Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ТОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ (НИ ТГУ)
Факультет психологии
Кафедра генетической и клинической психологии

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ В ГЭК
Руководитель ООП
д–р психол. наук, профессор
_____ Н. В. Козлова
«_22_» _04_____ 2019 г.

ДИПЛОМНАЯ РАБОТА

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ОПИОИДНЫХ НАРКОМАНОВ ПРИ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ

по специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Коваленко Александра Олеговна

Руководитель
канд. биол. наук, доцент
_____ А. К. Баскурян

Автор работы
_____ А. О. Коваленко

Томск–2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений ……... 3

Введение ……. 4

I. Анализ литературы по особенностям когнитивных дисфункций и опиоидных наркоманов при эндокринной патологии …… 8

1. Когнитивные дисфункции разной степени тяжести и эндокринная патология …….. 8

2. Особенности когнитивных дисфункций у опиоидных наркоманов и эндокринная патология ……. 20

II. Методы и результаты исследования ……... 25

1. Выборка и организация исследования ……..… 25

2. Психологические методы исследования ……..…… 25

3. Результаты исследования ……... 28

4. Выводы ……...……... 33

Заключение …….. 36

Список источников …….. 37

Приложения …….. 44

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

КН – Когнитивные нарушения

ЛКН – Легкие когнитивные нарушения

УКН – Умеренные когнитивные нарушения

ДЭ – Дисциркуляторная энцефалопатия

ТКН – Тяжелые когнитивные нарушения

БА – Болезнь Альцгеймера

СД – Сахарный диабет

СД2 – Сахарный диабет 2–го типа

СК – Синтетические каннабиноиды

ПАВ – Психоактивные вещества

ВВЕДЕНИЕ

На сегодняшний день употребление психоактивных веществ (ПАВ) в России представляет собой важную социальную проблему. С каждым годом наркомания приобретает угрожающие масштабы. Истинное количество наркоманов сложно подсчитать, по разным причинам, статистика показывает уверенный рост числа наркоманов. С 1989 по 2013 год количество наркозависимых, состоящих на медицинском учете, увеличилось с 13 тысяч до 647 тысяч человек.

Когнитивные функции являются основными и наиболее сложными функциями головного мозга, с их помощью осуществляется познание окружающего мира и взаимодействие с ним. К когнитивным функциям относят память, восприятие (гнозис), праксис, речь и интеллект. И соответственно им выделяют такие отклонения от нормы как амнезия (нарушение памяти), агнозия (нарушения узнавания), апраксия (нарушения двигательных навыков при отсутствии паралича или других первичных нарушений), афазия (нарушение понимания речи или построения речевого высказывания). [10]

Изучение когнитивных нарушений началось с деменции, которая представляет собой выраженные когнитивные расстройства, обязательно затрагивающие память. Данные нарушения возникают вследствие структурных, дисметаболических и токсических повреждений головного мозга и оказывают влияние на профессиональную, бытовую и социальную деятельность. Распространенность в странах Европы деменции у людей старше 65 лет составляет 30%, в нашей стране – 4–5%, что объясняется недостаточным вниманием к выявлению деменции, строгостью в постановке диагноза.

Общепризнанными факторами риска развития данных дисфункций признаются: артериальная гипертония, гиперлипидемия, сахарный диабет, дефицит витаминов, гипергомоцистеинемия, дефицит тестостерона и

эстрогенов, сердечная и дыхательная недостаточность, длительное применение препаратов с холинолитической активностью, низкая интеллектуальная активность, а также наследственность.

Также посмертные морфологические исследования показали, что с возрастом происходит гибель нейронов (так, к 70–80 годам она достигает 32–48%), что является, в свою очередь, причиной уменьшения массы головного мозга и снижения активности нейротрансмиттерных систем. Последствием этого становятся ухудшение некоторых когнитивных функций:

- уменьшение быстроты реакции (брадифрения);
- быстрая утомляемость;
- снижение оперативной памяти;
- интеллектуальная «ригидность». [20]

Когнитивные нарушения возникают при разных патологических состояниях: при соматических заболеваниях, органическом поражении мозга, черепно–мозговых травмах, эндокринных заболевания и др. В связи с этим Захаров В. В. поднимает вопрос о мультидисциплинарной проблеме когнитивных дисфункций, так как с ними встречаются не только неврологи и психиатры, но и врачи других направлений: терапевты, эндокринологи, кардиологи и другие. [10]

В данной работе будут рассмотрены когнитивные функции наркозависимых с различными эндокринными патологиями, как сопутствующими заболеваниями. Это поможет понять особенности когнитивных нарушений именно у опиоидных наркоманов и изучить степень их дисфункциональной выраженности.

Новизна работы заключается в том, что ранее проводились только исследования на изучение когнитивных дисфункций у пациентов с эндокринной патологией и, отдельно, были проведены исследования некоторых когнитивных функций у наркоманов. Исследований, изучающих

когнитивные функции у пациентов с наркотической зависимостью при эндокринной патологии, ранее не проводилось.

Целью данной работы является изучение особенностей когнитивных дисфункций у опиоидных наркоманов при эндокринной патологии.

Объект исследования: когнитивные нарушения разной степени тяжести.

Предмет исследования: когнитивные дисфункции у опиоидных наркоманов с эндокринной патологией.

Гипотеза: у опиоидных наркоманов с эндокринной патологией когнитивные нарушения будут выражены ярче, чем у людей с эндокринным заболеванием, но без наркотической зависимости.

В исследовании приняли участие две группы респондентов, в возрасте от 20 до 35 лет:

1. Опиоидные наркозависимые с эндокринной патологией;
2. Люди, страдающие эндокринным заболеванием, без наркотической зависимости.

Задачи:

1) Изучить когнитивные функции пациентов с эндокринной патологией с опиоидной наркотической зависимостью и без неё;
2) Выявить степень нарушенности объемов памяти (кратковременной и долговременной);
3) Определить устойчивость внимания, способности сосредоточиться, у данных групп пациентов;
4) Изучить уровень вербального интеллекта у данных групп пациентов;
5) Провести корреляционный анализ между исследуемыми группами;
6) Выявить особенности когнитивных дисфункций у наркоманов с эндокринной патологией.

В качестве **методик** исследования когнитивных функций были выбраны: методика Д. Векслера (шкала Векслера) для измерения уровня

интеллектуального развития, методика «Таблицы Шульте» для определения устойчивости внимания и проба «10 слов» (А. Р. Лурия) для оценки состояния памяти.

Ранее проводились исследования когнитивных функций у людей с эндокринными патологиями, однако исследований, изучающих когнитивные дисфункции у наркоманов с эндокринными заболеваниями, ещё не проводилось. Актуальность также обуславливается запросом специалистов психоневрологического диспансера на изучение когнитивных функций у данной группы пациентов.

Основой данной работы послужили работы таких психологов как Захаров В. В., Преображенская И. С., Маркин С. П., Костылев А. А., Пизова Н. В., Пизов Н. А., Вахнина Н. В., Дроздова Е. А., Левин О. С., Васенина Е. Е., а также непосредственно о взаимосвязи эндокринных заболеваний и когнитивных нарушений писали Мохорт Т. В., Мохорт Е. Г., Зуева И. Б., Ванаева К. И., Петрова М. М., Прокопенко С. В., Пронина Е. А., Фирсов А. А., Мащенко Е. А., Никберг И. И. и другие.

I. 1. КОГНИТИВНЫЕ ДИСФУНКЦИИ РАЗНОЙ СТПЕНИ ТЯЖЕСТИ И ЭНДОКРИННАЯ ПАТОЛОГИЯ

Существуют различные классификации когнитивных нарушений. Так, Маркин С. П., ссылаясь на Захарова В. В., выделяет в соответствии с выраженностью и характером нарушений такие синдромы: физиологические инволютивные изменения (связанные со старением), умеренные когнитивные нарушения и деменция. [20] В поздней статье Захаров описывает другую классификацию, также связанную со степенью выраженности: легкие, умеренные и тяжелые когнитивные нарушения. [10] Эта классификация упоминается в других источниках и будет описана далее подробно. Также Захаров упоминает классификацию отдельно для умеренных когнитивных нарушений: он делит их на монофункциональный тип (в этом случае страдает только одна когнитивная функция) и полифункциональный тип (когда страдает сразу несколько когнитивных функций). Преображенская И. С. разделяет когнитивные нарушения на недементные (субъективные, легкие и умеренные) и тяжелые. [30]

Также стоит упомянуть о специфике нарушения когнитивных функций при различных патологических состояниях. Например, при височной эпилепсии выделено три группы пациентов с разной степенью выраженности и продолжительностью заболевания. Так, у старших пациентов с большей продолжительностью заболевания отмечались статистически значимые нарушения всех когнитивных функций по сравнению с другими группами. Также выделяется тот факт, что при лобной эпилепсии, в отличие от височной, отсутствуют тяжелые нарушения памяти. [16]

Пизова Н. В. говорит о таких болезнях как системная красная волчанка (когнитивные нарушения в 66% случаев, характеризуются неустойчивостью внимания, быстрой истощаемостью и плохой врабатываемостью), болезнь Бехчета (поражения ЦНС в 38% случаев) и других. [28]

Клиническими проявлениями когнитивных дисфункций при черепно–мозговой травме будут первичные нарушения гнозиса, праксиса, речи и памяти. При тяжелой ЧМТ будут нарушены функции всех трех церебральных блоков, отчетливо будет заметно нарушение задних отделов коры головного мозга (прием, обработка и хранение информации) и лобных долей (произвольная регуляция деятельности). Фактором риска развития нарушений может стать также гипоксия, возникающая примерно в 30% случаев у этих больных. [11]

ЛЕГКИЕ КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ

К легким когнитивным нарушениям относят субъективные и/или объективные дисфункции одной или нескольких когнитивных функций, незначительно отличающейся от возрастной нормы. [10]

Говоря о возрастной норме, стоит учитывать тот факт, что ухудшение памяти у пожилых людей не входит в это понятие. Данный термин подразумевает изменение скорости психических процессов, уменьшение легкости усвоения новой программы действий, удержания новых инструкций и способности применения их на практике. Таким образом, с возрастом постепенно появляется познавательная и поведенческая ригидность, а ухудшения разной степени памяти или внимания будет являться признаком болезни. [30]

В. В. Захаровым с коллегами было исследовано 100 пациентов с болезнью Паркинсона. Было выявлено, что у 19% из них присутствует деменция, у 31% – умеренные когнитивные нарушения (УКН), а у остальных 50% не было выявлено оснований для диагноза деменции или УКН. Но, в то же время, у последней группы были отмечены отдельные когнитивные симптомы, выходящие за пределы возрастной нормы и вызывающее беспокойство у самих пациентов, но не достигающие показаний для диагноза.

