

СПЕЦВЫПУСК

WWW.RECIPE.BY

МЕЖДУНАРОДНЫЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ | РЕЦЕПТ

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ ИЧУП "ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ИЗДАНИЯ" ДЛЯ ФАРМАЦЕВТОВ И ВРАЧЕЙ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ»

5 октября 2018 г., Минск



Термин «хронический алкоголизм» был впервые применен в 1849 году шведским врачом и общественным деятелем Магнусом Гуссом, обозначившим так совокупность патологических изменений, происходящих в организме человека при длительном, неумеренном употреблении спиртных напитков. Долгое время, однако, не делалось различия между пьянством (неумеренным употреблением спиртных напитков) и алкоголизмом (болезнью). Алкоголизм был утвержден Всемирной организацией здравоохранения как болезнь в 1952 году.

В современном мире практически нет стран, где люди были бы абсолютно свободны от алкоголя. Наши предки не употребляли крепких напитков. Статистика алкоголизма в те времена была нулевой. В наше время последние несколько лет в Беларуси чуть ли не самой популярной новостью было то, что наша страна по количеству потребляемого населением алкоголя занимает одно из лидирующих мест в мире.

Летом текущего года пришла хорошая новость – Беларусь в последнем отчете Всемирной организации здравоохранения оказалась на 27-м месте по потреблению алкоголя на душу населения. У нас на одного человека выпивают 11,2 литра. Отлично, что представитель Всемирной организации здравоохранения

отметил, что Беларусь принадлежит к группе стран, где потребление алкоголя падает довольно быстрыми темпами.

По данным ВОЗ, потребление человеком более 8 литров несет угрозу не только его здоровью, но и ведет к деградации общества, снижению трудовой продуктивности и влияет на последующие поколения. Так что все равно потребление алкоголя в нашей стране даже на уровне 11,2 литра на человека считается высоким.

Международный опыт показывает, что успешная борьба с алкоголизмом подразумевает комплексный подход, это не только ужесточение антиалкогольной политики, но и развитие спорта, пропаганда здорового образа жизни. Бороться нужно не

только с употреблением алкоголя, но и с контрафактной продукцией, которая не соответствует никаким стандартам и наносит большой вред здоровью. Главное четко осознавать, что победить пьянство за несколько лет или даже десятилетий нельзя – это не удавалось еще никому. А вот сократить потребление алкоголя вполне реально.

В соответствии с планом работы Министерства здравоохранения Республики Беларусь на 2018 г. учреждения здравоохранения «Городской клинический наркологический диспансер» 5 октября 2018 г. будет проводить республиканскую научно-практическую конференцию с международным участием «Актуальные вопросы профилактики, лечения и реабилитации пациентов наркологического профиля». Целью конференции является обмен накопленным практическим и научным опытом в области оказания специализированной медицинской помощи пациентам наркологического профиля и алкогольной политики соседних государств.

Главный внештатный нарколог
комитета по здравоохранению
Мингорисполкома, главный врач
учреждения здравоохранения
«Городской клинический
наркологический диспансер»
А.С. Алишевич

Кралько А.А., Осипчик С.И.
Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь

Структура потребления алкоголя в Республике Беларусь как индикатор алкогольной ситуации

Алкогольная ситуация в Республике Беларусь характеризуется достаточно высоким потреблением алкоголя населением (9,7 л на душу населения старше 15 лет в 2017 г.). Несмотря на положительную тенденцию к снижению этого показателя в последние годы, вопрос о реализации комплексных мер антиалкогольной политики продолжает оставаться актуальным. Среди эффективных мер, направленных на снижение вредных последствий алкоголя, наиболее важными являются меры, способствующие изменению структуры потребляемых алкогольных напитков.



Республика Беларусь традиционно относится к поясу стран с потреблением крепких спиртных напитков, охватывающему северо-западную Европу, Прибалтику, Польшу и другие страны («водочная культура» питья вместо винной и пивной). По данным Всемирной организации здравоохранения за последние 100 лет в большинстве стран «пояса крепкого алкоголя» в результате целенаправленной государственной политики произошли значительные изменения в структуре потребления алкогольных напитков, сопровождающиеся снижением доли крепкого алкоголя до 18–29%.

В Республике Беларусь в 2017 году в структуре общего потребления алкоголя населением потребление водки составляло 49%, на виноградные и плодовые вина приходилось 20,4%, на пиво – 20,2%, на коньяк, игристые вина, слабоалкогольные напитки – 10,4%.

Несмотря на то, что продажа пива в 2017 году, по сравнению с 2005 годом, выросла практически вдвое, виноградное вино и пиво не вытеснили крепкие алкогольные напитки из продажи, потребление которых остается на достаточно

высоком уровне. За последние 10 лет доля крепких спиртных напитков в структуре потребления алкоголя практически не изменилась: в 2008 г. она составляла 46,1%, в 2009 г. – 47,3%, в 2010 г. – 45,7%, в 2011 г. – 50,2%, в 2012 г. – 54,3%, в 2013 г. – 47,5%, в 2014 г. – 46,5%, в 2015 г. – 47,1%, в 2016 г. – 50,8%, в 2017 г. – 49,0%.

По рекомендациям экспертов ВОЗ, «идеальной» структурой потребления алкогольных напитков, которая минимизирует негативные социально-экономические и медицинские последствия потребления алкоголя населением, является следующее соотношение: слабоалкогольные напитки и пиво должны составлять 50%, вино – 35%, а крепкие алкогольные напитки – 15%. Для приближения к этой структуре в Республике Беларусь должно произойти увеличение потребления вина и пива и сокращение потребления крепких алкогольных напитков.

Таким образом, на характер и динамику процесса алкоголизации, а также на негативные социальные и личностные последствия потребления алкоголя населением значительное влияние оказывает вид и

качество употребляемых алкогольных напитков. По данным социологического опроса, проведенного специалистами Республиканского научно-практического центра психического здоровья, структура потребления алкоголя среди взрослого населения в зависимости от вида и качества алкогольных напитков является достаточно однородной: слабоалкогольные напитки (пиво, джин-тоник и т.п.) – 49,5%; напитки средней крепости (сухое вино, шампанское и т.п.) – 47,9%; 3) крепкие алкогольные напитки (коньяк, водка, самогон и т.п.) – 59,2% (суммарное количество превышает 100%, так как респонденты могли отмечать сразу несколько вариантов ответа). Таким образом, взрослое население примерно в равной степени отдает предпочтение всем видам алкогольных напитков, при некотором повышенном предпочтении крепких спиртных напитков.

В процессе исследования выявлено, что крепкие спиртные напитки, то есть так называемая «водочная» модель потребления алкоголя (при среднем показателе 59,2%) в наибольшей степени предпочитают употреблять следующие социально-демографические группы населения: мужчины – 75,7,1% (женщины – 39,1%), лица возрастной группы 55-59 лет – 71,2%, 40-49 лет – 63,0% и 30-39 лет – 62,6%, лица с неполным средним и начальным образованием – 71,3%, работники сельского хозяйства – 86,4%, безработные – 71,0%, предприниматели – 66,1%, рабочие – 65,2%, сельские жители – 73,3% и средних городов – 57,6%, а также жители Брестской (74,1%), Гродненской (64,6%), Минской (60,3%) и Могилевской (60,4%) областей. (Приложение).

Достаточно традиционным крепким алкогольным напитком в нашей стране является самогон. По результатам социологического опроса 55,4% взрослого населения употребляет самогон. В наибольшей степени употребление самогона распространено среди следующих социально-демографических

Начало статьи на стр. 2

групп населения: мужчин – 59,5% (среди женщин также достаточно широко распространено – 50,3%), лиц возрастной группы 60 и более лет – 71,0%, 50–54 года – 68,4%, 55–59 лет – 57,6% и 40–49 лет – 56,9%, лиц с неполным средним и начальным образованием – 65,4%, пенсионеров – 72,4%, работники сельского хозяйства – 68,2%, ИТР – 60,7% и рабочих – 57,2%, сельских жителей – 69,9% и средних городов – малых городов – 62,7%, а также жители Минской (65,9%), Гомельской (65,7%), Гродненской (63,9%) и Брестской (63,4%) областей (менее всего – среди жителей г. Минска – 34,9%).

Алкогольные напитки средней крепости (вино, шампанское и т.п.), то есть так называемая «винная» модель потребления алкоголя (при среднем показателе 47,9%) в наибольшей степени предпочитают употреблять следующие социально-демографические группы населения: женщины 63,8% (мужчины

в два раза меньше – 34,7%), лица возрастной группы 60 лет и старше – 51,0%, 30–39 лет – 49,5%, 40–49 лет – 47,6%, 25–29 лет – 47,2%, лица с неполным средним и начальным образованием – 62,4%, работники сферы обслуживания и торговли – 61,0%, работники творческих профессий – 57,0% и пенсионеры – 53,3%, сельские жители – 56,3% и областных центров – 53,9%, а также жители Витебской (63,1%), Могилевской (59,5%) и Гомельской (57,6%) областей.

