

3. Всемирная организация здравоохранения, УНП ООН, ЮНЕЙДС (2004) Заместительная терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа, Доступен на русском: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42848/3/9241591153\\_rus.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42848/3/9241591153_rus.pdf)
4. Белов Н.В. В стране древних пирамид / Белов Н.В. [Электронный ресурс] // ВикиЧтение — URL: <https://info.wikireading.ru/30354> (дата обращения: 29.03.2024).
5. Хашаев З.Х.-М. НЕМНОГО ОБ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ НАРКОМАНИИ В МИРЕ // Фундаментальные исследования. – 2007. – № 9. – С. 94-95;
6. <https://dzen.ru/a/YIaZY4dOWgIlubn3>
7. <https://www.perseus.tufts.edu/hopper/text?doc=Perseus%3Atext%3A1999.01.0126%3Abook%3D2%3Achapter%3D86>
8. E. A. Wallis Budge, The Divine Origin of the Craft of the Herbalist
9. [https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/bulletin/bulletin\\_1980-01-01\\_1.html](https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/bulletin/bulletin_1980-01-01_1.html)
10. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html>
11. Айдара В. Исламского портала В Египте разрастается проблема употребления наркотиков' <<http://www.islamportal.ru/novosti/105/7995/?ysclid=loa8xamnl160366191>>(Дата Обращения: 22.10.23)
12. Николай.В' Наркомафии <<https://info.wikireading.ru/30354?ysclid=loa8xrv2k172233090>>(Дата Обращения: 22.10.23)
13. Wikipedia 'Cannabis in Egypt' <[https://en.m.wikipedia.org/wiki/Cannabis\\_in\\_Egypt#:~:text=Large%2Dscale%20smuggling%20and%20trafficking,consumed%20openly%20in%20local%20cafes](https://en.m.wikipedia.org/wiki/Cannabis_in_Egypt#:~:text=Large%2Dscale%20smuggling%20and%20trafficking,consumed%20openly%20in%20local%20cafes)>(Дата Обращения: 22.10.23)
14. Narconon 'Drug Addiction in Egypt' <<https://www.narconon.org/drug-information/egypt-drug-addiction.html>>(Дата Обращения: 23.10.23)
15. Alejandro G. 'the discourse of drug use in Egypt' <<https://fount.aucegypt.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1117&context=etds>> (Дата Обращения: 23.10.24)
16. Studbook. 'История возникновения наркомании' <[https://studbooks.net/890509/psihologiya/istoriya\\_vozniknoveniya\\_narkomanii?ysclid=loa8ynrffl52641974](https://studbooks.net/890509/psihologiya/istoriya_vozniknoveniya_narkomanii?ysclid=loa8ynrffl52641974)> (Дата Обращения: 24.10.23)
17. Egyptian today 'Каир лидирует по плотности наркоманов' <<https://ru.egyptian.today/society/276-04-55-02.html?ysclid=loa994q4t4190048954>> (Дата Обращения: 24.10.23)
18. 'Египетизация наркотиках' <<https://xn--b1agektyee1c2bg.xn--p1ai/26454/?ysclid=loa9eneieu130321168>> (Дата Обращения: 24.10.23)
19. <https://agroupp.ru/novosti/chego-ozhidat-ot-egipta-pered-posadkoy-strana-narkotikov-ili-kulturnyy-artefakt.html>> (Дата Обращения: 25.10.23)
20. Narconet 'Реабилитация наркозависимых в Египте' <<https://narconet.mybb.ru/viewtopic.php?id=95>> (Дата Обращения: 25.10.23)

### Сведения об авторах

М.А. Марзук\* - студент

С. И. Богданов - доктор медицинских наук, доцент

### Information about authors:

M.A. Marzuk\* - student

S. I. Bogdanov - Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

\*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

Mstfyahmd7056@gmail.com

УДК 616.895.8

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ПАРАНОИДНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ У ПОДРОСТКА

