

*На правах рукописи*



**Северцев Всеволод Владиславович**

**Психотические расстройства, связанные с употреблением синтетических катинонов:  
клинические особенности, подходы к лечению, прогноз**

3.1.17. Психиатрия и наркология

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Москва – 2024

Работа выполнена в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, профессор

**Винникова Мария Алексеевна**

**Официальные оппоненты**

**Асадуллин Азат Раилевич** – доктор медицинских наук, доцент, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии, профессор кафедры

**Сахаров Анатолий Васильевич** – доктор медицинских наук, доцент, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии, заведующий кафедрой, первый проректор

**Ведущая организация:** Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «20» марта 2024 г. в 10:00 часов на заседании диссертационного совета ДСУ 208.001.24 при ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119021, г. Москва, ул. Россолимо, д.11, стр.1 (Клиника нервных болезней имени А.Я. Кожевникова)

С диссертацией можно ознакомиться в Фундаментальной учебной библиотеке ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119034, г. Москва, Зубовский бул., д. 37/1, и на сайте организации <http://www.sechenov.ru>

Автореферат разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета ДСУ 208.001.24  
доктор медицинских наук, профессор



**Зиновьева Ольга Евгеньевна**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### Актуальность темы исследования

Синтетические катиноны являются одной из самых больших групп среди современных веществ. Получив широкое распространение в 2000-ых годах, синтетические катиноны заняли нишу «легальных» наркотиков и распространялись под видом «солей для ванн», «растительных удобрений» и «минеральных добавок», что делало их легкодоступными и популярными среди молодежи. Эта группа химических веществ насчитывает около 300 молекул, которые по своему действию на центральную нервную систему являются психостимуляторами (Markus R. Meyer et al., 2010; Prosser J.M. et al., 2012; M. Valente et al., 2013; Головкин А.И. и др., 2015; Karila L. et al., 2015; Liechti M., 2015; M.H. Baumann et al., 2018; Schifano F et al., 2020). По данным на 2019 год синтетические катиноны занимают второе место в мире по распространенности среди синтетических веществ, уступая лишь каннабиноидам. По некоторым данным в Великобритании до 20% лиц в возрасте от 14 до 24 лет хотя бы раз употребляли синтетические катиноны (Karila L. Et al., 2015; EMCDDA and Europul, 2019). В России за 2018 год, несмотря на снижение общей заболеваемости наркологическими расстройствами, отмечается 30% прирост зависимостей от психостимуляторов и 50% прирост зависимостей от других наркотиков, включая полинаркоманию (Асадуллин А.В., Ахметова Э.А., Ненастьева А.Ю., 2017; Асадуллин А.Р., 2018; Киржанова В.В. и др., 2020;). При этом, частота повторных госпитализаций пациентов с психотическими расстройствами, связанными с употреблением других и нескольких веществ, за рассматриваемый период, увеличилась и достигла 17,4% от общего числа госпитализаций (Пичугина Ю.А. и др., 2016; Асадуллин А.Р., Анцыборов А.В., 2017; Киржанова В.В. и др., 2020).

Классическое представление об интоксикационных психозах по К. Vonhoeffler (1917) подразумевает экзогенно-органический тип реакций и относит интоксикационные психозы к экзогенным психическим расстройствам (Тиганов А.С. и др., 1999). Клинический полиморфизм интоксикационных психозов при употреблении синтетических катинонов приводит к тому, что пациентам зачастую устанавливается диагноз эндогенного расстройства, в частности шизофрения (Spiller H. Et al., 2011; Alessandra Paparelli et al., 2011; Prosser J.M. et al., 2012; Bramness, J.G. et al., 2012; Хорошилов Г.П. и др. 2015; Karila L. et al., 2015; Stiles B.M. et al. 2016; Анцыборов А.В. и др., 2017; Анцыборов А.В., Ненастьева А.Ю., 2017; Дубатова И.В. и др. 2017; Laura O. et al. 2019;). Не менее важной представляется проблема «двойного диагноза», так как течение зависимости и психического расстройства взаимно меняет картину заболевания (Bryant K.J., 1992; J. Rach B. et al., 1999; Hermle L. et al., 2013; Сиволап Ю.П. и др., 2017; Рыбакова К.В. и др., 2017). Такие клинические особенности обуславливают сложности при дифференциальной

диагностике, лечении и реабилитации пациентов с психозами, связанными с употреблением синтетических катинонов.

Таким образом, изучение психотических расстройств, связанных с употреблением синтетических катинонов, является актуальной задачей.

### **Степень разработанности темы исследования**

Несмотря на высокий интерес научного сообщества к психозам, вызванным психоактивными веществами, наблюдается явный дефицит научных исследований, что позволяет предполагать научную и практическую значимость изучения выбранной темы. Комплексное изучение клинико-динамических особенностей, симптоматической и синдромологической структуры психотических расстройств, связанных с употреблением синтетических катинонов, а также анализ факторов, влияющих на течение данных расстройств, позволит оптимизировать лечебные, диагностические и реабилитационные мероприятия.

### **Цель и задачи исследования**

Целью научно-квалификационной работы является: изучить и систематизировать психопатологические и клинические особенности психотических расстройств, связанных с употреблением синтетических катинонов, на основании полученных данных оптимизировать подходы к терапии.

Задачи данного исследования:

1. Изучить психопатологическую симптоматику психотических расстройств, связанных с употреблением синтетических катинонов.
2. Выявить химико-токсикологические, клинические и социо-демографические предикторы возникновения психотических расстройств, связанных с употреблением синтетических катинонов.
3. Провести катамнестическое наблюдение, для определения последствий психотических расстройств, связанных с употреблением синтетических катинонов.
4. Описать и систематизировать подходы к терапии психотических расстройств, связанных с употреблением синтетических катинонов.

## **Научная новизна исследования**

Впервые были изучены и систематизированы психопатологические и клинико-динамические особенности психотических расстройств, связанных с употреблением синтетических катинонов. Были определены химико-токсикологические и клинические факторы, влияющие на риск возникновения психозов, связанных с употреблением синтетических катинонов. Проанализированы подходы к лечению психозов, вызванных употреблением синтетических катинонов. Установлены последствия для пациентов, перенесших психоз, вызванный употреблением синтетических катинонов.

## **Теоретическая и практическая значимость исследования**

Подробное описание клинических форм психозов, связанных с употреблением синтетических катинонов, повышает точность дифференциальной диагностики, а также повышает результативность при планировании лечебных и реабилитационных мероприятий. Установленные факторы риска развития психозов при употреблении синтетических катинонов и факторы риска развития шизофрении у пациентов, перенесших интоксикационный психоз, повышают точность дифференциальной диагностики, а также расширяют возможности раннего выявления шизофрении, а значит и своевременного назначения антипсихотического лечения. Описанные принципы фармакотерапии психозов, вызванных употреблением синтетических катинонов, позволяют дифференцированно подходить к их лечению в зависимости от клинической картины.

