

перенесли однократно легкие ЧМТ. Повторные, тяжелые ЧМТ отмечены у 8,47% ВИЧ-позитивных и 5,88% ВИЧ-негативных ПИН. Возраст начала первых проб наркотика у ВИЧ-позитивных ПИН, в среднем, приходился на $21,01 \pm 0,21$ лет и у ВИЧ-негативных – $19,28 \pm 0,56$ лет. На различные способы введения наркотика указали 15,25% ВИЧ-позитивных и 5,15 ВИЧ-негативных ПИН. Вместе с тем, 16,9% ВИЧ-позитивных и 13,23% ВИЧ-негативных ПИН пользовались не одноразовыми шприцами и иглами, в 65,3% случаев у ВИЧ-позитивных и 13,9% случаев у ВИЧ-негативных ПИН соблюдение стерильности наркотика и емкости в которой он находился, игнорировалось.

Ведущим мотивом злоупотребления у 55,1% ВИЧ-позитивных и 50,7% ВИЧ-негативных ПИН был гедонистический т.е. прием наркотика обусловлен стремлением испытать эйфорию и использовался как средство изменения настроения. Прием наркотика с целью нейтрализовать негативные эмоциональные переживания практиковали 30,51% ВИЧ-позитивных и 60,3% ВИЧ-негативных ПИН, выйти из апатического состояния, улучшить работоспособность – 27,1% ВИЧ-позитивных и 55,14% ВИЧ-негативных ПИН, избавиться от тягостных проявлений состояния отмены – 41,52% ВИЧ-позитивных и 61,03% ВИЧ-негативных ПИН. Коморбидная патология была представлена в 9,3% случаев у ВИЧ-позитивных и 2,94 % ВИЧ-негативных ПИН органическим расстройством личности, у 32,2% ВИЧ-позитивных и 7,35% ВИЧ-негативных ПИН – аффективными расстройствами, у 22,9% ВИЧ-позитивных и 12,5% ВИЧ-негативных ПИН – невротическими расстройствами.

Отсутствие семейных устоев, нарушение межличностных взаимоотношений, трудовая дезадаптация, противоправная активность являются факторами, способствующими рецидивированию заболевания у наркозависимых. Анализ занятости – показал, что 42,4% больных I группы выполняли временную работу, 45,8% – часто меняли места работы, 40,6% – не работали. У 9,3% больных отмечены административные взыскания и частые увольнения, у 8,4% – конфликты на рабочем месте. Следует отметить, что 12,7% больных I группы являлись инвалидами. Профессии не имели 33,1% больных. Вместе с тем, большинство больных (81,4%) имели среднее специальное и среднее образование, 9,3% – неполное среднее, 3,4% - начальное образование. Не имели семьи 23,7% пациентов, 17,8% – росли и воспитывались в неполной семье. В гражданском браке состояли 18,6% больных, в повторном браке – 5,1%, в разводе – 13,6%. Вместе с тем, 33,1% больных имели детей, из них, 33,9% проживали с родителями, 19,5% - самостоятельно. В 21,2% случаев обстановка в семье характеризовалась как конфликтная, 15,3% больных указывали на нарушенные семейные взаимоотношения, 6,8% – на асоциальное поведение родителей,

7,4% – на развод родителей. Неблагоприятные условия проживания с низким доходом отмечали 17,8% ВИЧ – позитивных ПИН.

Таким образом, приведенные в настоящей работе данные свидетельствуют о значительном удельном весе факторов, обуславливающих дезадаптацию пациентов, комплиментарности социальных условий и клинических особенностей в развитии дезадаптивного поведения ВИЧ-позитивных и ВИЧ-негативных наркопотребителей.

АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ: ДИНАМИКА ЗА 10 ЛЕТ (2001-10 гг.)

*С.М. Уманский, П.Б. Зотов,
М.С. Уманский, П.С. Уманская*

Тюменская ГМА
Тюменский ОНД

E-mail авторов: sibir@sibtel.ru

Одним из серьезных осложнений алкоголизма являются психозы, регистрируемые согласно мнению экспертов ВОЗ (1972), примерно у 10% всех зависимых от алкоголя. К мировым лидерам по количеству алкогольных психозов на 100000 населения относятся: Латвия – 67,8; Финляндия – 61,2; Эстония – 53,8; Словения – 49,7; Румыния – 47,7; Белоруссия – 47,7 (Гофман А.Г., 2003). Россия так же занимает одно из ведущих мест. При этом заболеваемость данными нозологиями в отдельных регионах страны может значительно различаться. Так, по данным Е.А. Кошкиной (2004), в 2002 году наибольшее превышение среднероссийского показателя заболеваемости алкогольными психозами (53,1) было зарегистрировано в Магаданской (136,3), Новгородской (116,3), Пермской (108,0), Тверской (106,3) областях, Республике Карелия (103,5), Смоленской (103,5), Псковской (101,7), Ярославской (93,3), Ивановской (90,8) областях и Красноярском крае (90,2). Самый низкий показатель отмечался в Республике Дагестан (1,9). В Ингушетии в 2002 году не было зарегистрировано ни одного случая алкогольных психозов.

