

контактировать с персоналом, друг с другом, проводят меньше времени в одиночестве. Критика на протяжении всего исследования остается частично сохранной.

Выводы

Доказана эффективность изучения новых навыков для пациентов в виде улучшения общего состояния, регресса позитивной и негативной симптоматики, деперсонализации, улучшения сна и аппетита. Необходимость привлечения в реабилитацию пациентов шизофренического регистра педагогов, социологов, психологов, неврологов. Необходимо уделять большее время и внимание таким пациентам, направлять их, помогать и способствовать их самообразованию, развитию и социальной адаптации. Все рассмотренные случаи требуют непрерывной фармакотерапии, постоянного наблюдения врача-психиатра и дополнительной медико-социальной помощи.

Список литературы:

1. Доброхотова Т.А. Нейропсихиатрия / Т.А. Доброхотова. – 2-е изд.. – М.:БИНОМ. 2014. – 314 с.2. Доброхотова Т.А. Нейропсихиатрия / Т.А. Доброхотова. – 2-е изд.. – М.:БИНОМ. 2014. – 314 с.
2. Крылов В. И. « Навязчивые состояния: тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные расстройства. РАМА ПАБЛИШИНГ. Екатеринбург . 2016г. – 271 стр.
3. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека / А.Р. Лурия. – СПб.: Питер. 2008. – 621 с.
4. Менделевич В.Д. Психиатрия / В.Д. Менделевич, Е.Г. Менделевич. – Ростов н/Д. 2017. – С. 233-248.
5. Никифоров А.С. Неврология: учебник/А.С.Никифоров. – Ростовон/Д, 2014. – 446с.
6. Цыганков Б.Д. Психиатрия. Основы клинической психопатологии: учебник для вузов/ Б.Д. Цыганков, С.А. Овсянников. - М.: Медицина, 2009. - 335 с.

УДК 613.83

Мясникова Д.А., Богданов С.И.

ИЗМЕНЕНИЯ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ С ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ВВЕДЕНИЯ

Кафедра психиатрии, психотерапии и наркологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Myasnikova D.A., Bogdanov S.I
DERMATOLOGIC COMPLICATIONS OF INJECTIVE DRUGS

Department of psychiatry, psychotherapy and narcology

Аннотация. В статье рассмотрены основные дерматологические осложнения парентерального введения наркотических веществ. Выявлено, что структуру кожных поражений можно разделить на основные категории: гнойные, аллергические, связанные с местным повреждением тканей и сосудов и инфекционные.

Annotation. The article describes the main dermatological complications of parenteral administration of narcotic substances. It is emphasized that skin lesions can be divided into major categories: purulent, allergic, associated with local damage of tissues and blood vessels, and infectious diseases.

Ключевые слова: Инъекционные наркотики, дерматология, зависимость.

Key words: Injection drugs, dermatology, addiction.

Введение

Несмотря на активно проводимую в России борьбу с алкоголизмом и наркоманией, уровень заболеваемости аддиктивными расстройствами остается прежним: по данным Росстата Российской Федерации (РФ) число зарегистрированных наркозависимых лиц в России с 2010 г. неизменно превышает 300 тысяч человек. По данным Министерства здравоохранения РФ, опубликованным в «Концепции модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 года», общее число потребителей наркотиков в 2012 г. составило 533,4 тыс. человек, или 372,9 на 100 тыс. населения. Масштабы распространения наркомании угрожают физическому и моральному здоровью населения страны и влекут за собой самые неблагоприятные медико-социальные и экономические последствия [2].

Спектр дерматологических нарушений у инъекционных наркоманов разнообразен и зависит от группы наркотика и веществ, которые были в него добавлены в процессе приготовления.

Цель исследования - Определить характер и выраженность дерматологических нарушений, сопутствующих парентеральному методу введения наркотических средств и классифицировать их.

Материалы и методы исследования

Структурное моделирование на основе литературного обзора по теме.

Результаты исследования и их обсуждения

Наиболее распространенными осложнениями инъекционной наркомании являются бактериальные инфекции кожи и мягких тканей, от флегмоны и абсцесса до угрожающего жизни некротического фасциита и септического тромбофлебита. До распространения СПИДа они были самой частой причиной госпитализации инъекционных наркоманов. Их высокой встречаемости способствуют несколько обстоятельств: способ введения наркотиков,

попадание их в мягкие ткани при внутривенных инъекциях, частичная фальсификация наркотиков веществами, способствующих развитию некроза тканей и распространенное среди наркоманов носительство патогенных бактерий на коже [6].

