

ISSN 1810-3111

СИБИРСКИЙ ВЕСТНИК ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Биологические исследования

Клиническая психиатрия

Клиническая наркология

Психосоматические расстройства

Обзоры

Психофармакотерапия

Этнопсихиатрия и этнонаркология

Сибирская летопись

Информация

2013. № 3 (78).

Научно-практическое издание

СИБИРСКИЙ ВЕСТНИК ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Богатство России прирастать будет Сибирью...

М. В. Ломоносов

Без всякого ложного чувства, без всякого страха быть обвиненным в предвзятости, в пристрастии к избранной специальности можно определенно сказать, что психиатрия имеет полное и законное право на очень пристальное внимание со стороны каждого врача.

П. Б. Ганнушкин

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ 2013. № 3 (78).

Учредитель:

Российская Академия медицинских наук
Сибирское отделение
ФГБУ НИИ психического здоровья

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

профессор **Н. А. Бохан**
(и.о. главного редактора)
канд. мед. наук **Л. А. Степанова**
(ответственный секретарь)
И. А. Зеленская (выпускающий редактор)
профессор **М. М. Аксенов**
профессор **С. А. Алтынбеков**
докт. мед. наук **И. А. Артемьев**
профессор **П. П. Балашов**
докт. мед. наук **М. Ф. Белокрылова**
профессор **Т. П. Ветлугина**
профессор **Н. В. Говорин**
профессор **С. А. Иванова**
профессор **И. Е. Куприянова**
профессор **А. И. Мандель**
профессор **Л. Д. Рахмазова**
профессор **М. И. Рыбалко**
профессор **А. М. Селедцов**
профессор **А. В. Семке**
докт. мед. наук **А. В. Солонский**
докт. психол. наук **И. Я. Стоянова**
профессор **Е. Д. Счастный**
профессор **И. Г. Ульянов**

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

А. П. Агарков	Томск
Л. И. Афтанас	Новосибирск
А. С. Бобров	Иркутск
В. Л. Дресвянников	Новосибирск
Г. В. Залевский	Томск
Н. Н. Иванец	Москва
А. Л. Катков	Казахстан
З. И. Кекелидзе	Москва
Ц. П. Короленко	Новосибирск
В. Н. Краснов	Москва
В. Мانتлер	Германия
Н. Г. Незнанов	Санкт-Петербург
В. Э. Новиков	Кемерово
А. А. Овчинников	Новосибирск
Ю. В. Попов	Санкт-Петербург
Г. Рихтер	Германия
Н. Сарториус	Швейцария
А. Б. Смулевич	Москва
А. А. Сумароков	Красноярск
Р. С. Тазлова	Якутск
А. С. Тиганов	Москва
С. М. Уманский	Тюмень
Д. Ф. Хритинин	Москва
Б. Д. Цыганков	Москва
Л. Эрдэнэбаяр	Монголия

Журнал зарегистрирован в Государственном комитете Российской Федерации по печати.

Свидетельство о регистрации № 017413 от 10 апреля 1998 г.

Свидетельство о перерегистрации средства массовой информации ПИ № 77-13364 от 19 августа 2002 г. выдано Министерством РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Журнал основан в 1996 г.

Территория распространения: Российская Федерация, страны СНГ, зарубежные страны.

Адрес редакции: г. Томск, 634014, ул. Алеутская, 4, Редакционно-издательская группа
НИИ психического здоровья СО РАМН.

Телефон/факс: (382-2)-72-44-25. Телефон: (382-2)-72-43-97.

E-mail: redo@mail.tomsknet.ru. Web-сайт: tomskinstitute.mental-health.ru.

SIBERIAN GERALD OF PSYCHIATRY AND ADDICTION PSYCHIATRY

SCIENTIFIC-PRACTICAL
REVIEWED JOURNAL
2013. № 3 (78).

Founders:

Russian Academy of Medical Sciences
Siberian Branch
Mental Health Research Institute

EDITORIAL BOARD

Prof. **N. A. Bokhan**
(Acting Editor-in-Chief)
Ph.D. **L. A. Stepanova**
(Responsible Secretary)
I. A. Zelenskaya (Issuing Editor)
Prof. **M. M. Aksyonov**
M. D. **S. A. Altynbekov**
M. D. **I. A. Artemyev**
Prof. **P. P. Balashov**
M. D. **M. F. Belokrylova**
Prof. **T. P. Vetlugina**
Prof. **N. V. Govorin**
Prof. **S. A. Ivanova**
Prof. **I. E. Kupriyanova**
Prof. **A. I. Mandel**
Prof. **L. D. Rakhmazova**
Prof. **M. I. Rybalko**
Prof. **A. M. Seledtsov**
Prof. **A. V. Semke**
M. D. **A. V. Solonskiy**
Ph. D. **I. Ya. Stoyanova**
Prof. **E. D. Schastnyy**
Prof. **I. G. Ulyanov**

EDITORIAL COUNCIL

A. P. Agarkov	Tomsk
L. I. Aftanas	Novosibirsk
A. S. Bobrov	Irkutsk
V. L. Dresvyannikov	Novosibirsk
G. V. Zalevsky	Tomsk
N. N. Ivanets	Moscow
A. L. Katkov	Kazakhstan
Z. I. Kekelidze	Moscow
C. P. Korolenko	Novosibirsk
V. N. Krasnov	Moscow
V. Mantler	Germany
N. G. Neznanov	S.-Petersburg
V. E. Novikov	Kemerovo
A. A. Ovchinnikov	Novosibirsk
Yu. V. Popov	S.-Petersburg
G. Richter	Germany
N. Sartorius	Switzerland
A. B. Smulevich	Moscow
A. A. Sumarokov	Krasnoyarsk
R. S. Tazlova	Yakutsk
A. S. Tiganov	Moscow
B. D. Tsygankov	Moscow
S. M. Umansky	Tyumen
D. F. Khritinin	Moscow
L. Erdenebayar	Mongolia

Journal has been registered in State Committee of Russian Federation on Press.

Registered Certificate № 017413 from April 10, 1998.

Certificate about renewed registration of Mass Media PI № 77-13364 from August 19, 2002 given by the Ministry of Russian Federation in Affairs of Press, TV Radio Broadcasting and Mass Media.

Journal has been founded in 1996.

Distribution area: Russian Federation, countries of CIS, foreign countries.

Edition: Aleutskaya str., 4, 634014, Tomsk, Russia, Editorial-Publishing Group of Mental Health Research Institute

SB RAMSci. Tel./fax: (382-2)-72-44-25. Tel.: (382-2)-72-43-97.

E-mail: redo@mail.tomsknet.ru. Web: tomskinstitutemental-health.ru.

С О Д Е Р Ж А Н И Е

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Иванова С. А., Федоренко О. Ю., Рудиков Е. В., Семке А. В. (Томск) ФАРМАКОГЕНЕТИКА ПОЗДНЕЙ ДИСКИНЕЗИИ	5
Мингазов А. Х., Кривулин Е. Н., Бабин К. А., Шатрова Ю. М., Виноградов Д. Б. (Челябинск) ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОКИСЛИТЕЛЬНОЙ МОДИФИКАЦИИ БЕЛКОВ ПЛАЗМЫ КРОВИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА	9
Анищенко А. М., Алиев О. И., Плотникова Т. М. (Томск) ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И ВАЗОМОТОРНЫЕ РЕАКЦИИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ОВАРИОЭКТОМИИ И ИХ КОРРЕКЦИЯ ФИТОЭСТРОГЕНАМИ	14

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

Васильева В. О., Дубницкая Э. Б., Читлова В. В. (Москва) К ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ ПРИ ТРЕВОЖНЫХ ДЕПРЕССИЯХ	17
Голубкова О. Я., Гильбурд О. А. (Сургут) К ВОПРОСУ О ПРЕДИКЦИИ ГОМИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ	24
Алексеева Н. С., Салмина-Хвостова О. И. (Новокузнецк) ДЕПРЕССИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	28

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

Кривулин Е. Н., Мингазов А. Х. (Челябинск) ГЕНДЕРНЫЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЛИЦ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА	33
Кузнецов В. Н., Бохан Т. Г., Анкудинова И. Э. (Томская область, Каргасок, Томск, Новосибирск) ВЗАИМОСВЯЗЬ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ С КЛИНИЧЕСКОЙ ДИНАМИКОЙ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ПРОГНОЗОМ АЛКОГОЛИЗМА У ЖЕНЩИН	36
Любичева Н. И., Салмина-Хвостова О. И. (Новокузнецк) ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ЛИЧНОСТНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	41
Аболонин А. Ф., Асланбекова Н. В. (Томск, Павлодар) СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ АГРЕССИВНОСТИ У ДЕВИАНТНЫХ ПОДРОСТКОВ	45

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Куприянова И. Е., Семке Г. В., Галеева К. В. (Томск) ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	51
Алексеева Н. С., Салмина-Хвостова О. И. (Новокузнецк) РОЛЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В ФОРМИРОВАНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	55

ОБЗОРЫ

Куприянова И. Е., Чуйкова К. И., Ковалева Т. А., Спивак С. В. (Томск) ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ (обзор иностранной литературы)	59
--	----

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ

Щигорева Ю. Г., Смирнова Л. П., Иванова С. А., Фаттахов Н. С., Гончикова И. А., Попова Т. А., Бурдовина Т. Г., Семке А. В. (Томск) ДИНАМИКА БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БЕЛКОВОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПРОЦЕССЕ ФАРМАКОТЕРАПИИ АТИПИЧНЫМИ АНТИПСИХОТИКАМИ	65
---	----

ЭТНОПСИХИАТРИЯ И ЭТНОНАРКОЛОГИЯ

Пешковская А. Г., Кузнецов В. Н., Бохан Т. Г. (Томск, Томская область, пос. Каргасок) ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРАМЕТРОВ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЮЖНЫХ (НАРЫМСКИХ) СЕЛЬКУПОВ С СИНДРОМОМ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ	69
--	----

СИБИРСКАЯ ЛЕТОПИСЬ

Завьялова Н. Е., Бондарев В. Г. (Новокузнецк) ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ НОВОКУЗНЕЦКА	75
Салмина-Хвостова О. И. (Новокузнецк) КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И НАРКОЛОГИИ НОВОКУЗНЕЦКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО ИНСТИТУТА УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	81
ИНФОРМАЦИЯ	83

C O N T E N T S

BIOLOGICAL RESEARCH

Ivanova S. A., Fedorenko O. Yu., Rudikov E. V., Semke A. V. (Tomsk) PHARMACOGENETICS OF TARDIVE DYSKINESIA	5
Mingazov A. Kh., Krivulin E. N., Babin K. A., Shatrova Yu. M., Vinogradov D. B. (Chelyabinsk) GENDER CHARACTERISTICS OF BLOOD PLASMA OXIDATIVE PROTEIN MODIFICATION AMONG OLDER DRINKERS	9
Anishchenko A. M., Aliev O. I., Plotnikova T. M. (Tomsk) PSYCHOEMOTIONAL AND VASOMOTOR REACTIONS AFTER EXPERIMENTAL OVARECTOMY AND THEIR CORRECTION OF HYTOESTROGENS.....	14

CLINICAL PSYCHIATRY

Vasilieva V. O., Dubnitskaya E. B., Chitlova V. V. (Moscow) TOWARDS PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PERSONALITY DISORDERS IN ANXIOUS DEPRESSIONS	17
Golubkova O. Ya., Gilburd O. A. (Surgut) THE PROBLEM OF PREDICTION OF HOMICIDAL BEHAVIOR OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA.....	24
Alekseeva N. S., Salmina-Khvestova O. I. (Novokuznetsk) DEPRESSIVE DISTURBANCES IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME	28