Маркелов Вадим Владиславович, Вирко Виктор Андреевич

Научная рота ГВМУ

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России

Санкт-Петербург, Россия

### Аннотация

**Введение.** Подростковая шизофрения – вариант прогрессивного эндогенного психического заболевания с утратой единства психических функций, неспецифическими продуктивными симптомами, стойкими негативными проявлениями в форме нарушений мышления, обеднения эмоциональной сферы, аутизации, снижения познавательной активности, приводящее к нарушению психического развития, формированию типичного для детской шизофрении олигофреноподобного дефекта. В психиатрических стационарах частота шизофренических расстройств у детей составляет 1-2%, среди подростков - около 5%, в возрасте до 15 лет – 4 %; от 14 до 20 лет – 10 %. **Цель исследования** – рассмотреть клинический случай дебюта шизофрении у подростка. **Материал и методы.** Обзор и анализ литературы, динамическое наблюдение за пациентом, согласие на публикацию клинического случая получено у законного представителя пациента. **Результаты.** В работе рассмотрен клинический случай параноидной шизофрении у подростка. **Выводы.** Шизофрения у подростков имеет свои особенности, знание которых позволит улучшить диагностику данной патологии и подобрать более подходящее лечение.

**Ключевые слова:** подростковый тип шизофрении, дебют шизофрении, шизофрения у подростков, депрессия.

## CLINICAL CASE: PARANOID SCHIZOPHRENIA IN A TEENAGER

Markelov Vadim Vladislavovich, Virko Viktor Andreevich  
Department and Clinic of Psychiatry  
Military Medical Academy named after S. M. Kirov  
St. Petersburg, Russia

### **Abstract**

**Introduction.** Adolescent schizophrenia is a variant of a progressive endogenous mental illness with loss of unity of mental functions, nonspecific productive symptoms, persistent negative manifestations in the form of thinking disorders, impoverishment of the emotional sphere, autism, decreased cognitive activity, leading to impaired mental development, the formation of an oligophrenic defect typical of childhood schizophrenia. In psychiatric hospitals, the frequency of schizophrenic disorders in children is 1-2%, among adolescents - about 5%, under the age of 15 – 4 %; from 14 to 20 years old – 10%. **The aim of this study** – to consider a clinical case of the onset of schizophrenia in a teenager. **Material and methods.** A review and analysis of the literature, dynamic monitoring of the patient, and consent to the publication of the clinical case was obtained from the patient's legal representative. **Results.** The paper considers a clinical case of paranoid schizophrenia in a teenager. **Conclusion.** Schizophrenia in adolescents has its own characteristics, knowledge of which will improve the diagnosis of this pathology and choose a more appropriate treatment.

**Keywords:** adolescent type of schizophrenia, the onset of schizophrenia, schizophrenia in adolescents, depression.

### **ВВЕДЕНИЕ**

Подростковая шизофрения – вариант прогрессивного эндогенного психического заболевания с утратой единства психических функций, неспецифическими продуктивными симптомами, стойкими негативными проявлениями в форме нарушений мышления, обеднения эмоциональной сферы, аутизации, снижения познавательной активности, приводящее к нарушению психического развития, формированию типичного для детской шизофрении олигофреноподобного дефекта [1].

Единство шизофрении у детей, подростков и взрослых проявляется в общности основных психопатологических симптомов, закономерностей течения и исхода заболевания, а также в сходстве соответствующих генетических данных. Однако наряду с общими закономерностями течения подростковой и взрослой шизофрении имеются и некоторые различия, которые важны для правильной диагностической оценки клинической патологии в детском возрасте. Типичные для шизофрении синдромы в подростковом возрасте отличаются «незавершенностью патологической организации» - фрагментарностью, рудиментарностью, незрелостью отдельных компонентов, а также транзиторностью и изменчивостью. Галлюцинаторно-бредовые варианты параноидной шизофрении имеют относительно небольшой удельный вес в общем спектре клинических форм шизофрении у детей и подростков [2, 3]. В психиатрических стационарах частота шизофренических расстройств у детей составляет 1-2%, среди подростков - около 5%, в возрасте до 15 лет – 4 %; от 14 до 20 лет – 10 % [4, 5]. В данной работе представлен клинический случай параноидной шизофрении у 13-летнего подростка мужского пола.