Частыми местами поражения являются конечности. Атипичное расположение (на животе, спине, в паху, на мошонке, на шее) бывает при инъекциях наркотика в яремную или бедренную вены.

Флегмона может образоваться на месте недавно сделанной инъекции или вследствие суперинфекции уже существующей открытой раны. Проявления флегмоны часто бывают нетипичными из-за постоянного повреждения кожи и лимфатической системы конечностей, приводящего к лимфатическому отеку, гиперпигментации, образованию рубцов, увеличению лимфоузлов. Однако при тщательном обследовании, как правило, обнаруживаются характерные симптомы: краснота, болезненность, повышение температуры кожи на месте флегмоны, болезненность паховых лимфоузлов или болезненность подмышечных лимфоузлов. Лихорадка бывает не всегда, бактериемия – редко.

Возбудителями неосложненной флегмоны в большинстве случаев бывают стрептококки (*Streptococcus pyogenes* и др.) или *Staphylococcus aureus*.

Абсцессы бывают вскрывшимися или пальпируются как флюктуирующие образования под кожей. большей частью абсцессы имеют стафилококковую этиологию, но иногда из них выделяется смешанная культура аэробов и анаэробов.

Зачастую встречаются безболезненные язвы на коже, неглубокие, с уплотненным дном. Причины их, по-видимому, - воспаление в результате попадания инородных веществ, некрозы кожи, слабовирулентная инфекция. Язвы могут инфицироваться вторично. После заживления язв остаются втянутые гиперпигментированные рубцы [6,7].

Угрожающие жизни осложнения – некротический фасциит, миозит и септический тромбоз. Об этих заболеваниях, хотя они и редки, надо всегда помнить при инфекциях кожи и мягких тканей у инъекционных наркоманов. Они проявляются резкой болью и болезненностью при пальпации на месте инъекции, интоксикацией и нарушениями гемодинамики, тяжесть которых зависит от распространенности воспалительного процесса. Бывают крепитация при пальпации и пузырьки газа на рентгенограммах мягких тканей. Обычно их причина - смешанная инфекция (*Staphylococcus aureus*, стрептококки, энтеробактерии, пептострептококки и другие анаэробы).

Септический тромбоз вен конечностей и яремной вены часто проявляется септической эмболией легочной артерии. Он всегда сопровождается бактериемией, иногда в области инъекции выявляется гнойное отделяемое.

Хронические кожные проявления крайне распространены, и некоторые из них являются патогномичными при употреблении инъекционных наркотиков. Рубцы, возникающие в результате длительной привычки самостоятельного введения в подкожную клетчатку (выскабливание кожи),

очень отчетливы. Они относительно небольшие (диаметром от 0,5 до 3 см), овальные или округлые, как правило, множественные, слегка атрофичные, а иногда и гиперпигментированные, с выпуклым внешним видом. Они распределяются на разгибательной поверхности рук и дорсальной поверхности рук, предпочтительных местах для этого пути введения, а также на животе и бедрах. В большинстве случаев они представляют рубцовый процесс небольших абсцессов, хотя они могут присутствовать даже при отсутствии абсцессов [3].

Повторная и длительная травма вен приводит к линейным, склеротическим и многократно гиперпигментированным рубцам. Эти поражения были впервые описаны в 1929 году и назывались «следами от игл», поскольку их линейный вид напоминал железнодорожные пути. Интенсивность поражений и скорость, с которой они устанавливаются, зависят от того, что вводится, и от загрязнений и наполнителей. Хинин, например, является загрязнителем с самым высоким потенциалом склерозирования. Гиперпигментация является результатом воспалительного процесса. Другим возможным объяснением этого является непреднамеренное введение сажи, которая накапливается на иглах, когда они стерилизуются над пламенем.