CLINICAL ADDICTION PSYCHIATRY

Krivulin E. N., Mingazov A. Kh. (Chelyabinsk) GENDER PSYCHOSOCIAL RISK FACTORS OF ALCOHOL ABUSE DEVELOPMENT AMONG OLDER DRINKERS	33
Kuznetsov V. N., Bokhan T. G., Ankudinova I. E. (Tomsk Region, Kargasok, Tomsk, Novosibirsk) RELATIONSHIP OF GENDER IDENTITY WITH CLINICAL DYNAMIC AND THERAPEUTIC PROGNOSIS OF FEMALE ALCOHOLISM ...	36
Lyubicheva N. I., Salmina-Khvestova O. I. (Novokuznetsk) ASSESSMENT OF EFFICACY OF THE THERAPY OF OPIUM ADDICTS WITH VARIOUS PERSONALITY DISTURBANCES	41
Abolonin A. F., Aslanbekova N. V. (Tomsk, Pavlodar) SOCIAL-PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND TRAITS OF MANIFESTATIONS OF AGGRESSIVENESS IN DEVIANT ADOLESCENTS	45

PSYCHOSOMATIC DISORDERS

Kupriyanova I. E., Semke G. V., Galeeva K. V. (Tomsk) MENTAL HEALTH AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AT VARIOUS STAGES OF ARTERIAL HYPERTENSION	51
Alekseeva N. S., Salmina-Khvestova O. I. (Novokuznetsk) ROLE OF PSYCHOSOCIAL RISK FACTORS IN FORMATION OF A METABOLIC SYNDROME	55

REVIEWS

Kupriyanova I. E., Chuikova I. E., Kovaleva T. A., Spivak S. V. (Tomsk) MENTAL HEALTH AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC VIRAL HEPATITIS (review of foreign literature)	59
--	----

PSYCHOPHARMACOTHERAPY

Shchigoreva Yu. G., Smirnova L. P., Ivanova S. A., Fattakhov N. S., Gonchikova I. A., Popova T. A., Burdovitsina T. G., Semke A. V. (Tomsk) DYNAMIC OF BIOCHEMICAL INDICES OF PROTEIN AND CARBOHYDRATE METABOLISM IN BLOOD SERUM OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN THE PROCESS OF PHARMACOTHERAPY WITH ATYPICAL ANTYPYCHOTICS	65
---	----

ETHNOPSYCHIATRY AND ETHNOADDICTOLOGY

Peshkovskaya A. G., Kuznetsov V. N., Bokhan T. G. (Tomsk, Tomsk Region, Kargasok) ETHNOCULTURAL CHARACTERISTIC OF PARAMETERS OF SOCIAL FUNCTIONING OF SOUTHERN (NARYM) SELKUPS WITH ALCOHOL DEPENDENCE SYNDROME	69
--	----

SIBERIAN CHRONICLE

Zavyalova N. E., Bondarev V. G. (Novokuznetsk) HISTORY OF ESTABLISHMENT OF PSYCHIATRIC SERVICE IN NOVOKUZNETSK	75
Salmina-Khvestova O. I. (Novokuznetsk) Psychiatry, Psychotherapy and Addiction Psychiatry of Novokuznetsk State Institute for doctor advanced training at current stage	81
INFORMATION	83

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.895.8:576.8.095.52:616.8-009.2

ББК Р64-52-7

ФАРМАКОГЕНЕТИКА ПОЗДНЕЙ ДИСКИНЕЗИИ

Иванова С. А.^{*}, Федоренко О. Ю.,
Рудиков Е. В., Семке А. В.

ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН
634014, Томск, ул. Алеутская, 4

В статье представлен анализ фармакогенетических исследований поздней дискинезии у больных шизофренией на фоне длительной антипсихотической терапии. Основные фармакогенетические исследования лекарственно-индуцированной тардивной дискинезии проводятся по направлениям выявления ассоциаций полиморфизмов генов системы метаболизма ксенобиотиков, генов нейромедиаторных рецепторов и генов окислительного стресса. Выявление ассоциации полиморфизмов генов с риском развития тардивной дискинезии у больных шизофренией будет способствовать развитию технологий персонализированной терапии. **Ключевые слова:** тардивная дискинезия, шизофрения, антипсихотики, полиморфизмы генов.

PHARMACOGENETICS OF TARDIVE DYSKINESIA. Ivanova S. A., Fedorenko O. Yu., Rudikov E. V., Semke A. V. *Mental Health Research Institute SB RAMSci. 634014, Russian Federation, Tomsk, Aleutskaya Street, 4.* This review presents the analysis of pharmacogenetic studies of tardive dyskinesia secondary to the prolonged antipsychotic therapy in schizophrenic patients. The main pharmacogenetic investigations of drug-induced tardive dyskinesia are conducted to identify the association with gene polymorphism of xenobiotic metabolism system, neurotransmitter receptors and oxidative stress system. Identification of gene polymorphism association with the risk of antipsychotic-induced movement disorders in schizophrenic patients can be used to create the personalized therapy technologies. **Key words:** tardive dyskinesia, schizophrenia, neuroleptics, gene polymorphisms.

Основным способом лечения шизофрении является длительная антипсихотическая терапия, которая улучшает долгосрочный прогноз заболевания и способствует его переходу в состояние ремиссии (1). Больные шизофренией вынуждены принимать антипсихотическую терапию в течение длительного времени, зачастую в течение всей жизни. Кроме основного антипсихотического действия, нейролептики обладают спектром побочных эффектов, включая метаболические, сердечно-сосудистые и двигательные нарушения (2).

В России проблема побочных эффектов нейролептиков имеет повышенную социальную

значимость в связи с тем, что около 70—80 % больных шизофренией получают терапию традиционными нейролептиками, которые зачастую приводят к развитию двигательных расстройств (3). Экстрапирамидная симптоматика (в том числе поздняя, тардивная дискинезия) наблюдается у 50—70 % пациентов, получающих традиционные нейролептики, и требует дополнительного применения антихолинергических препаратов (4).

Двигательные побочные эффекты, в свою очередь, осложняют течение основного заболевания, усиливая выраженность негативных, когнитивных и аффективных расстройств, и приводят к дополнительной социальной стигматизации больных, ухудшают качество жизни пациента и являются причиной отказа пациентов от терапии. Под поздней (тардивной) нейролептической дискинезией понимают любую гиперкинез, если он удовлетворяет двум основным критериям: во-первых, возникает вследствие длительного приема нейролептика, во-вторых, стойко сохраняется после отмены препарата (5). Поздняя дискинезия является серьезным побочным эффектом длительной антипсихотической терапии у больных шизофренией и развивается у 20—30 % больных, получающих нейролептики (6). Позднюю дискинезию вызывают традиционные нейролептики, блокирующие D₂-рецепторы (галоперидол, хлорпротиксен, хлорпромазин, трифлуоперазин и др.) (7). Данный побочный эффект в целом не характерен для атипичных нейролептиков, за исключением рисперидона, который также обладает сродством к D₂-рецепторам, в редких случаях возможна острая или поздняя дискинезия при применении амисульпирида.

Разработка методов, позволяющих индивидуализировать психофармакотерапию, является одной из важнейших задач клинической фармакологии и биологической психиатрии на современном этапе (8, 9, 10).

Генетические особенности являются причиной от 20 до 95 % всех неблагоприятных реакций организма человека на лекарственные соединения (11). Патогенез двигательных нейролептических осложнений до настоящего времени не ясен, однако показано, что особая роль принадлежит генетическим факторам, которые могут быть основой чувствительности к развитию тардивной дискинезии (ТД) у многих пациентов (12, 13).

Основные фармакогенетические исследования лекарственно-индуцированной тардивной дискинезии проводятся по следующим направлениям: выявление ассоциаций полиморфизмов генов системы метаболизма ксенобиотиков (гены первой и второй фаз метаболизма антипсихотиков), генов нейромедиаторных рецепторов и генов окислительного стресса. Самые

^{*} Иванова Светлана Александровна, д.м.н., проф., зав. лаб. клеточных и молекулярно-биологических исследований НИИПЗ СО РАМН, e-mail: Svetlana@mail.tomsknet.ru

первые работы по фармакогенетике tardивной дискинезии датированы 1997 г. и были связаны именно с изучением полиморфизмов генов дофаминовых рецепторов и цитохромов (14), исследования в этом направлении продолжаются до настоящего времени (15).

Полиморфизмы генов нейромедиаторных рецепторов. Появление гиперкинеза при применении нейролептиков, блокирующих D₂-рецепторы, позволяет говорить об угнетении дофаминергической передачи. Помимо того, в ответ на блокаду рецепторов компенсаторно усиливается синтез и высвобождение дофамина, который активирует незаблокированные D₁-или гиперчувствительные D₂-рецепторы. Развитие клинических эффектов блокады D₂-рецепторов зависит от воздействия на различные дофаминергические пути в центральной нервной системе (ЦНС). Угнетение нейротрансмиссии в мезолимбической системе ответственно за развитие собственно антипсихотического эффекта, в нигростриальной области – за экстрапирамидные побочные эффекты (16). В мезокортикальных структурах у больных шизофренией наблюдается снижение дофаминергической активности. Антипсихотические препараты не одинаково связываются с D₂-рецепторами в разных структурах мозга. Одни вещества обладают сильным сродством и блокируют рецепторы на длительное время, другие, напротив, быстро высвобождаются из мест связывания (17).

Фармакогенетические исследования сфокусированы на молекулярных путях, связанных с механизмами действия антипсихотиков. Дофамин имеет несколько подтипов рецепторов (D₁–D₅), но только D₂, D₃, и D₄ интенсивно исследуются в отношении фармакогенетики побочных эффектов. Традиционные нейролептики, в частности галоперидол, связываются главным образом с D₂-рецепторами, в то время как атипичные антипсихотики имеют другой профиль сродства к рецепторам, включая 5-HT_{2A} и 5-HT_{2C} receptors (18). Генетические вариации в нейромедиаторных рецепторах могут влиять на индивидуальную чувствительность к tardивной дискинезии.

Ассоциация между *DRD2* Taq1A SNP и tardивной дискинезией убедительно показана в двух метаанализах на основании результатов нескольких независимых исследований с привлечением больших когорт пациентов (19, 20). При анализе результатов генотипирования 1256 пациентов (507 – с ТД и 749 – без ТД) был показан высокий риск развития ТД у носителей А2 аллеля (19). При сравнении пациентов, имеющих гомозиготный (А1/А1) или гетерозиготный (А1/А2) генотип, с пациентами, имеющими генотип А2/А2, продемонстрировано увеличение на 50 % риска развития ТД (отношение шансов равно 1,50). Второй метаанализ 764 пациентов

(297 – с ТД и 467 – без ТД) из 4 исследований подтвердил наличие достоверных ассоциаций (20). Однако последний отчет по анализу генотипирования 710 пациентов, которые были включены в CATIE клиническое исследование (207 – с ТД и 503 – без ТД), не выявил ассоциаций Taq1A SNP и ТД (21). Другие полиморфизмы в гене *DRD2*, включая -141C Ins/Del и Ser311Cys, не нашли подтверждения своего влияния на развитие ТД (19, 20), несмотря на многообещающую роль в предикции клинического ответа на антипсихотическую терапию.

Наиболее информативными и непротиворечивыми являются результаты фармакогенетических исследований в отношении гена *DRD3*, кодирующего D₃-рецептор, который связывает как традиционные, так и атипичные антипсихотики (15, 22). Ген *DRD3* содержит сайт в экзоне, где однонуклеотидная замена в положении 9 приводит к аминокислотной замене серина на глицин (Ser9Gly) и ассоциирован с высоким риском развития дискинезии, что подтверждается многочисленными исследованиями. Носительство Gly-аллеля, который имеет значительно большее сродство к дофамину, предрасполагает к поздней дискинезии, и данный полиморфизм может быть ассоциирован с поздней дискинезией у больных шизофренией (23). *HTR2A* и *HTR2C* гены могут быть также фармакогенетически важными для развития ТД (24, 25).