Таким образом, можно сделать вывод, что среди взрослого населения страны имеет место смешанная «водочно-вино-пивная» модель потребления алкоголя. Если исходить из той «идеальной для здоровья нации» структуры потребления алкогольных напитков, которая рассчитана экспертами ВОЗ (50% – пиво, 35% – вино и 15% – крепкие напитки), то следует заключить, что общую алкогольную ситуацию в стране нельзя

признать оптимальной. В структуре потребления алкогольных напитков чрезмерно высоким является уровень потребления крепких спиртных напитков, что свидетельствует о необходимости принятия мер по ее изменению в плане сокращения потребления водки и других крепких спиртных напитков и увеличения удельного веса потребления пива и сухого вина.

Полагаем, что в государственные программы, направленные на сохранение и восстановление здоровья населения Республики Беларусь, целесообразно включать целевой показатель «Структура потребления алкогольных напитков». Вместе с тем, следует учитывать, что изменение структуры потребления алкоголя является длительным процессом и требует координации усилий всех заинтересованных органов государственного управления, общественных и религиозных организаций.

Александров А.А., Сорокина Т.В., Бутер Л.А.

Минский областной клинический центр «Психиатрия-наркология», Минск, Беларусь

Опыт Минской области в организации взаимодействия первичного звена здравоохранения и наркологической службы в выявлении и консультировании злоупотребляющих алкоголем пациентов и медицинской реабилитации зависимых от алкоголя пациентов



Чрезмерное потребление алкоголя является одним из основных факторов риска неинфекционных заболеваний (далее – НИЗ) среди жителей Республики Беларусь, особенно лиц трудоспособного возраста.

Результаты проведенного Министерством здравоохранения Республики Беларусь совместно с ВОЗ исследования факторов риска возникновения НИЗ (STEPS) среди более чем 5 тысяч белорусов в возрасте 18–69 лет показывают, что 52,8%

взрослых респондентов (64,9% мужчин и 41,8% женщин) употребляли алкоголь в течение последних 30 дней. 20,2% из опрошенных (мужчины (27,4%) в два раза чаще, чем женщины (13,7%)) употребляли спиртное по наиболее неблагопри-

ятной модели путем эпизодического употребления алкоголя в больших количествах (более 60 г чистого спирта в среднем за раз для мужчин и более 40 г чистого спирта за раз для женщин).

Для такой модели потребления алкоголя характерно увеличение риска заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения (инфаркты, инсульты, острая и хроническая сердечная недоста-

Продолжение статьи на стр. 4

Начало статьи на стр. 3

точность), других НИЗ, а также увеличение смертности в результате случайных отравлений алкоголем, самоубийств и травм.

Распространенность чрезмерного потребления алкоголя как привычной модели его потребления приводит к тому, что все большее число жителей Беларуси приобретает зависимость от алкоголя.

По состоянию на 1 января 2018 года на учете наркологической службы Беларуси наблюдалось 161184 (на 01.01.2017 – 164246) лиц, страдающих алкоголизмом, и 93915 (на 01.01.2017 – 88520) лиц, употребляющих алкоголь с вредными последствиями.

В Минской области на 1 января 2018 г. на учете с диагнозом «алкоголизм» состояло 24 958 человек (на 01.01.2017 – 25 577), с диагнозом «употребление алкоголя с вредными последствиями» – 20 562 (на 01.01.2017 – 19342). Большинство лиц, страдающих алкоголизмом, это трудоспособные мужчины, что может быть одной из причин высокого уровня смертности от внешних причин в этой группе.

Это требует от наркологической службы активизации лечения и реабилитации алкогользависимых и организации взаимодействия наркологии с первичным звеном здравоохранения по раннему выявлению злоупотребляющих алкоголем пациентов и их консультированию.

Данные подходы соответствуют цели по снижению употребления алкоголя населением, установленной подпрограммой «Предупреждение и преодоление пьянства и алкоголизма» государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь».

Для работы со злоупотребляющими алкоголем ВОЗ рекомендует использовать скрининг и проведение индивидуальных консультаций в первичной сети здравоохранения. Этот подход доказал свою эффективность в первичной сети здравоохранения многих стран, и требует минимальных затрат времени (10 мин на 1 консультацию, всего до 4

консультаций) и ресурсов (затраты 1,78 доллара США в Европе).

Минская область уже более 10 лет работает по адаптации принципов ВОЗ по ведению чрезмерно потребляющих алкоголь пациентов.

В 2007 г. нами подготовлено и издано в БелМАПО учебно-методическое пособие «Выявление и лечение расстройств, связанных с употреблением алкоголя, в условиях общемедицинской практики».

С 2008 г. с вступлением в силу постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12.11.2007 № 92 «Об организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь» в учреждениях здравоохранения Минской области согласно подготовленному Минским областным клиническим центром «Психиатрия-наркология» (далее – МОКЦ «Психиатрия-наркология») приказу управления здравоохранению Минского облисполкома №начато внедрение скринингового теста CAGE в общесоматической медицине.

Пациенты, у кого CAGE выявлено проблемное потребление алкоголя, направлялись на осмотр врача-психиатра-нарколога, а пациенты с алкогольной зависимостью в рамках диспансеризации проходили осмотры врачей терапевтов и других специалистов, исследования.

С 2008 г. по инициативе Министерства здравоохранения Республики Беларусь совместно со Шведским центром зависимостей (Гетеборг) реализовывался проект «Повышение роли врачей общей практики в раннем выявлении проблемного потребления алкоголя».

Пилотное обучение врачей первичного звена здравоохранения по вопросам выявления пациентов, чрезмерно употребляющих алкоголь, и проведения эффективного профилактического вмешательства было начато в январе 2012 года в соответствии с приказом управления здравоохранения Минского облисполкома (УЗО) для 30 врачей и медицинских сестер Минской ЦРБ. По итогам семинара была разработана и

апробирована обучающая программа, включающая 36 часов (4 учебных дня) лекционной и практической подготовки в виде 3 разделов: алкоголь и здоровье, скрининг алкогольных проблем и консультирование.

Адаптация профилактических методик ВОЗ к условиям первичного здравоохранения проводилась МОКЦ «Психиатрия-наркологии» в течение 3 лет на базе УЗ «Солигорская ЦРБ», в итоге разработаны материалы:

- профилактические («10 вопросов об алкоголе», «Алкоголь и здоровье» «Что такое алкогольная зависимость?») для распространения среди коллектива предприятия ОАО «Беларуськалий» при проведении профилактических медицинских осмотров работающих;
- образовательные для медицинских работников первичного звена по скринингу алкогольных проблем у пациентов и консультированию.

Выявление пациентов, чрезмерно употребляющих алкоголь, проведено врачами поликлиники и здравпунктов ОАО «Беларуськалий» и УЗ «Солигорская ЦРБ». Исследование уровня гаммаглутамилтрансферазы (ГГТ) и тестирование с помощью скринингового Теста по выявлению расстройств, вызванных потреблением алкоголя (AUDIT) (самоопросник из 10 вопросов) было включено в обязательный объем исследований при проведении периодических медицинских осмотров работающих.

ГГТ это наиболее точный маркер чрезмерного потребления алкоголя. При систематическом приеме больших доз алкоголя сначала изолированно повышается уровень ГГТ (на фоне нормы АЛТ и АСТ).

Пороговыми значения ГГТ для взрослых в возрасте старше 17 лет являются: у женщин – 32 Ед/л, у мужчин – 49 Ед/л. Активность ГГТ в сыворотке крови коррелирует с количеством принимаемого алкоголя: повышается при систематическом употреблении большого количества алкоголя, а также длительного пери-

Продолжение статьи на стр. 5

Начало статьи на стр. 3

ода злоупотребления алкоголем. Исследование ГТТ ценно для контроля результатов проведения профилактических и лечебных программ, особенно в первичном звене.

AUDIT это тест разработанный ВОЗ для первичного звена. В нем чрезмерное употребление алкоголя определяется как употребление более 60 г в день. Результат AUDIT в 8-14 баллов определяется как рискованное потребление алкоголя, 15-19 баллов – опасное, свыше 20 – зависимое.

Из 5000 обследованных работников ОАО «Беларуськалий», повышенный уровень ГТТП обнаружен у 24,8%.

Из числа пациентов с повышенным уровнем ГТТП в исследование включены 243, отвечавшие критериям включения и давшие информированное согласие на участие в исследовании: 205 мужчин (84,4%) и 38 женщин (15,6%). Группы подвергались двум разным типам вмешательств:

- вмешательство 1 типа проводилось врачом-терапевтом участковым и включало 4 ежеквартальные консультации врача с подробным обсуждением результатов исследования ГТТП, прояснением причин изменений в организме, постановкой задач по снижению употребления алкоголя, по результатам AUDIT обсуждалось употребление алкоголя;
- вмешательство 2 типа проводилось медицинскими сестрами участковыми и включало 4 встречи, во время которых пациент заполнял AUDIT, ему предоставлялись результаты исследования ГТТП и буклет.

Эффективность вмешательств оценивалась (исследование ГТТП и тестирование по AUDIT) 4 раза за год и через год после их окончания.

Исходный средний уровень ГТТП составил в группе с первым типом вмешательства $96,7 \pm 58,4$ ед/л, в группе со вторым – $97,5 \pm 86,3$ ед/л.