## **Методология и методы исследования**

Для решения поставленных задач использовались клинический и статистический методы исследования. Наряду с клинико-психопатологическим обследованием, проводилась психометрическая оценка с использованием шкал и опросников (MINI, BPRS, MMSE, MFI-20, WHOQOL-BREF). Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 2.8.8 (разработчик – ООО «Статтех», Россия).

## **Положения, выносимые на защиту**

1. Наиболее часто психотические расстройства, вызванные употреблением синтетических катинонов, проявляются в трех клинических формах: делириозная, бредовая, полиморфная.

2. К предикторам возникновения психотических расстройств, вызванных употреблением синтетических катинонов относятся: возраст, длительность ежедневного употребления, вид употребляемого наркотика, низкая приверженность реабилитационному лечению.
3. К факторам, повышающим риск развития психоза, относятся: женский пол, возраст, длительность ежедневного употребления, наличие признаков психического инфантилизма, страх темноты в детстве, употребление альфа-пвп. К факторам, снижающим риск развития психоза, относятся: участие в реабилитационной программе и патология беременности матери (гипоксическая энцефалопатия).
4. Пациенты, перенесшие психоз, вызванный употреблением синтетических катинонов, подвержены развитию повторных психозов. В исследуемой выборке повторные психозы встречались в 67,9% случаев при продолжении употребления психоактивных веществ, и в 28,2% при воздержании от употребления.
5. Для купирования психотической симптоматики используют терапевтические тактики, сочетающие инфузионную, седативную и антипсихотическую терапию с применением: бензодиазепинов, типичных или атипичных антипсихотиков, либо средств для наркоза. Рациональный алгоритм выбора терапевтического подхода зависит от соотношения выраженности психопатологических нарушений и степени психомоторного возбуждения.
6. У пациентов, перенесших психоз, вызванный употреблением синтетических катинонов, риск развития шизофрении значительно выше, чем в популяции.

### **Соответствие диссертации паспорту научной специальности**

Диссертация соответствует паспорту научной специальности 3.1.17. Психиатрия и наркология, занимающейся изучением клинических, социально-психологических и биологических основ психических заболеваний, их клинических проявлений, патогенеза, лечения, профилактики и реабилитации психических и наркологических больных. Результаты проведенного исследования соответствуют области исследования специальности, конкретно пунктам 2, 3, 4, 5, 6 специальности Психиатрия и наркология.

### **Степень достоверности и апробация результатов**

Достоверность результатов обоснована адекватностью выбранных научно-доказательных методов, четко сформулированным целям и задачам диссертации, объемом материала (репрезентативная выборка). Дизайн исследования, адекватные методы исследования, критерии оценки эффективности терапии, статистическая обработка результатов отвечают стандартам

доказательной медицины. Основные положения диссертации были доложены и обсуждены на научных конференциях: Всероссийский конгресс с международным участием «Нейропсихиатрия в трансдисциплинарном пространстве: от фундаментальных исследований к клинической практике», 25 – 26 мая 2023 год, Санкт-Петербург. Научно-практическая конференция «Новые подходы к терапии основных психических расстройств», 26 апреля 2023 года, Москва. Всероссийский конгресс с международным участием "Психоневрология: Век XIX – Век XXI", посвященный 115-летию ФГБУ "НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева" Минздрава России и 165-летию со дня рождения В.М. Бехтерева, 12–13 мая 2022 года, Санкт-Петербург. Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы психофармакотерапии основных психических расстройств», 27 апреля 2022 год, Москва. Конференция, посвященная 90-летию со дня рождения Б.Д. Карвасарского: «Альянс психологии, психотерапии и фармакотерапии. Наука и реальный мир в лечении психических расстройств», 29 октября 2021 года, Санкт-Петербург. Диссертация апробирована на конференции кафедры психиатрии и наркологии лечебного факультета кафедры психиатрии и наркологии Института клинической медицины им. Н. В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет) (протокол № 10 от 26 апреля 2023 г.).

### **Внедрение результатов диссертационного исследования в практику**

Основные научные положения, выводы и рекомендации кандидатской диссертации внедрены в лечебный процесс наркологического отделения клиники психиатрии имени С.С. Корсакова Университетской клинической больницы №3 ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). Акт о внедрении №219 от 29.03.2023; Основные научные положения, выводы и рекомендации кандидатской диссертации внедрены в учебный процесс кафедры психиатрии и наркологии Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского при изучении дисциплин «психиатрия», «психиатрия и наркология» студентами, ординаторами и аспирантами, проходящими обучение по направлениям подготовки 31.05.01 – Лечебное дело, 31.08.19 – Педиатрия, 37.05.01 – Клиническая психология, 30.05.01 – Медицинская биохимия, 30.05.02 – Медицинская биофизика, 31.08.20 – Психиатрия, 31.08.21 – Психиатрия-наркология, 3.1.17. Психиатрия и наркология. Акт о внедрении №218 от 29.03.2023;

## **Личный вклад автора**

Вклад автора является определяющим на всех этапах исследования: выбор направления исследования, анализ и обобщение литературных данных, постановка целей и задач, разработка дизайна исследования. Автором самостоятельно проведены отбор пациентов, сбор анамнестических данных, клинико-психопатологическое и клинико-катамнестическое обследование. Автором самостоятельно создана электронная база данных, проведена статистическая обработка полученных данных, обобщение и анализ полученных результатов, подготовлены основные публикации по теме исследования.

## **Публикации по теме диссертации**

По результатам проведенного исследования опубликованы 8 работ. Из них: 2 научные статьи в журналах, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий Сеченовского Университета/ Перечень ВАК при Минобрнауки России; 1 научная статья в издании, индексируемом в международной базе Scopus, 5 публикаций в сборниках материалов всероссийских научных конференций (в том числе с международным участием).

## **Структура и объем диссертации**

Диссертация представлена на 148 страницах машинописного текста, состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, списка литературы и приложения, в котором присутствуют описания клинических случаев и статистических методов. Список литературы включает 176 наименований, в том числе 39 отечественных и 137 зарубежных источников. Работа иллюстрирована 59 таблицами, 5 рисунками.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

### **Характеристика материалов и методов**

Предметом изучения в данном исследовании являлась группа пациентов, перенесших психотическое расстройство, связанное с употреблением СКат. Группу сравнения составили пациенты, употреблявшие СКат, но не перенесшие психотического расстройства.