Наши исследования свидетельствуют о существовании ассоциации полиморфизмов генов дофаминового рецептора *DRD3* и серотонинового рецептора *HTR2C* с риском развития определенной формы tardивной дискинезии, а именно с лимботоракальными двигательными расстройствами у больных шизофренией на фоне приема нейролептической терапии (26). Выявлено, что данные двигательные расстройства ассоциированы с полиморфизмами Ser9Gly и Cys23Ser. 9Gly-аллель является предрасполагающим, т. е. её носительство достоверно повышает риск развития, в то время как 23Ser-аллель – протективным в отношении высокого уровня лимботоракальной дискинезии (27).

Гены ферментов биотрансформации лекарственных средств. Если рассматривать проблемы побочных эффектов лекарств безотносительно к tardивной дискинезии, то общеизвестно, что по результатам фармакогенетических исследований наибольшее клиническое значение имеет полиморфизм генов, контролирующих синтез и работу ферментов биотрансформации лекарственных средств (8, 11, 12). Экспрессия различных аллельных вариантов генов, кодирующих изоферменты системы цитохромов P450, приводит к синтезу форм с измененной активностью, что в свою очередь, может быть причиной как замедления, так и ускорения метаболизма лекарственных соединений (9).

CYP2D6 – это один из наиболее интенсивно изучаемых генов в качестве генов-кандидатов риска побочных эффектов (13, 22, 28). С клинической точки зрения, носители полиморфизмов данного гена (в зависимости от количества копий) подразделяются на медленные, средние, быстрые и ультрабыстрые метаболизаторы; важно учитывать, что у лиц с подобными генетическими дефектами (медленные метаболизаторы) отмечается существенный рост рисков побочных эффектов. Перечень психотропных средств, метаболизируемых CYP2D6, весьма широк и представлен классическими и атипичными антипсихотиками.

Кроме исследований CYP2D6 в отношении развития ТД исследуются другие ферменты семейства цитохромов P450, такие как CYP2C19 и CYP1A2 (12, 20). CYP1A2 участвует в метаболизме таких антипсихотиков, как клозапин, хлорпромазин, оланзапин и др. Ген CYP1A2 локализован на хромосоме 15q24.1 и содержит нефункциональные полиморфизмы, часть из которых ассоциирована с развитием ТД. Фермент CYP1A2 может быть индуцирован курением, и два SNPs, *1F (-163C>A) и *1C (-3860G>A) действуют на индуцибельность фермента (28). В более ранних исследованиях было показано, что пациенты, длительно принимающие антипсихотики с генотипом *1F C/C, более подвержены развитию синдромов tardive dyskinesia, чем носители *1F A аллеля, особенно среди курящих пациентов (29).

Идентификация у больных соответствующего аллельного варианта, приводящего к изменениям фармакокинетики и фармакодинамики лекарственного препарата, позволяет прогнозировать фармакологический ответ на данный препарат и корректировать схему лечения, значительно повышая его эффективность и безопасность.

Гены окислительного стресса. В связи с развитием дисбаланса в нейротрансмиттерной системе при шизофрении активируются процессы окислительного стресса (30, 31, 32). Благодаря своей липофильности антипсихотики могут встраиваться в клеточные мембраны и нарушать метаболизм нейронов (33). В последние годы показано, что окислительный стресс и снижение антиоксидантной защиты способствует гибели нейронов (33) и может быть ассоциирован с развитием поздней dyskinesia (34, 35).

Достаточно большое количество фармакогенетических исследований направлено на поиск ассоциаций полиморфизмов генов, кодирующих основные ферменты антиоксидантной защиты. Убедительно продемонстрированы ассоциации полиморфизмов MnSOD, гена, кодирующего супероксиддисмутазу, митохондриального энзима, вовлеченного в окислительный метаболизм (20, 36). Замена аланина на валин (Ala9Val) приво-

дит к снижению функциональной активности MnSOD в митохондриях. Особый интерес в отношении tardive dyskinesia представляет фермент глутатионтрансфераза, которая выполняет как функцию антиоксидантного фермента, так и фермента, участвующего во второй фазе метаболизма ксенобиотиков (37).

Интерес к генетическим исследованиям tardive dyskinesia, по данным PubMed, за последние годы не только не ослабевает, но и существенно вырос. Достаточно интенсивно стал проводиться поиск ассоциаций новых отдельных генов с tardive dyskinesia, таких как гены NMDA-рецепторов (38), мозгового нейротрофического фактора (39), аденозин A2A рецептора (40), гены глутаматергической системы (15) и др.

В исследовании P. R. Bakker (39) был проведен анализ 10 генов-кандидатов (PPP1R1B, BDNF, DRD3, DRD2, HTR2A, HTR2C, COMT, MnSOD, CYP1A2 и RGS2) на предмет их ассоциаций с tardive dyskinesia при шизофрении, однако относительно небольшая выборка пациентов (168 больных) не позволила авторам сделать определенные выводы, за исключением необходимости проведения дальнейших исследований на больших по объему выборках.

Обобщая имеющиеся в литературе данные, можно констатировать факт, что доказанным является причастность генов, регулирующих дофаминовые рецепторы (как основной мишени действия традиционных антипсихотиков, типа аминазина, галоперидола и др.) к механизмам развития tardive dyskinesia. По остальным генам литературные данные являются неоднозначными и результаты исследований зачастую зависят от величины выборки, этнической принадлежности и других факторов. Тем не менее фармакогенетические и фармакогеномные исследования имеют перспективу в рамках концепции персонализированной терапии и будут направлены на разработку молекулярно-диагностических маркеров для прогнозирования риска развития tardive dyskinesia, что позволит применять индивидуальную терапевтическую тактику.

Обзор подготовлен в рамках выполнения проектов РФФИ № 12-04-33072 «Патогенез двигательных нарушений у больных эндогенными психическими расстройствами на фоне антипсихотической терапии: роль фармакогенетических факторов» и ФЦП 2012-1.3.2-12-00-002-614 «Роль полиморфных вариантов генов системы детоксикации ксенобиотиков в патогенезе лекарственно-индуцированных двигательных нарушений у больных эндогенными психическими расстройствами».

Л и т е р а т у р а

1. Стандарты оказания помощи больным шизофренией. Московский НИИ психиатрии Росздрава / под ред. В. Н. Краснова, И. Я. Гуровича, С. Н. Мосолова, А. Б. Шмуклера. – М., 2006. – 54 с.

2. Tandon R., Nasrallah H. A., Keshavan M. S. Schizophrenia, «just the facts» 5. Treatment and prevention. Past, present, and future // *Schizophr Res.* – 2010. – V. 122, № 1–3. – P. 1–23.
3. Мосолов С. Н. Современная антипсихотическая фармакотерапия шизофрении // *Рус. мед. журн.* – 2004. – Т. 12, № 10. – С. 646–652.
4. Психиатрическая помощь больным шизофренией: Клиническое руководство / ред. В. Н. Краснов, И. Я. Гурович, С. Н. Мосолов и др. – М.: ИД «Медпрактика», 2007. – 260 с.
5. Jeste D. V., Wyatt R. J. Therapeutic strategies against tardive dyskinesia: two decades of experience // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1982. – V. 39. – P. 803–816.
6. Klawns H. L. Recognition and diagnosis of tardive dyskinesia // *J. Clin. Psychiatry.* – 1985. – V. 46, № 4. (Sec. 2). – P. 3–7.
7. Khot V., Egan M. F., Hyde T. M., Wyatt R. J. Neuroleptics and classic tardive dyskinesia // *Drug-induced movement disorders.* – 1992. – P. 121–166.
8. Кукес В. Г. Метаболизм лекарственных средств: клинико-фармакологические аспекты – М.: Реофарм, 2004. – 144 с.
9. Arranz M. J., de Leon J. Pharmacogenetics and pharmacogenomics of schizophrenia: a review of last decade of research // *Mol. Psychiatry.* – 2007. – № 12. – P. 707–747.
10. Иванова С. А., Федоренко О. Ю., Смирнова Л. П., Семке А. В. Поиск биомаркеров и разработка фармакогенетических подходов к персонализированной терапии больных шизофренией // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* – 2013. – № 1. – С. 12–16.
11. Середенин С. Б. Лекции по фармакогенетике – М.: МИА, 2004. – 303 с.
12. Lencz T., Malhotra A. K. Pharmacogenetics of antipsychotic side effects // *Dialogues in Clinical Neuroscience* – V. 11, № 4. – 2009 – P. 405–415.
13. Lee H. J., Kang S. G. Genetics of tardive dyskinesia // *Int. Rev. Neurobiol.* – 2011. – V. 98. – P. 231–264.
14. Steen V. M., Løvlie R., MacEwan T., McCreadie R. G. Dopamine D3-receptor gene variant and susceptibility to tardive dyskinesia in schizophrenic patients // *Mol. Psychiatry.* – 1997. – № 2. – P. 139–145.
15. Müller D. J., Chowdhury N. I., Zai C. C. The pharmacogenetics of antipsychotic-induced adverse events // *Curr. Opin. Psychiatry.* – 2013. – V. 26, № 2. – P. 144–150.
16. Loonen A. J., Ivanova S. A. The mechanism of drug-induced dyskinesia // *CNS Spectrums.* – V. 18, № 1. – P. 15–20.
17. Reynolds G. P. Receptor mechanisms in the treatment of schizophrenia // *J. Psychopharmacol.* – 2004. – V. 18. – P. 340–345.
18. Miyamoto S., Duncan G. E., Marx C. E. et al. Treatments for schizophrenia: a critical review of pharmacology and mechanisms of action of antipsychotic drugs // *Molecular psychiatry.* – 2005. – V. 10, № 1. – P. 79–104.
19. Zai C. C., De Luca V., Hwang R. W. et al. Meta-analysis of two dopamine D2 receptor gene polymorphisms with tardive dyskinesia in schizophrenia patients // *Molecular psychiatry.* – 2007. – V. 12, № 9. – P. 794–795.
20. Bakker P. R., van Harten P. N., van Os J. Antipsychotic-induced tardive dyskinesia and polymorphic variations in COMT, DRD2, CYP1A2 and MnSOD genes: a meta-analysis of pharmacogenetic interactions // *Molecular psychiatry.* – 2008. – V. 13, № 5. – P. 544–556.
21. Tsai H. T., Caroff S. N., Miller del D. et al. A candidate gene study of Tardive dyskinesia in the CATIE schizophrenia trial // *Am. J. Med. Genet. B. Neuropsychiatr. Genet.* – 2010. – V. 153B, № 1. – P. 336–340.
22. Иванов А. М., Камилова Т. А., Довгополук А. Б., Абриталиш Е. Ю. Фармакогенетика в психиатрии: нейролептики // *Вест. Рос. военно-мед. академии.* – 2010. – Т. 3. – С. 238–245.
23. Tsai H. T., North K. E., West S. L. et al. The DRD3 rs6280 polymorphism and prevalence of tardive dyskinesia: a meta-analysis // *Am. J. Med. Genet. B. Neuropsychiatr. Genet.* – 2010. – V. 153B, № 1. – P. 57–66.
24. Lattuada E., Cavallaro R., Serretti A. et al. Tardive dyskinesia and DRD2, DRD3, DRD4, 5-HT2A variants in schizophrenia: an association study with repeated assessment // *Internat. J. Neuropsychopharmacology.* – 2004. – V. 7, № 4. – P. 489–493.
25. Lerer B., Segman R. H., Tan E. C. et al. Combined analysis of 635 patients confirms an age-related association of the serotonin 2A receptor gene with tardive dyskinesia and specificity for the non-orofacial subtype // *Internat. J. Neuropsychopharmacology.* – 2005. – V. 8, № 3. – P. 411–425.
26. Al Hadithy A. F., Ivanova S. A., Pechlivanoglou P. et al. Tardive dyskinesia and DRD3, HTR2A and HTR2C gene polymorphisms in Russian psychiatric inpatients from Siberia // *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry.* – 2009. – V. 33, № 3. – P. 475–481.
27. Иванова С. А., Федоренко О. Ю., Рядовая Л. А., Корнетова Е. Г., Рудиков Е. В., Семке А. В., Лунен А. Полиморфизмы генов нейромедиаторного обмена у больных шизофренией с двигательными расстройствами // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* – 2009. – № 5. – С. 31–34.
28. Zhang J. P., Malhotra A. K. Pharmacogenetics and Antipsychotics: Therapeutic Efficacy and Side Effects Prediction // *Expert. Opin. Drug Metab. Toxicol.* – 2011. – V. 7, № 1. – P. 9–37.
29. Basile V. S., Ozdemir V., Masellis M. et al. A functional polymorphism of the cytochrome P450 1A2 (CYP1A2) gene: association with tardive dyskinesia in schizophrenia // *Molecular psychiatry.* – 2000. – V. 5, № 4. – P. 410–417.
30. Узбеков М. Г., Мисонжик Э. Ю., Шмуклер А. Б., Гурович И. Я., Грызунов Ю. А., Смолина Н. В., Калинина В. В., Соколова Т. Н., Москвитина Т. А., Шевченко В. А. Активность моноаминоксидазы и показатели эндогенной интоксикации у больных с первым эпизодом шизофрении // *Журн. неврологии и психиатрии.* – 2009. – Вып. 5. – С. 48–52.
31. Boskovic M., Vovk T., Plesnicar B. K., Grabnar I. Oxidative Stress in Schizophrenia // *Current Neuropharmacology.* – 2011. – № 9. – P. 301–312.
32. Смирнова Л. П., Кротенко Н. В., Кротенко Н. М., Логинов В. Н., Духан М. В., Иванова С. А., Мальцева Ю. Л. Активность антиоксидантных ферментов в эритроцитах больных психическими и неврологическими расстройствами // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* – 2008. – № 1. – С. 133–135.
33. Kropp S., Kern V., Lange K. et al. Oxidative stress during treatment with first- and second-generation antipsychotics // *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* – 2005. – V. 17. – P. 227–231.
34. Щигорева Ю. Г., Бойко А. С., Кротенко Н. М., Смирнова Л. П., Корнетова Е. Г., Семке А. В., Иванова С. А. Глутатион как критерий прогноза риска лекарственной поздней дискинезии у больных шизофренией // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* – 2012. – № 6. – С. 75–78.
35. Иванова С. А., Смирнова Л. П., Семке А. В., Кротенко Н. М., Рудиков Е. В., Иванова А. С., Корнетова Е. Г. Способ прогнозирования риска развития поздней дискинезии при нейролептической терапии больных шизофренией. – Патент на изобретение RU 2447832 15.12.2010.
36. Zai C. C., Tiwari A. K., Basile V. et al. Oxidative stress in tardive dyskinesia: genetic association study and meta-analysis of NADPH quinone oxidoreductase 1 (NQO1) and Superoxide dismutase 2 (SOD2, MnSOD) genes // *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry.* – V. 34, № 1. – P. 50–56.
37. Al Hadithy A. F. Y., Wilffert B., Brouwers J. R. B. J., Loonen A. J. M., Ivanova S. A., Semke A., Fedorenko O., Kornetova E., Ryadovaya L., Pechlivanoglou P. Missense polymorphisms in three oxidative-stress enzymes (GSTP1, SOD2, AND GPX1) and dyskinesias in Russian psychiatric inpatients from Siberia // *Human Psychopharmacology.* – 2010. – V. 25, № 1. – P. 84–91.