Академик Н. Н. Яхно, на основании предыдущего исследования и ему подобных, в 2005 году предложил выделять синдром легких когнитивных

нарушений (ЛКН) – это отдельные когнитивные симптомы, не влияющие на способность к адаптации человека, проявляющиеся непостоянно (например, в период утомления), но обусловливающие субъективное беспокойство и представляющие собой отклонение от возрастной и индивидуальной нормы.

Наблюдения за пациентами с болезнью Паркинсона и дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) показали, что наиболее частыми клиническими проявлениями ЛКН являются нейродинамические когнитивные нарушения: снижение скорости реакции, повышенная отвлекаемость, трудность концентрации внимания и другие. [12]

Таким образом, обобщая информацию по данному разделу, можно сказать, что ЛКН – это снижение когнитивных функций, отличающееся от индивидуальной или возрастной нормы, но не приводящее к нарушению адаптации. Также стоит добавить, что вопрос о ЛКН требует дальнейшего изучения, так как если различные предположения о причине проявления этих нарушений.

УМЕРЕННЫЕ КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ

К умеренным когнитивным нарушениям (УКН) обычно относят когнитивные дисфункции с отклонением от возрастной нормы в 1–2 деления. Эти значит, что они более выражены, чем ЛКН, и вызывают большее беспокойство у пациентов.

Данный тип когнитивных нарушений также не до конца изучен, но по результатам долговременных наблюдений можно сказать, что чаще всего причин появления УКН является болезнь Альгеймера (БА). В пользу этого предположения говорит то, что прогрессирующий синдром УКН соответствует начальным стадиям течения БА. [10]

В отличие от тяжелых когнитивных нарушений пациенты с УКН не страдают нарушением адаптации, но для поддержания прежнего уровня (или

соответствия возрастной норме) им приходится прилагать больше усилий и тратить больше времени. [30]

Также отличием от деменции будет являться бытовая независимость, критика, а также вариабельность течения. Такие пациенты осознают наличие когнитивных нарушений и самостоятельно обращаются за помощью к врачу, что говорит о реалистичной оценке своих способностей.

Важным признаком является сохранение способности к компенсации когнитивного дефекта: подсказки, при выполнении нейропсихологических тестов, могут существенно улучшить их выполнение. [17]

Определяющим в постановке диагноза могут стать рассказы окружающих – родственников или коллег, так как данный синдром становится заметен и очевиден для других людей.

Захаров В. В., как упоминалось ранее, разделяет УКН на моно– и полифункциональные типы, когда страдает одна или несколько когнитивных функций соответственно. Монофункциональный тип, в свою очередь, он делит на амнестический (страдает только память) и неамнестический тип (страдает другая когнитивная функция), а полифункциональный – на тип с нарушением памяти и без нарушения (рис. 1). [12]

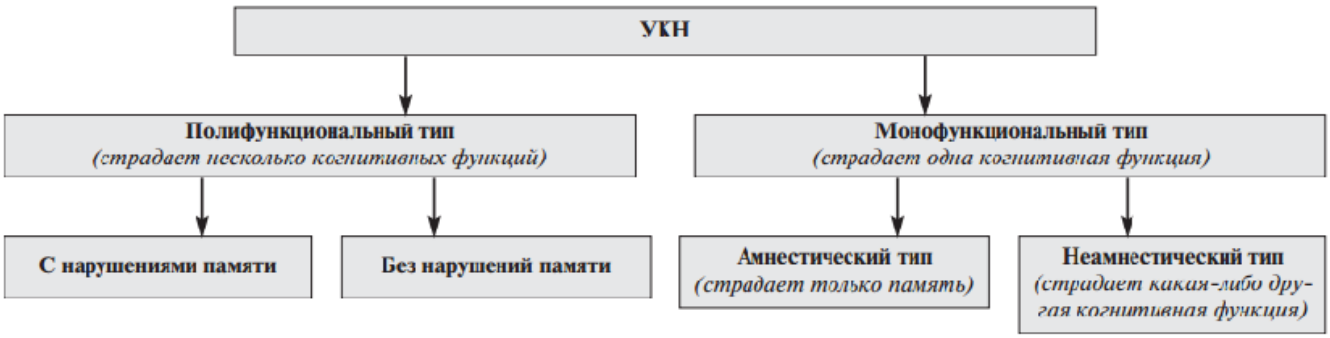


Рис. 1. Клинические варианты синдрома УКН

ТЯЖЕЛЫЕ КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ

К этим нарушениям относят когнитивные дисфункции, значения которых сильно отклоняются от возрастной и индивидуальной нормы. Это

приводит к сложностям в адаптации, снижении или отсутствии критики своего состояния, бытовой зависимости от других людей, так как самостоятельно пациент не справляется с повседневной жизнью.

Тяжелые когнитивные нарушения (ТКН) также, как и УКН, разделяются на моно– и полифункциональный тип. Так, классическими примерами монофункционального типа будет изолированное нарушение речи (после перенесенного инсульта) и изолированное нарушение памяти (корсаковский синдром). [30]

Полифункциональный тип делят на деменцию, псевдодеменцию и делирий. С такой классификацией можно говорить о том, что ТКН обладают вариабельностью течения, это важно, так как при некоторых нарушениях такого типа возможно восстановление когнитивных функций.

Параметром, важным для определения вида полифункционального когнитивного снижения, является уровень сознания. Согласно критериям для установления диагноза «деменция» сознание не должно быть измененным или со сниженным уровнем. Таким образом, пациенту с делирием нельзя поставить такой диагноз – для этого необходимо достижение ясного состояния сознания.

Псевдодеменция – ТКН, развившиеся вследствие психического заболевания (чаще всего, депрессии или истерии). При дифференциальной диагностике стоит обратить внимание на вычурность и неравномерность симптомов, демонстрируемых пациентов. Так, на жалобы о сложности в узнавании предметов, пациент может сохранить функцию рисования этих предметов. Ещё один вариант – утрата воспоминаний части или всей жизни при сохранности приобретенных бытовых и профессиональных навыков.

Трудности в дифференциальном диагнозе псевдодеменции и деменции может вызвать тот факт, что депрессия часто встречается у пациентов с БА, сосудистой и смешанной деменции. Следовательно, снижение уровня настроения не может рассматриваться как критерий для дифференциального

диагноза. В этом случае полезен будет анализ нейропсихологических тестов – в случае псевдодеменции он покажет лабильный когнитивный дефект, изменяющий от грубого нарушения до нормы в течение дня или даже в течение самого нейропсихологического исследования.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

При диагностике недементных когнитивных нарушений (ЛКН и УКН) учитываются жалобы пациента или окружающих его людей (родственники, коллеги, медперсонал, друзья), результаты нейропсихологических тестов, объективные данные анамнеза, а также характеристика независимости в повседневной жизни.

К жалобам когнитивного характера относят повышенную забывчивость, снижение умственной работоспособности, повышенную утомляемость при умственной нагрузке, трудности концентрации внимания. Иногда пожилые люди со сниженной способностью к выражению своих мыслей (алекситимия) могут выдавать такие жалобы: «головокружение», «головная боль», «голова стала не такой, как раньше» – такие жалобы тоже следует отнести к когнитивным.

К критериям диагностики УКН относят:

1. Снижение когнитивных функций по словам пациента и/или его окружения;
2. Снижение показателей нейропсихологических тестов по сравнению с возрастной и индивидуальной нормой;
3. Ухудшение когнитивных функций в последнее время;
4. Нет ограничений в повседневной жизни (могут быть затруднения в связи со сложными или необычными ситуациями);
5. Отсутствие деменции.

Также стоит исключить определенные соматические заболевания, которые могли стать причиной когнитивных дисфункций. Для этого Захаров В. В. [10] рекомендует провести следующие лабораторные исследования:

1. Общий анализ мочи, крови;
2. Биохимический скрининг: АСТ, АЛТ, гамма–глутатион, общий и прямой билирубин, электролиты, креатинин, азот мочевины;
3. Глюкоза, холестерин, липидный профиль;
4. Определение концентрации витамина В12, фолиевойкислоты, показателей функции щитовидной железы;
5. Реакция Вассермана, определение антител к ВИЧ, гепатитам В и С.

В то же время рекомендуется проведение скрининга хронической инфекции, так как когнитивные нарушения могут быть признаком инфекционного поражения центральной нервной системы.

К основным нейропсихологическим тестам, используемых психологами, можно отнести:

– краткую шкалу оценки психического статуса (КШОПС), которая позволяет за короткое время провести оценку ориентировки в месте и времени, памяти, внимания, восприятия, выполнения счетных операций, беглость речи и программирование двигательных актов (прил. Б);

– тест рисования часов, который позволяет оценить организацию произвольной деятельности и пространственные функции (рис. 2, прил. В);

– пробу «10 слов».

