

Выводы

У пациентов с инфарктом мозга ожирение (ИМТ ≥ 30) ассоциировано с наличием АС, при этом наблюдается прямая корреляция между тяжестью нарушений дыхания во сне и показателем ИМТ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Quintas-Neves, M. Assessment of bariatric surgery efficacy on Obstructive Sleep Apnea (OSA) / M. Quintas-Neves, J. Preto, M. Drummond // Rev Port Pneumol. – 2006. – Nov-Dec; 22(6). – P. 331–336. doi: 10.1016/j.rppnen.2016.05.006.
2. Obesity and sleep disturbance: the chicken or the egg? / G. Muscogiuri [et al.] // Crit Rev Food Sci Nutr. – 2019. – Vol. 59(13). – P. 2158–2165. doi: 10.1080/10408398.2018.1506979.
3. Obstructive sleep apnea and the metabolic syndrome: The road to clinically meaningful phenotyping, improved prognosis, and personalized treatment / J. Gaines [et al.] // Sleep Med Rev. – 2018. – Dec (42). – P. 211–219. doi:10.1016/j.smr.2018.08.009.
4. Interactions between obesity and obstructive sleep apnea: implications for treatment / A. Romero-Corral [et al.] // Chest. – 2010. – Vol. 137(3). – P. 711–719. doi: 10.1378/chest.09-0360.

УДК 616.89-008.442:616.89-008.441.13

И. М. Сквир¹, Б. Э. Абрамов¹, М. И. Сквир²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Центр психотерапии

г. Гомель, Республика Беларусь

СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ИХ ЛЕЧЕНИЕ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В РЕМИССИИ

Введение

Поддержание ремиссии при алкогольной зависимости (АЗ) является актуальной и трудной задачей, прежде всего из-за того, что на фоне воздержания от употребления алкоголя часто неожиданно возникают рецидивоопасные клинические ситуации (РОКС), первые признаки которых сопряжены с актуализацией патологического влечения к алкоголю (ПВА) и высокой степенью риска рецидива алкогольной зависимости [1, 2]. Следовательно, задача состоит в идентификации РОКС ремиссионного периода, чтобы поддерживающую терапию сделать в каждом конкретном случае адресной [2].

Среди идентифицированных РОКС особое место занимают сексуальные проблемы у мужчин в виде временного или стойкого снижения либидо [3, 4]. Изучение сексуальной функции пациентов с АЗ на всех этапах лечения заболевания представляет большой интерес еще и потому, что среди пациентов-мужчин весьма распространены мифы о «вредном влиянии лечения» на сексуальную потенцию. В научной литературе снижение либидо, чаще всего, объясняется психоаналитически, тем, что в процессе лечения вместе с влечением к алкоголю в подсознание вытесняется и сексуальное влечение [4, 5].

Остаются недостаточно изученными особенности сексуальных расстройств ремиссионного периода у лиц с АЗ и недостаточно разработаны способы их коррекции.

Цель

На основе исследования сексуальных РОКС ремиссионного периода у лиц с АЗ разработать обоснованные комплексные терапевтические программы их профилактики и лечения.

Материал и методы исследования

После трех этапов лечения [1] обследованы 500 лиц с АЗ (410, или 82 % мужчин и 90, или 18 % женщин) в возрасте от 20 до 65 лет (средний возраст пациентов $39,2 \pm 7,2$) с алкогольной зависимостью (шифр F 10.200–202 согласно критериям МКБ-10) клинико-психопатологическим, клинико-динамическим, экспериментально-психологическим и статистическим методами (в частности, дисперсионный анализ, вычисление средних значений M , стандартного отклонения σ , достоверности отличия по критерию Стьюдента). Первая группа состояла из 88 человек в ремиссии высокого качества (пациенты без РОКС). Вторая группа ($n = 93$) находилась в состоянии ремиссии низкого качества с РОКС (обратившиеся для противорецидивного лечения). В третью группу ($n = 319$) были включены лица с рецидивом алкогольной зависимости (декомпенсированная ремиссия).