38. Ivanova S. A., Semke A., Fedorenko O., Al Hadithy A. F. Y., Wilffert B., Brouwers J. R. B. J., Loonen A. J. M., Brazovskaya N. No involvement of the adenosine A2A receptor in tardive dyskinesia in Russian psychiatric inpatients from Siberia // *Human Psychopharmacology*. – 2012. – V. 27, № 3. – P. 334–337.
39. Bakker P. R., Bakker E., Amin N., van Duijn C. M., van Os J., van Harten P. N. Candidate Gene-Based Association Study of Antipsychotic-Induced Movement Disorders in Long-Stay Psychiatric Patients: A Prospective Study // *PLoS One*. – 2012. – V. 7 (5). – e36561.
40. Ivanova S. A., Rudikov E. V., Fedorenko O. Y., Semke A. V., Loonen A. J. M., Pechlivanoglou P., Al Hadithy A. F. Y., Brouwers J. R. B. J., Wilffert B., Freidin M. B., Zhukova I. A., Alifirova V. M., Govorin N. V., Sorokina V. A. NMDA receptor genotypes associated with the vulnerability to develop dyskinesia // *Translational Psychiatry*. – 2012. – V. 2. – P. e67.

Транслитерация русских источников

1. Standartyi okazaniya pomoschi bolnyim shizofreniy. Moskovskiy NII psikiatrii Roszdrava / pod red. V. N. Krasnova, I. Ya. Gurovicha, S. N. Mosolova, A. B. Shmuklera. – M., 2006. – 54 s.
3. Mosolov S. N. Sovremennaya antipsihoticheskaya farmakoterapiya shizofrenii // *Russkiy meditsinskiy zhurnal*. – 2004. – T. 12, № 10. – S. 646–652.
4. Psihiatricheskaya pomoshch bolnyim shizofreniy: Klinicheskoe rukovodstvo / red. V. N. Krasnov, I. Ya. Gurovich, S. N. Mosolov i dr. – M.: ID «Medpraktika», 2007. – 260 s.
8. Kukes V. G. Metabolizm lekarstvennykh sredstv: kliniko-farmakologicheskie aspekty – M.: Reofarm, 2004. – 144 s.
10. Ivanova S. A., Fedorenko O. Yu., Smirnova L. P., Semke A. V. Poisk biomarkerov i razrabotka farmakogeneticheskikh podhodov k personalizirovannoy terapii bolnykh shizofreniy // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2013. – N 1. – S. 12–16.
11. Seredenin S. B. Lektsii po farmakogenetike – M.: MIA, 2004. – 303 s.
22. Ivanov A. M., Kamilova T. A., Dovgopolyuk A. B., Abritalin E. Yu. Farmakogenetika v psikiatrii: neyroleptiki // *Vestnik Rossiyskoy voenno-meditsinskoy akademii*. – 2010. – T. 3. – S. 238–245.
27. Ivanova S. A., Fedorenko O. Yu., Ryadovaya L. A., Kornetova E. G., Rudikov E. V., Semke A. V., Lunen A. Polimorfizmy genov neyromediatornogo obmena u bolnykh shizofreniy s dvigatelnyimi rasstroystvami // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2009. – N 5. – S. 31–34.
30. Uzbekov M. G., Misionzhnik E. Yu., Shmukler A. B., Gurovich I. Ya., Gryzunov Yu. A., Smolina N. V., Kalinina V. V., Sokolova T. N., Moskvitina T. A., Shevchenko V. A. Aktivnost monoaminoksidazy i pokazateli endogennoy intoksikatsii u bolnykh s pervym epizodom shizofrenii // *Zhurn. nevrologii i psikiatrii*. – 2009. – Vyp. 5. – S. 48–52.
32. Smirnova L. P., Krotenko N. V., Krotenko N. M., Loginov V. N., Duhan M. V., Ivanova S. A., Maltseva Yu. L. Aktivnost antioksidantnykh fermentov v eritrotsitakh bolnykh psichicheskimi i nevrologicheskimi rasstroystvami // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2008. – N 1. – S. 133–135.
34. Schigoreva Yu. G., Boyko A. S., Krotenko N. M., Smirnova L. P., Kornetova E. G., Semke A. V., Ivanova S. A. Glutathione kak kriteriy prognoza riska lekarstvennoy pozdney diskinezii u bolnykh shizofreniy // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2012. – N 6. – S. 75–78.
35. Ivanova S. A., Smirnova L. P., Semke A. V., Krotenko N. M., Rudikov E. V., Ivanova A. S., Kornetova E. G. Spособ prognozirovaniya riska razvitiya pozdney diskinezii pri neyrolepticheskoy terapii bolnykh shizofreniy. – Patent na izobretenie RU 2447832 15.12.2010.

УДК 616.89-008.441.13:612.015.848
ББК Р645.021-45

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОКИСЛИТЕЛЬНОЙ МОДИФИКАЦИИ БЕЛКОВ ПЛАЗМЫ КРОВИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Мингазов А. Х.*, Кривулин Е. Н.,
Бабин К. А., Шatroва Ю. М.,
Виноградов Д. Б.

ГБОУ ВПО «Челябинская ГМА» Минздрава России
454092, Челябинск, ул. Воровского, 64

С целью выявления гендерных особенностей свободно-радикальных процессов при алкоголизме позднего возраста проведено клинико-лабораторное обследование 52 пациентов женского и мужского пола в возрасте 60–80 лет с алкоголизмом IIб–IIIа стадии. Особенностью обследованной когорты пациентов можно считать активацию свободно-радикального окисления, проявившуюся усилением окислительной модификации белков плазмы крови при снижении антиоксидантной защиты. Выраженность процесса карбонилирования белков имеет взаимосвязь с тяжестью проявлений абстинентного синдрома и более выражена у пациентов женского пола. **Ключевые слова:** алкоголизм позднего возраста, окислительная модификация белков.

GENDER CHARACTERISTICS OF BLOOD PLASMA OXIDATIVE PROTEIN MODIFICATION AMONG OLDER DRINKERS. Mingazov A., Krivulin E., Babin K., Shatrova Y., Vinogradov D. Chelyabinsk SMA of Ministry of Healthcare of RF. 454092, Chelyabinsk, Vorovsky's Street, 64. In order to identify gender characteristics of free radical processes among older drinkers there was held a clinical laboratory research. There participated 52 patients at the age of 60–80 suffering from IIb–IIIa stage of alcohol abuse. The characteristic feature of the studied cohort is free radical oxidation enhancement which is evident in increase of plasma protein modification in the presence of anti-oxidative defense increment. Besides protein carbonilation intensity is relative to alcohol withdrawal syndrome severity and more evident in cases of female alcohol abuse. **Key words:** alcohol abuse among older people, oxidative protein modification.

Актуальность. Происходящие социально-экономические изменения последних десятилетий привели к обострению проблемы алкогольной зависимости у лиц позднего (старше 60 лет) возраста [Егоров А. Ю., 2006; Бохан Н. А., Семке В. Я., Мандель А. И., 2006; Мингазов А. Х., Бохан Н. А., Кривулин Е. Н., 2012].

* Мингазов Андрей Ханифович, к. м. н., ассистент каф. психиатрии ФП и ДПО ЧелГМА, mingazovah74@mail.ru, тел. моб.: +79048195179. Кривулин Евгений Николаевич, д-р мед. наук, проф. каф. психиатрии ФП и ДПО ЧелГМА, krivulin74@mail.ru, тел. моб.: +79049476730. Бабин Константин Александрович, ОГУЗ «Челябинская областная клиническая наркологическая больница», ст. ординатор отделения неотложной наркологической помощи, biochem2009@yandex.ru. Шatroва Юлия Михайловна, преподаватель мед. колледжа ЧелГМА, shatr20@yandex.ru. Виноградов Дмитрий Борисович ОГУЗ «Челябинская областная клиническая наркологическая больница», зав. отделением неотложной наркологической помощи, biochem2009@yandex.ru

Приводимые в специальной литературе данные об увеличении в общем составе населения старших возрастных групп сделали проблему алкоголизма в позднем возрасте одной из актуальных в геронтонаркологии. Злоупотребление алкоголем в пожилом возрасте может начаться при относительно меньшей массивности и регулярности, чем в трудоспособных возрастах. Это связывают с возрастным снижением содержания воды в организме [Vestal R., 1997], алиментарной недостаточностью, коморбидной психоневрологической [Бохан Н. А., 2002] и соматической патологией, развитием вторичных иммунодефицитарных состояний [Иванова С. А., Ветлугина Т. П., Бохан Н. А., Эпштейн О. И., 2002], необходимостью иммунокоррекции [Ветлугина Т. П., Бохан Н. А., 2005]. Таким образом, возникает феномен хронической алкогольной интоксикации при относительно малом его потреблении. В связи с этим в последние годы чаще отмечаются факты «галопирующего» течения алкоголизма у пожилых.