**Цель исследования** – рассмотреть клинический случай дебюта шизофрении у подростка.

### **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**

Обзор и анализ литературы, динамическое наблюдение за пациентом, согласие на публикацию клинического случая получено у законного представителя пациента.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ**

Пациент С., 13 лет. Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Мальчик проживает с матерью и отцом. Есть старший сводный брат по матери (34 года – здоров). Мать больного находится в подавленном эмоциональном состоянии, плачет. Сообщает скудные анамнестические сведения. Родился от 5 беременности (матери было 39 лет). Предыдущие беременности заканчивались выкидышами. Роды вторые, срочные в 39 нед. Состояние по шкале Апгар 8/9 баллов. Вес 2900 г, длина тела 49 см. На 2-е сутки отмечалась гипогликемия (до 1 ммоль/л). Питался через зонд, находился на донашивании. Раннее развитие по срокам: сидит с 6 месяцев, первые слова с 1 года, ходит с 1 года 3 мес, фразовая речь с 2 лет. Мать отмечает, что сын произносил необычные странные слова. ДОУ посещал с 2-х лет, адаптировался удовлетворительно. В школу пошел с 7 лет. В настоящее время

обучается в 7 классе по программе СОШ, из характеристики: «Зарекомендовал себя как ученик с хорошими способностями высоким уровнем развития познавательных процессов. Легко усваивает новый материал, устанавливает причинно-следственные связи и отношения, достаточно быстро находит пути решения, умеет анализировать, сравнивать, обобщать. Обладает широким кругозором. Легко даются как точные, так и гуманитарные науки. Дисциплинирован. Иногда наблюдается излишний энтузиазм, когда он отвечает на вопросы, не давая возможности работать другим. Комментирует вслух свои действия, слова учителя и действия одноклассников, чем вызывает их недовольство. Любит быть в центре внимания, нуждается в похвале. Иногда может быть рассеянным, невнимательным, очень расстраивается из-за плохих оценок, но никогда не грубит в ответ на замечания педагогов. Общителен, доброжелателен, всегда предложит помощь тому, кто в ней нуждается. Желает быть лидером, но организаторских качеств не имеет, поэтому пытается возвыситься над одноклассниками с помощью интеллекта, подчеркивая свое превосходство в том или ином вопросе. Особую тревогу подросток вызывал в сентябре текущего учебного года. Выглядел подавленным, ни с кем не общался, на уроках механически выполнял учебные задания, не проявлял никакой активности и инициативы. В октябре вернулось прежнее состояние, но складывается впечатление, что ребенок потерял интерес к учебе и не знает, как себя реализовать».

Мать отмечает о склонности к фантазированию у ребенка с 5 лет – «любил говорить, что у него есть другая семья, дети». Примерно с этого возраста мальчик боялся спать один, появились ночные страхи. За помощью к психиатру не обращались. Ходили к «бабкам и знахаркам, чтобы убрать испуг». С 9 лет отмечалось появление тревожности, принимали таб. Гидроксизина, таб. Алимемазина. Отмечалось небольшое улучшение. С 2021 года «перестал улыбаться, начал стесняться людей, стал более тревожный». Посещали частных психиатров и психотерапевтов. С июля 2022 года, со слов матери, у мальчика «началась депрессия». Получал терапию таб. Сертралина, таб. Лития карбоната. На фоне терапии стал более расторможенным и неусидчивым, начал грубить родителям. В сентябре 2022 года обратились к психиатру в частное учреждение. Врачом-психиатром был выставлен диагноз: Депрессивный эпизод, обсессивно-компульсивное расстройство у подростка с асинхронией развития и резидуально-органическим фоном. Назначено: таб. Сертралина по 25 мг на ночь с последующим повышением дозировки при хорошей переносимости; таб. Гидроксизина 0,025 по 12,5 мг утром и вечером; таб. Рисперидона с начальной дозы 0,5 мг; таб. Лития карбоната по 300 мг утром и вечером. Настоящее ухудшение отмечается с начала декабря 2022 года, когда подросток пошел гулять без спроса, а, придя домой, сказал, что он «великий творец» и начал делать различные поделки из пластилина, был неусидчив и многоречив. Мальчик заявлял, что у него «суперспособности управлять пространством и временем». Терапия на момент ухудшения: таб. Рисперидона 0,002 по 4 мг утром и вечером, таб. Лития карбоната 0,3 по схеме 300мг-300мг-600мг.

Впервые к психиатру диспансерного отделения обратились в декабре 2022 г с вышеперечисленными жалобами. После осмотра врачом-психиатром был выставлен диагноз: Параноидная шизофрения с бредом величия, идеями реформаторства, с формирующимся дефектом в эмоционально-волевой сфере. Рекомендована госпитализация в отделение первого психотического эпизода с целью обследования, лечения.