– тест Д. Векслера, используемый для диагностики структуры интеллекта;

– таблицы Шульте, которые помогают оценить характеристики внимания пациента.

Для психодиагностики эмоциональных и поведенческих нарушений используются дополнительные методы: гериатрическая шкала депрессии, опросник Бека, невропсихиатрический опросник. [21]

Указанные тесты позволяют не только определить количественно выраженность когнитивных нарушений в данный период времени, но и проследить их в динамике.

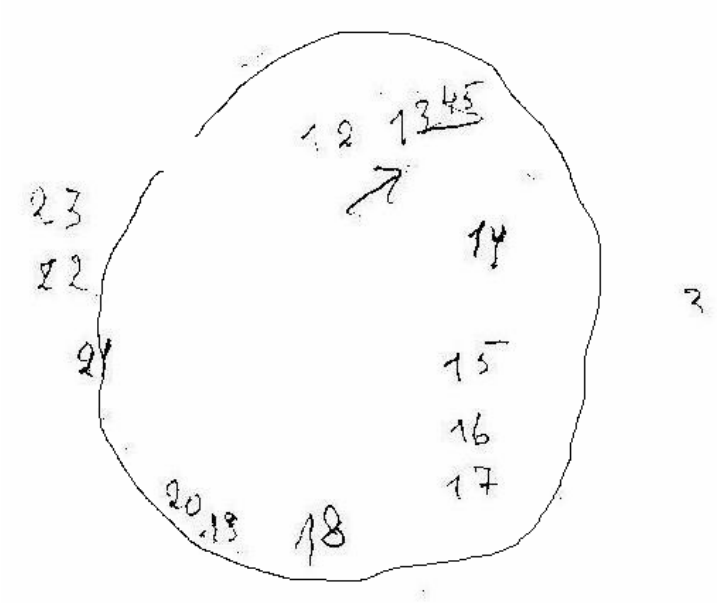


Рисунок 2. Выраженные нарушения при рисовании часов пациентом (указанное время – 13:45).

Также стоит упомянуть диагностические критерии деменции по DSM–IY для дифференциального диагноза:

1. Нарушение когнитивных функций, в том числе:

а) памяти;

б) нарушениеминимум одной из нижеперечисленных высших мозговых функций:

– праксис;

– гнозис;

– речь;

– способность к обобщению, абстрагированию и регуляции произвольной деятельности.

2. Социальная, бытовая и трудовая дезадаптация вследствие КН.

3. Органическое поражение головного мозга.

4. Сохранность сознания.

В. В. Захаров в своей статье [9] приводит простой диагностический алгоритм при когнитивных нарушениях (рис. 3):

Рисунок 3. Диагностический алгоритм при КН.

Лечение когнитивных нарушений в первую очередь зависит от причин их появления. Так, например, когнитивные нарушения при делирии лечатся выходом из этого состояния.

В целом, подходы к лечению можно разделить на медикоментозное, немедикоментозное и смешанное лечение. К первому варианту относят собственно применение фармакологических препаратов – подробно это вопрос разбираться не будет, но у данного типа есть определенные принципы применения (независимо от установленных причин), которые стоит упомянуть:

1. Начинают с малой дозы, постепенно её увеличивая, в процессе отслеживая переносимость препарата;

2. Терапия должна быть непрерывной и длительной (не меньше года), так как при остановке приема препарата состояние когнитивных функций может ухудшиться.

К немедикоментозному лечению относят, по большей части, определенный образ жизни – питание (соблюдение диеты), умственные нагрузки (у лиц, занимающихся когнитивным трудом, реже наблюдаются когнитивные нарушения). Также сюда относят и упражнения на память и внимание у пациентов с проявлениями КН – это один из способов восстановления функции. Тоже самое можно сказать о восстановлении речи у постинсультовых больных, им рекомендовано выполнение различных заданий на произношение и понимание смысла фраз и текстов.

Чаще же всего применяется смешанный тип лечения с применением препаратов и выполнением когнитивных и физических упражнений. Для правильного подбора заданий у пациента в первую очередь определяются потенциально обратимые когнитивные нарушения – на них и будет делаться упор в лечении.

Стоит также обратить внимание на эмоциональную сферу таких пациентов. Исследования показывают, что у подавляющего большинства обнаруживается сниженный фон настроения или депрессия. Так как это может замедлить лечение (или даже быть причиной КН, как в случае с

псевдодеменцией), следует предпринять определенные меру по улучшению настроения с помощью психо– и/или фармакотерапии.

КОГНИТИВНЫЕ ДИСФУНКЦИИ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

Возрастные ухудшения когнитивных функций можно наблюдать с 30–35 лет, но заметнее всего это становится в возрасте от 45 до 60 и старше. Когнитивные нарушения у лиц старше 60 лет наблюдаются у 25% пациентов и в этой популяции сахарный диабет (СД) наблюдается в 18–20% случаев.

Было проведено исследование взаимосвязи ожирения и показателей когнитивных функций. [17] Респонденты были разделены на две группы – относительно здоровые (не страдающие ожирением) и люди с ожирением (был изучен индекс массы тела каждого пациента для подтверждения этого факта). В ходе исследования было выявлено следующее: у пациентов с ожирением отмечалось снижение результатов нейропсихологических тестов, в частности, значительное снижение показателей памяти и внимания.

Помимо того, что сахарный диабет может стать причиной развития когнитивных нарушений, он также является фактором риска возникновения инсульта – у больных сахарным диабетом данное заболевание встречается чаще в 2–6 раз. Вследствие инсульта когнитивные нарушения практически неизбежны, в данном случае поможет своевременная помощь и правильная реабилитация.

Сахарный диабет 2–го типа (СД2) на сегодняшний день является одним из самых распространенных заболеваний у людей пожилого возраста. По медико–социальной значимости сахарный диабет занимает третье место после сердечно–сосудистых и онкологических заболеваний. Также у больных СД2 в 2–3 чаще встречаются когнитивные нарушения.

При ведении СД2 первой рекомендацией является модификация образа жизни, которая представляет собой поддержание нормальной массы тела,

соблюдение специальной диеты, исключение курения и алкоголя, поддержание регулярной физической активности не менее 4–6 часов в неделю, повышение когнитивного резерва.

Доказано, что такие заболевания, как КН и СД, взаимно усугубляют друг друга. Так, острые и повторные гипогликемии при СД снижают уровень гликогена в коре и гипоталамусе на 50% в сравнении с нормальными значениями. Есть мнение, что гипогликемия инициирует гибель или повреждение нейронов за счет биоэнергетической дисфункции мозга. Таким образом, можно говорить, что острый или повторяющийся приступ гипогликемии оказывает отрицательное воздействие на когнитивные функции больного.

2. ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ОПИОИДНЫХ НАРКОМАНОВ И ЭНДОКРИННАЯ ПАТОЛОГИЯ

Опиоидная зависимость является долговременной (хронической) болезнью, которая может вызвать серьезные проблемы со здоровьем, социальные и экономические проблемы.

Впервые информация о производстве и употребление курительных смесей с СК в составе появляется в 2000–х годах. На 2015–й год синтезировано более 140 видов СК.

СК являются наиболее быстро распространяющимися наркотиками среди новых видов психоактивных веществ (ПАВ) не только в России, но и в мире.

Согласно Всемирному докладу о наркотиках 2016 г., являющемуся итоговым документом специальной сессии Генеральной Ассамблеи по мировой проблеме наркотиков, управления организаций объединенных наций по наркотикам и преступности, наряду с тенденцией к стабилизации или сокращению потребления героина и кокаина, происходит увеличение потребления новых ПАВ, в первую очередь СК (спайсов). [3]

Опиоиды – это класс препаратов, которые действуют на нервную систему, с целью вызвать чувство удовольствия и облегчить боль. Некоторые опиоиды юридически предписаны поставщиками медицинских услуг для лечения тяжелой и хронической боли.

Опиоидная зависимость характеризуется мощным, компульсивным стремлением использовать опиоидные препараты, даже если они больше не требуются с медицинской точки зрения. Опиоиды обладают высокой способностью вызывать зависимость у некоторых людей, даже когда лекарства назначаются надлежащим образом и принимаются по назначению. Лица, которые становятся зависимыми, могут уделять первоочередное внимание получению и использованию этих наркотиков над другими видами

деятельности в своей жизни, что часто отрицательно сказывается на их профессиональных и личных отношениях. Неизвестно, почему некоторые люди чаще становятся зависимыми, чем другие.

Опиоиды меняют химию мозга и приводят к толерантности к лекарственным средствам, а это означает, что с течением времени дозу необходимо увеличить для достижения такого же эффекта. Во время приема опиоидов в течение длительного периода времени формируется зависимость, так что, когда люди перестают принимать препарат, у них присутсвуют физические и психологические симптомы отмены (такие как судороги мышц, диарея и беспокойство).

Когда опиоид вводится в организм любым путем (ротом, назально, курением или инъекцией), он поступает в кровоток и перемещается в мозг. Когда он присоединяется к опиоидному рецептору в головном мозге, наше восприятие боли уменьшается (если мы болеем), и мы чувствуем себя успокоенным. Большинство людей также чувствуют по крайней мере мягкое приятное ощущение или чувство благополучия, когда стимулируются опиоидные рецепторы. Некоторые чувствуют себя более энергичными или мотивированными после приема опиоидов. Некоторые испытывают неприятные побочные эффекты, такие как тошнота, рвота или раздражительность. К сожалению, те, кто склонны к развитию опиоидной зависимости, похоже, испытывают сильное эйфорическое или приятное чувство, когда они принимают опиоид, что приводит к длительной зависимости, требующей лечения опиоидной зависимости. Их опыт употребления опиоидов совершенно иной, чем у человека, который не склонен к развитию опиоидной зависимости. Повторное использование этих веществ (в попытке воспроизвести это сильное эйфорическое чувство) приводит к долгосрочным изменениям в структуре и функциях мозга. Эти изменения в мозге начинают стимулировать их поведение, и, когда кто–то страдает

опиоидной зависимостью, он продолжает нуждаться в препарате, даже когда препарат больше не дает удовольствия.