Критериями *включения* в исследование были: возраст старше 18 лет, у которых в организме путем химико-токсикологического анализа было обнаружено наличие синтетических катинонов или их метаболитов, подписавших информированное согласие на исследование, а так же



соответствующим критериям следующих диагнозов по МКБ-10: Острая интоксикация: F15.00Н (Острая интоксикация другими стимуляторами, включая кофеин), F19.00Н (Острая интоксикация вызванная одновременным употреблением нескольких наркотических веществ и использованием других психоактивных веществ), T40.4 (Интоксикация другими синтетическим наркотиками), T40.6 (Другими и неуточненными наркотиками), T40.9 (Отравление неустановленными психодислептиками); Пагубное употребление: F15.1 (Пагубное употребление других стимуляторов, включая кофеин), Синдром зависимости: F15.2 Синдром зависимости от стимуляторов; F15.3 Синдром отмены стимуляторов; F15.4 Абстинентное состояние (синдром отмены) с делирием; F15.5 Психотическое расстройство связанное с употреблением стимуляторов;

Критериями *невключения* были: ранее установленный диагноз: F20 Шизофрения, F25 Шизоаффективное расстройство, G40 Эпилепсия; Острые или обострение хронических соматических и неврологических заболеваний (в т. ч. онкологические и системные заболевания), препятствующих участию в научном исследовании; Обнаружение других психоактивных веществ в биологических средах при химико-токсикологическом анализе; Положительный анализ RW, HIV; Беременность.

В исследование были включены пациенты, госпитализированные в отделение острых отравлений для психически больных «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского», отделение неотложной наркологической помощи ГБУЗ «МНПЦ наркологии» ДЗМ, а так же в ООО медицинский центр «Unica+» с диагнозами «T40.9 Отравление другими психодислептиками», «F15.0 Острая интоксикация психостимуляторами», «F15.2 Синдром зависимости от стимуляторов», «F15.3 Синдром отмены психостимуляторов», «F15.5 Психотическое расстройство, вызванное употреблением стимуляторов».

Исследование являлось открытым, сравнительным, проспективным. За период с февраля 2021 года по май 2022 года в исследование в соответствии с критериями включения/невключения было набрано 176 пациентов: 64,8% (n=114) из них были мужского пола, а 35,2% (n=62) составили женщины. Медиана возраста составила 27 лет (22-32 (Q1-Q3)).

В зависимости от наличия психотического расстройства пациенты были разделены на 2 группы: 98 человек (основная группа (перенесшие психоз)) и 78 человек (контрольная группа (употреблявшие синтетические катиноны, но не перенесшие психоза за период лечения)). Все больные проходили лечение в стационаре с учетом стандартов специализированной медицинской помощи. Всем пациентам были проведены рутинные лабораторные и инструментальные исследования (электрокардиография, рентгенография органов грудной клетки, биохимический, клинический анализы крови, клинический анализ мочи). При необходимости больным предоставлялись консультации и лечение других профильных

специалистов (невролога, отоларинголога, хирурга, терапевта, дерматолога и т.д.). После выписки из стационара всем больным было предложено продолжить наблюдение, а часть пациентов направлялись на лечение в реабилитационные центры, катamnестическое наблюдение осуществлялось либо в форме периодических очных консультаций, либо посредством наблюдения в рамках стационарной реабилитационной программы.

Исследование состояло из трех этапов. Задачей 1 этапа было изучение характерные варианты психозов и клинико-психопатологическое сравнение психотических расстройств, связанных с синтетическими катинонами. Задачей 2 этапа была оценка существующих подходов к лечению психотических расстройств, связанных с СКат. Задачей 3 этапа было проведение катamnестического наблюдения и изучение последствий перенесенного психоза.

Психометрические шкалы были использованы для объективизации оценки динамики психотической симптоматики, когнитивных функций, субъективного восприятия астении и качества жизни: MINI, BPRS, MMSE, MFI-20, WHOQOL-BREF. Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 2.8.8 (разработчик - ООО "Статтех", Россия). Сравнительные социально-демографические показатели в группах представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Социально-демографические показатели в группах

Показатель	Контрольная группа	Основная группа
<i>Пол, n (%)</i>		
Мужской пол	53 (67,9)	58 (59,2)
Женский пол	25 (32,1)	40 (40,8)
<i>Уровень образования, n (%)</i>		
Общее среднее	9 (11,5)	7 (7,1)
Среднее полное	26 (33,3)	20 (20,4)
Средне-специальное	22 (28,2)	41 (41,8)
Высшее	21 (26,9)	30 (30,6)
<i>Трудовой статус, n (%)</i>		
Безработный	2 (2,6)	11 (11,2)
Обучающийся	12 (15,4)	12 (12,2)
На иждивении у родителей	12 (15,4)	22 (22,4)
Работа, полный день	30 (38,5)	36 (36,7)
Работа, неполный день	19 (24,4)	17 (17,3)
Декретный отпуск	3 (3,8)	0 (0,0)

Продолжение Таблица 1

<i>Семейное положение, n (%)</i>		
Холост	63 (80,8)	70 (71,4)
В браке	5 (6,4)	22 (22,4)
Разведен	8 (10,3)	6 (6,1)
Вдова/вдовец	2 (2,6)	0 (0,0)

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### Клинические особенности психотических расстройств, связанных с употреблением синтетических катинонов

В основной и контрольной группах были установлены однородные социо-демографические показатели. Наследственная отягощенность психическими заболеваниями не оказывала влияния на частоту развития психоза. Значимые различия получены по двум социо-демографическим параметрам: 1 – пациенты основной группы чаще находились в официальном браке (в основной группе по сравнению с контрольной было больше пациентов, состоящих в браке: 22,4% в основной группе и 6,4% в контрольной ( $p = 0,011$ )); 2 – они реже были трудоустроены (В основной группе пациентов в сравнении с контролем было больше состоящих на бирже труда (11,2% и 2,6%, соответственно), а также тех, кто находился на иждивении у родителей (22,4% и 15,4%, соответственно) ( $p = 0,058$ )).

Для оценки факторов риска и предикторов развития психоза были рассмотрены 29 параметров (из категорий: наследственность, развитие в детском возрасте, данные о пубертатном периоде, клинико-динамические характеристики наркологического заболевания, психический статус). Сначала каждый показатель оценивался в качестве отдельного параметра. На этом этапе удалось установить четыре показателя, которые демонстрировали статистически значимую разницу между основной и контрольной группами.