За год проведения профилактического вмешательства 1 типа уровень ГТТП снизился на 41,5%, 2 типа

– на 32,4%. Снижение уровня ГТТП за 2 года составило: при вмешательстве 1 типа – на 42,9%, 2 типа – на 35%.

При сравнении двух типов вмешательств по результатам AUDIT установлено, что вначале балл теста AUDIT составил $9,3 \pm 4,9$ в 1 группе и $7,3 \pm 4,4$ во 2 группе. При повторном тестировании спустя 3 месяца выявлено достоверное снижение балла AUDIT в обеих группах (1 – до $8,4 \pm 3,9$, 2 – до $6,7 \pm 0,3$). При третьем тестировании отмечено дальнейшее снижение балла AUDIT в обеих группах: 1 – до $7,9 \pm 3,6$, 2 – до $6,3 \pm 3,8$. Оба профилактических вмешательства дали достоверное снижение среднего балла теста AUDIT от первого тестирования к контрольному. Оба типа профилактических вмешательств показали сопоставимую эффективность.

По итогам работы в Солигорске главным управлением здравоохранения Минского облисполкома принято решение о продолжении проекта по профилактике проблем с алкоголем в г. Жодино.

Проведена встреча руководства МОКЦ «Психиатрия-наркология», ОАО «БелАЗ», Жодинского горисполкома и УЗ «Жодинская ЦГБ» по реализации профилактического проекта с участием медицинских работников МОКЦ «Психиатрия-наркология», УЗ «Жодинская ЦГБ» и здравпунктов ОАО «БелАЗ», создана рабочая группа, разработан план.

Проведено обучение 20 участковых врачей терапевтов и 20 медицинских сестер УЗ «Жодинская ЦГБ», проводящих медосмотры работников ОАО «БелАЗ», и фельдшеров здравпунктов ОАО «БелАЗ».

В рамках ежегодных периодических медицинских осмотров работников ОАО «БелАЗ» в УЗ «Жодинская ЦГБ» проведен скрининг для выявления лиц с чрезмерным употреблением алкоголя (ГТТ и AUDIT).

В первичном исследовании (ГТТ) приняли участие 2085 работников ОАО «БелАЗ», из них мужчин – 1732 (83,1%) и женщин 353 (16,9%).

Среднее значение ГТТ при 1 исследовании составило 43,2 ед/л.

Повышенный уровень ГТТ у 535 работников ОАО «БелАЗ» (25,7%), указывал на возможное чрезмерное потребление алкоголя этмилциами.

По результатам AUDIT проблемное употребление алкоголя выявлено только у 108 лиц (5,3% от числа прошедших тестирование): 97 человек – рискованное потребление алкоголя, 7 – опасное, 4 – зависимое.

Доля работников с повышением ГТТ среди заполнивших AUDIT, составила 24,2%, а среди отказавшихся от заполнения AUDIT – 51,7%.

Таким образом, применение AUDIT для скрининга в рамках периодических медицинских осмотров работающих дает худшие результаты в сравнении с исследованием ГТТ, что может быть связано с боязнью работника потерять работу при выявлении проблем с алкоголем.

Среди 535 работников с повышенным значением ГТТ мужчин было 83,9 % (449), женщин – 16,1% (86 человек). Среднее значение ГТТ при первичном исследовании в данной целевой группе составило 82,2 ед/л.

Для проведения профилактического консультирования было отобрано 385 работников с повышенным уровнем ГТТ, но без сопутствующей патологии, которая могла вызывать его повышение.

Врачами терапевтами участковыми проведено профилактическое консультирование (подробное обсуждение результатов исследования ГТТ, разъяснение причин изменений в организме, обсуждение характера употребления алкоголя по результатам заполнения AUDIT и постановка задач по снижению употребления алкоголя), выдан буклет «Алкоголь и здоровье», разработанный МОКЦ «Психиатрия-наркология».

Пациентам, прошедшим профилактическое консультирование, проведено повторное исследование ГТТ через 6 месяцев.

При повторном исследовании уровень ГТТ снизился у 76,6% пациентов с его повышением (295 из

Продолжение статьи на стр. 6

Начало статьи на стр. 3

385), прошедших профилактическое консультирование, что указывает на его эффективность.

При повторном исследовании среднее значение ГТТ стало 66,8 ед/л: в результате профилактического консультирования ГТТ снизилось на 18,7%.

При повторном исследовании у 88 (22,9%) работников уровень ГТТ нормализовался, у 41 (10,6%) уровень ГТТ снизился до нормального, у 256 (65,%) уровень снизился или не изменился, но остался повышенным.

Среди 256 работников с повышенным значением ГТТ: 211 или

82,4% имели всего 1-2- превышения верхнего предела нормы ГТТ.

Таким образом, по итогам профилактического проекта в г. Жодино (ОАО «БЕЛАЗ») у 76,6% пациентов снизился уровень ГТТ, маркера чрезмерного потребления алкоголя; 33,5% пациентов вышли из группы с повышенным уровнем ГТТ; общий уровень ГТТ снизился на 18,7%.

Это свидетельствует об эффективности реализованного подхода по снижению негативного влияния злоупотребления алкоголя на здоровье.

Для лиц, страдающих зависи-

мостью от алкоголя, на базе МОКЦ «Психиатрия-наркология» с 2011 г. работает стационарное реабилитационное отделение на 30 коек, 28 дневную программу «Исток», которого за прошедшие годы успешно завершило более 2500 человек.

Наркологической службой Минской области организован комплекс воздействий на проблемно потребляющих алкоголь лиц, начинающийся с профилактических программ на рабочем месте и завершающийся лечением и интенсивной медицинской и психосоциальной реабилитации.

Величко М.А.

Городской клинический наркологический диспансер, Минск, Беларусь

Современный взгляд на процесс диспансеризации, как на автоматизированную систему динамического наблюдения



В мае 1924 г. на V Съезде здравотделов выступил с докладом один из организаторов советского здравоохранения Зиновий Петрович Соловьев. Докладчик отметил необходимость выделения под особый контроль групп лиц с риском возникновения социально опасной патологии. Этот доклад можно назвать началом Эры диспансеризации.

Элементы диспансерного метода, заложенные в начале 19 века прогрессивно мыслящими врачами Н.И. Пироговым, И.М. Сеченовым, С.П. Боткиным, Ф.Ф. Эрисманом остаются неизменными и в наше время. Однако увеличение объема медицинских данных ставят перед необходимостью внедрения современных и инновационных подходов в их хранении и обработке.

Структурированные медицинские данные в реляционные базы данных и мощные вычислительные платформы позволяют взглянуть на процесс динамического наблюдения под другим углом, в ракурсе акцента на профилактическое воздействие, планирования периодичности осмотров в зависимости от характера расстройства, снижения субъективизма медперсонала по отношению к пациенту.

Оптимизация документооборота, планирование рабочего времени, точность и своевременность медицинских осмотров, оперативность в принятии экстренных решений, качество взаимодействия смежных специалистов – далеко не полный перечень положительных моментов, связанных с внедрением баз данных в медицинскую практику.

Базы данных позволяют существенно сократить сроки экстренной медицинской помощи, повысить ее качество; при принятии решения, снизить риск врачебной ошибки; уменьшит степень эмоционального выгорания, связанного с медицинской профессией.

На базе Городского клинического наркологического диспансера существует прототип программы, выполняющей анализ реляционных

таблиц при помощи специального алгоритма, так называемого искусственного интеллекта. Наблюдения на протяжении 3 лет подтверждают, что такой подход позволяет достаточно точно анализировать медицинские данные, ранжировать диспансерную группу в специальные сегменты наблюдения без участия врача. При доработке алгоритма просчета такая система способна указывать специалисту пациентам группы риска, пациентов с выраженной социальной уязвимостью, склонностью противоправной активности, а также лиц, не нуждающихся в дальнейшем наблюдении.

Анализ стратегий цифровой трансформации системы здравоохранения Республики Беларусь позволяет сегодня говорить и о проблемах развивающейся концепции «e-Health»: структурные особенности отечественного здравоохранения, его характер; влияние модели оказания медицинской помощи, на внедрение IT технологий в практику; локальность и децентрализованность проводимой цифровой реформы и др.

Немцов А.В., Московский научно-исследовательский институт психиатрии, Москва, Россия

Алкогольные психозы и связанная с алкоголем смертность в январе



В связи январскими праздниками Россия несет значительный человеческий урон. Анализ ежедневного количества смертей показывает, что в 2000–2016 гг. в среднем с 1 по 17 января дополнительно погибло 8,4 тысячи человек, что составляет 7,1% от всех смертей в январе, а за 17 лет – 143 тысячи смертей. При этом основные потери приходятся на 1–3 января (60% прироста) с максимумом 1 января.

Главной причиной таких потерь, несомненно, является пьянство, о чем свидетельствует значительный рост в январе не только общей смертности, но и смертности при отравлении алкоголем (максимум 1 января, дополнительно 700 смертей ежегодно), а также заболеваемости алкогольными психозами (максимум 7 января). Сейчас уже можно сказать, что это явление не связано с особой длительностью новогодних праздников, которая установилась в 2005 г., так как праздничный прирост смертности в январе наблюдался и до этого срока, и до 1991 г., когда официально начали праздновать Рождество Христово. Дополнительные потери в январе лишь в незначительной степени связаны с температурными факторами, с ростом смертности в связи

с гриппом, пневмониями и ОРВ. При этом две последние формы жестко завязаны на злоупотребление алкоголем, и поэтому не могут быть исключены из расчетов.