Жалобы при поступлении: со слов матери, на возбужденное состояния ребенка, неусидчивость, «живет в своем мире», «считает себя богом», «имеет суперспособности», «дома плавил пластилин и создавал великие устройства», «стремился покинуть дом, чтобы создавать технологии».

Соматический статус: Телосложение нормостеническое. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, при пальпации – безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Неврологический статус: ЧМН: Движения глазных яблок в полном объеме, носогубные складки симметричны, язык по средней линии. зрачки D=S, фотореакции живые, глазные

щели симметричны. Движения в конечностях в полном объеме, мышечная сила  $D=S$ , мышечный тонус  $D=S$ . Координаторные пробы выполняет уверенно. Походка устойчивая. Менингеальные знаки отсутствуют.

Психический статус при поступлении: сознание не помрачено. Внешний вид недостаточно опрятен. Фон настроения повышенный. Мимика невыразительная, выражение лица однообразное. Больной находится в состоянии психомоторного возбуждения. Раскачивается, с трудом усиливается на одном месте. Охотно вступает в контакт с врачом. В месте и личности ориентирован недостаточно. Заявляет, что находится в центре образования детей, чтобы «провести здесь время». Называет себя «богоподобным существом». Текущую дату называет правильно. Речь монотонная, смазанная. Больной сообщает, что может ломать пространство и время и обладает «суперспособностями» – может улучшать технику одним движением руки. Во время беседы поднимал руки в сторону предметов, демонстрируя свои «способности». Сообщает, что чувствует бога «как прозрачную оболочку, покрывающую тело». Мышление паралогическое с соскальзыванием. Внимание неустойчивое. Уровень общей осведомленности достаточный. Критические способности отсутствуют.

Данные динамического наблюдения: В отделение вошел в повышенном настроении. Адаптировался удовлетворительно. Был неусидчив, стремился к окнам и дверям. Вел себя вычурно. Бесцельно ходил по отделению, хлопал в ладони. Вставал на колени и молился. При попытке снять с руки пациента бинт после забора крови на анализы, мальчик сообщил, что это «чип для связи и его снимать нельзя». Первые дни в отделении представлялся «повелителем фекалий», «полубогом», «лекарем». Сообщал о своей связи с космосом. Подходил к столу и изображал игру на игровой приставке. Периодически становился на колени, упиравшись головой в пол и молился. Требовал постоянного внимания к себе, навязчив к детям. Жестикულიровал руками, прыгал на месте. Крал на голову свернутый пополам лист бумаги и ходил по отделению. Часто подходил к кроватям и гладил грядущки. С детьми и медперсоналом в навязчивом контакте. Речь быстрая. В рамках режима отделения удерживался с напоминанием. Трехкратно проводилась медикаментозная коррекция хлорпромазином. В дальнейшем – фон настроения повышенный. Поведение свободное. Речь ускоренная. Проводит время в отделении в кругу детей. Играет совместные игры, общается, смотрит телевидение. На фоне проведенного лечения стал более спокойным. Практически не заявляет о своих «суперспособностях». Но при уточняющих вопросах сообщает, что он «особенный» и «магия никуда не денется». Регулярно в дневное время совместно с другими детьми из отделения посещает общеразвивающие занятия с педагогами. На них: «На педагога ориентирован, контакт устанавливается продуктивный, на вопросы отвечает охотно, в плане заданного. Инструкции удерживает, иногда требуется дополнительная разъясняющая помощь педагога. Критика к своему поведению снижена. Занятия посещает охотно, выполняет необходимые задания, к положительному результату стремится не всегда. Легко отвлекается, пытается поточить карандаши силой мысли, говорит, что делал это дома. Общий запас знаний и представлений об окружающем мире достаточный для возраста. Верно ориентирован в собственном теле, в пространстве (верно называет дату, времена года, месяцы, дни недели по порядку). Устный счет доступен, знает таблицу умножения. Проводит сложение, умножение, вычитание и деление многозначных чисел. Чтение беглое, пословное, пересказ доступен. На письме ошибок не обнаружено. Верно устанавливает последовательность событий, при усложнении требуется незначительная направляющая помощь. Обобщение предметов по схожим признакам проводит верно. Исключение 4-го лишнего проводит верно на простом и усложненном вариантах. Сравнение проводит. Знает геометрические фигуры, цвета. Темп деятельности ровный. Графическая деятельность развита в соответствии с возрастом. Нравится заниматься с конструктором, собирать лего. Уровень общей осведомленности достаточный. Словарный запас широкий. Говорит быстро. Может организовать свою игру самостоятельно, может участвовать в коллективной игре со сверстниками. Не всегда способен самостоятельно контролировать свое поведение, соблюдать необходимые требования. Не всегда способен контролировать свои эмоциональные состояния. Не способен планировать и