Результаты исследования и обсуждения

На самом трудном для пациентов этапе формирования ремиссии — этапе становления (1–6 месяцев воздержания от употребления алкоголя) — нарушений сексуальной функции не было выявлено: из 79 пациентов I-й группы у 72 (91,14 %); из 40 пациентов II-й группы — у 38 (95,0 %); из 156 пациентов III-й группы — у 144 (92,31 %) ($p > 0,05$). У 5 (6,33 %, средних лет четыре мужчины и одна женщина) из 79 пациентов I-й группы (пациенты с ремиссией высокого качества) сексуальная функция после лечения повысилась, что статистически значимо отличает данную подгруппу от двух других, где повышения сексуальной функции на этапе становления ремиссии не отмечено ($p = 0,006$). Снижение сексуальной функции на этапе становления терапевтической ремиссии отметили у себя 1 (1,27 %) из 79 пациентов I-й группы, 2 (5,0 %) из 40 II-й группы и 12 (7,69 %) из 156 пациентов III-ей группы ($p > 0,05$). Все 15 пациентов со снижением сексуальной функции на этапе становления ремиссии были мужчины со средним возрастом $33,05 \pm 9,05$ года. Распределение их по возрасту было следующим. В I группе возраст пациента составлял 59 лет; во II-й группе возраст пациентов был 37 и 43 года; в III-й группе у 5 пациентов возраст был 21–26 лет, трех — 27–40 лет и двух — 51–60 лет. При анализе причин снижения потенции было установлено, что если у 3 лиц в возрасте старше 50 лет имели место комплекс биопсихосоциальных причин (психогения, соматические заболевания, одиночество), то у 12 пациентов более молодого возраста причина импотенции оказалась психогенной. У двоих пациентов из II группы (обратившихся для противорецидивного лечения) с жалобами на снижение сексуальной функции после лечения нами был установлен диагноз «расстройство адаптации со смешанными нарушениями эмоций и поведения» (шифр по МКБ-10 F 43.25), проведено комплексное, в том числе психотерапевтическое лечение с восстановлением состояния здоровья. У 10 пациентов III группы нами установлен диагноз «конверсионное нарушение сексуальной функции», шифр F 44.88. Стрессором являлся вынужденный, под давлением извне («семья», «работа» и др.) не принятый личностью отказ от алкоголя. При этом установки на трезвость носили внешний характер, расставание с алкоголем вызывало эмоциональную реакцию «горе», это был пролонгированный стресс. По мере продолжения вынужденной трезвости действие стрессора вызвало усиление тревоги, вытеснение которой в подсознание и становилось патогенетическим механизмом (по принципу «слабого места») нарушения сексуальной функции. По нашему мнению, при попытке пациентами с АЗ решить связанные с алкоголем социальные проблемы за счет временного воздержания от приема алкоголя, АЗ прекращала функционировать только на поведенческом уровне (пациент «не пьет»). При этом патологическое влечение к алкоголю не угасало, а вытеснялось, пода-

влялось, сохранялось в скрытом виде и по механизмам конверсии трансформировалось в невротические и психосоматические симптомы. У этих 10 пациентов снятие запрета на употребление алкоголя и (или) возобновление употребления алкоголя, устраняя причину расстройства, приводило к немедленному восстановлению сексуальной функции. Мы считаем подобные, психогенные нарушения сексуальной функции рецидивоопасными клиническими состояниями, требующими как специфической (связанной с нарушениями сексуальной функции), так и универсальной, комплексной (связанной с динамикой течения алкогольной зависимости и особенностями формирования ремиссии) терапии.

На этапе стабилизации ремиссии (7–12 месяцев воздержания от употребления алкоголя) нарушений сексуальной функции не было выявлено из 49 пациентов I-й группы у 43 (87,76 %); из 27 пациентов II-й группы — у 20 (74,08 %); из 74 пациентов III-ей группы — у 59 (79,73 %) ($p > 0,05$). У 4 (2,67 %) из 150 пациентов, исследованных на этом этапе формирования ремиссии, сексуальная функция повысилась (без межгрупповых отличий, $p > 0,05$). Снижение сексуальной функции отметили у себя 5 (10,20 %) из 49 пациентов I-й группы, в то же время как среди пациентов II-й и III-й групп снижение сексуальной функции было выявлено у 6 (22,22 %) из 27 и 13 (17,57 %) из 74 пациентов соответственно ($p < 0,05$). Из 24 человек со снижением сексуальной функции на этапе стабилизации ремиссии оказалось только две женщины (по одной из I-й и II-й групп в возрасте 47 и 43 лет соответственно) и 22 мужчины. Средний возраст всех пациентов со снижением сексуальной функции был $46,6 \pm 8,05$ лет. В I-й группе пациентов средний возраст составил $51,0 \pm 7,21$ года, во II-й группе — $48,0 \pm 8,71$ года и в III-ей группе пациентов — $43,70 \pm 7,81$ лет (отличие III группы от двух других значимо, $p < 0,05$).