Важно отметить, что дополнительная смертность в январе наблюдается в других странах христианской культуры, например, в Новой Зеландии, где январь приходится на середину лета. Более подробно это явление изучено в США: показаны пики смертности на Рождество и новый год. Однако эти потери несравнимы с российскими: 1600 человек против 8,4 тысяч в России, при том, что население США почти в два раза больше российского. Дополнительные смерти в нашей стране наблюдаются также в связи с праздниками 23 февраля, 8 марта, 1 и 9 мая, но потери в эти праздники

не превышают 700 человек, т.е. в десять раз меньше январских.

Представляется, что дополнительная смертность в связи январскими праздниками – культуральное явление, сопровождающееся особой тяжестью российского пьянства. Негативные явления, связанные с культурой и традициями, крайне консервативны, их трудно быстро переломить, но когда-то надо начинать это делать. Это особенно актуально в связи с начавшейся в стране депопуляцией. Действия по борьбе со смертельным январским пьянством могут включать в себя как информационно-разъяснительную работу, так и административные мероприятия. Эта работа потребует времени, а также усилий со стороны различных лиц и организаций, заинтересованных в здоровье нации.

Немцов А.В., Московский научно-исследовательский институт психиатрии, Москва, Россия

Вторая антиалкогольная кампания в России

Вторая антиалкогольная кампания в России началась в марте 2000 г. Указом президента о создании Росспиртпрома. Главной целью этой организации было наполнение бюджета, сильно оскудевшего к 2000-м, а задачей – наведение порядка на алкогольном рынке и повышение его доходности за счет подавления нелегального производства и расширения легального. Решение этой задачи осуществлялось посредством банкротства большого количества мелких производств и торговых точек – как

считалось, главных поставщиков нелегального алкоголя. Вместе с этим шло усиление крупных и крупнейших акторов алкогольного рынка за счет продажи им обанкроченных предприятий в том числе. Этому же служили два антиалкогольных закона 2005 г. В результате этих и многих других мероприятий в 2004 г. в России началось существенное снижение потребления алкоголя и всех зависимых от этого явлений, включая смертность, как связанную с алкоголем, так и общую. Позже были приняты ряд

законодательных и подзаконных актов, специально направленных на деалкоголизацию населения: запрет продажи спиртного подросткам до 18 лет, сокращение времени продажи, в том числе ночью, сокращение мелких магазинов, торгующих спиртным. Однако главным в алкогольной политике оставалось пополнение бюджета и борьба с нелегальным алкоголем: прогрессивное повышение акцизов, введение в 2008 г. и дальнейшее повышение минимальной цены на крепкий алкоголь.

Начало статьи на стр. 7

В 2009 г. была создана новая организация, Росалкогольрегулирование (РАР), сменившая Росспиртпром, с теми же задачами, но с расширенными полномочиями. Антиалкогольный прессинг усилился, но его эффективность начала слабеть, столкнувшись с естественной потребностью населения в алкоголе, уровень которого определяется социальными факторами. Снижение

потребления продолжается, но скорость снижения резко сократилась, нелегальный алкоголь остается широкодоступным, и это подогревается значительной коррупционной составляющей.

В 2016 г. правительство окончательно обозначило главные цели второй антиалкогольной кампании, подчинив РАР Министерству финансов и передав Минфину функцию

определения алкогольной политики в стране. Как не относиться к этому повороту событий, а также к главным целям кампании, она сберегла миллионы жизней, несомненно, способствовала оздоровлению нации и показала в отличие от первой кампании возможность продолжительного снижения потребления алкоголя в большой и сильно пьющей стране.

Гринь В.В.

Минский городской наркологический диспансер, Минск, Беларусь

Зависимости – характерологические и этические аспекты

Тема зависимостей приобретает остроту в связи со сложностью окружающего мира и взаимоотношений, массивным постоянным информационным давлением на сознание и подсознание человека, а также развертыванием масштабных, неоднозначных, противоречивых феноменов в политико-экономической жизни. На этом фоне отмечаются ухудшение статистических и демографических показателей, отражающих увеличение количества лиц, зависимых от психоактивных веществ (ПАВ), рост заболеваемости у женщин и в молодежной среде, наркотизацию подростков. И ясное понимание патологических процессов в мышлении, эмоциональной и поведенческой сферах при зависимостях, выработка и соблюдение этических норм поможет разработать лечебные программы, преследующие цели стабилизации и созревания, как личности, так и микросоциальных систем.

С одной стороны, зависимости – естественное явление и не есть «зло» само по себе, – большинство людей зависимо в мягкой форме – сладости, еда, кофе, отношения и т.д., с разной степенью проявлений и последствий. Алкогольная зависимость и наркомания являются лишь крайностью в этом феноменологическом поле. Но с другой стороны в персональном отношении при выраженности проявлений – это прогрессирующие болезни с вероятным летальным исходом.

Рациональный подход в осмыслении их не всегда результативен, т.к. они «живут» и «паразитируют» в подсознании человека. Продуктивные пути их понимания – метафора и парадокс.

Зависимый субъект при внешней очевидности поведения не является примитивным аморальным гедонистом. Многие из них социально адаптированы, чему помогают заместительные психологические защиты. Их ведущая социальная роль – роль «грешного святого» или «святого грешника», у которого совесть, мораль и воля «расщеплены», установки противоречивы. Ведущая проблема здесь как раз и состоит в том, что субъект себя жестоко судит и, затем вытесняет целиком переживания стыда, вины и собственно неприемлемый мотив, актуализируя влечение. При этом он реагирует в пассивно-агрессивной манере, защищаясь от общественного презрения и брез-



гливости, одновременно стремясь к самостигматизации. Таким образом деградация моральных установок наступает вследствие именно непереносимого их давления – человек химически и психологически их подавляет и отрицает.

Ведущими признаками зависимости являются отсутствие договора с частями личности и полярностями, утрата естественного, спонтанного поведения. Именно поэтому ремиссию собственно химической зависимости без применения длительных личностно-реконструктивных и психодинамических технологий совершенно правомерно можно рассматривать как форму проявления болезни вне интоксикации

Исходя из этого, понимание зависимости может быть неоднозначно. С одной стороны, она представляет собой самостоятельное пограничное нервно-психическое заболевание. Действительно, наркологический пациент имеет специфическую совокупность представлений, убеждений, ценностей, коммуникаций, что оформляет его определенный жизненный стиль. С другой стороны, он находится в состоянии личностной катастрофы, и ведущий компонент влечения к веществу выступает как результат характерологического решения, де-

Начало статьи на стр. 8

компенсации той или иной глубины и выраженности в т.ч. на фоне возрастных, биографических и гормональных кризисов.

Этика и деонтология во взаимоотношениях с зависимыми пациентами должна учитывать как их характерологию, так и давно назревшую необходимость смены лечебной парадигмы в стране. Общение с пациентами и их родственниками, имеющими непроработанные, «замороженные», травмированные чувства часто субъективно весьма неприятно. Особенно неприятно, когда звучит параноидальный радикал, от которого медработники юридически не защищены. Пациенты нетерпеливы и импульсивны, насторожены и подозрительны, лживы и манипулятивны, нарушают границы, вторгаются, живут в плену иллюзий, обмана и самообмана, жестких проекций, переключения застывших ролей. Они «сталкиваются лбами», индуцируют персонал на основе своего «раскола», черно-белых полярностей в психике, пытаются вовлечь в зависимые отношения «порочного круга» с провокацией внешних и, как следствие, поддержкой собственных внутренних конфликтов. Эти пациенты не переносят и не проживают одиночества и покинутости. Но в то же самое

время они ведут себя разрушительно и оказываются в плачевном состоянии изоляции с депрессией и непереносимой тревогой. Этому способствует неумение обозначать словами свои чувства и выражать их достаточно свободно в коммуникации. Они настойчиво ищут (провоцируют, рационализируют) повод для потребления ПАВ, перекладывая ответственность на окружение и (или) обстоятельства. Важным для поддержки их «расщепления» и продолжения потребления служит вовлечение окружения с созданием потока негатива – ненависть, гнев, «пинки» формируют их взгляд на себя как на ничтожество и на мир, как холодное, опасное, преследующее место. Отсюда и следует самообман, избирательное отрицание внутренней и внешней реальности, изоцированные манипуляции собой и другими. Поэтому необходимы терпение, гуманность в сочетании с твердостью и тактом при взаимоотношении с ними. Это поможет в точной оценке уровня переносимой тревоги, определяя, когда надо «подыграть», а когда «прервать» зависимую «игру».