При опийной наркомании часто присутствуют сопутствующие заболевания [13]: гепатиты, миокардиодистрофия, поражения других внутренних органов. Больные могут погибнуть в связи с передозировкой наркотиков, заболеванием гепатитами В и С, ВИЧ–инфекцией, травмами.

ДИАГНОСТИКА

Диагностика опиоидной зависимости может включать в себя множество факторов, которые основаны на тщательном наблюдении за признаками, симптомами, поведенческими изменениями и, часто, различными типами поведенческих или связанных со здоровьем кризисов.

При попытке диагностики опиоидной зависимости признаки и симптомы злоупотребления опиоидами могут варьироваться от человека к человеку. Это связано с тем, что на карту поставлено много факторов, когда человек начинает злоупотреблять наркотиком, например, тип опиоидов, период, в течение которого пациент злоупотреблял им, и состояние психического и физического здоровья человека. Однако есть несколько симптомов, которые могут быть очевидными признаками при попытке диагностировать опиоидную зависимость или злоупотребление:

- Поведенческие симптомы: снижение работоспособности; частые посещения врачей с жалобами на боль (с целью получения препарата); прекращение участия в мероприях, которыми когда–то пользовался пользователь; игнорирование своих обычных обязанностей; употребление опиоидных веществ в опасных ситуациях (например, во время вождения).
- Физические симптомы: медлительность в движениях; снижение физической активности; бессонница и проблемы со сном;

психическое напряжение; беспокойство; эмоциональный стресс; сонливость.

- Когнитивные симптомы: суицидальные тенденции; нарушения суждений; постоянная тяга к опиоидам; ухудшение памяти и внимание.
- Психосоциальные симптомы: депрессия; беспокойство; отторжение от семьи и друзей; снижение интереса к занятиям, которыми пациент когда–то занимался.

КОГНИТИВНЫЕ ДИСФУНКЦИИ И НАРКОТИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

Развитие наркотической зависимости быстро приводит к труднообратимой или вообще необратимой физической, психической и нравственной деградации человека в результате попадания в психофизиологическую зависимость от них, к деформации биологической, психологической, социальной составляющих жизнедеятельности человека. За счет особенностей своего химического строения наркотическое вещество воздействует на обменные процессы, которые протекают в клетках мозга, что вызывает измененное состояние сознания. В результате такого воздействия связь между клетками нарушается и клетки уже не могут нормально взаимодействовать друг с другом в отсутствии наркотического вещества. [29]

Т. Лундквист [19], ссылаясь на клинические наблюдения, утверждает, что острое и хроническое употребление психоактивных веществ отрицательно сказывается на когнитивных способностях индивидов. Особенно сильно когнитивный дефицит, связанный с употреблением психоактивных веществ, на нейрофизиологическом уровне проявляется в уменьшении активности тех областей мозга, которые отвечают за память и внимание. Лица, хронически употребляющие психоактивные вещества, демонстрируют ухудшение внимания, обучаемости, памяти, времени реакции, когнитивной пластичности.

При изучении психических познавательных процессов (память и внимание) наркозависимых, находящихся в стадии стабилизации, осуществляется помощь резидентам в достижении ресоциализации и активизации их жизненных навыков.

Нарушение памяти в той или иной степени затрагивает все ее виды. С наибольшим постоянством выявляется ослабление памяти, снижение возможности запоминания, уменьшение её запасов и ослабление возможности воспроизведения; возможна также ее потеря, особенно на недавние важные события. Объем внимания значительно ограничивается, повышается отвлекаемость.

Уровень мышления снижается, что проявляется обеднением понятий и представлений, слабостью суждений, неспособностью адекватно оценивать ситуацию, свои возможности. Темп мыслительных процессов замедлен, отмечается повышенная склонностью к детализации. Все это наблюдаются практически при всех видах наркоманий. Особенно быстро эти расстройства происходят у больных, вдыхающих пары органических растворителей. На втором месте по скорости развития у них интеллектуальномнестических расстройства отмечаются при злоупотреблении барбитуратами и другими седативными средствами. В конечных стадиях этих форм наркоманий развивается состояние органической деменции − слабоумие, подразделяющееся на 2 группы − тотальное и частичное. На третьем месте по скорости развития указанных изменений находятся больные, злоупотребляющие препаратами, приготовленными из эфедрина и эфедринсодержащих смесей. У больных, злоупотребляющих препаратами конопли, или больных опийной наркоманией, в том числе героиновой, интеллектуально–мнестические нарушения развиваются в более отдаленные сроки. Такого рода изменения быстрее формируются у людей школьного и подросткового возраста и на фоне врожденных или приобретеных поражений центральной нервной системы. [2]

II. МЕТОДЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. ВЫБОРКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью исследования является изучение особенностей когнитивных дисфункций у опиоидных наркоманов при эндокринной патологии.

Исследование проводилось на базе стационаров ФГБУ СибФНКЦ ФМБА России СКБ (Северск). В исследовании приняли участие 80 человек с эндокринной патологией (40 женщин, 40 мужчин). Все респонденты были поделены на две группы: 1) пациенты с эндокринной патологией; 2) пациенты с эндокринной патологией и верифицированной наркотической зависимостью (стаж употребления СК не менее пяти лет). Возраст от 20 до 35 лет (средний возраст 28 лет). Исследование проводилось в период с марта 2017 по июль 2018.

2. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение когнитивных функций проводилось с помощью следующих методик:

1. Внимание. Таблицы Шульте.

Таблица Шульте – это сетка со случайно распределенными числами или буквами, используемая для разработки скорости чтения, периферийного зрения, внимания и визуального восприятия, а также для диагностики вышеперечисленного.

Респонденту поочередно предлагается пять таблиц, на которых в произвольном порядке расположены числа от 1 до 25. Испытуемый отыскивает, показывает и называет числа в порядке их возрастания. Проба повторяется с пятью разными таблицами. Таблицу открывают и одновременно с началом выполнения задания включают секундомер. Вторая, третья и последующие таблицы предъявляются без всяких инструкций.

Основным показателем в обработке и интерпретации результатов является время выполнения задания. В данной работе используется данная таблица интерпретации (таб. 1):

Таблица 1. Таблица интерпретации результатов методики «Таблицы Шульте».

Время	Интерпретация
До 70 секунд	Нормальный показатель внимания
От 70 до 90 секунд	Среднее значение
Больше 90 секунд	Низкий показатель

Пример таблицы в приложении Г.

2. Интеллект. Методика Д. Векслера

Тест Векслера (или Шкала Векслера) является одним из самых известных тестов для измерения уровня интеллектуального развития и разработана Дэвидом Векслером в 1939 году. Тест основан на иерархической модели интеллекта Д. Векслера и диагностирует общий интеллект и его составляющие – вербальный и невербальный интеллекты.

Тест Векслера состоит из 11 отдельных субтестов, разделенных на 2 группы, – 6 вербальных и 5 невербальных. Каждый тест включает от 10 до 30 постепенно усложняющихся вопросов и заданий. К вербальным субтестам относятся задания, выявляющие общую осведомленность, общую понятливость, способности, нахождение сходства, воспроизведения цифровых рядов и т. д. К невербальным субтестам относятся следующие: шифровка, нахождение недостающих деталей в картине, определение последовательности картин, сложение фигур. Выполнение каждого субтеста оценивают в баллах с их последующим переводом в унифицированные шкальные оценки, позволяющие анализировать разброс.

Выполнение каждого субтеста оценивают в баллах с их последующим переводом в унифицированные шкальные оценки, позволяющие анализировать разброс. Учитывают общий интеллектуальный коэффициент (IQ), соотношение «вербального и невербального» интеллекта, анализируют выполнение каждого задания. Количественная и качественная оценки выполнения испытуемым заданий дают возможность установить, какие стороны интеллектуальной деятельности сформированы хуже и как они могут компенсироваться. Низкий количественный балл по одному или нескольким субтестам свидетельствует об определенном типе нарушений. Выделяют качественные и количественные признаки, характерные для той или иной формы нервно–психической патологии.

В исследовании использовалась методика для измерения вербального интеллекта, взрослый вариант.

3. Память. Проба «10 слов» (А. Р. Лурия)

Методика для оценки состояния памяти, долговременной и кратковременной.

Инструкция:

«Сейчас я прочту несколько слов. Слушайте внимательно. Когда я окончу читать, сразу же повторите столько слов, сколько запомните. Повторять слова можно в любом порядке».

«Сейчас я снова прочту Вам те же слова, и Вы опять должны повторить их, – и те, которые Вы уже назвали, и те, которые в первый раз пропустили. Порядок слов не важен».

Далее опыт повторяется без инструкций. Перед следующими 3–5 прочтениями экспериментатор просто говорит: «Еще раз». После 5–6 кратного повторения слов респондент предупреждается о том, что слова нужно будет повторить через час. На каждом этапе исследования заполняется протокол. Под каждым воспроизведенным словом в строчке, которая соответствует

номеру попытки, ставится крестик. Если испытуемый называет «лишнее» слово, оно фиксируется в соответствующей графе. Спустя час испытуемый по просьбе исследователя воспроизводит без предварительного зачитывания запомнившиеся слова, которые фиксируются в протоколе кружочками.

Протокол, использовавшийся во время исследования, в приложении А.

3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Методами систематизации данных были организация в базу и обработка с помощью программы «R» для Windows с использованием описательной статистики, корреляционного анализа (Spearman Rank Order). Оценку нормальности распределения результатов проводили с использованием критерия Колмогорова–Смирнова.