Пациенты, перенесшие психоз, были старше, об этом говорит медиана возраста, которая в основной группе выше, по сравнению с контрольной: 30 и 25 лет, соответственно ( $p=0,002$ ). Это позволяет сделать предположение, что у пациентов более старшего возраста наблюдается более высокий риск развития психоза. Вторым статистически значимым показателем была длительность ежедневного употребления СКат до поступления в стационар. Было установлено, что у пациентов, употреблявших СКат более 21 дня, психозы случались в 75,8% ( $n=25$ ) случаев. У пациентов, употреблявших СКат менее 7 дней, психозы случались в 54,6% ( $n=65$ ) случаев. У пациентов, употреблявших СКат от 7 до 21 дня, психозы случались в 33,3% ( $n=8$ ). Различия в

приведенных показателях были статистически значимы ( $p=0,006$ ). Таким образом, потребители СКат имеют высокий риск психоза априори, независимо от длительности употребления психоактивных веществ, и даже краткосрочный период употребления СКат (до 7 суток) в половине случаев приводит к развитию психоза, но при увеличении длительности ежедневного употребления СКат психозы развиваются еще чаще. Третий показатель: вид употребляемого СКат. Употребление альфа-пвп и смесей, его содержащих, намного чаще приводило к развитию психозов, в отличие от употребления мефедрона. Психотические расстройства развивались у 63,7% пациентов, употреблявших альфа-пвп и 63,0% пациентов, употреблявших смеси, содержавшие альфа-пвп. У пациентов, употреблявших мефедрон, психотические расстройства развивались всего 30,8% пациентов ( $p = 0,005$ ).

Четвертый значимый показатель, который демонстрировал значимые различия — это взаимосвязь между частотой развития психоза и прохождением реабилитационной программы. Среди пациентов, не проходивших реабилитацию, психоз развился у 59,2% ( $n=90$ ), а среди тех, кто имел опыт реабилитации у 33,3% ( $n=8$ ) ( $p=0,018$ ). Тем не менее, малочисленность пациентов, проходивших реабилитационную программу ( $n=24$ ) ограничивает возможность однозначно интерпретировать информативность этих результатов. На втором этапе статистического анализа была разработана прогностическая модель с помощью метода бинарной логистической регрессии, в уравнение было включено 29 показателей, однако большинство из них не демонстрировали статистически значимого влияния на вероятность возникновения психоза. В итоговую модель были включены 6 из них: возраст, пол, опыт прохождения реабилитации, количество дней употребления СКат, наличие патологии беременности, психический инфантилизм, страх темноты в детстве (таблица 2).

Таблица 2 – Факторы риска развития психоза

Переменные	Unadjusted (Нескорректированные)		Adjusted (Скорректированные)	
	COR; 95% ДИ	p	AOR; 95% ДИ	p
Возраст (лет)	1,089; 1,035 – 1,147	0,001*	1,160; 1,084 – 1,241	< 0,001*
Прохождение реабилитации: Да	0,344; 0,139 – 0,854	0,021*	0,275; 0,083 – 0,917	0,036*
Гипоксическая энцефалопатия: Да	0,489; 0,189 – 1,264	0,140	0,241; 0,077 – 0,758	0,015*

Продолжение Таблица 2

Психический инфантилизм: Да	4,318; 0,918 – 20,328	0,064	9,678; 1,624 – 57,628	0,013*
Пол: женский	1,462; 0,784 – 2,726	0,232	3,590; 1,531 – 8,415	0,003*
Дней употребления подряд	1,023; 0,995 – 1,053	0,112	1,050; 1,005 – 1,096	0,029*
Страх темноты: Да	1,990; 1,055 – 3,755	0,033*	2,114; 1,013 – 4,411	0,046*
	Для оценки p-value для каждой из независимых переменных использовалась статистика Вальда.			

Полученная регрессионная модель является статистически значимой ( $p < 0,001$ ). Исходя из значения коэффициента детерминации Найджелкерка, модель объясняет 30,9% наблюдаемой дисперсии группы. Показатели, имеющие отношение шансов (Odds Ratio, OR) больше 1,0, увеличивают шанс наступления события (психоза), а имеющие OR менее 1,0 уменьшают шанс наступления события. Чувствительность и специфичность модели составили 77,6% и 69,2%, соответственно.

### **Клинические формы психотических расстройств, их клинико-динамические особенности**

Клиническая картина психотических расстройств и динамика состояния была неоднородной. Несмотря на гетерогенность клинической картины, в ней наблюдались характерные для всех форм психозов явления: психомоторное возбуждение, аффект страха, а также склонность к аутоагрессивным и гетероагрессивным поступкам. Так, нами было выделено три основных формы психозов: Делириозная форма (Delirium toxicus, DT), Бредовая форма (Delusion, Del), Полиморфная форма (Polymorphic, Poly).

Первая подгруппа DT была наиболее многочисленной и составила 58,2% (n=57). Этот вид психоза соответствовал представлениям об «экзогенном типе реакции» К. Бонгеффера и развивался исключительно в интоксикации, непосредственно после употребления, либо в течение 3-4 часов. В течении делирия, развивающемся при употреблении СКат, можно выделить 4 этапа: продромальный этап, этап развернутого делирия, этап разрешения психоза, этап постпсихотических расстройств. В отличии от алкогольного делирия, при употреблении СКат динамика психоза лавинообразная с быстрым утяжелением психотической симптоматики и

лишена большого количества предвестников и признаков делириозной готовности. Этап развернутого делирия обычно длился до 3 суток. Динамика состояния была волнообразной с периодами оглушения, сменяющимися периодами психомоторного возбуждения, во время которых пациенты оставались дезориентированы, не реагировали на обращенную речь и сами обращались к несуществующим собеседникам. Периоды возбуждения и оглушения не были связаны со временем суток и не сопровождалась периодами «просветления», в отличие от алкогольного делирия. Выход из этапа развернутого делирия сопровождался переходом в глубокий сон, который продолжался 12-14 часов и, после пробуждения из которого, пациенты выходили в ясном сознании и без галлюцинаций. После этого наступал этап постпсихотических нарушений, во время которого возникали неспецифические астено-невротические, когнитивные и аффективные нарушения (сниженное настроение, раздражительность). Длительность постпсихотических расстройств чаще всего не превышала 10 суток. Развитие этой формы психоза сами пациенты часто связывали с одномоментной передозировкой употребленного Скат.

Во вторую подгруппу Del были включены пациенты с симптоматикой, укладывающейся в рамки острого параноида, всего 17,3% (n=17). Эта форма психоза чаще развивалась в интоксикации (88,8%), но и в 11,2% (n=2) в абстинентном синдроме. Бредовую форму психоза можно разделить на 3 этапа: продромальный этап, этап непосредственно психоза, этап разрешения психоза. Эта форма психоза чаще возникала на фоне истощения в конце «марафона» или через несколько дней после. На этапе непосредственно психоза состояние было представлено острым бредом, в рамках которого могли встречаться иллюзии или скудные простые галлюцинации. Фабула обычно имела «типичное» паранойальное содержание пациенты окончательно «осознавали», что спецслужбы, полиция или знакомые разместили в квартире пациента средства наблюдения. Медиана длительности бредовой формы психоза составила 7 суток. Переход на этап разрешения психоза происходил путем нарастания астении и постепенного угасания аффективной заряженности бредовой фабулы. Так, в случаях краткосрочных психозов, продлившихся 1–2 суток, симптоматика полностью разрешалась после крепкого сна. А в случаях психозов, длившихся 5 дней и более, пациенты обычно становились сонливы, безразличны к окружающим событиям и могли проводить по 10-16 часов в постели в течение 2–3 дней, после чего возвращались к привычному ритму жизни и сообщали об о том, что поняли, что бредовая фабула была ложной. Этапа постпсихотических расстройств у этой категории пациентов не наблюдалось.