Некроз конечностей является еще одним драматическим следствием инъекционного употребления запрещенных наркотиков. Хотя это может произойти с любым наркотиком, это чаще встречается у потребителей кокаина, которые намеренно или невольно используют артериальный путь. Длительный и повторный спазм сосудов, вызванный кокаином, сильным вазоконстриктором, и окклюзионные явления, вызванные инъекцией загрязняющих веществ, которые функционируют как эмболия, по-видимому, являются основными факторами этиопатогенеза некроза [4].

Загрязняющие вещества, особенно тальк, способны образовывать гранулемы в местах инъекции или по ходу сосудов. У пациентов, которые используют инъекции амфетаминов, сам тальк, присутствующий в таблетках, может быть ответственен за формирование кожных гранул [5].

Кожа зачастую участвует в реакциях гиперчувствительности к лекарственным препаратам, как единственный пораженный орган, но также и как часть системного расстройства. Постановка диагноза реакции, вызванной лекарственным средством, требует знакомства с клиническими закономерностями, в то время как определение виновного наркотика во многом зависит от очень тщательной и подробной истории употребления наркотиков, документирования временных взаимосвязей между началом реакции и датами и дозами всех препаратов вводимых до, во время и после реакции.

Наиболее частыми кожными реакциями гиперчувствительности к наркотическим средствам: экзантемы и крапивница.

Крапивница развивается быстро, в течение нескольких часов, вызывая появление красных (эритематозных) высыпаний, которые обычно зудят, отечны. Высыпания четко ограниченные, возвышающиеся над поверхностью кожи, разнообразной формы и размера, иногда сливные, имеющие цвет от

бледно-розового до интенсивной гиперемии (порой — с просветлением в центре. Приступ может длиться несколько дней, но характерно постоянное появление и исчезновение новых поражений. Пациенты часто ставят диагноз для себя, потому что реакция начинается быстро после воздействия причинного агента [8,10].