Необходимо активное формирование запросов в отношении лечения, т.к. современная психотерапия хоть и имеет одним из источ-

ников шаманизм, но к нему в своем техническом арсенале не сводится. Безвредность доминирующей «страхотерапии» под вопросом – зависимый глубже регрессирует, «срывы» станут тяжелее. «Авторитет и сила личности» помогут ему еще раз неадекватно прожить инициальную травму. Но существует выход в виде профессиональной, длительной, комплексной реабилитации, предусматривающей: помощь зависимому в достижении полного воздержания от употребления всех ПАВ; развитие жизненного стиля, исключающего их потребление; улучшение состояния здоровья на всех уровнях (физическом, психологическом); налаживание комфортной атмосферы и доброжелательных отношений в семье пациентов; помощь в осознании социальной ответственности перед обществом с возвращением к работе или учебе;

Изменение поведения основывается на росте осознания, явном облегчении в периоде воздержания с самоосвобождением, переоценке собственной личности и окружения, перевоспитании с созданием границ, способностью контролировать свои импульсы, управлять позитивными подкреплениями и вступать в помогающие взаимоотношения.

Евсегнеева Е.Р.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Понимание механизмов созависимости и навыки совладания с ней как условие эффективной работы нарколога



В широком смысле слова созависимость – это эмоциональная зависимость одного человека от другого. В ситуации наличия в семье химически зависимого, ее проявления становятся наиболее гротескными, существенно влияют на благополучие всех членов семьи, поддерживают ее в дисфункциональном состоянии, а также провоцируют дальнейшее усугубление зависимости. Дети, выросшие в таких семьях, существенно рискуют в отношении развития химической зависимости в будущем, психосоматических расстройств и депрессии [1, 2].

Практикующему врачу приходится часто сталкиваться с созависимыми родственниками, чье влияние на терапевтический процесс

огромно. Общение с ними требует специальных знаний и подготовки и поглощает личные ресурсы врача. Врач часто не имеет необходимых

знаний в контексте базового медицинского образования, действует интуитивно и рискует потратить много сил и времени впустую. А так-

Продолжение статьи на стр. 10

Начало статьи на стр. 9

же включиться в мгновенно девальвирующий его, как специалиста, контрперенос [2, 3, 4].

Когда сетуют на низкую эффективность лечения химически зависимого, часто говорят о том, что «он вернулся в ту же среду». Химическая зависимость – семейное заболевание. Действительно эффективное вмешательство должно быть направлено не только на химически зависимого, но и на его близких.

Вмешательство и уровень погружения в проблему может быть разным и выбирается индивидуально. Это может быть:

- Помощь в условиях переживания острого кризиса;

- Уровень принятия решения в ситуации сложного выбора;
- Уровень получения коммуникативных навыков;
- Уровень психотерапевтической глубины.

Успешность продвижения от уровня к уровню зависит от нескольких факторов:

- Степени разделения ответственности за решение проблемы;
- Степени готовности активно решать свою часть проблемы;
- Степени глубины и жесткости причин, создавших условие для развития созависимости;
- Степень развития зависимости члена семьи [1].

Уже не одно десятилетие существуют организации самопомощи для родственников зависимых, построенные на основе 12-шаговой программы, позволяющие им освободиться от созависимости (Ал-Анон), одобренные в рамках Миннесотской программы. Участие в них может быть рекомендовано близким наркологических пациентов.

В недавних исследованиях высокого уровня доказательности, размещенных в PubMed, есть многочисленные свидетельства эффективности данных программ [4, 5, 6].

Литература

1. Емельянова Е.В. Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования. – СПб.: Речь, 2004. – 368 с.
2. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования: Пер. с лит.-М.: Академический проект, 1999. – 240 с.
3. Лекции по наркологии. Изд. Третье, переработанное и расширенное. Под ред. Н.Н.Иванца-М.: Медпрактика, 2001. – 344 с.
4. O'Brien PE, Gaborit M. Codependency: a disorder separate from chemical dependency. // J Clin Psychol. – 1992. – Vol. 48(1) – pp 129-36.
5. Shorey R.C., Anderson S., Stuart L.G. An Examination of Early Maladaptive Schemas among Substance Use Treatment Seekers and their Parents. // Contemp Fam Ther. -2012 September 1- Vol. 34(3)- pp 429–441. doi:10.1007/s10591-012-9203-9.
6. Panaghi L et al. Living with Addicted Men and Codependency: The Moderating Effect of Personality Traits. // Addict Health – 2016- Vol 8, No 8(2)- pp 98-106.
7. Timko C., Laudet A., Moos R.H. Al-Anon Newcomers: Benefits of Continuing Attendance for Six Months. // Am J Drug Alcohol Abuse. – 2016 - Vol.42 (4) – pp. 441–449. doi:10.3109/00952990.2016.1148702.

Ананич П.А., Кралько А.А.

Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь

Современные подходы к профилактике употребления психоактивных веществ среди молодежи



На сегодняшний день употребление психоактивных веществ (ПАВ) является серьезной медико-социальной проблемой и тяжелым бременем для здравоохранения. Особую опасность представляет рост потребления ПАВ в молодежной среде. За последние годы наблюдается тенденция к увеличению численности несовершеннолетних лиц, употребляющих ПАВ с вредными последствиями, в том числе включая латентную группу. Следует отметить низкий уровень критичности по отношению к своему проблемному поведению среди молодежи – не осознавая последствий уже имеющихся и потенциальных аддиктивных проблем, большинство молодых людей не склонно обращаться за помощью к врачам-психиатрам-наркологам.

Не теряет своей актуальности широкое распространение среди молодежи курительных смесей, употребление которых нередко приводит к летальным исходам. Эйфоризирующий, транквилизирующий, анкси-

олитический и коммуникационный эффекты ПАВ способствуют формированию аддиктивного поведения у молодежи, как наиболее чувствительной и уязвимой в этих аспектах группы. Это обусловлено такими качествами как:

повышенная ранимость, нервозность и легкомысленность, свойственная большинству представителей подросткового возраста. Также предрасполагающими факторами употребления ПАВ является нервно-психическая неустойчивость, акцентуация характера, наличие делинквентного потенциала, синдром дефицита внимания и др. [4]. Употребление ПАВ служит важнейшим деструктивным фактором демографического, социального и экономического развития страны, способствует болезням, травмам, инвалидности и преждевременной смертности [2].

Наркологическая профилактика делится на: первичную (направлена на своевременное предупреждение

Начало статьи на стр. 10

факторов риска возникновения и развития хронических неинфекционных заболеваний до начала потребления ПАВ), вторичную (носит целенаправленный, избирательный характер и ориентирована на лиц, находящихся в группе риска, имеющих опыт употребления ПАВ и формирующиеся начальные признаки зависимости) и третичную (используется в стадии ремиссии при работе с лицами, у которых уже сформирована зависимость от ПАВ). Говоря о профилактической работе с молодежью, в большинстве случаев будут являться конгруэнтными меры воздействия первичной и вторичной профилактики.

Существует большое количество подходов в области профилактики потребления ПАВ: информационный, подход, основанный на эмоциональном научении, подход, основанный на роли социальных влияний, подход, основанный на формировании жизненных навыков, подход, основанный на деятельности, альтернативной потреблению наркотиков, подход, основанный на укреплении здоровья, интегративный подход (Сирота, Ялтонский).

Говоря о современных подходах, в первую очередь следует отметить интегративный, т.к. комплексная профилактика позволяет учесть целый ряд факторов, способствующих формированию зависимостей. Данный подход подразумевает раннее выявление несовершеннолетних, находящихся в группе риска (с наличием нарко- или психопатологии в семейном анамнезе, плохими материальными условиями в семье и др.) и будет способствовать процессу ресоциализации детей и подростков, употребляющих ПАВ, формированию у них установки на здоровый образ жизни. Грамотная, масштабная, централизованная, междисциплинарная профилактическая работа представляет собой превентивное воздействие, которое позволяет избежать или минимизировать негативные последствия аддиктивного поведения молодежи в будущем [1].

Значимую роль в формировании зависимости играют пример и норма поведения родителей и сверстников. Опасность подросткового периода заключается в том, что уменьшается влияние родителей, и дети берут пример со своих сверстников – наиболее значимый фактор. На младших подростков оказывает влияние даже наблюдение за пьяными подростками, на старших – пребывание в компании лиц, употребляющих ПАВ. Социальные факторы определяют отношение личности к ПАВ и формируют личность, предрасположенную к их злоупотреблению.

Среди основных факторов мотивации патологического влечения к употреблению ПАВ у подростков и лиц молодого возраста можно выделить следующие: уход от психологически неблагоприятных ситуаций, связанных с окружением и взаимоотношениями в микро- и макросоциуме. Это конфликты в семье (чаще с родителями), с педагогами (в местах обучения), сверстниками (или средой общения со старшими), сексуальная дисгармония, чувство одиночества, непонимание (или утрата) смысла жизни, бесперспективность будущего. Возникающая при этом психологическая дезадаптация приводит аддиктивных личностей к желанию «ухода» от реальности, чувству страха перед повседневностью, наполненной стандартными обязанностями и регламентациями. Характерологически такие лица с детских лет чаще отличаются нервно-психической неустойчивостью, гиперактивностью, лабильностью самооценки, излишней восприимчивостью к критике, низкой фрустрационной толерантностью, неспособностью к ответственности за свои действия [3, 4].