Память

Средний показатель кратковременной памяти у группы респондентов с наркотической зависимостью равен 6 словам, респонденты без наркотической зависимости называют в среднем 7 слов (таб. 2) Данные показатели говорят о некотором снижении памяти. Значения показателей кратковременной памяти респондентов отражены в графике на рисунке 4.

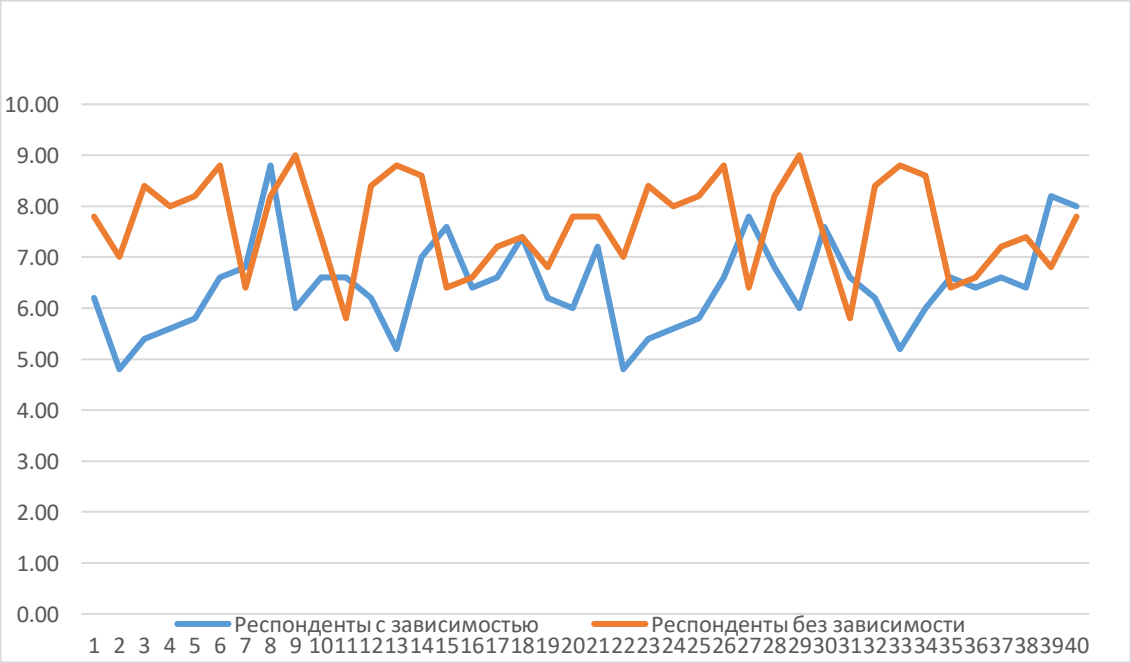


Рисунок 4. Показатели кратковременной памяти

Средний показатель долговременной памяти пациентов с наркотической зависимостью – 4 слова, без наркотической зависимости – 6 слов, что говорит о снижении памяти обеих групп. При этом респонденты с наркотической зависимостью показывают снижение памяти в большей степени, чем респонденты без зависимости. Значения показателей долговременной памяти респондентов отражены в графике на рисунке 5.

Рисунок 5. Показатели долговременной памяти

Корреляционный анализ (таб. 3) показал существенную отрицательную корреляционную взаимосвязь между показателями кратковременной памяти и наличием зависимости, говорящую о том, что при употребление синтетических канабиноидов снижается как кратковременая, так и долговременная память.

У обеих групп респондентов наблюдается корреляционная взаимосвязь высокой силы, говорящая о том, что снижение краткосрочной памяти провоцировало снижение долгосрочной памяти, в связи с эндокринной патологией.

Таким образом:

– наблюдается снижение кратковременной и долговременной памяти у обеих групп;

– присутствует взаимосвязь между наличием наркотической зависимости и снижением показателей памяти;

– снижение кратковременной памяти провоцирует снижение показателей долговременной памяти, в связи с эндокринной патологией;

– с возрастом память у обеих групп респондентов снижается.

Внимание

Средние показатели внимания у группы респондентов с наркотической зависимостью равны 82 секунды, без наркотической зависимости – 74 секунды (таб. 2). Значения показателей внимания респондентов отражены в графике на рисунке 6.

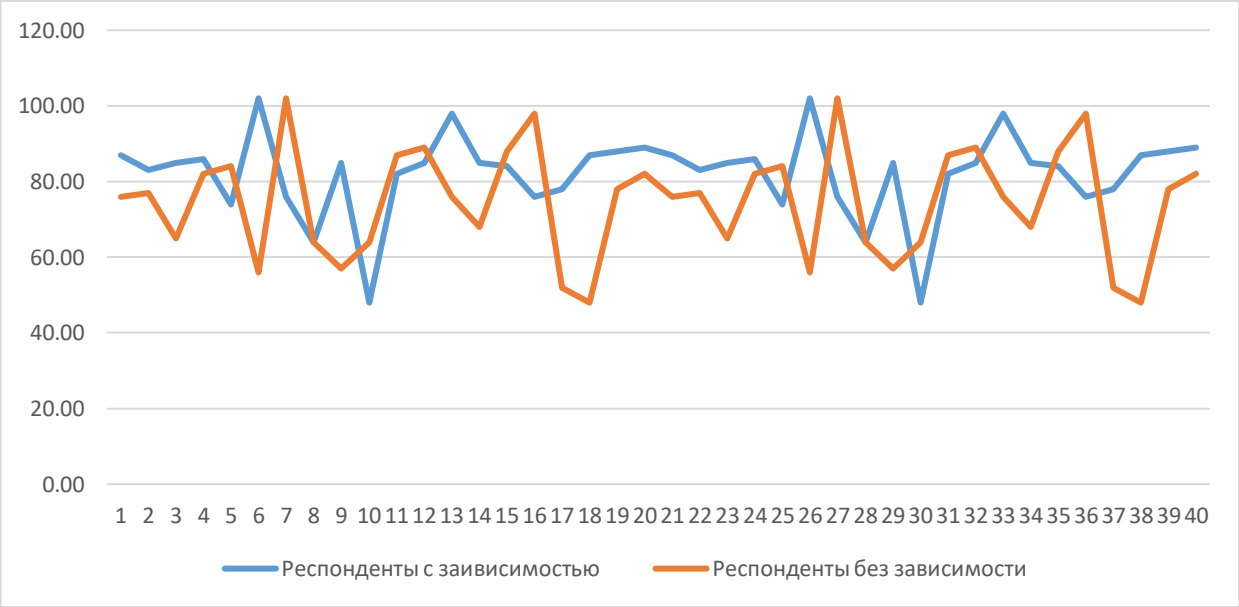


Рисунок 6. Показатели внимания

Наблюдается корреляционная взаимосвязь (таб. 3) средней силы между показателями внимания и состояния здоровья (наличием либо отсутствием наркотической зависимости) у обеих групп респондентов, говорящая о том, что стойкое снижение внимания связано не с употреблением СК, а непосредственно с эндокринной патологией.

Это может быть обусловлено тем, что пациенты с наркотической зависимостью на момент исследования находились в состоянии стабилизации (постпсихотическом состоянии), и, следовательно, влияния СК на них не оказывалось.

Наблюдается высокая корреляционная взаимосвязь показателей краткосрочной памяти и внимания у обеих групп респондентов, говорящая о том, что снижение уровня внимания влияет на снижение показателей кратковременной памяти.

Присутствует отрицательная корреляционная взаимосвязь между уровнем внимания и вербальным интеллектом (чем ниже внимание, тем ниже вербальный интеллект).

Таким образом:

– все респонденты демонстрируют снижение внимания, связанное с эндокринной патологией;

– снижение внимания провоцирует снижением кратковременной памяти;

– снижение внимания влияет на снижение показателя вербального интеллекта;

– с возрастом внимание у обеих групп респондентов снижается.

Интеллект

Среднее значение вербального интеллекта у респондентов с наркотической зависимостью равно 94 баллам, без наркотической зависимости – 98 баллов (таб. 2). Данные показатели соответствуют среднему уровню вербального интеллекта. Значения показателей вербального интеллекта респондентов отражены в графике на рисунке 7.

Наблюдается корреляционная взаимосвязь (таб. 3) между показателями интеллекта и наличием зависимости: у респондентов с наркотической зависимостью наблюдается снижение показателей интеллекта.

Присутствует отрицательная корреляционная взаимосвязь между уровнем внимания и интеллектом (чем ниже внимание, тем ниже интеллект).