организовывать собственную деятельность самостоятельно. Реакция на критические замечания педагога: спокойная. Реакция на неудачи: кратковременное переживание. Стиль отношений со сверстниками: готов к общению, дружелюбен, неконфликтен, идет на контакт, не склонен к физической агрессии. Стиль отношений со взрослыми: готов к общению, дружелюбен, неконфликтен, адекватно реагирует на замечания».

При беседе на фоне терапии – сознание не помрачено. Ориентирован всесторонне достаточно. Внешне аккуратен. Мимика невыразительная. Фон настроения повышенный. Пребыванием в стационаре не тяготится. С врачом активно идет на контакт, многословен. На лице улыбка, охотно общается с врачом. «Раньше я постоянно хотел бегать, а сейчас что ли более усидчивый стал. Раньше бегал по дому как сумасшедший. Колдовством занимался постоянно. Колдовство никуда не делось, конечно. Это ведь дар. Оно никуда и не денется, но постоянно его использовать, как раньше, я не буду, потому что не хочу ерундой заниматься. До сих пор могу с Богом разговаривать, он как моя вторая личность. Это моя особенность». Мышление ускоренное с резонерством. Речь громкая, ускоренная по темпу. Словарный запас богатый. Внимание неустойчивое. Интеллектуальное развитие соответствует возрастной норме. Обманы восприятия отрицает. Активной психопатологической продукции не обнаруживает. Критика снижена.

Во время госпитализации проведены следующие обследования:

ЭЭГ (12.22) – фоновая ЭЭГ незначительно дезорганизована с преобладанием альфа-активности. Эпилептиформной активности, межполушарной асимметрии и очаговых изменений не выявлено.

Логопед (12.22) – негрубые дизартрические расстройства.

Психолог (12.22) – умеренные нарушения произвольных процессов памяти. Выраженные нарушения активного внимания с ослаблением темпа психической деятельности. На данный момент интеллектуальное развитие в границах возрастной нормы. Мышление неконформное, со снижением критичности. Выявляются нарушения мотивационно-личностного компонента мыслительной деятельности в виде элементов резонерства, наряду с вычурностью суждений и признаков нелепости в поведении. Отмечаются случаи актуализации слабых признаков и наличие диссоциаций в ассоциативной сфере.

Психолог (12.22) – в эмоционально-волевой сфере преобладают признаки стеничности, неустойчивости эмоциональных проявлений, желание быть в центре внимания, черты повышенной эмотивности, склонности к обидчивости с элементами демонстративности в поведении.

Проведенная терапия: таб. Рисперидона 0,002 до 8 мг/сут – планово снижен и отменен в начале госпитализации, таб. Лития карбоната 0,3 до 450 мг/сут – планово снижен и отменен в начале госпитализации, таб. Трифлуоперазина 0,005 до 7,5 мг/сут, таб. Клозапина 0,025 до 150 мг/сут, р-р Хлопромазина 2,5%-2мл №3 с целью купирования психомоторного возбуждения; симптоматическая терапия.

Выписан с диагнозом: параноидная шизофрения с бредом величия, идеями реформаторства, с формирующимся дефектом в эмоционально-волевой сфере и рекомендациями продолжить длительный прием препаратов под контролем районного психиатра: таб. Клозапина 0,025 по 50 мг 3 р/день, таб. Трифлуоперазина 0,005 по 2,5 мг в 08:00 и 20:00.

### **ОБСУЖДЕНИЕ**

У подростков параноидная форма чаще всего начинается подостро — на протяжении нескольких недель. В период манифестации при всех вариантах параноидного синдрома встречаются короткие депрессивные эпизоды, во время которых бывают суицидные мысли [3]. Данный клинический случай интересен тем, что клиническая картина психотического эпизода имеет достаточно развернутый и ярко выраженный характер, что не всегда типично для детской и подростковой шизофрении, которые преимущественно отличаются фрагментарностью, рудиментарностью, незавершенностью отдельных компонентов и всего синдрома в целом, транзиторностью и изменчивостью.