В соответствии с постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 августа 2003 г. №38, несовершеннолетние, употребляющие спиртные напитки, наркотические средства, психотропные либо иные одурманивающие вещества или страдающие алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, наблюдаются в настоящее время по трем группам

учета: группа контроля, группа профилактического учета, группа диспансерного учета. В группе контроля наблюдаются несовершеннолетние лица, замеченные в одно-, двукратном употреблении ПАВ. В группе профилактического учета наблюдаются несовершеннолетние, употребляющие ПАВ, но при условии отсутствия сформированного патологического влечения к ПАВ и других клинических симптомов синдрома зависимости. В группе диспансерного учета наблюдаются несовершеннолетние лица, страдающие алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией.

Анализ эффективности действующей в стране системы медицинской профилактики потребления алкоголя среди молодежи, а также Глобальной стратегии сокращения употребления алкоголя, разработанной ВОЗ (2009 г.), показал, что в настоящее время необходимо принципиально изменить теоретико-концептуальный подход к построению современной антиалкогольной медицинской профилактики среди молодежи.

В настоящий момент в РНПЦ психического здоровья уже начата работа по созданию комплексной программы медицинской профилактики и медицинской реабилитации несовершеннолетних лиц, употребляющих ПАВ.

Программа позволяет структурировать субъектов профилактики по степени риска развития аддиктивных расстройств, тем самым определив методы, степень и характер релевантных профилактических и психокоррекционных интервенций. Профилактическая работа охватывает четыре направления: медицинское, личностное, правовое и социальное. Каждое из направлений подразумевает определенное воздействие, ограниченное рамками компетенций того или иного вектора и способствует повышению адаптационного потенциала несовершеннолетних лиц. Первоочередными задачами профилактической работы является формирование и развитие способностей к сознательной психо-

Начало статьи на стр. 10

логической саморегуляции, построению позитивных жизненных целей, мотивации к сохранению здоровья, актуализации позитивных жизненных ценностей и целей, развитию социальных навыков

Внедрение новой комплексной, основанной на интегративном подходе, программы медицинской профилактики и медицинской реабилитации для несовершеннолетних лиц, употребляющих ПАВ,

позволит оптимизировать профилактические, терапевтические и реабилитационные методы в работе с несовершеннолетними пациентами наркологического профиля.

Литература:

1. Дворниченко, Л.А. Медико-социальные особенности несовершеннолетних, употребляющих психоактивные вещества с вредными последствиями / Л.А. Дворниченко // Наркология. – 2011. – № 8.
2. Кошкина, Е.А. Особенности употребления психоактивных веществ среди населения отдельных регионов России / Е.А. Кошкина [и др.] // Наркология. – 2010. – № 4.
3. Кралько А.А. Первичная профилактика аддиктивного поведения среди подростков: методическое руководство / А. А. Кралько [и др.]. – Минск: Колорград, 2018. – 152 с.
4. Табачников С.И. Аддиктивные расстройства и формирование зависимых состояний от психоактивных веществ у лиц подросткового и молодого возраста / С.И. Табачников [и др.] // Психиатрия, неврология и медицинская психология. – 2014. – № 1.

Синевиц А.А.¹, Копытов А.В.², Хрущ И.А.²

¹ Городской клинический наркологический диспансер, Минск, Беларусь

² Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Психотические расстройства в структуре синдрома зависимости от синтетических каннабиноидов



В настоящее время научный прогресс сопровождается изобретением новых, искусственно синтезированных наркотических веществ, что является актуальной проблемой в Республике Беларусь. Из года в год появляется все большее число новых наркотических веществ, преимущественно синтетического происхождения, которые вызывают сильнейшую зависимость и необратимые психические расстройства. Широкое распространение отравлений ранее не встречавшимися наркотиками, представляет для врачей определенные трудности, связанные с клинической и лабораторной диагностикой, а также с лечением больных и медицинским освидетельствованием. Исследования в области использования синтетических каннабиноидов ограничены. Поскольку государства начали контролировать потребление и сбыт, многие синтетические каннабиноиды только недавно были разработаны, так что информации о своих краткосрочных и долгосрочных последствиях достаточной нет. Отсутствуют какие-либо частные клинические исследования и более масштабные общественные.

Цель исследования – разработать критерии клинической диагностики зависимости от синтетических каннабиноидов, психотических нарушений в постинтоксикационном периоде и их последствий для оптимизации эффективности профилактического и лечебного процесса.

Обследовано 115 субъектов мужского пола в возрасте 15–34 лет. Основную группу (ОГ) составили 60 человек с зависимостью от СК. Группа сравнения-1 (ГС-1) из 28 человек без аддиктивных проблем, поступивших на лечение с впервые выявленными острыми полиморфными психотическими расстройствами, не связанными с употреблением ПАВ. Группа сравнения-2 (ГС-2) – 27 человек с опиоидной зависимостью без психотических расстройств в анамнезе.

Клиническими психопатологическими особенностями последствий употребления синтетических каннабиноидов (по шкалам PANSS) являлись:

- в остром постинтоксикационном периоде: негативные психотические симптомы проявляются наличием «стереотипного и нарушениями абстрактного мыш-

ления» ($p < 0,05$), «спонтанности и плавности речи» ($p < 0,05$);

- продуктивные психотические расстройства преимущественно в виде «бреда», «других расстройств мышления», «возбуждения» и «подозрительности» ($\chi^2 = 4,2$; $p < 0,05$). Не типичны галлюцинации ($\chi^2 = 4,2$; $p < 0,05$);
- «бредовые идеи» преимущественно политематического характера, достаточно устойчивы, осложняют социальные коммуникации за счет наличия подозрительности в отношении окружающих;
- «другие расстройства мышления» проявлялись в скальзываниях, непоследовательности, расплывчатости мышления, даже при отсутствии давления со стороны окружающих;
- «возбуждение» характеризуется усилением двигательных функций, повышенной чувствительностью к внешним раздражителям, повышением уровня бодрствования, чрезмерно изменчивым настроением;

Продолжение статьи на стр. 13

Начало статьи на стр. 12

- «подозрительность» проявляется в необоснованных или преувеличенных мыслях о мнимом преследовании, чувстве настороженности, недоверии, подозрительной бдительности и убеждении во враждебном отношении окружающих;
- эмоционально-поведенческие нарушения «ослабление контроля импульсивности» ($\chi^2 = 17,4$; $p < 0,05$) и «напряженность» ($\chi^2 = 11,3$; $p < 0,05$);
- психопатологические симптомы волевого, когнитивного и моторного регистров проявляются преимущественно в виде «снижения критичности к своему состоянию» ($\chi^2 = 5,5$; $p < 0,05$), «нарушения внимания» ($\chi^2 = 6,5$; $p < 0,05$), «расстройства воли» ($\chi^2 = 4,5$; $p < 0,05$). Специфичность клинической картины, в отличие от лиц с острыми полиморфными психотическими расстройствами, определяется «нарушениями внимания»;
- наличие в анамнезе невротических нарушений, отягощенной наследственности по

аддитивным заболеваниям, более продолжительного стажа употребления, наличие первичного патологического влечения к ПАВ обуславливало снижение эффективности проводимого лечения и способствовало сохранности продуктивных психопатологических симптомы на втором этапе;

- в периоде ближайших последствий интоксикации (после купирования выраженной острой психотической симптоматики): интенсивность актуальных психических нарушений в основной группе уменьшились соответственно на 30–40%: купирование острой психотической симптоматики происходило быстрее в основной группе ($p < 0,05$); из негативных психопатологических симптомов в основной группе актуальным оставалось «нарушение абстрактного мышления» в основной группе ($p < 0,05$), в группе сравнения-1 также и «притупленный аффект», «эмоциональная отгороженность» ($p < 0,05$); из продуктивных –

«бред», «другие расстройства мышления» ($p < 0,05$), в группе сравнения-1 — «другие расстройства мышления» ($p < 0,05$); из эмоционально-волевых – «чувство вины» ($\chi^2 = 4,4$; $p < 0,05$), которое было не актуально при острых полиморфных психотических расстройствах; «снижение критичности к своему состоянию» оставался доминирующим ($\chi^2 = 4,4$; $p < 0,05$). Специфическим для основной группы клиническим дифференциально-диагностическим симптомом было «чувство вины»;

- в период отдаленных последствий происходила редукция всех психотических симптомов, но оставались значимыми «снижение критичности» к своему состоянию и «чувство вины» по поводу имевших место в прошлом реальных или воображаемых проступков.

Полученные данные могут быть хорошим подспорьем при дифференциальной диагностике психических нарушений у потребителей синтетических каннабиноидов и лиц с острыми полиморфными психотическими расстройствами.

Nota Bene!



Издание содержит рекомендации, регламентирующие оказание медицинской помощи пациентам с заболеваниями нервной системы.

Предназначено для неврологов, врачей общей практики, организаторов здравоохранения, клинических ординаторов, слушателей курсов повышения квалификации и переподготовки, преподавателей и студентов медицинских учреждений образования.

По вопросам приобретения можно обращаться
тел. +375 (17) 322 16 85
e-mai: podpiska@recipe.by



Лекарственных средств, обеспечивающих стопроцентную гарантию избавления от алкогольной зависимости, не существует. Наибольшие успехи в лечении алкоголизма достигаются при проведении комплексной этапной терапии: 1-й этап – вывод пациента из запоя, детоксикация организма; 2-й этап – устранение патологической тяги к алкоголю; 3-й этап – реабилитация и ресоциализация личности. Для осуществления лечения на каждом из перечисленных этапов разработано много различных методов, при которых используется большое количество фармакологических средств.