Третья подгруппа Poly составила 24,5% (n=24), симптоматика у этих пациентов отличалась разнообразием. В этой подгруппе психозы начинались в интоксикации (75% (n=18)), в абстинентном синдроме (12,5% (n=3)) и спустя более 10 дней после последнего употребления (12,5% (n=3)). Для этой категории психозов можно выделить четыре этапа: продромальный этап,

этап непосредственно психоза, период разрешения психоза и период постпсихотических расстройств. Длительность продромального этапа обычно составляла до 7 дней. Психотическая симптоматика у пациентов из этой подгруппы была представлена галлюцинаторно-бредовым синдромом и включала в себя идеаторные автоматизмы и псевдогаллюцинации. Бред характеризовался вычурной фабулой, мог содержать идеи греховности, идеи величия, а также идеи преследования спецслужбами или неведомыми мировыми лидерами. Психозы в этой подгруппе были наиболее длительными – 10 дней и более. На фоне адекватной антипсихотической терапии обычно спустя 5-7 дней у пациентов формировалась устойчивая критика к психотическим расстройствам. Появление стойкой критики обозначало переход к этапу разрешения психоза. Еще некоторое время они сообщали о наличии эпизодических галлюцинаторных явлениях (например, в шумном помещении слышали голоса поступающие прямо в мозг), либо об эпизодах идеаторных автоматизмов или появлении ощущения, что содержание бредовой фабулы было правдивым. На этом этапе пациенты чаще всего испытывали расстройства невротического уровня (тревога, сниженное настроение, расстройства сна (чаще всего трудности при засыпании и кошмарные сновидения), навязчивые мысли (о своем будущем и психическом здоровье)) и резидуальные психотические симптомы, описанные выше. Период разрешения психоза обычно длился несколько недель и плавно переходил в период постпсихотических расстройств, во время которого устойчиво сохранялись астенические и невротические (тревожно-депрессивные) расстройства вплоть до конца наблюдения (12 месяцев).

Для объективации данных и сравнения тяжести симптоматики была использована шкала BPRS. Делириозная форма психоза отличалась своей тяжестью: в первые сутки пациенты демонстрировали самые высокие баллы ( $M_e = 80 (73 - 87)$ ). В подгруппе с бредовой формой медиана баллов составила 65 (59 – 82). Различия в баллах между группами были статистически значимы  $p=0,003$ . В динамике у пациентов из разных подгрупп на фоне лечения обнаруживались также разные показатели по шкале BPRS. В подгруппе DT после выхода из психоза баллы по BPRS составили 33 (30 – 37), это были самые низкие баллы среди всех форм психозов, такие результаты отражают оценку проявлений расстройств как «очень незначительно» или «отсутствует» по всем показателям. В процессе дальнейшего наблюдения, на 6-м ( $V_2$ ) и на 12-м ( $V_3$ ) месяце баллы по шкале BPRS составили 24 (19 – 31) и 23 (18 – 33) балла соответственно, что отражает минимальные оценки по всем показателям. В подгруппе Del баллы после выхода из психоза были выше и составили 38 (28 – 45) баллов. При наблюдении, на 6-м ( $V_2$ ) и 12-м ( $V_3$ ) месяцах баллы по шкале BPRS составили 23 (18 – 37) и 22 (18 – 37) соответственно. В подгруппе Poly медиана баллов после выхода из психоза составила 42 (33 – 51) балла, это был самый высокий балл из всех форм психозов. К 6-му месяцу ( $V_2$ ) баллы по шкале BPRS в этой подгруппе так же были наиболее высокими из всех форм психозов, и медиана составила 38 (28 – 48). К 12-

му месяцу показатели в подгруппе Poly становились аналогичными с другими подгруппами и составляли 24 (21 – 31) балл, то есть оценки по всем показателям были минимальными. Для пациентов и из основной, и из контрольной групп, было характерно развитие астенического синдрома в первые дни после прекращения их употребления, однако, у пациентов, перенесших психоз, он был более выраженным. Медиана баллов по шкале MFI-20 в основной группе (перенесшие психоз) составила 48 (39 – 63) баллов, а в контрольной 46 баллов (38 – 52) ( $p=0,036$ ), нормой считается показатель до 30 баллов (то есть, у пациентов из обеих групп наблюдался астенический синдром). Выраженность астенической симптоматики различалась и в зависимости от формы психоза. После выхода из психоза у пациентов из подгруппы DT были самые низкие баллы, медиана составила 47 баллов (39 – 58). Спустя 6-ти ( $V_2$ ) и 12-ти ( $V_3$ ) месячных рубежи пациенты последовательно лучше оценивали свое состояние, но оставались в категории «выше нормы», то есть в некоторой степени проявления астении все еще отмечались, медиана баллов составила 43 (31 – 52) и 35 (29 – 50), соответственно. У пациентов подгруппы Del выраженность астенической симптоматики после выхода из психоза была выше, и медиана составила 49 баллов (37 – 65). Эти пациенты отмечали худшее состояние по подшкалам «снижение мотивации» и «психическая астения». На 6-ом ( $V_2$ ) и 12-ом ( $V_3$ ) месяцах пациенты демонстрировали практически одинаковые показатели в 34 (30 – 42) и 33 (25 – 37) балла, что соответствует нормальным показателям.

У пациентов подгруппы Poly после выхода из психоза астеническая симптоматика была наиболее выражена среди всех форм психоза, и медиана составила 66 баллов (55 – 79). Спустя 6 месяцев ( $V_2$ ) медиана баллов так же оставалась высокой, и медиана составила 54 (50 – 64) балла. Эти показатели соответствуют клиническому описанию, у пациентов длительно сохранялись тревожно-депрессивные расстройства и показатели «общей астении», «снижения мотивации», «психической астении» имели наиболее высокие баллы. К 12-му месяцу ( $V_3$ ) медиана баллов составила 47 (38 – 58), что все еще превышало нормальные показатели, однако динамика была положительной. Результаты опросников к этому моменту характеризовались более низкими субъективными оценками по всем шкалам. У всех пациентов была проведена оценка качества жизни, в результате было обнаружено, что средние результаты по всем показателям качества жизни были выше в контрольной группе. Статистически значимая разница была установлена по показателям физического самочувствия (81 (66 – 88) в контрольной против 69 (50 – 81) в основной), психологического самочувствия (69 (56 – 86) в контрольной против 56 (50 – 69) в основной) и в оценке социального окружения (75 (50 – 91) в контрольной против 56 (44 – 75) в основной). Более низкие показатели качества жизни в основной группе после выхода из психоза ( $V_1$ ) могли быть связаны с тем, что эти пациенты имели перенесенный психоз и постпсихотические расстройства, и несмотря на то, что опросник WHOQOL подразумевает