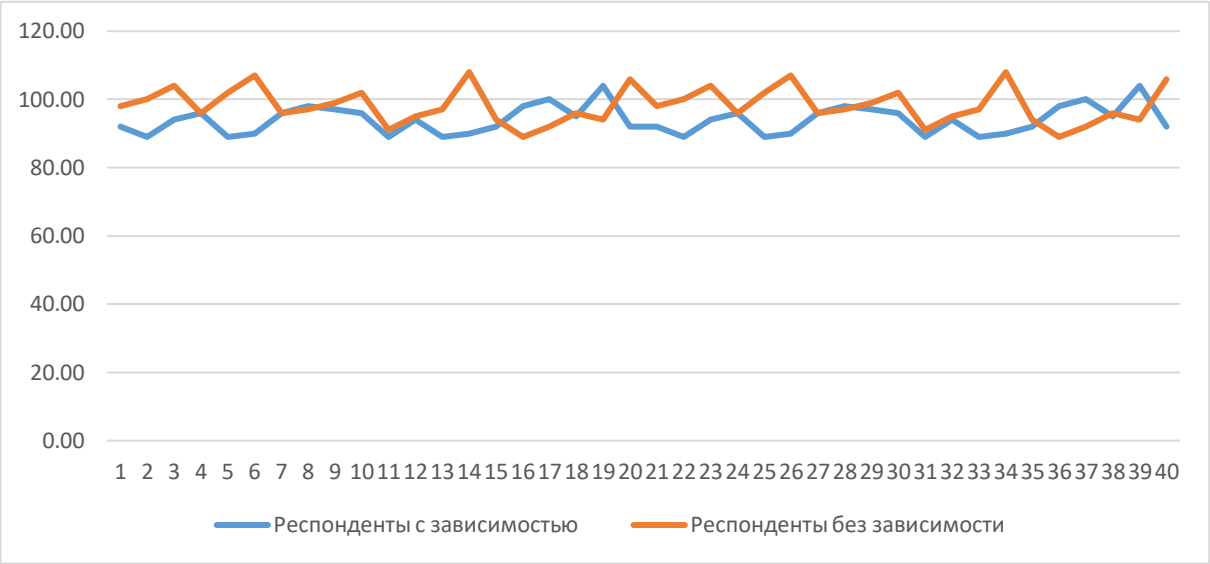


Рисунок 7. Показатели вербального интеллекта.

Память и внимание оказывают влияние на показатель интеллекта (снижение памяти и внимания провоцирует снижение уровня интеллекта).

Таким образом:

– все респонденты демонстрируют средний уровень вербального интеллекта;

– существует взаимосвязь между наличием наркотической зависимости и снижением вербального интеллекта;

– с возрастом уровень вербального интеллекта у всех респондентов снижен;

– существует связь между памятью и вниманием и вербальным интеллектом.

ВЫВОДЫ

Подводя итог, можно говорить об общем снижении показателей когнитивных функций у обеих групп респондентов, что связано с наличием у них эндокринной патологии.

Однако, группа респондентов с наркотической зависимостью демонстрирует снижение общих показателей и, в частности, в значительной мере снижение показателей долговременной и кратковременной памяти.

В таблице 2, где указаны средние значения когнитивных функций, видно как снижение общих показателей когнитивных функций, так и снижение уровня когнитивных функций респондентов с наркотической зависимостью по сравнению с показателями другой группы респондентов.

Таблица 2. Средние значения возраста и показателей когнитивных функций.

	Возраст	Кратковременная память	Долговременная память	Внимание	Интеллект
Респонденты без наркотической зависимости	27,95	7 слов	6 слов	74 секунды	98
Респонденты с наркотической зависимостью	28,35	6 слов	4 слова	82 секунды	94
Общие	28,15	7 слов	5 слов	78 секунд	96

Корреляционный анализ позволяет сделать следующие выводы (таб. 3):

1. Наблюдается существенная отрицательная корреляционная взаимосвязь между показателями краткосрочной памяти и наличием зависимости, говорящая о том, что при употребление синтетический канабиноидов снижается как краткосрочная, так и долгосрочная память.

2. Наблюдается корреляционная взаимосвязь средней силы между показателями внимания и состояния здоровья у обеих групп респондентов, говорящая о том, что стойкое снижение внимания связано не с употреблением СК, а непосредственно с эндокринной патологией.

Это может быть обусловлено тем, что пациенты с наркотической зависимостью на момент исследования находились в состоянии стабилизации (постпсихотическом состоянии), и, следовательно, влияния СК на них не оказывалось.

Таблица 3. Корреляционный анализ.

	Состояние здоровья	Кратковременная память	Долговременная память	Внимание	Интеллект
Состояние здоровья	1,000000	–0,558760	–0,568840	0,271214	–0,389278
Краткосрочная память	–0,558760	1,000000	0,741403	–0,488918	0,602564
Долгосрочная память	–0,568840	0,741403	1,000000	–0,485716	0,675386
Внимание	0,271214	–0,488918	–0,485716	1,000000	–0,466570
Интеллект	–0,389278	0,602564	0,675386	–0,466570	1,000000

3. Наблюдается корреляционная взаимосвязь между показателями интеллекта и наличием зависимости: у респондентов с наркотической зависимостью наблюдается снижение показателей интеллекта.

4. У обеих групп респондентов наблюдается корреляционная взаимосвязь высокой силы, говорящая о том, что снижение краткосрочной памяти провоцировало снижение долгосрочной памяти, в связи с эндокринной патологией.

5. Наблюдается высокая корреляционная взаимосвязь показателей краткосрочной памяти и внимания у обеих групп респондентов, говорящая о том, что снижение уровня внимания влияет на снижение показателей краткосрочной памяти.

6. Присутствует отрицательная корреляционная взаимосвязь между уровнем внимания и интеллектом (чем ниже внимание, тем ниже интеллект).

7. У всех респондентов в ходе исследования выявлены сниженные показатели памяти и внимания.

8. Память и внимание оказывают влияние на показатель интеллекта (снижение памяти и внимания провоцирует снижение уровня интеллекта).

9. Снижение показателей когнитивных функций связано с возрастом (чем старше, тем ниже показатели).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Было проведено исследование когнитивных функций пациентов с эндокринной патологией, с наркотической опиоидной зависимостью и без неё с целью выделения особенностей когнитивных дисфункций у опиоидных наркоманов.

Анализ результатов исследования позволяет сделать вывод о том, что показатели исследуемых когнитивных функций (память, внимание, интеллект) при эндокринной патологии снижены по сравнению со статической нормой. Также стоить отметить тенденцию к снижению данных показателей с возрастом. При статистическом анализе была выявлена следующая взаимосвязь: сниженное внимание ведет к снижению объема краткосрочной памяти; снижение краткосрочной памяти ведет, в свою очередь, к снижению объема долгосрочной памяти; снижение объема долгосрочной памяти приводит к снижению уровня интеллекта. Таким образом, была выявлена прямая связь между ухудшением состояния одной когнитивной функции и снижением состояния другой, не связанная с употреблением синтетических каннабиноидов.

К особенностям когнитивных дисфункций непосредственно опиоидных наркоманов с эндокринной патологией можно отнести: снижение объемов краткосрочной и долгосрочной памяти и, в меньшей степени, снижение уровня интеллекта, а также показателей внимания по сравнению с первой группой респондентов без наркотической зависимости.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что у опиоидных наркоманов с эндокринной патологией когнитивные нарушения будут выражены ярче, чем у людей с эндокринным заболеванием, но без наркотической зависимости и, следовательно, заболевания эндокринной системы и наркотическая опиоидная зависимость усугубляют состояние когнитивных функций пациента.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Балашов П.П., Селиванов Г.Ю. Характеристика студентов СибГМУ страдающих зависимостью от JWH наркотиков. Актуальные проблемы возрастной наркологии и профилактика аддиктивных состояний: Материалы всероссийской междисциплинарной научно–практической конференции (Челябинск 14–15 ноября, 2013 г.). Под ред. Е.Н. Кривулина, Н.А. Бохана. — Челябинск: Изд–во ПИРС, 2013: 116–117.
2. Белецкая А. А. Медицинские и социальные последствия наркомании и токсикомании // Проблемы законности – 2013.
3. Бохан Н. А., Селиванов Г.Ю. Клиническая типология психопатологических расстройств у потребителей синтетических каннабиноидов (спайсов). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 4 (89): 18—23.
4. Бохан Н. А., Селиванов Г.Ю., Блонский К.А. Характеристика абстинентного синдрома у лиц, страдающих зависимостью от употребления синтетических каннабиноидов («спайсов»). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2016. – № 4 (93): 45—50.
5. Бохан Н.А., Селиванов Г.Ю., Блонский К.А., Лаврова У.А. Особенности социально–психологической адаптации пациентов с параноидной формой шизофрении, страдающих зависимостью от синтетических каннабиноидов (спайсов). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2018; 2 (99): 93–98. https://doi.org/10.26617/1810–3111–2018–2(99)–93–98.
6. Ващенко И. С. Астено–депрессивный синдром у пациентов с диабетической нейропатией // Бюллетень медицинских Интернет–конференций – 2015. – Т. 5. – №5.
7. Гофман А. Г. Клиническая наркология // А. Г. Гофман. – М.: «МИКЛОШ». – 2003. – С. 169–176.
8. Елшанский С. П. Коммуникативная дефицитарность при зависимостях от психоактивных веществ // Педагогика и психология образования – 2010. – С. 93–95.

9. Захаров В. В. Современные подходы к ведению пациентов с деменцией // АтмосферА. Нервные болезни – 2006. – № 1. – С. 27–32.
10. Захаров В. В. Умеренные когнитивные нарушения как мультидисциплинарная проблема // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика – М., 2010. – №2.– С. 5–10.
11. Захаров В. В., Дроздова Е. А. Когнитивные нарушения у больных с черепно–мозговой травмой // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика – М., 2013. – №4.– С. 88–93.
12. Захаров В. В. Эволюция когнитивного дефицита: легкие и умеренные когнитивные нарушения // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика – М., 2012. – №2. – С. 16–21.
13. Зуева И. Б., Ванаева К. И., Шляхто Е. В. Когнитивные расстройства у пациентов с ожирением. Роль эндогенных каннабиноидов – 2012. – Т. 18. – №2. – С. 126–135.
14. Зуева И. Б., Ванаева К. И. Эндогенные каннабиноиды и когнитивные функции у пациентов с ожирением // Сибирский научный медицинский журнал – 2012. – Т. 32. – №5. – С. 63–68.
15. Кальбус О. І. Структурно–морфологічні зміни головного мозку та формування когнітивних порушень у хворих на цукровий діабет 2 типу // Медичні перспективи – 2011. – Т. XVI. – №3. – С. 57–60.
16. Костылев А. А.,Пизова Н. В., Пизов Н. А. Когнитивные нарушения при эпилепсии // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика – М., 2013. – №4. – С. 66–70.
17. Левин О. С., Васенина Е. Е. Диагностика и лечение когнитивных нарушений и деменции : метод.рекоменд. / О. С. Левин, Е. Е. Васенина. – М.: МЕДпресс–информ, 2015. – 80 с.
18. Лотин А. Наркомания: развитие психической и физической зависимости // А. Лотин – URL: https://okeydoc.ru/narkomaniya–razvitie–psixicheskoj–i–fizicheskoj–zavisimosti/#razdel2 (дата обращения: 28.10.2018).