По данным многочисленных исследований, накопленных на сегодняшний день, процесс старения организма сопровождается неуклонным накоплением продуктов свободнорадикального повреждения макромолекул. Показано, что подобного рода изменения проявляются на молекулярном, клеточном, тканевом, системном уровнях [Бохан Н. А., Прокопьева В. Д., 2004; Harman D. et al., 2009], а интенсивность свободнорадикальных процессов во многом определяет развитие возрастных изменений, соматической патологии и продолжительность жизни [Junqueira V. B. et al., 2004].

Существует мнение, согласно которому основные объекты свободнорадикального окисления в процессе старения – белки [Hawkins C. L. et al., 2009]. Именно окислительная модификация белков (ОМБ) является одной из основных категорий возрастных повреждений макромолекул, обнаруженных в разных клетках, тканях и органах [Rattan S. I. et al., 2006]. Считается, что почти каждая третья молекула белка в клетке пожилых людей является неблагополучной вследствие ее окислительной модификации [Roop H. F. et al., 2004]. Неоднократно сообщалось о возрастном увеличении концентрации карбонилированных (окислительно-модифицированных) белков в миокарде, скелетной мускулатуре [Stadtman E., 2001], головном мозге [Floyd R. A., Hensley K., 2002], а также в плазме крови и эритроцитах [Mutlu-Turkoglu U. et al., 2003; Gil L. et al., 2006; Voss P., Siems W., 2006]. Поэтому одной из самых значимых проблем в гериатрических исследованиях на сегодняшний день является выявление конкретных причин окислительной модификации и накопления белков [Pandey K. B., Rizvi S. I., 2010] а измерение

уровня окислительной модификации белков признано клинически значимым фактором для прогнозирования процесса возрастных заболеваний [Pandey K. B., Rizvi S. I., 2010].

Согласно современным данным, при алкоголизме также формируется состояние окислительного стресса [Болдырев А. А., 1998; Бохан Н. А., Прокопьева В. Д., 2004; Ярыгина Е. Г., Прокопьева В. Д. и др., 2010]. Выявлены корреляционные взаимосвязи между количеством ежедневно употребляемого алкоголя и плазменным уровнем окислительной модификации белков [Grattagliano I. et al., 1995]. Ряд исследователей указывает на процесс окислительной модификации белков как патохимическую основу изменений морфологии эритроцитов [Прокопьева В. Д., Бохан Н. А., Кондакова И. В., 2000; Tyulina O. V., Prokopenko V. D. et al., 2006], поражения печени [Rouach H., 1997; Бабанин А. А., 2008], головного мозга [Беленичев И. Ф. и др., 2011; Das S. K., 2007], миокарда [Индутный А. В., 2010] при хроническом употреблении алкоголя.

Окислительная модификация белков вызывает как минимум три типа изменений физико-химических свойств белковой молекулы: фрагментацию, агрегацию и подверженность протеолизу [Дубинина Е. Е., 1993, 1995; Зенков Н. К., 1993]. В результате происходит либо образование продуктов с высокой функциональной активностью, либо деструкция активных центров ферментов, либо модификация белковых молекул, что способствует усугублению клинической картины основного патологического состояния. Поскольку усиление окислительной модификации белков сопровождается как процессом старения, так и проявления алкогольной зависимости, целесообразным, с нашей точки зрения, является исследование особенностей окислительной модификации белка и ее вклада в развитие клинических проявлений алкогольного абстинентного синдрома у лиц позднего возраста, страдающих хроническим алкоголизмом.

Материал и методы. Проведено клинико-лабораторное обследование 52 больных мужского и женского пола, проходивших лечение в наркологических стационарах области за 2011–2012 гг. и состоящих на диспансерном учете с диагнозом «Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением алкоголя (согласно МКБ-10 рубрики F10.2–10.7). С учетом гендерного фактора было выделено 2 группы наблюдения: 1-я группа (n=30) – мужчины старше 60 лет (средний возраст 65,5±5,2 года); 2-я группа (n=22) – женщины позднего возраста (средний возраст 64,9±4,2 года). По признаку возраста первого обращения к наркологу в каждой гендерной группе выделены по две подгруппы наблюдения: 1б (мужчины, n=12) и 2б (женщины, n=9) – впервые обратившиеся к наркологу после 60 лет, 1а (n=18) и 2а

($n=13$) – соответственно до исполнения 60 лет. Контрольную группу составили 20 условно здоровых лиц (средний возраст $63,3 \pm 1,9$ года) мужского (средний возраст $65,1 \pm 3,2$ года) и женского (средний возраст $65,3 \pm 2,7$ года) пола.

Взятие крови для лабораторных исследований осуществлялось путем пункции кубитальной вены. В плазме крови по методике Е. Е. Дубининой и др. (1995) определяли уровень спонтанного и металл-катализируемого окисления белков. Метод оценки окислительной модификации белков основан на реакции взаимодействия окисленных аминокислотных остатков с 2,4-динитрофенилгидразином (2,4-дНФГ) с образованием 2,4-динитрофенилгидразонов. По данным автора метода, при 270 нм регистрируются алифатические альдегид-динитрофенил-гидразоны нейтрального характера, при 370 нм – алифатические кетон-динитрофенил-гидразоны нейтрального характера, при 430 нм – алифатические кетондинитрофенилгидразоны основного характера. Особенности синдрома отмены у обследованного контингента больных изучались с помощью шкалы клинической оценки алкогольного абстинентного синдрома (CIWA-Ar).

Результаты обрабатывались общепринятыми методами вариационной статистики и выражались в виде среднеарифметической (M) и её стандартной ошибки (m). Статистически значимые различия между несколькими группами определялись с помощью критерия Краскелла-Уоллиса (Kruskal-Wallis). Для определения статистически значимых различий между двумя сравниваемыми группами использовали критерий Манна-Уитни (U). Различия считали значимыми при $p \leq 0,05$. Статистические взаимосвязи изучали при помощи непараметрического корреляционного анализа, выполняя расчёт коэффициентов корреляции рангов по Спирмену (R_s).

Результаты и их обсуждение. Для выявления общих закономерностей по уровню окислительной модификации белков у лиц с алкоголизмом позднего возраста был произведен статистический анализ исследованных параметров. Выявлено увеличение уровня окислительной модификации белков вне зависимости от пола пациентов и длительности заболевания, проявившееся статистически значимым увеличением содержания алифатических альдегид – динитрофенилгидразонов с $0,379 \pm 0,028$ ммоль/г белка в контрольной группе до $0,449 \pm 0,031$ ммоль/г белка в группе исследования ($p=0,031$). Указанная категория динитрофенилгидразонов чаще всего образуется при окислительной модификации радикалов аминокислотных остатков аргинина, лизина, аланина (Дубинина Е. Е., 2006).

Содержание других категорий динитрофенилгидразонов также имело тенденцию к увеличению. Таким образом, пациенты, страдаю-

щие алкоголизмом позднего возраста, отличались от контрольной группы повышенным уровнем окислительной модификации белка в плазме крови.

Особенностью окислительной модификации белков у мужчин, страдающих алкоголизмом позднего возраста, является статистически значимое увеличение содержания как спонтанного, так и металл-катализируемого окисления белков (таб.).

Т а б л и ц а
**Уровень окислительной модификации белков
плазмы крови у пациентов с алкогольной
зависимостью позднего возраста**

Показатель	Группа 1: Мужчины			Группа 2: Женщины		
	Контроль	Подгруппа		Контроль	Подгруппа	
		1а	1б		1а	1б
1	$0,321 \pm 0,020$	$0,468 \pm 0,049^{**}$	$0,493 \pm 0,057^*$	$0,439 \pm 0,068$	$0,542 \pm 0,046^{**}$	$0,377 \pm 0,025$
2	$4,117 \pm 0,609$	$5,546 \pm 1,084^{**}$	$6,043 \pm 1,263$	$5,434 \pm 0,950$	$6,259 \pm 0,826^{**}$	$3,583 \pm 0,296$
3	$1,595 \pm 0,160$	$2,342 \pm 0,441^{**}$	$2,291 \pm 0,360^*$	$2,506 \pm 0,628$	$2,282 \pm 0,224^{**}$	$1,52 \pm 0,118$
4	$0,667 \pm 0,071$	$0,855 \pm 0,063$	$0,951 \pm 0,099$	$0,824 \pm 0,074$	$1,003 \pm 0,1^*$	$0,756 \pm 0,055$
5	$17,936 \pm 2,522$	$22,282 \pm 1,737$	$25,107 \pm 2,165$	$21,819 \pm 2,257$	$21,916 \pm 2,593$	$25,924 \pm 2,58$
6	$11,987 \pm 1,888$	$12,586 \pm 0,998^*$	$13,677 \pm 1,178^*$	$13,677 \pm 1,314$	$13,408 \pm 1,682$	$16,082 \pm 1,422$

Примечание. В 1-м столбце приведен показатель: 1 – АДфг, ЕД/г белка; 2 – АКдфг (н), ммоль/г белка; 3 – АКдфг (о), ммоль/г белка; 4 – ААДфг, ЕД/г белка (индукция Fe^{2+}/H_2O_2); 5 – АКдфг (н), ммоль/г белка (индукция Fe^{2+}/H_2O_2); 6 – АКдфг (о), ммоль/г белка (индукция Fe^{2+}/H_2O_2). ААДфг – алифатические альдегид-динитрофенилгидразоны; АКдфг (н) – алифатические кетон-динитрофенилгидразоны нейтрального характера; АКдфг (о) – алифатические кетон-динитрофенилгидразоны основного характера. * – Статистически значимые отличия от соответствующих показателей контрольной группы. ** – Статистически значимые различия между подгруппами «а» и «б»: 1б (мужчины, $n=12$) и 2б (женщины, $n=9$) – пациенты, впервые обратившиеся к наркологу после 60 лет, подгруппы 1а ($n=18$) и 2а ($n=13$) – до исполнения 60 лет.

Помимо патохимических изменений, выявленных на общей выборке пациентов, статистически значимо увеличилось содержание алифатических кетон-динитрофенилгидразонов основного характера продуктов, являющихся маркерами процессов фрагментации и белковых молекул по сравнению с контрольной группой. Усиление металл-катализируемого окисления белков свидетельствует об ограничении антиоксидантной защиты у данной категории пациентов. При статистическом анализе уровней ОМБ среди женщин, страдающих алкогольной зависимостью позднего возраста, также выявлено статистически значимое усиление спонтанного и металл-катализируемого окисления белков. Однако, в отличие от мужчин, наблюдалось увеличение содержания только алифатических альдегид-динитрофенилгидразонов.

Окислительная модификация белков плазмы крови также зависит и от длительности заболевания, как у мужчин, так и у женщин. Показано,

что у женщин, впервые обратившихся за наркологической помощью до исполнения 60 лет, содержание всех исследованных категорий динитрофенилгидразонов в плазме крови было статистически значимо выше (табл.), чем в аналогичной группе пациенток, у которых алкогольная зависимость сформировалась после достижения 60-летнего возраста. Это говорит о прямой взаимосвязи между длительностью алкогольной зависимости и уровнем окислительного стресса. Интересно отметить, что у мужчин данная зависимость имела обратный характер: с увеличением длительности заболевания снижался уровень окислительной модификации белков (табл.).

Как было указано выше, процессы карбонирования белков вносят значимый вклад в клиническое течение как основного заболевания, так и сопутствующей патологии, во многом определяя их особенности. В группе мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, были выявлены прямые корреляционные взаимосвязи между уровнем алифатических кетондинитрофенилгидразонов и выраженностью ориентировки и нарушением ясности сознания ($R_s=0,48$, $p=0,029$), а также с визуальными нарушениями ($R_s=0,62$, $p=0,003$), установленными по шкале клинической оценки алкогольного абстинентного синдрома CIWA, что демонстрирует вклад окислительной модификации белков в развитие клинических проявлений абстиненции. Среди женщин, страдающих алкогольной зависимостью, выявлены прямые корреляционные взаимосвязи между уровнями ОМБ и тревоги ($R_s=0,54$, $p=0,03$), а также головной боли ($R_s=0,65$, $p=0,005$). Следует отметить, что корреляционные взаимосвязи между уровнями ОМБ и головной болью у мужчин были обратными ($R_s=-0,58$, $p=0,006$).