оценку состояния за последние 4 недели, на результаты могло влиять актуальное состояние. Пациенты из подгруппы DT после выхода из психоза ( $V_1$ ) демонстрировали средние показатели качества жизни по всем подшкалам: физическое самочувствие: 69 (53 – 81) баллов; психологическое самочувствие: 69 (56 – 78); социальное окружение: 75 (47 – 81); среда обитания: 69 (53 – 75). То есть основная масса пациентов была удовлетворена своим качеством жизни в последние 4 недели. При динамическом наблюдении на 6-ом ( $V_2$ ) и 12-ом ( $V_3$ ) месяцах наблюдались незначительные колебания результатов во всех подшкалах в пределах 70 баллов, то есть удовлетворенности качеством жизни. Пациенты из подгруппы Del после выхода из психоза демонстрировали следующие баллы по опроснику качества жизни: физическое самочувствие: 81 (61 – 88) баллов; психологическое самочувствие: 56 (48 – 59); социальное окружение: 34 (25 – 69); среда обитания 63 (63 – 76). Такой результат отражает состояние пациентов во время и после психоза, когда в рамках их бредовой фабулы они боялись преследования со стороны знакомых, что отразилось на показателях психологического самочувствия и оценке социального окружения. При динамическом наблюдении к 6-му ( $V_2$ ) месяцу результаты стали значительно выше: физическое самочувствие: 73 (68 – 88) баллов; психологическое самочувствие: 64 (56 – 78); социальное окружение: 67 (53 – 72); среда обитания: 79 (69 – 88). Таким образом оценка качества жизни после улучшения состояния переходила в категорию «удовлетворенности». А спустя год наблюдения ( $V_3$ ), медиана баллов по всем подшкалам становилась равной 88 баллам, что соответствует высокой удовлетворенности жизнью. В подгруппе Poly после выхода из психоза ( $V_1$ ) пациенты оценивали качество жизни наиболее низко: физическое самочувствие: 50 (46 – 63) баллов; психологическое самочувствие: 44 (20 – 56); социальное окружение: 50 (31 – 69); среда обитания: 69 (50 – 81). Такие результаты соответствуют клинической картине длительного психоза с выраженными галлюцинаторными и бредовыми проявлениями, что оказало влияние на оценку качества жизни. К 6-му месяцу ( $V_2$ ) наблюдения статистически значимая динамика обнаруживалась только по шкале психологического самочувствия и баллы составили 58 (43 – 69), что говорило об умеренном улучшении качества психологического самочувствия. Но при дальнейшем наблюдении, то есть к 12-му месяцу ( $V_3$ ), ни один из показателей не демонстрировал статистически значимого изменения, и пациенты из подгруппы Poly оценивали свое качество жизни ниже, чем все остальные. Скорее всего, это связано с длительными тревожно-депрессивными расстройствами, которые наблюдались у этой категории пациентов.

У пациентов и основной, и контрольной групп диагностировались когнитивные нарушения различной выраженности. Сравнение основной и контрольной групп по шкале MMSE показало более выраженные когнитивные расстройства у пациентов, перенесших психоз: после выхода из психоза в основной группе, медиана баллов составила 27 баллов, что соответствовало умеренным когнитивным нарушениям, а в контрольной – 28 баллов, что соответствует легким

когнитивным нарушениям. В подгруппе DT медиана баллов по шкале MMSE после выхода из психоза ( $V_1$ ) составила 28 (26 – 29) баллов, что соответствовало легким когнитивным нарушениям. Чаще всего ошибки возникали в заданиях «воспроизведение запомненных слов» и «внимание и счет». Эти ошибки можно объяснить снижением активного внимания и быстрой истощаемостью пациентов по ходу проведения интервью, так как оценка когнитивных функций происходила ближе к его завершению. При динамическом наблюдении к 6-му ( $V_2$ ) и 12-му ( $V_3$ ) месяцам медиана баллов составила 28 (28 – 30) и 29 (28 – 30), соответственно. То есть, результаты MMSE в первый визит и последующие отражают обыкновенное когнитивное состояние пациентов из выборки. Пациенты из подгруппы Del после выхода из психоза ( $V_1$ ) демонстрировали умеренные когнитивные нарушения, а медиана баллов составила 27 (19 – 29). Пациенты из этой группы так же испытывали трудности с заданиями «внимание и счет», «воспроизведение запомненных ранее слов» и «повторение фразы». Скорее всего в данном случае на когнитивные функции негативно влияли более длительная психотическая симптоматика и прием антипсихотической терапии. При динамическом наблюдении у пациентов из подгруппы Del на 6-м месяце ( $V_2$ ) показатели когнитивных функций соответствовали нормальным (30 (29 – 30) баллов) и при повторном измерении на рубеже в 12 месяцев ( $V_3$ ), результаты оставались аналогичными. Пациенты из подгруппы Poly после выхода из психоза ( $V_1$ ) демонстрировали худшие показатели когнитивных функций, медиана баллов составила 26 (25 – 28) баллов. Пациенты из этой группы испытывали трудности с заданиями «внимание и счет», «воспроизведение запомненных ранее слов», «повторение фразы», «выполнение словестной инструкции», «напишите законченное предложение» и «повторение рисунка». Такой результат был связан с сохранявшейся психотической симптоматикой и более интенсивной антипсихотической терапией. При динамическом же наблюдении, на 6-м ( $V_2$ ) и на 12-м ( $V_3$ ) месяцах медиана баллов составила 29 (28 – 30) и 29 (27 – 30), соответственно, что соответствует нормальным показателям по шкале MMSE. Пациенты, попавшие в нижний квартиль (с баллами менее 29), продолжали принимать антипсихотическую терапию и испытывали трудности при концентрации внимания, что приводило к ошибкам при выполнении заданий.

### **Терапевтические тактики, используемые для лечения психотических расстройств, вызванных употреблением синтетических катинонов**

Варианты терапевтических тактик, применяемых для психозов, вызванных употреблением СКат, изучались посредством наблюдательного продольного исследования.

В результате анализа удалось выделить 4 основные тактики (таблица 3), которые используются при работе с такими пациентами. Так как в качестве клинических баз выступали

как линейные наркологические отделения, так и отделения острых отравлений и токсикологической реанимации, спектр лечебных вмешательств, попавших в исследование, можно считать репрезентативным.

