

4. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Бурнусус Н.И. Распространенность рассеянного склероза в мире: обзорная статья // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 1-2.

5. Бурнусус Н.И., Карпов С.М., Шевченко П.П. Нейротрансмиттеры в патогенезе рассеянного склероза // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – № 1.

6. Карпов С.М., Гнездицкий В.В., Пажигова З.Б., Шевченко П.П. Р300 в диагностике когнитивных нарушений при рассеянном склерозе // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. – 2014. – Т. XLVI, № 4.

7. Потапова И.Г., Диденко Н.Н., Денисюк В.В., Карпов С.М. Актуальные вопросы распространенности рассеянного склероза в Ставропольском крае // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 6.

8. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Каширин А.И. Клинико-неврологическая характеристика больных с рассеянным склерозом с учетом тяжести состояния // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 7-4.

ИЗМЕНЕНИЕ ЛИЧНОСТИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ УПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АЛКОГОЛИЗМЕ

Гридин И.И., Шевченко П.П.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, e-mail: gridin-igor@ya.ru

Актуальность

Изучение личностных изменений, вызванных алкоголизмом, имеет большое значение для правильной организации социальной и психологической помощи как самому больному алкоголизмом, так и его семье.

Одно из первых отечественных исследований было проведено еще в 19 веке – в 1887 году С.С. Корсаков дал описание своеобразного психоза, сочетающегося с полиневритом [6]. Данное нарушение характеризовалось в основном расстройством памяти на текущие и недавние события, ретроградной амнезией, склонностью к конфабуляциям, алкогольным полиневритом при почти полной сохранности памяти на давно прошедшие события. С.С. Корсаков назвал это заболевание полиневритическим психозом. В после-

дующем С.С. Корсаков и его ученики, а также и другие исследователи углубили и уточнили учение об этом заболевании, подчеркивая, что оно может развиваться не только в связи с алкоголизмом, но и при других инфекциях и интоксикациях.

Цель: Анализировать изменение личности при различных стадиях при хроническом алкоголизме

Результаты исследования

В исследованиях факторов алкоголизации подростков и юношества отмечается, что в группу риска входят молодые люди конформного, неустойчивого и гипертимного типов акцентуации характера, подростки из неблагополучных семей и/или плохо социализированные (с низким социальным статусом в классном коллективе, низкой успеваемостью, отсутствием перспектив профессионального обучения и трудоустройства), очень часто – переживающие острый или хронический стресс.

В работах Д.В. Колесова [3] охарактеризованы три стадии развития потребности в употреблении спиртного (таблица). Первая стадия связана с удовлетворением потребности в определенных условиях деятельности. Потребность обусловлена любознательностью, скукой, подражанием или давлением окружающих, часто сосуществует с другими потребностями; инициируется восприятием предмета потребности или человека, которому хочет подражать индивид. На этой стадии потребность в употреблении ПАВ является ситуационной, а не устойчивой.

Далее, на второй стадии, происходит укрепление новой потребности. Потребностное возбуждение все чаще не зависит от внешних факторов и обстоятельств, возникает самостоятельно: «...здесь еще могут проявлять себя моменты условно-рефлекторного характера: например, индивид может испытывать желание принять наркотенное вещество лишь в определенное время суток, в остальное время он о нем «забывает». В любом случае новая потребность на этой стадии – лишь одна из многих» [3, с. 299].

Признаки алкоголизма	Стадии алкоголизма		
	I	II	III
1. Влечение к алкоголю.	+	++	+++
1.1 Характер влечения к алкоголю.	навязчивый	компульсивный	компульсивный
2. Толерантность к алкоголю.	+ / ++	+++	++ / +
3. Защитный рвотный рефлекс.	+ / -	-	+ / +++
4. Утрата количественного контроля.	+	++	+++
5. Утрата ситуационного контроля.	-	++	+++
6. Амнестические формы опьянения.	+	++	+++
7. Алкогольная деградация личности.	-	+ / ++	+++
8. Алкогольные психозы.	-	+	++
9. Соматические расстройства вследствие алкоголизма.	-	+	+++
10. Социальная дезадаптация.	-	+ / ++	+++
11. Психологическая защита своего алкоголизма.	+++	++	+ / -
12. Осознание себя алкоголиком.	---	- / +	++
13. Желание лечиться от алкоголизма.	---	- / +	--
14. Прогноз для длительной ремиссии после лечения.	+	+++	+ / -

Стадии алкоголизма

Возрастание значимости, удельного веса новой потребности относительно прочих мотивов деятельности – отличительная черта третьей стадии формирования потребности в ПАВ. Сначала новая потребность доминирует в определенной ситуации, а впоследствии – независимо от ситуации. Она подчиняет прочие последствия, и как итог – индивид постоянно испытывает влечение к алкоголю (или другому ПАВ). Меняется общение – теперь все социальные контакты становятся способом добывания алкоголя или наркотика, способом вовлечения окружающих в зависимое поведение, и т.п. Объект зависимости становится потребностью, которую необходимо удовлетворять, к которой испытывается непреодолимо влечение.