## ВЫВОДЫ

В работе рассмотрен клинический случай параноидной шизофрении у подростка. Шизофрения у подростков имеет свои особенности, знание которых позволит улучшить диагностику данной патологии и подобрать более подходящее лечение.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации «Шизофрения (детский и подростковый возраст)». – 2019. – 118 с. – URL: <https://goo.su/Vjhb3> (дата обращения: 27.03.2024). – Текст: электронный.
2. Пилявская, О. И. Детская шизофрения / О. И. Пилявская, Е. В. Малинина // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. – 2016. – Т. 3, №. 2 (13). – С. 99-102.
3. Личко, А. Е. Шизофрения у подростков / А. Е. Личко – Санкт-Петербург: Медицина. Ленингр. отд-ние, 1989. – 216 с.
4. Краснова, П. В. Детская и подростковая психиатрия (обзор) / П. В. Краснова // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2018. – Т. 9, №. 1. – С. 99-109.
5. Дмитриева, Т. Б. Социальная психиатрия в детско-подростковом возрасте-клиническая реальность нашего времени / Т. Б. Дмитриева // Российский психиатрический журнал. – 1999. – №. 3. – С. 9-14.

## Сведения об авторах

В.В. Маркелов\* – оператор научной роты Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова

В.А. Вирко – младший научный сотрудник Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова

## Information about the authors

V.V. Markelov\* – operator of the scientific company of the S.M. Kirov Military Medical Academy

V.A. Virko – junior researcher of the S.M. Kirov Military Medical Academy

\*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

vadim.911@mail.ru

УДК: 613.814

## ОСОБЕННОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ УЧАЩИМИСЯ СТАРШИХ КЛАССОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕСТА ПРОЖИВАНИЯ

Масленикова Ариана Дмитриевна, Лихачева Анастасия Дмитриевна, Шутова Карина Дмитриевна, Богданов Сергей Иванович

Кафедра психиатрии, психотерапии и наркологии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Екатеринбург, Россия

## Аннотация

**Введение.** Согласно данным ВОЗ, 18% молодых людей в мире от 15 лет и старше злоупотребляют алкоголем. Алкоголь является причиной смерти для 13,5% подростков и молодых людей в мире. В России в возрасте от 12 до 22 лет, с той или иной частотой, алкоголь употребляют около 82% людей, а злоупотребление спиртными напитками этой же возрастной группой людей составляет 35,2%. У подросткового алкоголизма различаются свои специфические особенности: опасность быстрого привыкания к спиртным напиткам и, как следствие, быстрое формирование алкогольной зависимости. В определенной степени алкогольное поведение подростков может быть связано с местом жительства. **Цель исследования** – выявить особенности алкогольного поведения школьников старших классов в зависимости от места жительства. **Материал и методы.** В исследовании приняло участие 421 школьник старших классов в возрасте от 12 до 18 лет. Использован опросник ESPAD. Обработка материала проводилась методами статистического анализа в пакете прикладных программ SPSS Statistics Base 17.0. **Результаты.** ¾ школьников старших классов имеют опыт употребления алкоголя. 39,0% школьников старших классов употребляли алкоголь в течение последнего месяца, 4,1% употребляли его от 10 раз в месяц и более. Наиболее высокий уровень актуальной алкоголизации выявлен в Екатеринбурге (52,4%), как и более частое употребление алкоголя (6,3%). Школьники имеют опыт приема всего спектра алкогольных напитков. Школьники Екатеринбурга - лидеры по уровню проб практически всех алкогольных напитков, кроме пива, где лидируют школьники поселка городского типа. Уровень проб у школьников типичного уральского города выше, чем в поселке городского типа по газированным алкогольным напиткам, игристому и обычному вину, за исключением проб крепких напитков. **Выводы.** Выявлены особенности алкогольного поведения среди школьников старших классов, проживающих в городах и поселках с различным числом населения и различной развитостью инфраструктуры, которые заключаются в опыте употребления алкоголя, частотой его употребления и используемым ассортиментом алкогольной продукции.

**Ключевые слова:** употребление алкоголя, школьники старших классов, подростки, крупный город, типичный уральский город, поселок городского типа.

## FEATURES OF ALCOHOL USE IN HIGH SCHOOL STUDENTS DEPENDING ON THE PLACE OF RESIDENCE