Фитотерапия алкогольной зависимости – это использование растений для лечения пациентов, страдающих алкоголизмом. На протяжении многих веков она являлась основным методом лечения алкоголизма, однако в настоящее время врачи используют ее для этих целей относительно редко. Сейчас для лечения алкогольной зависимости применяют современные методы немедикаментозной и лекарственной терапии с использованием продуктов органического синтеза, которые далеко не всегда являются достаточно эффективными. Поэтому в медицинской литературе последних лет все чаще встречаются работы об использовании растений для лечения пациентов, страдающих алкоголизмом.

Наибольшее количество публикаций посвящено растениям, применяемым для аверсивной терапии, т.е. вызывающие у пациентов отвращение к алкоголю. Для этой цели чаще всего используют широко распространенные пищевые, ароматические и лекарственные растения. Это семена овса, лавровый лист, корень любистока, листья черной смородины, цветки пижмы, трава мелиссы, соцветия полыни, корни одуванчика, цветки тысячелистника, трава золототысячника, листья толокнянки, плоды можжевельника, трава зверобоя, трава хвоща полевого, стручки красного перца, мужские соцветия (сережки) лесного ореха, тимьян ползучий (чабрец) корни лопуха, трава пустыр-

ника, трава дудника лекарственного (дягиль). Их используют для приготовления настоев, отваров и настоек, которые применяются при лечении пациентов, страдающих алкоголизмом в начальной стадии заболевания. Лечение в каждом конкретном случае должно проводиться специалистами и быть строго индивидуальным, с учетом степени выраженности заболевания, а также физиологических и психических особенностей пациента. Успех терапии зависит не только от знания и умения специалиста, но и личного отношения пациента к

востью, головокружением, головной болью, тошнотой, рвотой, болями в желудке, понижением артериального давления. Такими свойствами обладают баранец обыкновенный (плаун-трава), чемерица Лобеля (кукольник), копытень европейский (белокопытник). При курсовом назначении указанных растений у пациентов вырабатывается условный рвотный рефлекс на вид, вкус и запах алкоголя, появляется чувство страха смерти при их употреблении. Эти растения обладают высокой токсичностью, не разрешены к внутреннему приме-



Кевра М.К.
Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Беларусь

Фитотерапия алкогольной зависимости

Алкогольная зависимость – это хроническое психическое заболевание, вызванное злоупотреблением спиртосодержащими напитками, которое характеризуется патологическим влечением к алкоголю и связанными с ним физическими и психическими последствиями алкогольной интоксикации. Лечение пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, является весьма непростой задачей, поскольку алкоголизм – не только постоянная непреодолимая тяга к выпивке, но и болезненное изменение личности разной степени выраженности. Большинство алкоголиков не считают себя больными, лечение им представляется ненужным, а вмешательство близких людей с благими намерениями в процесс терапии воспринимается враждебно.

назначаемому лечению, осознания того, что ему надо лечиться, но самостоятельно справиться с болезнью он не может. Однако чаще всего пациенты не могут дать правильную оценку своего состояния и поэтому они отказываются от лечения. Применение указанных растений близкими пациента без его желания чаще всего является не достаточно эффективным. В подобных ситуациях более результативным, однако и более опасным, является применение другой группы растений, при сочетании которых с алкоголем развиваются выраженные явления непереносимости, проявляющиеся резкой слабостью, потли-

нию в медицинской практике, и при неумелом использовании могут вызывает серьезные побочные эффекты вплоть до развития смертельного исхода. Поэтому их можно применять только под врачебным контролем при строгом соблюдении рекомендуемого режима дозирования.

Следует всегда помнить, что проведение фитотерапии без ведома и согласия больного, страдающего алкогольной зависимостью, противоречит канонам современной медицины и врач, назначающий подобное лечение, принимает на себя большую ответственность за ее эффективность, а также за здоровье и жизнь пациента.

ПАО НПЦ «Борщаговский БХФЗ» –

первое в Украине фармацевтическое производство, полностью внедрившее европейские стандарты в области качества (GMP, ISO 9001), дистрибуции (GDP), экологического менеджмента (ISO 14001), энергоменеджмента (ISO 50001), охраны здоровья и безопасности труда персонала (OHSAS 18001), а также социальной ответственности (SA 8000).

ТРИВАЛУМЕН КАПСУЛЫ

Содержит водные экстракты:

- корневища с корнями валерианы
- листьев мяты перечной
- листьев вахты трехлистной
- соплодий хмеля
- водные экстракты

Фармакологические свойства:

- уменьшает возбудимость центральной нервной системы
- снижает напряженность и раздражительность при психической перегрузке
- проявляет седативные и снотворные свойства
- оказывает эстрагенное действие

Применение: взрослым по 1 капсуле 2-3 раза в день; при нарушениях сна – по 1 капсуле за 1–1,5 часа до сна. Заливать одним стаканом воды.



Производитель: ПАО НПЦ «Борщаговский БХФЗ», Украина.

Представительство в Республике Беларусь:

220073, г. Минск, ул. Скрыганова, д. 14, пом. 23,

e-mail: 2014@bhfz.by, тел. +375 (17) 300-30-20

На правах рекламы. Лекарственное средство. Имеются медицинские противопоказания к применению и побочные реакции.

Противопоказаны в период беременности.



www.bcpp.com.ua

Адаменко О.В.

Медицинский центр «Парацельс», Минск, Беларусь

Опыт применения Оксетола (окскарбазепина) в наркологической практике



Окскарбазепин – препарат, который прочно вошел в клиническую практику многих стран и применяется уже на протяжении более 20 лет в неврологии и психиатрии.

Оксетол (окскарбазепин) в Республике Беларусь зарегистрирован в начале 2017 г., применяется с ноября 2017 г.

Врачи медицинского центра «Парацельс» используют препарат Оксетол в комплексной терапии состояния отмены с 01.11.2017 г. За период с 1.11.2017 по 15.08.2018 с этой нозологической единицей была

оказана помощь 2175 пациентам.

Оксетол сохраняет клинические эффекты карбамазепина при гораздо более благоприятном спектре переносимости, что весьма важно для лечения психопатологических синдромов.

Оксетол вызывает гораздо меньше аллергических реакций, что способствует более высокому компла-

енсу в отношениях врач-пациент и удержанию пациентов в длительной терапии на амбулаторном этапе.

Применение Оксетола позволяет достичь желаемого клинического эффекта, снижая затраты предприятия на лечение пациентов с состоянием отмены в сравнении с применением финлепсина.

Оксетол (окскарбазепин) можно рекомендовать для включения в клинический протокол оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами.

Международный
научно-практический
журнал

ПСИХИАТРИЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Освещает вопросы профилактики, диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств, публикует оригинальные статьи, обзоры по различным отраслям психиатрии и смежных наук.

**Журнал включен в международные базы
Scopus, РИНЦ, EBSCO, Ulrich's Periodicals Directory.**

Идейная направленность определяется совместной работой трех редакционных коллегий – Беларуси, России и Украины.

Главный редактор в Беларуси – доктор медицинских наук,
профессор ЕВСЕГНЕЕВ Роман Александрович

Главный редактор в России – доктор медицинских наук,
профессор КРАСНОВ Валерий Николаевич

Главный редактор в Украине – доктор медицинских наук,
профессор МИШИЕВ Вячеслав Данилович

Контакты редакции:
e-mail: psihea@recipe.by

Контакты издателя:
Республика Беларусь, г. Минск, ул. Кнорина 17
тел./факс: +375 (17) 322-16-59, 322-16-76, 322-16-77, 322-16-78
Моб. +375 (29) 349-97-32, +375 (44) 591-00-51
e-mail: office@recipe.by



WWW.RECIPE.BY



ГепталНАН®

Препарат показан для лечения взрослых с:

- внутрипеченочным холестаазом при прецирротических и цирротических состояниях, в т.ч. при лекарственных поражениях печени
- внутрипеченочным холестаазом при беременности
- симптомами депрессии



Произведено по стандартам GMP из высококачественной европейской субстанции ademetionine (Omniabios s.r.l., Италия) на производственной базе Национальной академии наук Республики Беларусь

На правах рекламы. Лекарственное средство. Имеются противопоказания, побочные действия и особые условия по применению во время беременности.

Предприятие-производитель:

Государственное предприятие «АКАДЕМФАРМ» 220141, г. Минск, ул. академика В.Ф. Купревича, д. 5, корп. 3, Республика Беларусь, тел./факс 8(017) 268-63-64

ГепталНАН

**Регистрационный номер:**

№ 17/05/2443, № 17/11/2761

Торговое название: ГепталНАН.**Международное непатентованное название:** адеметионин (ademetonine).

Лекарственная форма: таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой.

Состав: каждая таблетка содержит:

активное вещество: 400 мг или 500 мг S-аденозил-L-метионина (в виде S-аденозил-L-метионина 1,4-бутандисульфата (адеметионина));

вспомогательные вещества: натрия крахмал гликолят (тип А), кремния диоксид коллоидный безводный, магния стеарат, целлюлоза микрокристаллическая;

состав оболочки: метакриловой кислоты и этил-акрилата сополимер (1:1) тип А, макрогол 6000, полисорбат 80, натрия гидроксид, тальк.