Таким образом, как следует из результатов исследования, чем хуже качество ремиссии АЗ, тем больше молодых пациентов с нарушением сексуальной функции. Только если на этапе стабилизации ремиссии это выглядит как тенденция ($p > 0,05$), то на этапе становления ремиссии это очевидная закономерность ($p < 0,05$). То есть, если на этапе становления ремиссии у большинства пациентов с рецидивирующим течением АЗ четко устанавливались критерии конверсионного расстройства сексуальной функции (отсутствие соматических причин расстройства и четкая связь с психогенией), то на этапе стабилизации ремиссии уже не так четко прослеживалась связь половой дисфункции с психической травмой. Из-за этого все чаще приходилось устанавливать менее определенный диагноз «отсутствие или потеря полового влечения», (шифр F 52.0).

На этапе установившейся ремиссии (более одного года воздержания от употребления алкоголя) жалоб на расстройство сексуальной функции, характерных для пациентов с АЗ до года ремиссии, не было выявлено ($p > 0,05$).

Выводы

У лиц с алкогольной зависимостью в ремиссии могут наблюдаться сексуальные дисфункции, но они имеют различные патогенетические механизмы развития, что необходимо учитывать при лечении пациентов.

Так, при ремиссиях низкого качества (с угрозой срыва ремиссии и рецидива алкоголизации) статистически и клинически чаще наблюдались конверсионные сексуальные дисфункции, как синдромотаксис основного заболевания — синдрома алкогольной зависимости ($p < 0,05$). Для их коррекции необходимо, прежде всего, качественное лечение основного заболевания (алкогольной зависимости) и только вместе с ним специфическая терапия сексуального расстройства.

При ремиссиях высокого качества (без рецидивоопасных клинических признаков угрозы срыва ремиссии) также могут наблюдаться сексуальные нарушения, но они уже

не были связаны патогенезом с основным заболеванием (синдромом зависимости), а являлись результатом иных патогенетических механизмов, следствием коморбидных сопутствующих заболеваний психогенной или органической этиологии. В таких случаях их коррекция требует комплексного (социотерапевтического, психотерапевтического, физиотерапевтического, фармакологического) лечения самой сексуальной дисфункции. Основой такого комплексного лечения может быть разработанная нами схема рациональной психотерапии сексуальных дисфункций ремиссионного периода у лиц с алкогольной зависимостью.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Наркология: нац. рук.: краткое изд. / под ред. Н. Н. Иванца, М. А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 699 с.
2. Сквиря, И. М. Клиническая структура ремиссии алкогольной зависимости / И. М. Сквиря // Проблемы здоровья и экологии. – 2019. – № 3 (61). – С. 17–24.
3. Магалиф, А. Ю. Функциональные расстройства при эмоционально-стрессовой терапии больных алкоголизмом / А. Ю. Магалиф // Довженковские чтения: проблема рецидива в современной наркологии: матер. науч.-практ. конф. 7–8 апреля 2009 г. – Харьков, 2009. – С. 40–44.
4. Сосин, И. К. Алкоголизм и нарушение сексуального здоровья / И. К. Сосин, Е. В. Кришталь, Г. П. Андрух. – Харьков: Велес, 1996. – 267 с.
5. Сквиря, И. М. Особенности патогенеза рецидивоопасных вегетативных дисфункций ремиссионного периода у пациентов с алкогольной зависимостью / И. М. Сквиря // Психосоматическая медицина, 2007: сб. тезисов 2 межд. Конгресса 31 мая. – 1 июня 2007 года. – СПб., 2007. – С. 143–144.

УДК 178.8:341.987.5

И. М. Сквиря¹, Б. Э. Абрамов¹, М. И. Сквиря²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Центр психотерапии

г. Гомель, Республика Беларусь

О ЛЕГАЛИЗАЦИИ ПСИХОДЕЛИКОВ И ДРУГИХ «ЛЕГКИХ» НАРКОТИКОВ

Введение

«Основной вопрос современного межцивилизационного диалога — вопрос о ценностях. Особую остроту он приобретает в контексте глобализационных процессов, затрагивающих все более широкие слои населения во всем мире. Глобализация влияет <...> на все человеческое сообщество <...>; она затрагивает политику, экономику, мораль, право, науку, искусство, образование и культуру. Не обходит она и медицину. Ведь болезнь не развивается сама по себе, а только в процессе взаимодействия человека с окружающей средой. Общее здоровье ВОЗ определяет как состояние человека, у которого не только отсутствуют болезни или физические недостатки, но имеется полное физическое, душевное и социальное благополучие. Интегральным показателем психического здоровья является динамическая адаптация человека в социуме, которая в настоящее время находится под угрозой из-за глобализации и связанной с ней разрушением устоявшихся моральных принципов» [1].

Результатом этих глобализационных процессов является наступающая с Запада либерализация, подрывающая традиционные устои общества, в том числе и в отношении к запрещенным наркотическим веществам. В ряде западных стран уже разрешены так называемые «легкие наркотики». И в нашей стране раздаются голоса в пользу их лега-