Лечение

Дезинтоксикация с помощью тиоловых препаратов – 15-30 мл 30% раствора тиосульфата натрия внутримышечно или внутривенно, а также 5-15 мл 5% раствора унитиола, 10 мл 25% раствора сульфата магния внутримышечно или внутривенно и 10 мл 10% раствора хлорида кальция внутривенно ежедневно или через день, на курс 10-12 процедур; 2) витаминотерапия – 2-4 мл 6% раствора витамина В1, 1 мл 5% раствора витамина В6, 1 мл 1-5% раствора никотиновой кислоты, 1-3 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты внутримышечно ежедневно, на курс 10-15 инъекций; 3) психотропные средства при наличии психического компонента похмельного синдрома – транквилизаторы: седуксен по 0,005-0,01 г внутрь или внутримышечно 2-3 раза в день, элениум, тазепам по 0,01-0,02 г 2-3 раза в день, феназепам по 0,0005-0,001 г 2-3 раза в день; антидепрессанты (особенно показаны женщинам): амитриптилин по 0,025-0,01 г на ночь, азафен, пиразидол по 0,05-0,1 г 1-2 раза в день. Продолжительность приема зависит от особенностей состояния; корректоры поведения при наличии психопатологических расстройств – неулептил в дозах 0,01-0,02 г на ночь в течение всего курса симптоматического и активного течения, а нередко и в последующем; 4) снотворные – зюноктин (0,01 г), редедорм (0,005-0,01 г), адалин (0,3 г); микстура И.Г. Равкина в течение 3-7 дней; 5) холинолитические препараты, в первую очередь амизил и метамизил по 1-2 мг 1-2 раза в день, используемые как самостоятельно, так и для усиления действия психотропных и снотворных средств; противопоказаны при глаукоме; 6) инсулинотерапия – от 2 до 8 ЕД ежедневно в течение 0,5-2 нед. В питании должны преобладать продукты, богатые минеральными солями.

Вывод

Таким образом, вероятность формирования зависимости, в том числе и алкогольной, высока у тех личностей, которые не в состоянии справиться с неблагоприятными условиями самостоятельно. Другими словами, риск развития алкогольной зависимости выше у людей, чья жизнь перенасыщена стрессами (что и наблюдается, в частности, в подростковом возрасте). И выше у тех, кто обнаруживает качества социального общения, свойственные «слабой», эмоционально неустойчивой личности. Например, у индивидов с конформным или неустойчивым характером в общении проявляется неумение отстаивать собственные интересы, инертность, безволие, зависимость от обстоятельств; астеноневротический характер проявляется в чувстве слабости, беспомощности, тревоги, которые пропадают при употреблении алкоголя; эпилептоидному характеру алкоголь позволяет насладиться чувством власти над окружающими и т.п.

Организация профилактики алкогольной зависимости должна учитывать оба этих фактора. Необходима и социальная помощь людям, находящимся в «группе риска», то есть переживающим стресс, неустроенность. Также необходима и психологическая, коррекционная или терапевтическая помощь индивидам, личностно-склонным к формированию зависимостей.

Список литературы

1. Акимов М.К., Семенов С.Ю. Стили защитно-совладающего поведения у зависимых и не зависимых от психоактивных веществ подростков // Вопросы психологии. – 2008. – №5. – С. 54-64.
2. Винникотт Д.В. Искажение Эго в терминах Истинного и Ложного Я // Московский психотерапевтический журнал. – 2006. – №1. – С. 5-19.
3. Колесов Д.В. Эволюция и природа наркотизма. – М.: Педагогика, 1991. – 312 с.
4. Кохут Х. Анализ самости: Систематический подход к лечению нарциссических нарушений личности: пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2003. – 308 с.
5. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: руководство для врачей. – Л.: Медицина: Ленингр. отд., 1991. – 301[1] с.
6. Медицинская энциклопедия. – М.: Эксмо, 2000. – 895 с.
7. Наркология: национальное руководство / под ред. Иванца Н.Н., Анохиной И.П., Винниковой М.А. – М.: Изд.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 720 с.
8. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании / под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого, И.Б. Орешниковой. – М.: Институт психотерапии, 2000. – 256 с.
9. Ахматханова С.М., Казакова Ю.А., Карпов С.М., Шевченко П.П. Алкогольная энцефалопатия: современные методы лечения // Международный научно-исследовательский журнал. – 2013. – № 10-5 (17). – С. 14.
10. Карпов С.М., Осипова Н.А., Высочина А.А. Токсическое влияние суррогатов алкоголя на формирование синдрома ретроульбарного неврита // Международный научно-исследовательский журнал. – 2013. – № 10-5 (17). – С. 14.
11. Гнедова С.Б., Нагорнова А.Ю., Вострокнутов Е.В., Гулей И.А., Забелина Е.В., Тараненко Л.Г. Формирование и изменение личности больных алкоголизмом // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 1 (часть 3). – С. 642-646.

СОВРЕМЕННЫЕ НЕЙРОИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

Дахкильгова Ф.Т., Шевченко П.П., Карпов С.М.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия,
e-mail: fardah1403@mail.ru

Актуальность

Рассеянный склероз является одной из сложнейших комплексных и глобальных медико-социальных явлений, существующих на сегодняшний день в мире [9]. Учитывая рост заболеваемости рассеянным склерозом за последнее десятилетие, Россия стала одной из ведущих стран в плане изучения данной проблемы.

Цель: проанализировать современные данные, позволяющие определить наиболее чувствительные и специфичные нейроиммунологические методы исследования при рассеянном склерозе.

Результаты исследования

К настоящему времени участие иммунной системы в патогенезе РС является доказанным фактом. Как правило, в случае заболевания обнаруживаются изменения продукции Т-лимфоцитов и интерлейкинов в сыворотке крови. Высокий уровень IL-8 свидетельствует об усилении миграции лимфоцитов к очагам демиелинизации, тогда как снижение уровня IL-6, усиливающего пролиферацию Т-клеток, вызывает признаки «кистошения противовоспалительного ответа». Стабильный, без ожидаемого снижения, уровень IL-2 свидетельствует об участии этого цитокина в процессах демиелинизации. Однако проблема по-прежнему остается открытой, и в большинстве случаев данные показатели могут лишь отражать иммуно-