Таким образом, при алкоголизме позднего возраста происходит активация окислительной модификации белков, которая ассоциируется с ограничением антиоксидантной защиты и имеет гендерные различия, которые проявляются накоплением различных продуктов окислительной модификации белка, а также различной зависимостью между длительностью заболевания и интенсивностью окислительной деструкции белков, что указывает на качественные различия в патохимии изучаемых процессов у мужчин и женщин. Выявленные корреляционные взаимосвязи убедительно демонстрируют вклад окислительной модификации белков в клинические проявления алкогольного абстинентного синдрома, с одной стороны, и гендерные различия между указанными взаимосвязями – с другой.

Исходя из полученных данных, представляются целесообразными исследования по разработке медикаментозных методов коррекции

окислительной модификации белков у пациентов с алкоголизмом позднего возраста, учитывая особенности течения заболевания и пол пациента. Накопленный на сегодняшний день клинический опыт свидетельствует об их перспективности (Ярыгина Е. Г., Прокопьева В. Д. и др., 2010; Беленичев И. Ф., 2011; Fusco D., 2007).

Л и т е р а т у р а

1. Бабанин А. А., Семенова Т. В., Захарова А. Н., Нестеров Е. Н. Процессы окислительной модификации белков при алкогольном поражении печени // Таврический медико-биологический вестник. – 2008. – Т. 12, № 1 (45). – С. 110–114.
2. Беленичев И. Ф., Колесник Ю. М., Павлов С. В., Абрамов А. В., Бухтиярова Н. В. Митохондриальная дисфункция при церебральной патологии. Нейропротекция Цереброкурином // Международный неврологический журнал. – 2008. – № 4 (20). – С. 23–29.
3. Болдырев А. А. Карнозин. Биологическое значение и возможности применения в медицине. – М.: Изд-во МГУ, 1998. – 320 с.
4. Бохан Н. А. Клиническая гетерогенность алкоголизма и коморбидность: парадигма мультиаксиальной сопряженности проблем // Наркология. – 2002. – № 2. – С. 1–37.
5. Бохан Н. А., Семке В. Я., Мандель А. И. Наркологическая ситуация и психическое здоровье населения: региональные тренды десятилетия // Психическое здоровье. – 2006. – № 1. – С. 32–39.
6. Бохан Н. А., Прокопьева В. Д. Молекулярные механизмы влияния этанола и его метаболитов на эритроциты in vitro и in vivo. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2004. – 150 с.
7. Ветлугина Т. П., Бохан Н. А. Механизмы реализации терапевтического эффекта иммуномодулятора галавита при комплексной терапии алкоголизма // Наркология. – 2005. – № 10. – С. 40–45.
8. Дубинина Е. Е., Шугалей И. В. Окислительная модификация белков // Успехи современной биологии. – 1993. – № 1. – С. 71–79.
9. Дубинина Е. Е., Бурмистров С. О., Ходов Д. А. и др. Окислительная модификация белков сыворотки крови человека, метод её определения // Вопросы мед. химии. – 1995. – № 41. – С. 24–26.
10. Егоров А. Ю. Алкоголизм в позднем возрасте: гендерный аспект // Журнал неврологии и психиатрии. – 2006. – Т. 106, вып. 9. – С. 16–21.
11. Зенков Н. К., Меньшикова Е. Б. Активированные кислородные метаболиты в биологических системах // Успехи современной биологии. – 1993. – № 3. – С. 286–296.
12. Индутный А. В. Патохимические особенности и факторы повреждения сердца при сочетании сахарного диабета с хронической интоксикацией алкоголем: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Челябинск, 2010.
13. Иванова С. А., Ветлугина Т. П., Бохан Н. А., Элштейн О. И. Иммунобиология аддиктивных расстройств: механизмы психонейроиммунотропности // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2002. – № 1. – С. 52–54.
14. Мингазов А. Х., Бохан Н. А., Кривулин Е. Н. Факторы формирования алкоголизма в позднем возрасте // Неврологический вестник. – 2012. – Т. XLIV, вып. 2. – С. 10–16.
15. Прокопьева В. Д., Бохан Н. А., Кондакова И. В. Влияние этанола и ацетальдегида на микровязкость мембран эритроцитов больных алкоголизмом на разных этапах лечения // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – М.: Изд-во РАМН, 2000. – Т. 129. – Приложение 1. – С. 90–93.

16. Солонский А. В., Прокопьева В. Д., Бохан Н. А. Структурно-функциональные особенности мембран клеток крови и мозга при алкогольной интоксикации // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3. – С. 36–39.
 17. Ярыгина Е. Г., Прокопьева В. Д., Аржаник М. Б., Молькина Л. Г., Бохан Н. А. Рандомизированное плацебо-контролируемое исследование эффективности применения севитина у больных алкоголизмом на этапе формирования ремиссии // Сибирский медицинский журнал. – 2010. – Т. 25, № 4. – Вып. 1. – С. 84–88.
 18. Das S. K., Hiran K. R., Mukherjee S., Vasudevan D. M. Oxidative stress is the primary event: effects of ethanol consumption in brain // Indian Journal of Clinical Biochemistry. – 2007. – V. 22 (1). – P. 99–104.
 19. Floyd R. A., Hensley K. Oxidative stress in brain aging. Implications for therapeutics of neurodegenerative diseases. // Neurobiol. Aging. – 2002. – V. 23. – P. 795–807.
 20. Fusco D., Colloca G., Lo Monaco M., Cesari M. Effects of antioxidant supplementation on the aging process // Clinical Interventions in Aging. – 2007. – V. 2 (3). – P. 377–387.
 21. Gil L., Siems W., Mazurek B., Gross J., Schroeder P., Voss P., Grune T. Age associated analysis of oxidative stress parameters in human plasma and erythrocytes // Free Radic. Res. – 2006. – V. 40. – P. 405–505.
 22. Grattagliano I., Vendemiale G., Didonna D., Errico F., Bolognino A., Pistone A., Cofano M., Signorile A., Ciannamea F., Altomare E. Oxidative modification of proteins in chronic alcoholics // Boll. Soc. Ital. Biol. Sper. – 1995. – Jul.–Aug. – V. 71 (7–8). – P. 189–195.
 23. Harman D. Origin and evolution of the free radical theory of aging: a brief personal history, 1954–2009 // Biogerontology. – 2009. – P. 9234–9242.
 24. Hawkins C. L., Morgan P. E., Davies M. J. Quantification of protein modification by oxidants // Free Radic. Biol. Med. – 2009. – V. 46. – P. 965–988.
 25. Junqueira V. B., Barros S. B., Chan S. S., Rodrigues L., Giavarotti L., Abud R. L., Deucher G. P. Aging and oxidative stress // Mol. Aspects Med. – 2004. – V. 25. – P. 5–16.
 26. Mutlu-Turkoglu U., Ilhan E., Oztezcen S., Kuru A., Aykac-Toker G., Uysal M. Age-related increase in plasma malondialdehyde and protein carbonyl levels and lymphocyte DNA damage in elderly subjects // Clin. Biochem. – 2003. – V. 36. – P. 397–400.
 27. Pandey K. B., Rizvi S. I. Markers of oxidative stress in erythrocytes and plasma during aging in humans // Oxidative Medicine and Cellular Longevity. – 2010. – V. 3, № 1. – P. 2–12.
 28. Poon H. F., Calabrese V., Scapagnini G., Butterfield D. A. Free radicals and brain aging // Clin. Geriatr. Med. – 2004. – V. 20. – P. 329–359.
 29. Rattan S. I. Theories of biological aging: Genes, proteins and free radicals // Free Radic. Res. – 2006. – V. 40. – P. 10–12.
 30. Rouach H., FAtacchioli V., Entil M., French S. W. Effect of Chronic Ethanol Feeding on Lipid Peroxidation and Protein Oxidation in Relation to Liver Pathology // Hepatology. – 1997. – V. 25, № 2. – P. 351–355.
 31. Stadtman E. Protein oxidation in aging and age-related diseases // Ann. N.Y. Acad. Sci. – 2001. – V. 298. – P. 22–38.
 32. Tyulina O. V., Prokopieva V. D., Boldyrev A. A., Johnson P. Erythrocyte and plasma protein modification in alcoholism: A possible role of acetaldehyde // Biochimica et Biophysica Acta. – 2006. – V. 1762, № 5. – P. 558–563.
 33. Vestal R., McGuire E., Tobin J., Anders R., Norris M., Messey E. Aging and alcohol metabolism // Cl. Pharmacology and Therapeutics. – 1987. – V. 45. – P. 343–354.
 34. Voss P., Siems W. Clinical oxidation parameters of aging // Free Radic. Res. – 2006. – V. 40. – P. 1339–1349.
- Транслитерация русских источников*
1. Babanin A. A., Semenova T. V., Zaharova A. N., Nesterov E. N. Protsessy oksislitel'noy modifikatsii belkov pri alkohol'nom porazhenii pecheni // Tavricheskiy mediko-biologicheskii vestnik. – 2008. – T. 12, N 1 (45). – S. 110–114.
 2. Belenichev I. F., Kolesnik Yu. M., Pavlov S. V., Abramov A. V., Buhtiyarova N. V. Mitochondrialnaya disfunktsiya pri tserebral'noy patologii. Neyroproteksiya Tserebrokurinom // Mezhdunarodniy nevrologicheskii zhurnal. – 2008. – N 4 (20). – S. 23–29.
 3. Boldyrev A. A. Karnozin. Biologicheskoe znachenie i vozmozhnosti primeneniya v meditsine. – M.: Izd-vo MGU, 1998. – 320 s.
 4. Bohan N. A. Klinicheskaya geterogennost' alkoholizma i komorbidnost': paradigma multiaksial'noy sopryazhennosti problem // Narkologiya. – 2002. – N 2. – S. 1–37.
 5. Bohan N. A., Semke V. Ya., Mandel A. I. Narkologicheskaya situatsiya i psicheskoe zdorove naseleniya: regional'nyie trendyi desyatil'etiya // Psicheskoe zdorove. – 2006. – N 1. – S. 32–39.
 6. Bohan N. A., Prokopeva V. D. Molekulyarnyye mekhanizmy vliyaniya etanola i ego metabolitov na eritrotsity in vitro i in vivo. – Tomsk: Izd-vo Tom. un-ta, 2004. – 150 s.
 7. Veltugina T. P., Bohan N. A. Mekhanizmy realizatsii terapevticheskogo effekta immunomodulyatora galavina pri kompleksnoy terapii alkoholizma // Narkologiya. – 2005. – N 10. – S. 40–45.
 8. Dubinina E. E., Shugaley I. V. Oksislitel'naya modifikatsiya belkov // Uspehi sovremennoy biologii. – 1993. – N 1. – S. 71–79.
 9. Dubinina E. E., Burmistrov S. O., Hodov D. A. i dr. Oksislitel'naya modifikatsiya belkov syivorotki krovi cheloveka, metod eyo opredeleniya // Voprosy med. himii. – 1995. – N 41. – S. 24–26.
 10. Egorov A. Yu. Alkoholizm v pozdnem vozraste: gender'nyi aspekt // Zhurnal nevrologii i psichiatrii. – 2006. – T. 106, vyp. 9. – S. 16–21.
 11. Zenkov N. K., Menshikova E. B. Aktivirovannyye kislorodnyie metabolity v biologicheskikh sistemakh // Uspehi sovremennoy biologii. – 1993. – N 3. – S. 286–296.
 12. Indutnyi A. V. Patohimicheskie osobennosti i faktory povrezhdeniya serdtsa pri sochetanii saharnogo diabeta s hronicheskoy intoksikatsiey alkogolem: avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. – Chelyabinsk, 2010.
 13. Ivanova S. A., Veltugina T. P., Bohan N. A., Epshteyn O. I. Immunobiologiya addiktivnykh rasstroystv: mekhanizmy psichoneyroimmunomodulyatsii // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. – 2002. – N 1. – S. 52–54.
 14. Mingazov A. H., Bohan N. A., Krivulin E. N. Faktory formirovaniya alkoholizma v pozdnem vozraste // Nevrologicheskii vestnik. – 2012. – T. XLIV, vyp. 2. – S. 10–16.
 15. Prokopeva V. D., Bohan N. A., Kondakova I. V. Vliyaniye etanola i atsetaldegida na mikrovyazkost membran eritrotsitov bolnykh alkoholizmom na raznykh etapakh lecheniya // Byulleten eksperimental'noy biologii i meditsiny. – M.: Izd-vo RAMN, 2000. – T. 129. – Prilozhenie 1. – S. 90–93.
 16. Solonskiy A. V., Prokopeva V. D., Bohan N. A. Strukturno-funktsionalnyie osobennosti membran kletok krovi i mozga pri alkohol'noy intoksikatsii // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. – 2006. – N 3. – S. 36–39.
 17. Yarygina E. G., Prokopeva V. D., Arzhanik M. B., Molkina L. G., Bohan N. A. Randomizirovannoe platsebo-kontroliruemoe issledovanie effektivnosti primeneniya sevitina u bolnykh alkoholizmom na etape formirovaniya remis-sii // Sibirskiy meditsinskiy zhurnal. – 2010. – T. 25, N 4. – Vyp. 1. – S. 84–88.

