдела позвоночника. Суть способа заключается в следующем — проводят анкетирование и осмотр больных, страдающих болью в спине, и оценивают следующие показатели: возраст, анамнез и жалобы, неврологический статус и данные инструментальных методов обследования, объем и характер движений в поясничном отделе позвоночника. Далее пациенту производят блокаду дугоотросчатых суставов смесью местного анестетика и глюкокортикостероида. Далее баллы суммируют и выявляют причину болей в спине. Далее в статье приведены клинические примеры, на которых применен новый способ. Данный новый способ применен у 73 больных, и его эффективность доказана хорошими непосредственными и отдаленными результатами. Таким образом, данный способ дает возможность точно верифицировать причину болей в спине и спланировать своевременное интервенционное лечение, что позволит уменьшить продолжительность лечения и быстрее вернуть больного к трудоспособности.

Ключевые слова: спондилоартроз; фасет-синдром; дугоотросчатый сустав; денервация суставов; боль в спине.

Abstract. In this paper, the authors describe in detail a new method of diagnosis of facet pain syndrome of the lumbar spine. The essence of the method is as follows — conduct a survey and examination of patients suffering from back pain, and evaluate the following indicators: age, history and complaints, assessment of the neurological status and data of instrumental methods of examination, assessment of the volume and nature of movements in the lumbar spine. Next, the patient produces a blockade of the arcuate joints with a mixture of local anesthetic and glucocorticosteroid. Next, the points are summed to identify the cause of back pain. Later