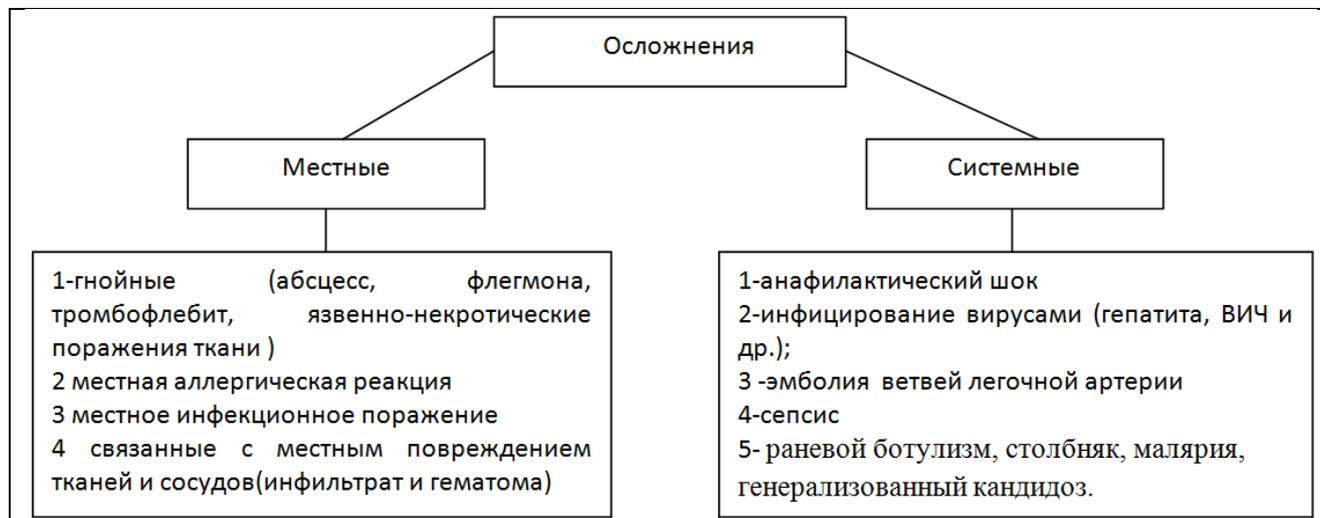


Рис. 1. Структура поражения кожных покровов при инъекционном введении наркотиков

Лекарственные экзантемы представляют собой группу сыпи, некоторые из которых могут напоминать крапивницу, но которые имеют различные временные отношения, отражающие их причинно-следственную связь с Т-клеточными механизмами. Экзантемы могут носить характер крапивницы, скарлатиноподобных сыпей (мелкоточечная сыпь), кореподобных (красные и розовые пятна неправильной формы) и розеолезных (мелкопятнистых) высыпаний. Чаще сыпи протекают без повышения температуры тела, но иногда отмечается гипертермия. Может быть недомогание, снижение артериального давления. Лекарственные сыпи обычно держатся несколько дней. После устранения аллергена экзантемы обычно быстро исчезают. Многие из этих реакций затрагивают только кожу, но у некоторых пациентов проявляются системные признаки, в том числе лихорадка, эозинофилия, лимфаденопатия и дисфункция органов [9]. Обобщенно структуру кожных поражений у ПИН представлена на рис. 1.

Выводы

Поражение кожи у потребителей наркотиков актуальная проблема. В основном она касается потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). Структура кожных поражений у ПИН включает: гнойные, аллергические, связанные с местным повреждением тканей и сосудов и инфекционные. Данные исследования необходимы для обоснования внедрения программ снижения вреда среди потребителей инъекционных наркотиков.

Список литературы:

1. Богданов С.И. Факторы ограничения доступности терапии при наркомании / Богданов С.И., Сафина С.С., Ретюнский К.Ю. - LAP LAMBERT Academic Publishing RU. – 2018. – 284 стр. (Моногр.)

2. Богданов С. Отравления опиоидами : история, современное состояние проблемы, этиология и патогенез / С. Богданов, В. Сенцов, С. Богданова. – Palmarium Academic Publishing LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co. KG AV Akademikerverlag GmbH & Co. KG / Германия, 2012. – 304 с.

3. Heng MСУ, Haberfeld G. Тромботические явления, связанные с внутривенным введением кокаина. J Am Acad Dermatol. 1987; 16: 462-8.

4. Del Giudice P, Vandenbos F, Boissy C, Cua E, Marion B, Bernard E, et al. Кожные осложнения прямого внутриартериального введения у наркоманов. Acta Derm Venereol. 2005. - №85:451-2.

5. Познер Д.И., Гилль М.А. Кожные гранулемы инородного тела, связанные с внутривенным злоупотреблением наркотиками. J Am Acad Dermatol. 1985; 13: 869-72.

6. Эбрайт Дж. Р., Пипер Б. Инфекции кожи и мягких тканей у потребителей инъекционных наркотиков. Инфект Дис Клини Норт Ам. 2002; 16: 697-712.

7. Сумманен П.Х., Талан Д.А., Стронг С, Мактигу М., Беннион Р., Томпсон-младший Дж. Э. и др. Бактериология кожных инфекций и инфекций мягких тканей: сравнение инфекций у внутривенных потребителей наркотиков и лиц без истории употребления внутривенных наркотиков. Clin Infect Dis. 1995; 20 (Suppl 2): S 279-82.

8. Bigby M, Jick S, Jick H, Arndt K. Drug-induced cutaneous reactions. A report from the Boston Collaborative Drug Surveillance Program on 15,438 consecutive inpatients, 1975 to 1982. JAMA. 1986;256:3358–63.

9. Fiszenson-Albala F, Auzevie V, Mahe E, Farinotti R, Durand-Stocco C, Crickx B, Descamps V. A 6-month prospective survey of cutaneous drug reactions in a hospital setting. Br J Dermatol. 2003;149:1018–22.

10. Merk HF, Hertl M. Immunologic mechanisms of cutaneous drug reactions. Semin Cutan Med Surg. 1996;15:228–35.

УДК 616.895.4

**Рябухина Г.Г., Хасанова И.С., Чермянинова Е.А., Петренко Т.С.
ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И УРОВНЯ РАЗВИТИЯ
ДЕПРЕССИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ УГМУ**

Кафедра психиатрии, психотерапии и наркологии
Уральский государственный медицинский университет,
Екатеринбург, Российская Федерация

**Ryabukhina G.G., Khasanova I.S., Chermyaninova E.A., Petrenko T.S.
EVALUATION OF THE DISTRIBUTION AND DEVELOPMENT
LEVEL OF DEPRESSION AMONG STUDENTS OF UGMU**