Тюменская область с населением 3,2 млн человек относится к одним из наиболее экономически благополучных регионов России, что наряду с климатическими условиями определяет ряд медико-социальных особенностей. Так, в целом по Тюменской области в течение последних нескольких лет частота алкогольных психозов остается достаточно стабильной и составляет около 2000 случаев в год. Показатель на 100000 населения в 2001 г. – 62,7; в 2002 г. – 60,5; в 2003 г. – 62,6; в 2004 г. – 59,3.

Можно отметить, что в целом отмечается некоторое снижение частоты психозов, наиболее выраженное в г. Тюмени и южных районах Области. В Тюмени, начиная с 2001 года, наблюдается снижение уровня алкогольных психозов, с устойчивой стабилизацией показателя в течение ряда последних лет: в 2001 г. – 404 случая (стандартизованный показатель – 72,9), в 2004 году – 278 случаев (49,3), в 2007 г. – 205 случаев (35,4), в 2009 г. – 218 случаев (36,7), в 2010 г. – 216 случаев (36,4). На Юге Тюменской области за тот же период отмечалась подобная тенденция до 2007 г., а в последующие годы наметилась тенденция повышения заболеваемости: в 2001 году – 764 психоза (55,7 на 100 000 населения), в 2004 г. – 870 (66,0), в 2007 г. – 537 (40,7), в 2009 г. – 547 случаев (41,1), в 2010 г. – 586 случаев (42,2).

В Северных округах Тюменской области, в отличие от г. Тюмени, напротив отмечалась негативная динамика. Только по данным Нижневартовского психоневрологического диспансера за период с 1999 по 2007 годы количество алкогольных психозов возросло с 480 до 589, при этом доля мужчин составляла 83%. Более интенсивные темпы роста отмечались среди лиц пенсионного возраста (более 30%). Точные причины такого роста указать достаточно трудно в связи с высоким уровнем миграции населения, обслуживающего топливно-энергетический комплекс.

Особенности разнонаправленной частоты регистрируемых случаев психозов на Юге и северных регионах Тюменской области требует дополнительных исследований.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА В РЕЗУЛЬТАТЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ

О.А. Харьковская

Северный ГМУ, г. Архангельск

E-mail автора: harkovaolga@yandex.ru

Первоначально табак, принадлежащий к семейству пасленовых, использовался в Европе как средство, обладающее исцеляющими свойствами. Его назначали при лечении любых заболеваний – от банальных простуд до новообразований. Спустя несколько столетий врачи, ученые пришли к выводу, что табакокурение не только не обладает «чудотворными» свойствами, а, наоборот, является фактором риска большинства болезней (History of Tobacco, 1999).

Целью работы явилась динамическая систематизация зарубежных данных о психоэмоцио-

нальных расстройствах, вызванных табакокурением.

Никотин – алколоид листьев табака – является веществом, которое помогает в самолечении тревоги, панических приступов, беспокойстве и пр. Поэтому, как подростки, так и взрослые люди, у которых отмечен высокий уровень тревожности или социальный страх, имеют большую вероятность начать курить и стать зависимым от табака личностью (Sonntag H. et al, 2000). С другой стороны, никотин может выступать и как средство, повышающее беспокойство. Это возникает по причине того, что никотин способен воздействовать на дыхательную систему, вызывая, тем самым, удушье и провоцируя приступы паники и немотивированной тревоги (Breslau N., 1999; Isensee B. et al, 2003).

R. Goodwin и S.P. Hamilton (1997) попытались проследить взаимосвязь между тревогой, нейротизмом и курением табака. Оказалось, что нейротизм явился независимым предиктором при совместном сочетании тревоги и табакокурения у респондентов. Иными словами, при увеличении нейротизма на одну условную единицу вероятность быть курящим и иметь высокий уровень тревожности повышается в четыре раза.

Выявлено, что индивидуумы, у которых более развита эмоциональная неустойчивость, менее склонны к отказу от табакокурения даже в случае неодобрения их вредной привычки со стороны ближайшего окружения. Это объясняется тем, что эффект никотина действует на них гораздо сильнее, чем на эмоционально устойчивых личностей (Spielberg C.D., 1982; Gilbert D.G. et al., 1997; Munafò M.R., 2007; Rondina Rde C. et al, 2007).

В исследовании 50-летней давности Г. Айзенк (1960) не обнаружил корреляции между нейротизмом и табакокурением, но выявил, что экстраверсия и ригидность положительно связаны с курением табака. В исследовании A. Terracciano и P.T. Costa (2004) сам фактор «экстраверсия» статистически не отличался у людей с разным курительным статусом; однако показатель подфактора «поиск возбуждения» данного фактора статистически был выше у курящих, чем у некурящих. A.J. Loon et al. (2005) показали, что инициация табакокурения наиболее характерна для людей с направленностью личности на мир внешних объектов, но она никак не влияет на способность отказа от табака.

Зарубежные исследования по-разному трактуют взаимосвязь между депрессией и табакокурением. Одни авторы утверждают, что курение табака вызывает депрессию, и это обусловлено тем, что никотин воздействует на нейромедиаторы, связанные напрямую или косвенно с депрессивным состоянием (Hall S.M. et al., 1993; Fowler J.S. et al., 1998). Другие авторы показали обратную взаимо-