УДК 618.11-089.87-089.168.1-06:[616.8-009.086-008.61/64]:[615.322:615.256.51]-092.9:57.084.1
ББК Р715.765.2-29+Р352.5

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И ВАЗОМОТОРНЫЕ РЕАКЦИИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ОВАРИОЭКТОМИИ И ИХ КОР- РЕКЦИЯ ФИТОЭСТРОГЕНАМИ

Анищенко А. М.^{*1}, Алиев О. И.¹,
Плотникова Т. М.²

¹ ФГБУ «НИИ фармакологии» СО РАМН
634028, Томск, ул. Ленина, 3.

² ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава РФ
634050, Томск, Московский тракт, 2

Изучено влияние экстракта семян льна (40 мг/кг, ежедневно, внутривенно в течение 14 дней) на психоэмоциональные и вазомоторные реакции крыс после овариоэктомии. Экстракт семян льна не изменял уровень эстрадиола в крови, проявлял противотревожную активность при моделях тревоги, существенно не влиял на общую двигательную активность в тесте «открытое поле». Экстракт семян льна уменьшал выраженность патологических вазомоторных реакций при овариоэктомии, проявляющихся изменением реакции сосудов на вазоактивные агенты и приливами жара. **Ключевые слова:** экстракт семян льна, фитоэстрогены, овариоэктомия, противотревожный эффект, вазомоторные реакции.

PSYCHOEMOTIONAL AND VASOMOTOR REACTIONS AFTER EXPERIMENTAL OVARIECTOMY AND THEIR CORRECTION OF PHYTOESTROGENS. Anishchenko A. M.¹, Aliev O. I.¹, Plotnikova T. M.² ¹ Institute of Pharmacology, Siberian Branch, Russian Academy of Medical Sciences. 634028, Tomsk, Lenin's Street, 3. ² Siberian State Medical University. 634050, Tomsk, Moskovsky Trakt., 2. The effects of flax seed extract (40 mg/kg, daily, p. o. during 14 days) on the psychoemotional and vasomotor reactions in rats after ovariectomy were investigated. The flax seed extract did not change the level of estradiol in the blood, showed anxiolytic activity with the models of anxious disorders, did not influence considerably on the motor activity in «open field» test. Flax seed extract reduced the pathological vasomotor reactions in ovariectomy, showing by the change in vessels reactions on vasoactive agents and hot flushes. **Key words:** Flax seed extract, phytoestrogens, ovariectomy, anxiolytic effect, vasomotor reactions.

Введение. У женщин климактерический период является переходной ступенью от репродуктивного периода к старости и характеризуется гормональными сдвигами, которые приводят к психоэмоциональным расстройствам, ухудшающим качество жизни [1, 2, 3]. Для лечения синдрома дефицита эстрогенов при естественной или хирургической менопаузе при-

меняют гормональную заместительную терапию. Отмечен её положительный эффект в отношении как вегетососудистых расстройств, так и гиперлипидемии, остеопороза и других метаболических нарушений [4, 5]. Вместе с тем длительное применение гормональной заместительной терапии вызывает нежелательные эффекты – нарушение функций печени, гемостаза, повышенный риск опухолевого роста. Большие надежды специалисты возлагают на применение избирательных модуляторов эстрогеновых рецепторов, которые, сохраняя позитивное влияние гормонов, не обладают их побочными эффектами. Модуляторами активности эстрогеновых рецепторов могут быть фитоэстрогены – лигнаны и изофлавоноиды, выделенные из растений [6, 7]. Наибольший интерес представляет экстракт семян льна. Высокое содержание лигнанов в экстракте семян льна явилось основанием для изучения его эффектов при гипозестрогенемии.

Цель. Изучение влияния экстракта семян льна на психоэмоциональные и вазомоторные реакции у крыс с недостаточностью половых гормонов, вызванной овариоэктомией.

Материалы и методы. Эксперименты выполнены на 48 самках крыс Вистар массой 250–300 г в соответствии с рекомендациями «Руководства по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических средств» [8]. Животных содержали в виварии НИИ фармакологии СО РАМН при естественном освещении, свободном доступе к воде и пище. В работе использовали стандартизованную субстанцию – сухой экстракт семян льна (ЭСЛ), содержащий, по данным ВЭЖХ, 42 % секоиизолапирезинола диглюкозида.

Под эфирным наркозом проводили овариоэктомию (опытная и контрольная группы) или лапаротомию без удаления яичников (группа ложнооперированных животных). После овариоэктомии крысам опытной группы вводили в желудок ежедневно ЭСЛ в дозе 40 мг/кг массы тела в виде взвеси в 1 % крахмальной слизи в течение 14 дней, начиная с 8-х суток после операции. Животные контрольной группы после овариоэктомии получали эквивалентное количество 1 % крахмальной слизи. Последнее введение ЭСЛ или крахмальной слизи осуществляли за 2 часа до исследования. Содержание эстрадиола в пробах крови определяли иммуноферментным методом с помощью набора «Эстрадиол ИФА» («Хема-Медика», Россия) на приборе для иммуноферментного анализа «Пикон» (Россия).

Влияние ЭСЛ на двигательную активность и ориентировочно-исследовательское поведение крыс изучали в экспериментальных установках «открытое поле» и «светлая – темная камера» [8]. Вазомоторные реакции оценивали

^{*} Анищенко Анна Марковна, к. м. н., науч. сотр. лаб. кровообращения НИИ фармакологии СО РАМН, тел. 89138064455, e-mail: nuska-80@mail.ru.

Алиев Олег Ибрагимович, д. м. н., в.н.с. лаб. кровообращения НИИ фармакологии СО РАМН.

Плотникова Татьяна Макаровна, д. б. н., проф. каф. фармакологии СибГМУ.

с помощью функциональных проб и измерением температуры кожи на середине хвоста лазерным измерителем температуры ИТ301А. На 21-е сутки от начала эксперимента под наркозом (тиопентал натрия, 50 мг/кг массы тела) катетеризовали сонную артерию для регистрации артериального давления (АД) до и после болюсного введения в бедренную вену 0,1 мл растворов ацетилхолина (5 мкг/кг массы тела) и эпинефрина (50 мкг/кг массы тела).

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета статистических программ «Statistica 8.0». Данные представлены в виде $M \pm m$, где M – среднее значение, m – стандартная ошибка среднего значения. Для оценки достоверности межгрупповых различий использовали непараметрические критерии Mann-Whitney U test.

Результаты и обсуждение. Для изучения гормонального статуса у ложнопериованных крыс забор крови осуществляли в фазе эструса. Уровень эстрадиола в крови ложнопериованных половозрелых крыс составил $43,8 \pm 1,3$ пг/мл. Овариоэктомия приводила к исчезновению половых циклов у самок крыс и снижению содержания эстрадиола на 60 % к 21-м суткам после операции. Введение ЭСЛ не вызывало изменений содержания гормона в крови животных по сравнению с уровнем гормона у крыс контрольной группы. Следовательно, ЭСЛ не устранял вызванное овариоэктомией снижение уровня эстрадиола в крови.

Исследование психоэмоциональных нарушений, возникающих при экспериментальной овариоэктомии, позволило установить, что снижение уровня половых гормонов в крови приводило к формированию пассивного типа поведения крыс в тесте «открытое поле» с уменьшением ориентировочно-исследовательской активности и повышением тревожности. Изменение поведения животных выражалось уменьшением числа горизонтальных перемещений и вертикальных стоек на 19 и 33 % по сравнению с соответствующими значениями у ложнопериованных животных (табл. 1). Уровень тревожности овариоэктомизированных крыс регистрировали по оценке времени их пребывания в светлом и темном отсеках камеры. Длительность пребывания крыс в светлом отсеке снижалась на 62 %, а латентный период выхода животного из первого квадрата увеличивался на 40 % по сравнению с продолжительностью у ложнопериованных животных (табл. 1).

Изучение поведения овариоэктомизированных крыс в тесте «открытое поле» выявило особенности психоэмоционального действия ЭСЛ. Курсовое введение ЭСЛ не оказывало существенного влияния на ориентировочно-исследовательскую активность крыс: сохранялось выраженное снижение общего числа ло-

комоторных актов, как горизонтальных перемещений, так и вертикальных стоек, не изменялось число обследованных отверстий (норковый рефлекс) по сравнению с показателями у ложнопериованных крыс. ЭСЛ, подобно другим фитоэстрогенам [9], достоверно уменьшал симптомы тревоги в условиях стресса новизны, о чем свидетельствовало уменьшение на 57 % времени выхода животных из первого квадрата в тесте «открытое поле» по сравнению с поведенческими реакциями при овариоэктомии (табл. 1). Следовательно, ЭСЛ при курсовом введении крысам после овариоэктомии, существенно не влияя на двигательную активность, ослаблял проявления тревоги и страха.

Т а б л и ц а 1
Влияние экстракта семян льна (ЭСЛ, 40 мг/кг в течение 14 дней) на ориентировочно-исследовательское поведение крыс в «открытом поле» и время нахождения в светлой камере ($M \pm m$)

Группа животных	Активность		Норковый рефлекс	Дефекация	Латентный период выхода из первого квадрата (с)	Время нахождения в светлой камере (с)
	Горизонтальная	Вертикальная				
	Баллы					
Ложнопериованные (n=8)	32±2	9±1	6±2	1±1	5±1	13±2
Контроль (овариоэктомия) (n=8)	26±2*	6±1*	6±1	3±1*	7±1*	21±2*
Овариоэктомия+ЭСЛ (n=8)	24±3*	6±1*	6±1	1±1 ⁺	3±2 ⁺	26±8*

Примечание. * – $p < 0,05$ по сравнению со значениями у ложнопериованных животных; * – $p < 0,05$ по сравнению со значениями у животных контрольной группы.

