

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. Акимова 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-

реактивность процесса, позволяя говорить о стадии заболевания [10].

В последнее время наряду с регистрацией спонтанной активности мозга популярность приобрели методы вызванных потенциалов мозга, основанных на активации моторных (кортикоспинальных) трактов. Это запись электрических ответов, формирующихся в коре головного мозга от стимулов, возникающих при стимуляции периферических нервов, коры головного мозга, предъявлении звуковых и зрительных раздражений. Использование полного спектра зрительных, слуховых, соматосенсорных, когнитивных, моторных вызванных потенциалов позволяет характеризовать как скрытые, так и клинически явные нарушения функциональной способности нервных структур, распространенность этих нарушений, их согласованность с распространенностью МРТ-очагов и клинической картиной [11].

Вывод

Вышеперечисленные методы исследования способствуют уточнению диагноза РС на различных его стадиях. Изучение параметров цитокинового статуса помогают выявить группы риска развития РС и диагностировать его на ранних стадиях. Метод вызванных потенциалов существенно дополняет данные МРТ и клиники, используется для оценки динамики и прогнозирования течения рассеянного склероза, эффективности терапии.

Список литературы

1. Шевченко П.П. Распространенность и клиническая характеристика рассеянного склероза в Ставропольском крае: автореф. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 1992.
2. Карпов С.М., Батурин В.А., Тальбух В.П., Францева А.П., Белякова Н.А., Чичановская Л.В. Аутоантитела к основному белку миелина и их роль при демиелинизирующих процессах // Клиническая неврология. – 2013. – №3С. – С. 34.
3. 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. – С. 78-82.
4. Бурнусус Н.И., Карпов С.М., Шевченко П.П. Нейротрансмиттеры в патогенезе рассеянного склероза // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – №1. – С. 20-21.
5. Чикуров А.А., Онищенко Л.С., Гайкова О.Н., Бисага Г.Н., Одинак М.М. Структурные изменения эпендимы и субэпендимной зоны в перивентрикулярных очагах демиелинизации при рассеянном склерозе // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2010. – №1. – С. 141-145.
6. Жирнова И.Г., Ларина И.В., Комелькова Л.В., Царева М.И., Ганнушкина И.В., Завалишин И.А. Роль адгезивных свойств лейкоцитов и сыворотки крови в патогенезе рассеянного склероза // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2008. – Т. 108, №4. – С. 56-61.
7. Карпов С.М., Пажигова З.Б., Карпова Е.Н. Вызванные зрительные потенциалы в исследовании зрительного анализатора у больных рассеянным склерозом // Неврология, психиатрия, психосоциатика. – 2014. – №3. – С. 27-31.
8. Rocca M.A., Hickman S.J., Bo I. Imaging the optic nerve in multiple sclerosis // Multiple Scler. – 2005. – № 11 (5). – С. 537-41.
9. Столяров И.Д. Современные методы диагностики рассеянного склероза. 2010. – URL: <http://www.remedium.ru/>
10. Бисага Г.Н., Калинина Н.М. Параметры клеточного иммунитета и цитокинового статуса у больных с рассеянным склерозом. 2002. – URL: www.spbraaci.ru
11. Вызванные потенциалы мозга при рассеянном склерозе. 2012. – URL: <http://rscleros.ru>

ДИАГНОСТИКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Дзамихов К.К., Чаблина Е.И., Карпов А.С.

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия,
e-mail: dzamihov.93@mail.ru*

Актуальность

Черепно-мозговая травма – это комплекс контактных повреждений (мягких тканей лица и головы, ко-

стей черепа и лицевого скелета) и внутричерепных повреждений (повреждений вещества головного мозга и его оболочек), имеющих единый механизм и время возникновения. При поражении ЦНС изменения когнитивных функций сопряжены с тревожно-депрессивными расстройствами.

Цель: выявить и определить глубину когнитивных расстройств у лиц разных возрастных групп с черепно-мозговой травмой средней степени тяжести, а также сравнить полученные данные среди мужчин и женщин.

Материалы и методы

1. Исследование проводилось на базе 4-ой городской больницы города Ставрополя, нейрохирургического отделения.

2. Было проведено исследование среди мужчин и женщин разных возрастных категорий (от 12 до 80 лет) с черепно-мозговыми травмами и контузиями средней степени тяжести. Исследование было проведено на 15 пациентах. (7 женщин и 8 мужчин).

3. Методом исследования было проведение тестирования с помощью международных шкал HADS (госпитальная шкала тревоги и депрессии), MMSE (краткая шкала оценки когнитивного состояния), FAB (батарея лобной дисфункции), тест рисования часов.

Результаты и обсуждение

Известно, что при черепно-мозговых травмах в первую очередь страдает сознание и когнитивные способности, особенно в первые часы от получения травмы. Исследование включало опрос, осмотр, проведение тестирования по системам HADS, MMSE, FAB, тест рисования часов. По мере выполнения заданий у больных проявлялись трудности тестирования по шкалам MMSE и FAB в большей степени, чем HADS и тест рисования часов. 6 из 8 мужчин не смогли выполнить тесты FAB и MMSE. Среди женщин трудностей, связанных с заполнением тестов не возникало, однако требовалось больше времени на шкалу HADS, чем мужчинам. Было выявлено, что женщин больше волновали проблемы семьи независимо от возраста исследуемых, тревога у данной категории более обострена, чем у мужчин, где преобладали показатели депрессии по шкале HADS. Краткая шкала оценки когнитивного состояния (MMSE) позволила определить явную разницу: 6 из 7 женщин выполняли задания с первого раза; 5 из 8 мужчин требовалось больше времени и повторов при выполнении заданий на внимание и счет, память, речь, чтение и письмо. Батарея лобной функции (FAB) позволила определить, что у мужчин и женщин одинаково возникали трудности при выполнении заданий на простую и усложненную реакцию выбора, по остальным критериям у женщин сложностей не возникало. У мужчин чаще проявлялись сложности с концептуализацией, беглостью речи, динамическим праксисом.

Вывод

Исследование показало, что последствия ЧМТ влияют на когнитивные функции больного с проявлением депрессии у мужчин. У женщин отмечена большая способность к логико-аналитическим задачам с преобладанием тревоги.

Список литературы

1. Захаров В.В. Возрастные когнитивные нарушения: методические рекомендации. – М., 2004. – 12 с.
2. Захаров В.В., Яхно Н.Н. Синдром умеренных когнитивных расстройств в пожилом возрасте: диагностика и лечение // Русский медицинский журнал. – 2004. – С. 573-576.
3. Латышева В.Я. ЧМТ, Классификация, клиническая картина, диагностика, лечение. – Минск, 2005.
4. Ульяновченко М.И., Ходжаян А.Б., Апагуни А.Э., Карпов С.М., Назарова Е.О., Шишманиди А.К., Сергеев И.И., Власов А.Ю. Анализ