Фармакотерапевтическая группа: прочие средства для лечения заболеваний пищеварительного тракта и нарушений обмена веществ. Аминокислоты и их производные.

Фармакологические свойства

Адеметионин является аминокислотой, которая участвует в организме в процессах трансметилирования, аминопропилирования и транссульфурирования, что обуславливает 7 его эффектов: холеретический, холекинетический, антиоксидантный, детоксикационный, регенерирующий, нейропротективный и антидепрессивный. Положительное влияние терапии адеметионином на биохимические показатели печени в больших группах пациентов с заболеваниями печени различной этиологии хорошо изучено в исследованиях 90-х годов, проведенных F. Miglio и соавт. (1975), D. Di Palma и соавт. (1978), V. Pecoraro и соавт. (1979), A. Musso и соавт. (1980), A.D. Jorge и соавт. (1985), R.C. Botero, C. Delgado (1991), A. Diaz Belmont и соавт. (1996), E. Trespi и соавт. (1997). Изучению эффектов адеметионина в лечении пациентов с алкогольной болезнью печени (АБП) посвящен систематический обзор Кокрановского сотрудничества, выполненный A. Rambaldi, C. Gluud (2006), где показаны положительные эффекты адеметионина у этой когорты пациентов в отношении продолжительности жизни при раннем начале лечения. Кроме того, в результате применения адеметионина наблюдается значимое повышение уровня глутатиона в печени по сравнению с таковым при использовании плацебо (Vendemiale G. и соавт., 1989) и нормализация показателей АСТ, АЛТ и билирубина (Valentina Medici и соавт., 2011). В недавно проведенных

клинических мультицентровых рандомизированных исследованиях была подтверждена антидепрессивная активность адеметионина, сопоставимая с таковой для ингибиторов обратного захвата серотонина, при лучшем профиле переносимости и безопасности (Delle Chiaie R., Marini I., 2010). В систематическом Кокрановском обзоре показано отсутствие разницы в антидепрессивном эффекте адеметионина и имипрамина или эсциталопрама (Galizia I. и соавт., 2016).

Показания к применению

Препарат показан для лечения взрослых:

- с внутripеченочным холестазом при прецирротических и цирротических состояниях;
- внутripеченочным холестазом при беременности;
- симптомами депрессии.

Противопоказания

- повышенная чувствительность к адеметионину или к любому другому компоненту препарата;
- генетические нарушения, влияющие на цикл метионина и/или вызывающие гомоцистеинурию и/или гипергомоцистеинемию (например, дефицит цистатионин бета-синтетазы, нарушение метаболизма витамина B12);
- детский и подростковый возраст до 18 лет (безопасность и эффективность применения у детей в возрасте до 18 лет не установлены).

Применение при беременности и в период кормления грудью**Беременность**

Применение терапевтических доз адеметионина у женщин в последнем триместре беременности не приводило к развитию каких-либо неблагоприятных эффектов. Применение адеметионина в первом триместре беременности допускается только в случае крайней необходимости.

Кормление грудью

Применение адеметионина в период кормления грудью допускается только в том случае, если ожидаемая польза для матери превышает потенциальный риск для ребенка.

Условия отпуска из аптек: по рецепту.

Предприятие-производитель

Государственное предприятие «АКАДЕМФАРМ»
220141, г. Минск, ул. Академика В.Ф. Купревича,
д. 5, корп. 3, Республика Беларусь,
тел./факс: 8(017) 268-63-64.

На правах рекламы. Лекарственное средство.

Кардаш О.Ф., Казючиц О.А., Нехай А.С., Белко И.А.
Государственное предприятие «АКАДЕМФАРМ», Минск, Беларусь

Лекарственные средства Государственного предприятия «АКАДЕМФАРМ» для лечения токсических поражений печени



Токсические поражения печени (ТПП) – это группа заболеваний, связанных с гепатотоксическим действием веществ различного происхождения, вызывающих морфологические изменения ткани печени и связанные с ними обменные нарушения. В лечении и профилактике ТПП патогенетически оправдано назначение лекарственных средств (ЛС), обладающих гепатопротективным действием.

Государственное предприятие «АКАДЕМФАРМ» разработало отечественные генерические гепатопротекторные ЛС: Урсаклин на основе урсодезоксихолевой кислоты (УДХК), характеризующееся фармацевтической и фармакокинетической эквивалентностью ЛС Урсофальк® (производства фирмы Dr. Falk Pharma GmbH, Германия) и ЛС «ГепталНАН» на основе адеметионина, эквивалентное лекарственному средству «Гептрал» («АббВи С.р.л. (Абботт Лабораториз С.А.)», Италия).

Применение адеметионина при лечении пациентов с ТПП различного генеза уменьшает выраженность нарушений липидного обмена, явлений холестаза и фиброза, улучшает белково-синтетическую функцию печени, способствует нормализации биохимических показателей сыворотки крови, а также подавляет продукцию провоспалительных цитокинов (TNF α) и воздействует на аффективные нарушения, когнитивные функции (Almasio P и со-

авт, 1993 г., McClain C. и соавт., 2002 г.). Эффективность и безопасность применения адеметионина при ТПП подтверждена в ряде клинических исследований. Так, по данным Ткаченко П.Е. и соавт. (2016 г.) терапия алкогольного гепатита тяжелого течения (индекс Мэддрей ≥ 32 , MELD ≥ 18 GAHS ≥ 8) преднизолоном в дозе 40 мг/сут в комбинации с адеметионином 800 мг/сут более эффективна в сравнении со стандартной терапией преднизолоном: индекс Лилль был достоверно лучше ($p=0,044$), а частота развития гепаторенального синдрома – достоверно ниже ($p=0,035$). При алкогольном гепатите средней тяжести (индекс Мэддрей < 32) у пациентов, получавших адеметионин внутрь в дозе 1200 мг/сут, показаны снижение уровня общего билирубина и аспартатаминотрансферазы (AsAT) и хороший профиль безопасности (Guo T. и соавт., 2015 г.). Рандомизированное контролируемое исследование лечения пациентов с алкогольным

циррозом печени (ЦП) классов А и В по Чайлду–Пью продемонстрировало, что применение адеметионина в дозе 1200 мг/сут внутрь в течение 2 лет обуславливает достоверно более низкую летальность или потребность в трансплантации печени в сравнении с группой плацебо (Mato J.M. и соавт., 1999).

Наиболее неблагоприятным с клинической и прогностической точки зрения является сочетание ТПП с вирусными гепатитами. Среди них значительную долю составляют поражения, связанные с парентеральным введением наркотика (Кошкина Е.А., 2002). Морфологическая картина печеночного биоптата при употреблении героина определяется, в основном, профилем гепатотропных вирусов. Влияние наркотизации проявляется в более высокой степени печеночного склероза. Прием препаратов урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) вызывает быстрое и значительное уменьшение цитолиза в период героиновой абстиненции (Мазурчик Н. В., 2003).

Таким образом, клинические данные доказывают пользу применения адеметионина и УДХК в лечении ТПП. А производство высококачественных генерических ЛС обеспечивает доступность лечения данной категории пациентов.

Главный редактор выпуска
Людмила ЕВТУШЕНКО

Специальный выпуск

Журнал зарегистрирован
в Министерстве информации
Республики Беларусь.
Свидетельство о регистрации № 1220.

Учредитель и издатель ИЧУП
«Профессиональные издания»

Руководитель службы рекламы
и маркетинга
Маргарита КОВАЛЬ

Специалисты службы рекламы и маркетинга
Елизавета ДРОЗДОВА
Наталья БАРАНОВСКАЯ

Дизайн и верстка
Сергей КАУЛЬКИН

Адрес редакции:
220049, Минск,
ул. Кнорина, 17
Тел.: +375 (17) 322 16 77,
(17) 322 16 78;
+375 (29) 3-499-732
<http://www.recipe.by>

Подписано в печать 02.10.2018 г.
Отпечатано методом цифровой печати
Тираж – 120 экз.

Ответственность за информативное содержание
рекламы несут рекламодатели.

Дизайн макета и оформление –
«Профессиональные издания».

ISSN 1993-4882



Приносит
СВОБОДУ ОТ
алкогольной
зависимости



 **Топирол**

(Топирамат 25 мг, 50 мг, 100 мг №30)



Топирол в дозе 200 мг/сут:

- Уменьшает дозу выпитого в день
- Уменьшает количество дней запоя
- Уменьшает тяжесть запоя



Представительство ООО "SUN Pharmaceutical Industries Ltd"
в Республике Беларусь
220113, г. Минск, ул. Мелника, д. 1, офис 1118
(375 17) 268-54-57, (375 17) 268-54-53
www.sunpharma.com
e-mail: minsk-office@sunpharma.org

Рег. уд. МЗ РБ №9064/09/12/14 от 24.09.2014г. до 24.09.2019 г.

На правах рекламы. Имеются противопоказания и побочные реакции. Применение у беременных возможно только в случае, если польза для матери превышает потенциальный риск для плода.