19. Лундквист Т. Влияние употребления каннабиса на когнитивные способности: сравнение с употреблением стимуляторов и героина в сфере воздействия на внимание, память и исполнительские функции // Наркология. – Дедовск: ИП Иришкин Дмитрий Андреевич. – 2010. – Т. 9. – № 6(102). – С. 74–87. – URL: https://elibrary.ru/item.asp?id=16372748.
20. Маркин С. П. Профилактика и лечение деменции // Русский медицинский журнал – М., 2010. – №8. – С. 475–482.
21. Мохова О. И., Дамулин И. В. Деменция: диагностические и терапевтические аспекты // Российский медицинский журнал – М., 2014. – №2. – С. 45–49.
22. Мохорт Т. В., Мохорт Е. Г. Когнитивные нарушения и сахарный диабет: возможности предупреждения и лечения // Медицинские новости – 2014. – №12. – С. 6–10.
23. Мысливцева А. В., Малышко Е. В. Развитие когнитивных функций у детей и подростков с целью профилактики аддиктивного поведения // А. В. Мысливцева, Е. В. Малышко. – Главный врач Юга России – 2018. – №1 (59). – С. 41–42.
24. Незнанов Н. Г., Пиотровская В. Р., Ванаева К. И., Зуева И. Б., Большакова О. О., Гладков Д. И., Баранова Е. И., Шляхто Е. В. Результаты скрининговой оценки когнитивных функций у лиц с избыточной массой тела // Артериальная гипертензия – 2011. – Т. 17. – №2. – С. 156–161.
25. Никберг И. И. Когнитивные нарушения у больных сахарных диабетом в пожилом возрасте // Практикующему эндокринологу – 2015. – №1(65). – С. 102–108.
26. Перцева Н.О., Михайлинчик И.Н. Современный взгляд на патогенетичекую терапию диабетической полинейропатии // Практикующему эндокринологу – 2014. – №7(63). – С. 85–89.
27. Петрова М. М., Прокопенко С. В., Пронина Е. А. Когнитивные и эмоциональные нарушения у пациентов с сахарным диабетом 2 типа // Сибирское медицинское обозрение – 2008. – Т. 52. – №4.

28. Пизова Н. В. Когнитивные нарушения при распространенных и редких соматических заболеваниях // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика – М., 2015. – №3.– Т. 7. – С. 86–92.
29. Пономарева Е. В., Суханова Д. Д. Особенности памяти и внимания у наркозависимых, находящихся в стадии стабилизации // Научно–методический электронный журнал «Концепт». – 2017. – №12 (декабрь). – URL: http://e–koncept.ru/2017/172013.htm.
30. Преображенская И. С. Деменция – эпидемиология, клиническая картина, диагностика, подходы к терапии // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика – М., 2013. – №4. – С. 71–77.
31. Пухальский А. Л., Шмарина Г. В., Алёшкин В. А. Иммунологические нарушения и когнитивный дефицит при стрессе и физиологическом старении. Часть I: патогенез и факторы риска // Вестник Российской академии медицинских наук – 2014. – №5–6. Т. 69. – С. 14–22.
32. Пятницкая И Н. Наркомании: моногр. / И. Н. Пятницкая.– М.: Медицина, 1994. – 542 с.
33. Селиванов Г.Ю. Клинико–психопатологическая характеристика лиц, страдающих зависимостью от употребления синтетических каннабиноидов («Спайса»). Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: сборник тезисов XVII научной отчетной сессии НИИ психического здоровья (Томск, 6 октября 2015 г.) и II Российско–китайской научно–практической конференции «Актуальные вопросы биопсихосоциальной реабилитации пациентов с аффективными расстройствами» (Томск, 7 октября 2015 г.). Под редакцией члена–корреспондента РАН Н. А. Бохана.– Томск : Изд–во «Иван Федоров», 2015. – Вып. 17: 152–154.
34. Селиванов Г.Ю., Балабанова Е.В. Особенности течения и принципы лечения параноидной шизофрении у больных с зависимостью от синтетических каннабиноидов «Спайсов». Материалы Всероссийской научно–практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы функциональной и ультразвуковой диагностики. Вопросы повышения

эффективности лечения социально значимых заболеваний»: материалы научно–практической конференции» (Томск, 29–30 сентябрь 2016 г.). Под редакцией Воробъев В.А. и др. – Томск: – 2016: 69–70.

35. Селиванов Г. Ю. Особенности социально–психологической адаптации лиц с зависимостью от употребления синтетических каннабиноидов («спайсов»).: магистерская диссертация по направлению подготовки: 37.04.01 – Психология / Селиванов, Георгий Юрьевич – Томск: [б.и.], 2017.URL: http://vital.lib.tsu.ru/vital/access/manager/Repository/vital:3912.
36. Селиванов Г. Ю., Самойлова И. А., Коваленко С. А., Сёмина О. В., Попова А. Н., Ильенко Е. М., Лаврова У. А., Башкатова А. А. Особенности социально–психологической адаптации подростков употребляющих синтетические каннабиноиды («спайсов»). Перинатальная медицина. Материнство в центре внимания: материалы XII межрегиональной научнопрактической конференции Родинские чтения, посвященной 10–летнему юбилею Северского Перинатального центра. – Томск: Изд–во «Иван Федоров», 2017: 89–91.
37. Селиванов Г.Ю., Лаврова У.А., Ильенко Е.М., Башкатова А.А. Особенности дистрессовой профилактики у больных параноидной формой шизофрении, отягощенной зависимостью от синтетических каннабиноидов. Научное издание. Материалы XIII научно–практической конференции, посвященной памяти А.Ф. Родина. Инновационные лечебно–диагностические технологии в клинической практике. –Томск.: Изд–во. «Иван Фёдоров», 2017: 82–84.
38. Селиванов Г.Ю., Лаврова У.А., Башкатова А.А., Нестерович К.И. Концепция «Снижения влияния контролирующего Я» на систему психологического функционирования, как метод психокоррекции личностей невротической организации, зависимых от синтетических каннабиноидов. Научное издание. Материалы XIII научно–практической конференции, посвященной памяти А.Ф. Родина. Инновационные лечебно–диагностические технологии в клинической практике. –Томск.: Изд–во. «Иван Фёдоров», 2017: 84–86.

39. Селиванов Г.Ю., Башкатова А.А., Лаврова У.А., Ильенко Е.М., Панкратьев Н.В. (Томск Северск) Психологическое благополучие больных параноидной формой шизофрении, страдающих зависимостью от синтетических каннабиноидов: взаимосвязь с адаптивностью, гибкостью и ригидностью. Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: сб. тез. XVIII Отчетной научной сессии НИИ психического здоровья / под ред. Академика РАН Н.А. Бохана. – Томск: Изд–во Томск. гос. ун–та систем упр. и радиоэлектроники, 2018. – Вып. 19: 60–61.
40. Фальковская А. Ю., Мордовин В. Ф.,Белокопытова Н. В., Усов В. Ю., Семке Г. В.,Суслова Т. Е. Цереброваскулярная патология у больных артериальной гипертензией, ассоциированной с сахарным диабетом 2–го типа // Сибирский медицинкий журнал (Томск) – 2009.– Т. 24. – Вып. 2–1. – С. 28–32.
41. Фирсов А. А., Мащенко Е. А. Когнитивные нарушения при сахарном диабете у лиц пожилого возраста // Архивъ внутренней медицины – 2014. – №4. – С. 26–31.
42. Чугунова Л. А., Семенова И. В., Орлов Ю. Ю., Шестакова М. В. Сахарный диабет 2 типа и когнитивные нарушения // Сахарный диабет – 2008. – №1. – С. 61–66.
43. Шпрах В. В., Суворова И. А. Роль факторов риска в развитии постинсультовой деменции // Сибирский медицинский журнал (Иркутск) – И., 2009. – № 7 – Т. 90. – С. 23–27.
44. Яхно Н. Н. Болезни нервной системы: руководство для врачей: моногр. / Н. Н. Яхно, Д. Р. Штульман, П. В. Мельничук. – М.: Медицина, 1995. – 436 с.
45. Elias PK, et al. NIDDM and blood pressure as risk factors for poor cognitive performance. Diabetes Care 1997.
46. Gregg E.W. et al. Is diabetes associated with cognitive impairment and cognitive decline among older women? Arch Intern Med 2000.
47. Gregg E.W, Venkat Narayan K.M.. Type 2 Diabetes and Cognitive Function: Are Cognitive Impairment and Dementia Complications of Type 2 Diabetes? // Clinical Geriatrics. Volume 08.