Первая тактика: Инфузионная терапия с использованием бензодиазепинов (ИТ+БД). Объем инфузионных растворов до 1,5 л, диуретиков с целью профилактики отека головного мозга (фуросемид до 80 мг в сутки) и бензодиазепинов (среди которых предпочтительными были: диазепам в дозе до 20 мг в сутки и бромдигидрохлорфенилбензодиазепин в дозе до 6 мг в сутки). Вторая тактика: Инфузионная терапия с использованием типичных антипсихотиков (ИТ+ТА). Эта тактика схожа с первой (базовой), в ней так же использовались инфузионные растворы, диуретики и бензодиазепины, но кроме этого применялись антипсихотики первого поколения: галоперидол до 10 мг/сут, дроперидол до 10 мг/сут. Третья тактика: Инфузионная тактика с использованием атипичных антипсихотиков (ИТ+АА). В рамках этой тактики так же использовались инфузионные растворы, диуретики и бензодиазепины, но и атипичные антипсихотики: оланзапин до 20 мг/сут, кветиапин до 400 мг/сут. Четвертая тактика: Тактика с использованием форсированного диуреза и пропофола (ФД+ПР). Форсированный диурез включал использование инфузионных растворов до 4 л в сутки с использованием диуретиков (фуросемида до 120 мг/сут). Она заключалась в применении инфузионных растворов в объеме до 4 л, диуретиков и пропофола до 1000 мг/сут. В результате проведенного наблюдения и анализа было установлено, что мишенями всех терапевтических тактик является: коррекция гемодинамических, реологических, электролитных нарушений; удаление из организма веществ и их метаболитов; купирование психомоторного возбуждения (седация) с целью снижения риска развития тяжелых соматических; купирование продуктивной психотической симптоматики.

Таблица 3 – Частота использования терапевтических тактик в зависимости от формы психоза

Терапевтическая тактика	Тип психоза		
	DT N (%)	Del N (%)	Poly N (%)
ИТ+БД	24 (42,1)	8 (47,1)	1 (4,2)
ИТ+ТА	14 (24,6)	4 (23,5)	9 (37,5)
ИТ+АА	0 (0,0)	5 (29,4)	8 (33,3)
ФД+ПР	19 (33,3)	0 (0,0)	6 (25,0)

Базовым подходом к терапии психозов, вызванных употреблением синтетических катинонов, является инфузионная терапия и бензодиазепины. Объем инфузий средний – до 1,5 л

в сутки. Рациональный алгоритм выбора терапевтического подхода в случае недостаточной эффективности базовой терапии, зависит от соотношения выраженности психопатологических нарушений и степени психомоторного возбуждения: в случаях тяжелых проявлений психоза, таких как помрачение сознания, сочетающееся с выраженным психомоторным возбуждением, эффективное лечение обеспечивает тактика с применением средств для наркоза и форсированного диуреза; в случае выраженного психомоторного возбуждения, которое не купируется бензодиазепинами, целесообразно использование типичных антипсихотиков; случаях, когда психопатологическая симптоматика преобладает над возбуждением или возбуждение носит вторичный по отношению к психотической симптоматике характер, эффективно применение атипичных антипсихотиков.

### **Клиническая характеристика особенностей психотических симптомов у пациентов, с повторно развившимся психозом**

Полное наблюдение в течении 12 месяцев завершили 79 человек из 98 (82,7%). 19 пациентов выбыли из исследования. После разрешения острого психоза у некоторых пациентов сохранялись аффективные и резидуальные психотические расстройства. В таких случаях пациенты получали поддерживающую терапию. Из всех пациентов, перенесших психоз (n=98), у 42 (42,8%) человек психотическая симптоматика развивалась повторно: у 19,4% (n=19) симптомы психоза развивались на фоне трезвости и у 23,5% (n=23) симптомы повторно развивались на фоне приема веществ. при повторном развитии психоза у пациентов, употреблявших психоактивные вещества, не наблюдалось усложнения симптоматики и у большинства пациентов повторно развивались психозы экзогенного характера. Это подтверждает выводы о том, что развитие психозов экзогенного типа – свойство СКат. В то же время, у пациентов, у которых повторение психоза случалось на фоне трезвости, чаще симптомы усложнялись и приобретали более однозначную картину заболевания шизофренического спектра. В большинстве случаев это были краткосрочные эпизоды, которые быстро купировались при назначении фармакотерапии. В некоторых случаях психозы носили устойчивых характер и 7-ми пациентам из тех, у кого наблюдалось повторное развитие психотической симптоматики на фоне трезвости был впоследствии установлен диагноз «Шизофрения».

## **Наблюдение в течение 12 месяцев, прием поддерживающей терапии. Вероятность развития шизофрении**

Пациентам, перенесшим психоз, требуется длительное катамнестическое наблюдение и прием поддерживающей терапии, так как даже при сохранении трезвости у 28,2% развивается повторных психоз. Пациенты, которым впоследствии назначали поддерживающую терапию, хуже реагировали на лечение в остром периоде, имели худшие показатели астении и качества жизни. Лечение пациентов, перенесших психоз, вызванный употреблением СКат, требует внимательного подхода к постпсихотическим расстройствам и признакам повторного развития психоза, а также требует назначения поддерживающей терапии при наличии соответствующих показаний.

Среди пациентов, перенесших психоз, связанный с синтетическими катинонами, вероятность развития шизофрении в 20 раз выше, чем в общей популяции (которая по данным ВОЗ составляет 0,45% среди взрослого населения). У 10,2% от пациентов, перенесших интоксикационный психоз, в течение года был установлен диагноз «Шизофрения». Предикторами развития шизофрении после интоксикационного психоза являются:

- a. полиморфная форма психоза (риск развития шизофрении увеличивается в 9,5 раз)
- b. эпизоды психотической симптоматики на фоне трезвости в анамнезе
- c. начало психоза, связанного с синтетическими катинонами, вне интоксикации
- d. длительность психоза более 14 дней
- e. рецидив психотической симптоматики или сохраняющаяся необходимость в приеме поддерживающей терапии

Пациенты, перенесшие психоз, связанный с синтетическими катинонами, должны оставаться под наблюдением специалиста в течение нескольких лет после психоза, так как находятся в группе риска по развитию шизофрении.

## **ВЫВОДЫ И ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

### **Выводы**

1. Установлено, что психотические расстройства, вызванные употреблением синтетических катинонов, протекают в трех различных клинических формах: делириозной, бредовой, полиморфной. Психопатологически делириозная форма проявляется делириозным синдромом, бредовая форма — паранойальным синдромом, полиморфная форма — галлюцинаторно-бредовым синдромом. Общими характерными чертами этих психотических расстройств являются: психомоторное возбуждение, аффект страха, склонность к аутоагрессивным и гетероагрессивным поступкам.

2. Делириозная форма в 100% случаев развивается в интоксикации, длительность психоза 1-2 суток. Бредовая форма в 90% развивается в интоксикации, в 10% случаев развивается в абстинентном синдроме, длительность психоза 7 дней. Полиморфная форма развивается в 75% случаев в интоксикации, в 12,5% случаев в абстинентном синдроме, в 12,5% случаев на фоне трезвости более 10 суток, длительность психоза более 10 суток.
3. Установлены факторы риска возникновения психотических расстройств, вызванных употреблением синтетических катинонов: возраст, вид употребляемого наркотика, приверженность реабилитационному лечению. Психотические расстройства развиваются чаще у лиц старше 30 лет, употреблявших альфа-пвп и смесей, содержащих альфа-пвп, а также не проходивших реабилитационную программу.
4. Разработана математическая модель определения риска наступления психоза с помощью бинарной логистической регрессии. К факторам, повышающим риск развития психоза, относятся: женский пол, возраст, длительность ежедневного употребления, наличие признаков психического инфантилизма, страх темноты в детстве, употребление альфа-пвп. К факторам, снижающим риск развития психоза, относятся: участие в реабилитационной программе, патология беременности матери (гипоксическая энцефалопатия).
5. У пациентов, перенесших психоз вследствие употребления синтетических катинонов, в 42,8% случаев развиваются повторные психозы. У пациентов, продолживших употребление веществ, повторные психозы наблюдались в 23,5%. У пациентов, сохранявших трезвость, в 19,4%. Повторные психозы, развивающиеся на фоне употребления, проявляются экзогенным типом реакции и не усложняются по структуре. Повторные психозы, развивающиеся на фоне трезвости, как правило, проявляются параноидным синдромом.
6. У пациентов, перенесших психоз, развитие шизофрении наблюдалось в 10,2% случаев. Риск развития шизофрении после перенесенной полиморфной формы психоза в 9,3 раз выше в сравнении с делириозной и бредовой формами.
7. В качестве лечения психотических расстройств, вызванных употреблением синтетических катинонов используются 4 основные терапевтические тактики, сочетающие инфузионную и седативную терапию, которая включает применение: бензодиазепинов, типичных или атипичных антипсихотиков, либо средств для наркоза. Тактика с применением бензодиазепинов является инициальной, в случае отсутствия эффекта, используются дополнительные фармакологические средства. Тактика с применением средств для наркоза (ведение в условиях отделения реанимации) используется в случае, когда выраженное психомоторное возбуждение сочетается с тяжелыми сомато-вегетативных нарушениями. Тактика с применением типичных нейролептиков используется в случае сочетания выраженного психомоторного возбуждения и психопатологической симптоматики. Тактика с применением атипичных антипсихотиков

используется в случае преобладания психопатологической симптоматики, сочетающейся с незначительно выраженным психомоторным возбуждением или его отсутствием.

### **Практические рекомендации**

1. При лечении пациентов, употребляющих синтетические катиноны, врач должен учитывать высокий риск развития психотических расстройств в течение 14 суток с момента последнего употребления.
2. Пациенты во время психоза, вызванного употреблением синтетических катинонов, склонны к непредсказуемому и опасному поведению в связи с чем вести их следует в условиях строгого надзора.
3. Лечение психоза, вызванного употреблением синтетических катинонов, следует проводить в зависимости от соотношения выраженности психопатологических нарушений и степени психомоторного возбуждения. психопатологии и степени возбуждения.
3. Пациентам, перенесшим психоз, вызванный употреблением синтетических катинонов, следует оставаться под наблюдением психиатра в течение 12 месяцев и более, так как они имеют высокий риск повторного развития психоза и выявления шизофрении.

### **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. **Северцев В.В.** Психотические расстройства, связанные с употреблением синтетических катинонов: анализ промежуточных результатов / В.В. Северцев / V Всероссийская научно-практическая конференция «Современная психиатрия - курс на междисциплинарное сотрудничество» в рамках научно-образовательного проекта «Университетская клиника психиатрии - союз науки и практики», 2 июня 2021 г. г. Москва. Сборник статей. Под общей редакцией доктора медицинских наук А. А. Шмиловича. М., 2021. С. 64.
2. **Северцев В.В.** Психотические расстройства, связанные с употреблением синтетических катинонов: клинические особенности и подходы к лечению / В.В. Северцев / Конференция, посвященная 90-летию со дня рождения Б.Д. Карвасарского: «Альянс психологии, психотерапии и фармакотерапии. Наука и реальный мир в лечении психических расстройств», 29 октября 2021 года, Санкт-Петербург [Электронный ресурс <https://psychiatr.ru/events/1013>]: тезисы / под общей редакцией Н.Г. Незнанова. —СПб.: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2021. С. 201-203.
3. **Северцев В.В.** Психотические расстройства, связанные с употреблением синтетических катинонов (аналитический обзор) / М. А. Кинкулькина, М. А. Винникова, В. В. Северцев // **Наркология.** 2021. Т. 20, № 7, С. 52-60.

4. **Северцев В.В.** Психозы, связанные с употреблением синтетических катинонов: клинико-динамические особенности, подходы к лечению / В. В. Северцев, М. А. Винникова // Всероссийский конгресс с международным участием «Психоневрология: Век XIX – Век XXI», посвященный 115-летию ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России и 165-летию со дня рождения В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, 12–13 мая 2022 года. – Санкт-Петербург: федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2022. С. 194-196.
5. **Северцев В.В.** Факторы риска развития психозов после употребления синтетических катинонов / М. А. Винникова, В. В. Северцев // **Наркология**. 2022. Т. 21, № 12, С. 62-63.
6. **Северцев В.В.** Факторы риска развития психотических расстройств, связанных с употреблением синтетических катинонов / М. А. Винникова, В. В. Северцев // **Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова**. 2023, Т. 123, № 5, С. 153-159 [Scopus].
7. **Северцев В.В.** Факторы риска развития психотических расстройств, у пациентов, употреблявших синтетические катиноны / М. А. Винникова, В. В. Северцев // **Нейропсихиатрия в трансдисциплинарном пространстве: от фундаментальных исследований к клинической практике** : Электронный ресурс, Санкт-Петербург, 25–26 мая 2023 года. – Санкт-Петербург: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2023. С. 415-417.
8. **Северцев В.В.** ПАВ-индуцированные психозы у больных шизофренией / Буданова А.А., Бойко Е.О., Северцев В.В // **Вопросы наркологии**. 2023. Т. 35, № 2, С. 60–73.

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- ПАВ – психоактивные вещества  
СКат – синтетические катиноны  
MINI – Mini International Neuropsychiatric Interview  
BPRS – Brief Psychiatric Rating Scale  
MMSE – Mini–mental state examination  
MFI–20 – Multidimensional Fatigue Inventory  
WHOQOL–BREF – World Health Organization Quality-of-Life Scale