48. Ott A, et al. Association of diabetes mellitus and dementia: The Rotterdam Study.// Diabetologia 1996.
49. Scherr PA, et al. Correlates of cognitive function in an elderly community population.// Am J Epidemiol 1988.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Дата _____

Анкета участника исследования № ____

Информированное согласие на участие в исследовании, направленном на изучение взаимосвязи деменции и эндокринных заболеваний. Ваше участие в исследовании исключительно добровольно. Ваши личные данные не будут упомянуты где–либо, все результаты будут представляться только в общем массиве, а не индивидуально. Вам будет предложено ответить на несколько вопросов, по результатам исследования планируется установить взаимосвязь между вышеупомянутыми заболеваниями. Участие в исследовании не предполагает получение респондентом денежной или материальной компенсации, или какой–либо другой прямой выгоды. Однако, информация, полученная в ходе этого исследования, может в будущем принести пользу и Вам, и другим людям. **Подпись: _____**

1. Возраст ____
2. Пол ____
3. Род занятий на данный момент _____
4. Манифестация заболевания (появление первых признаков) в возрасте _____
5. Жалобы:

_____
_____
_____
_____

6. Информация от родственников:

_____
_____
_____
_____

7. Наличие в анамнезе (нужное отметить):

Сахарный диабет	1	
	2	
Повышенный уровень холестерина в крови (гиперхолистеринемия)		
Избыточная масса тела		
Повышенный уровень сахара в крови (гипергликемия)		

Гипертиреоз	
Другое эндокринное заболевание	

1. Проба «10 слов»

№	лес	хлеб	окно	стул	вода	брат	конь	гриб	игла	мёд	Кол–во слов	Добавочные слова
1												
2												
3												
4												
5												
6												
ч/з час												

Не справился (ась) с заданием _____

2. Таблица Шульте (время):

1) _____ 3) _____ 5) _____

2) _____ 4) _____

Не справился (ась) с заданием _____

3. Тест Д. Векслера. Диагностика структуры интеллекта

Вербальный показатель (IQ) _____

Не справился (ась) с заданием _____

Приложение Б

Краткая шкала оценки психического статуса (КШОПС)

Проба	**Оценка (баллы)**
Ориентировка во времени	
«Назовите дату» (число, месяц, время года, день недели)	0–5
Ориентировка в месте	
«Где мы находимся?» (страна, область, город, клиника, этаж)	0–5
Восприятие	
«Повторите три слова: карандаш, дом, копейка»	0–3
Концентрация внимания	
Серий отсчет («От ста отнять семь»), пять раз	0–5
Память	
«Припомните три слова» (см. пункт «Восприятие»)	0–3
Речь	
Называние (показать ручку и часы; спросить, как это называется)	0–2
Попросить повторить предложение: «Никаких если, и или но»	0–1
Выполнение трехэтапной команды	
«Возьмите правой рукой лист бумаги, сложите его вдвое и положите на стол»	
Чтение: «Прочтите и выполните»	
1. «Закройте глаза»	0–1
2. «Напишите предложение»	0–1
3. «Срисуйте рисунок»	0–1
Общий балл	0–30

Приложение В

Тест рисования часов

Для проведения теста понадобится чистый лист нелинованной бумаги и карандаш. Пациенту говорят: «Пожалуйста, нарисуйте круглые часы с цифрами на циферблате. Стрелки показывают время, без пятнадцати два».

Пациент самостоятельно, без подсказок, по памяти должен нарисовать циферблат в виде круга, правильно расположить все цифры и стрелки, указывающие время. Обычно этот тест не вызывает затруднений. Но при наличии когнитивных нарушений, проблем с памятью, больной допускает неточности и ошибки.

Результат теста оценивается по 10 – балльной шкале:

- 10 баллов – норма, нарисован круг, цифры в правильных местах, стрелки показывают заданное время;
- 9 баллов – незначительные неточности расположения стрелок;
- 8 баллов – ошибки в расположении стрелок более заметны (одна из стрелок отклоняется больше, чем на час);
- 7 баллов – обе стрелки показывают неправильное время;
- 6 баллов – стрелки не показывают время (время обведено кружком);
- 5 баллов – неправильное расположение чисел на циферблате (цифры следуют в обратном порядке, то есть против часовой стрелки, либо расстояние между ними неодинаковое);
- 4 балла – утрачена целостность часов, часть чисел отсутствует или расположена вне круга;
- 3 балла – циферблат и числа более не связаны друг с другом;
- 2 балла – пациент предпринимает попытки выполнить задание, но безуспешно;
- 1 балл – пациент не делает попытки выполнить инструкцию врача.

Суммарный балл теста менее 10 баллов свидетельствует о наличии когнитивных расстройств.

Приложение Г

Таблица Шульте

1	15	20	24	18
13	22	19	17	25
7	4	2	11	16
3	8	5	23	12
6	9	14	10	21

(/index.php/ru/) (/index.php/en/)

(/index.php)

Поиск заимствований в научных текстах$^{\beta}$

Введите текст:

...или загрузите файл:

Файл не выбран... **Выбрать файл...**

Укажите год публикации: **2019**

Выберите коллекции

Все

Рефераты	**Википедия**	**Российские журналы**
Авторефераты	**Российские конференции**	**Энциклопедии**
Иностранные конференции	**Иностранные журналы**	**Англоязычная википедия**
PubMed		

Анализировать

Проверить по расширенному списку коллекций системы Руконтекст (http://text.rucont.ru/like)

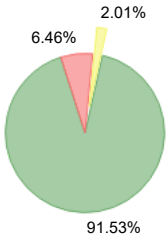
Обработан файл:
Диплом_Коваленко.docx.

Год публикации: 2019.

Оценка оригинальности документа - 91.53%

Процент условно корректных заимствований - 2.01%

Процент некорректных заимствований - 6.46%



Просмотр заимствований в документе

Время выполнения: 18 с.

Документы из базы

Источники заимствования	В списке литературы	Источники Заимствования
1. Деменция эпидемиология, клиническая картина, диагностика, подходы к терапии (http://cyberleninka.ru/article/n/dementsiya-epidemiologiya-klinicheskaya-kartina-diagnostika-podhody-k-terapii) Авторы: Преображенская Ирина Сергеевна. Год публикации: 2013. Тип публикации: статья научного журнала. http://cyberleninka.ru/article/n/dementsiya-epidemiologiya-klinicheskaya-kartina-diagnostika-podhody-k-terapii (http://cyberleninka.ru/article/n/dementsiya-epidemiologiya-klinicheskaya-kartina-diagnostika-podhody-k-terapii) Показать заимствования (10)	—	3.28%

2. Эволюция когнитивного дефицита: легкие и умеренные когнитивные нарушения (http://cyberleninka.ru/article/n/evolyutsiya-kognitivnogo-defitsita-legkie-i-umerennye-kognitivnye-narusheniya)

Авторы: Захаров В. В..
Год публикации: 2012. Тип публикации: статья научного журнала.
http://cyberleninka.ru/article/n/evolyutsiya-kognitivnogo-defitsita-legkie-i-umerennye-kognitivnye-narusheniya (http://cyberleninka.ru/article/n/evolyutsiya-kognitivnogo-defitsita-legkie-i-umerennye-kognitivnye-narusheniya)
Показать заимствования (5)

2.01%

3. Умеренные когнитивные нарушения как мультидисциплинарная проблема (http://cyberleninka.ru/article/n/umerennye-kognitivnye-narusheniya-kak-multidistsiplinarnaya-problema)

Авторы: Захаров Владимир Владимирович.
Год публикации: 2010. Тип публикации: статья научного журнала.
http://cyberleninka.ru/article/n/umerennye-kognitivnye-narusheniya-kak-multidistsiplinarnaya-problema (http://cyberleninka.ru/article/n/umerennye-kognitivnye-narusheniya-kak-multidistsiplinarnaya-problema)
Показать заимствования (5)

1.27%

4. Особенности клинического течения и прогноза ишемического инсульта у больных с сахарным диабетом 2 типа (http://vak2.ed.gov.ru/idcUploadAutoref/renderFile/197096)

Авторы: Быкова Ольга Николаевна.
Год публикации: 2015. Тип публикации: автореферат диссертации.
http://vak2.ed.gov.ru/idcUploadAutoref/renderFile/197096 (http://vak2.ed.gov.ru/idcUploadAutoref/renderFile/197096)
Показать заимствования (3)

0.6%

5. Дипломная работа: Когнитивное и личностное развитие старших подростков музыкальных школ (http://www.bestreferat.ru/files/49/bestreferat-209249.docx)

Год публикации: 2016. Тип публикации: реферат.
http://www.bestreferat.ru/files/49/bestreferat-209249.docx (http://www.bestreferat.ru/files/49/bestreferat-209249.docx)
Показать заимствования (4)

0.6%

6. Курсовая работа: Особенности памяти у пожилых людей, переживших нарушение мозгового кровообращения (http://www.bestreferat.ru/files/65/bestreferat-208165.docx)

Год публикации: 2016. Тип публикации: реферат.
http://www.bestreferat.ru/files/65/bestreferat-208165.docx (http://www.bestreferat.ru/files/65/bestreferat-208165.docx)
Показать заимствования (3)

0.58%

7. Мнемические способности школьников 10 - 12 лет с различным уровнем развития интеллекта (http://dlib.rsl.ru/loader/view/01005017422?get=pdf)

Авторы: Петрова, Елена Александровна.
Год публикации: 2012. Тип публикации: автореферат диссертации.
http://dlib.rsl.ru/loader/view/01005017422?get=pdf (http://dlib.rsl.ru/loader/view/01005017422?get=pdf)
Показать заимствования (3)

0.48%

8. Межиндивидуальная вариативность в развитии когнитивных и индивидуально-личностных функций в зрелом и пожилом возрасте (http://dlib.rsl.ru/loader/view/01003465014?get=pdf)

Авторы: Обухова, Ольга Борисовна.
Год публикации: 2009. Тип публикации: автореферат диссертации.
http://dlib.rsl.ru/loader/view/01003465014?get=pdf (http://dlib.rsl.ru/loader/view/01003465014?get=pdf)
Показать заимствования (3)

0.46%

Дополнительно

Общеизвестные фрагменты

Значимые оригинальные фрагменты

Библиографические ссылки

Искать в Интернете

© 2015 2019 Институт системного анализа Российской академии наук (http://www.isa.ru/index.php?lang=ru)