При изучении с помощью функциональных проб вазомоторных реакций, сопровождающих экспериментальный постовариоэктомический синдром, установлено, что ацетилхолин вызывал меньшее (на 30 %) снижение, а эпинефрин – меньшее повышение системного АД (САД) по сравнению с реакцией на вазоактивные агенты у ложнопериованных животных (табл. 2). Изменение реакции сосудов при экспериментальной овариоэктомии, вероятно, обусловлено эндотелиальной дисфункцией [6], которая вызывает уменьшение продукции двух наиболее важных вазоактивных веществ, продуцируемых эндотелием, – вазодилататора оксида азота и вазоконстриктора эндотелина-1. ЭСЛ не влиял на уровень САД крыс после овариоэктомии, но восстанавливал реакции сосудов в ответ на внутривенное введение ацетилхолина и эпинефрина. Нормализация вазомоторных реакций под влиянием курсового введения ЭСЛ, вероятно, обусловлена его эндотелийпротективной активностью при гипострогемии [6] и, как следствие, способностью восстанавливать баланс между продуцируемыми эндотелием вазоактивными агентами.

Таблица 2

Влияние экстракта семян льна (ЭСЛ, 40 мг/кг в течение 14 дней) на реакцию АД (мм рт. ст.) в ответ на внутривенное болюсное введение ацетилхолина (5 мкг/кг) и эпинефрина (50 мкг/кг)

Группа животных	Исходные значения	Ацетилхолин	Эпинефрин
Ложнооперированные (n=8)	120±4	-54±1	+51±1
Контроль (овариэктомия) (n=8)	121±3	-38±1*	+37±2*
Овариэктомия+ЭСЛ (n=8)	121±3	-41±1*	+54±2*

Изменения температуры, измеренной на коже середины хвоста крыс после овариэктомии, в эксперименте являются эквивалентом приливов жара у женщин с климактерическим синдромом [10]. У ложнооперированных животных температура кожи с 9⁰⁰ до 12⁰⁰ часов не изменялась. У овариэктомизированных животных температура повышалась на 11 % к 10 часам, снижалась до исходного уровня к 11 часам и повторно повышалась к 12 часам. Данные температурные скачки оценивали как приливы жара.

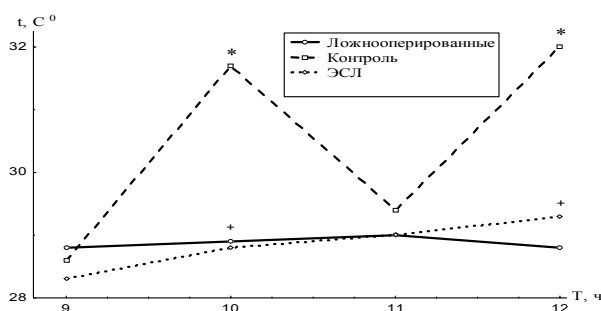


Рис. Влияние экстракта семян льна (ЭСЛ, 40 мг/кг в течение 14 дней) на температуру кожи хвоста у крыс после овариэктомии

По оси абсцисс — время, ч.; по оси ординат — температура, °C. * — $p < 0,05$ по сравнению со значениями у ложнооперированных животных; + — $p < 0,05$ по сравнению со значениями у животных контрольной группы.

У крыс, получавших ЭСЛ, температура существенно не изменялась на всем протяжении эксперимента. Следовательно, ЭСЛ способствовал нормализации вазомоторных реакций овариэктомизированных крыс.

Заключение. Овариэктомия вызывала снижение содержания в крови эстрадиола, усиливала чувство страха и тревоги, нарушала вазомоторные реакции с изменением реакций сосудов на вазоактивные агенты и приливами жара. Экстракт семян льна при курсовом введении в желудок в дозе 40 мг/кг массы тела, не влияя на уровень эстрадиола в крови, проявлял противотревожную активность и способствовал нормализации вазомоторных реакций у оварио-

эктомизированных животных. Следовательно, экстракт семян льна может быть предложен для клинических исследований в качестве фитостероидного средства для устранения вегетативных и психоэмоциональных симптомов, ухудшающих качество жизни женщин при климактерическом синдроме.

Л и т е р а т у р а

1. Семке В. Я., Куприянова И. Е., Трусов В. Б. Качество жизни как критерий психического здоровья женщин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 1999. — № 1. — С. 37—41.
2. Куприянова И. Е. Профиль качества жизни больных невротическими расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2001. — № 2. — С. 67—69.
3. Ситдиков З. А., Куприянова И. Е. Теоретико-методологические аспекты изучения качества жизни и психического здоровья в разных социально-профессиональных группах населения // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2004. — № 2. — С. 15—17.
4. Сметник В. П. Климактерические расстройства и методы их коррекции // Consilium medicum. — 2007. — Т. 9, № 6. — С. 65—70.
5. Тихомиров А. Л. Заместительная гормональная терапия в физиологической и хирургической постменопаузе // Фарматека. — 2007. — № 10. — С. 37—41.
6. Никитин А. И. Фитоэстрогены // Проблемы репродукции. — 2000. — № 3. — С. 12—20.
7. Cappelletti V., Miodini P., Fronso G. et al. Modulation of estrogen-beta isoforms by phytoestrogens in breast cancer cells // Int. J. Oncol. — 2006. — V. 28, № 5. — P. 1185—1191.
8. Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических средств. — М., 2005. — 832 с.
9. Wolf A. A., Frye C. A. Erbata-selective estrogen receptor modulators produce antianxiety behavior when administered systemically to ovariectomized rats // Neuropsychopharmacol. — 2005. — V. 30, № 9. — P. 1288—1301.
10. Bowe J., Li X. F., Kinsey-Jones J. et al. The hot phytoestrogen, 8-prenylaringenin, reverses the ovariectomy-induced rise in skin temperature in an animal model of menopausal hot flashes // J. Endocrinol. — 2006. — V. 191, № 2. — P. 399—405.

Транслитерация русских источников

1. Semke V. Ya., Kupriyanova I. E., Trusov V. B. Kachestvo zhizni kak kriteriy psicheskogo zdorovya zhenschin // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. — 1999. — N 1. — S. 37—41.
2. Kupriyanova I. E. Profil kachestva zhizni bolnykh nevroticheskimi rasstroystvami // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. — 2001. — N 2. — S. 67—69.
3. Sittikov Z. A., Kupriyanova I. E. Teoretiko-metodologicheskie aspekty izucheniya kachestva zhizni i psicheskogo zdorovya v raznykh sotsialno-professionalnykh gruppah naseleniya // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. — 2004. — N 2. — S. 15—17.
4. Smetnik V. P. Klimaktericheskie rasstroystva i metody ih korrektsii // Consilium medicum. — 2007. — T. 9, N 6. — S. 65—70.
5. Tikhomirov A. L. Hormone replacement therapy in physiological and surgical menopause // Farmateka. — 2007. — № 10. — S. 37—41.
6. Nikitin A. I. Phytoestrogens // Problemi reprodukcii. — 2000. — № 3. — S. 12—20.
8. Guidelines for experimental (preclinical) studies of new pharmacological agents. — M., 2005. — 832 s.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.895.4:159.923

ББК Р645.093.3

К ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ РАС- СТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ ПРИ ТРЕВОЖНЫХ ДЕПРЕССИЯХ

Васильева В. О.^{*}, Дубницкая Э. Б.,
Читлова В. В.

ФГБУ «НЦПЗ» РАМН

115522, Москва, Каширское шоссе, 34

В ходе патопсихологического исследования личностных характеристик пациентов, страдающих тревожно-депрессивными расстройствами, клинически дифференцированными на два типа: 1) тревожно-меланхолическая депрессия (16 наблюдений), 2) самоистязательная депрессия (16 наблюдений), подтверждена исходная гипотеза, согласно которой каждый из выделенных на клиническом уровне типов тревожных депрессий ассоциирован с предпочтительным (категориальным/дифференциальным) паттерном конституционального предрасположения. **Ключевые слова:** тревожная депрессия, тревожная меланхолия, самоистязательная депрессия, психологический профиль.

TOWARDS PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PERSONALITY DISORDERS IN ANXIOUS DEPRESSIONS. Vasilieva V. O., Dubnitskaya E. B., Chitlova V. V. *Mental Health Research Center, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow. 115522, Moscow, Kashirskoe Highway, 34.* During the psychopathological analysis of personality characteristics of patients with anxious-depressive states (anxious-melancholic depression and self-torture depression) the original hypothesis of constitutional predisposition has been confirmed. Achieved data show that each type of anxious depression is associated with preferable (categorical/dimensional) pattern of premorbid predisposition. **Key words:** anxious depression; anxious-melancholic depression; self-torture depression; psychological characteristics.

Введение. Исследования взаимосвязи между складом личности и тревожными депрессиями имеют в психологии давнюю традицию. Эта проблема изучалась с точки зрения различных психологических парадигм: психоаналитической (Freud S., 1917; Abraham K., 1924; Spits R., 1956; Klein M., 1957; Winnicott D., 1958; Bowlby J., 1958; Mahler M., 1968; Horney K., 1993; Blatt S., 1995;

McWilliams N., 1994, 2006), когнитивно-бихевиоральной (Wolpe J., 1971; Seligman M., 1973, 1975; Beck A., 1985; Clark L., 1989; Clark D., Wells A., 1995; Segal Z. et al., 1995; Rapee R. M., Heimberg R. G., 1997), экзистенциально-гуманистической (Fromm E., 1934, 1947, 1964; Rogers C., 1951, 1961, 1987; Maslow A., 1970). Несмотря на методологические различия каждого из подходов, анализ влияния личностной структуры на механизмы возникновения и течения аффективных расстройств опирается на сходные представления о вкладе предиспозиционных факторов (как наследственных – врожденные особенности темперамента, так и приобретенных в процессе онтогенеза – ранний травматический опыт, формирование патологических поведенческих паттернов в структуре тревоги и депрессии). Представители когнитивного подхода (Brown T. A. et al., 1994; Lara B., Klein G., 1999; Durbin et al., 2000; Lara B. et al., 2000) в качестве первичной дисфункции рассматривают искаженные «когнитивные схемы» и подчеркивают, что опыт утраты (значимого другого, социальной роли или субъективной цели) уже в сознательном возрасте ассоциируется с депрессией, а опасность (угроза) как возможность будущей утраты – с тревожностью. Однако определенные жизненные события могут спровоцировать и оба эти состояния (Brown T. A. et al., 1995), причем реакция субъекта сопряжена с определенными личностными измерениями (тревожность, зависимость, ригидность), играющими существенную роль в инициации тревожных депрессий. С начала 80-х гг. к числу таких измерений стали относить перфекционизм. Это личностное свойство уже изначально, в первых работах (Hamachek D., 1977; Beck A. et al., 1979), связывали с негативным аффектом (депрессией, тревогой, виной) и нарушениями адаптации. Выделение одного из типов тревожных депрессий – «интроективной»¹ (Blatt S. J., 1995; Flett G. L., Hewitt P. L., 2002; Slaney R. B., Rice K. G., Ashby J., 2002) проводится по признаку преобладания неадаптивных форм перфекционизма с чрезмерной самокритичностью, завышенными требованиями к себе и окружающим, невозможностью получать удовлетворение от собственных достижений.

В теории «когнитивных схем» – предикторов уязвимости к негативным психоэмоциональным стимулам – выделяют такие личностные характеристики, как «социотропность» и «автономность» (Beck A. 1979; Robins C. J. et al., 1989; Clark D., Beck A., 1991; Robins C. J., Luten A. G., 1991; Persons J. B. et al., 1993; Moore R. G.,

^{*} Дубницкая Этери Брониславовна – гл. н. с., д. м. н., проф. отд. по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств. Васильева Валентина Олеговна – м. н. с., клинический психолог отд. по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств. Читлова Виктория Валентиновна – аспирант отд. по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств. Контактные данные: Читлова В. В. zoigrek@mail.ru; +79037572986; +7(499)6161856.

¹ Этот тип противопоставляется традиционно выделяемой в рамках психоаналитического / психодинамического подхода «анаклитической» (Spitz R., 1946, 1959) депрессии, в картине которой доминируют грубые расстройства самооценки и ощущение беспомощности.

Blackburn I. M., 1994; Alford B. A., Gerrity D. M., 1995; Robins C. J. et al., 1997). Эти устойчивые когнитивные паттерны могут выступать в качестве predispositional факторов развития тревожно-депрессивных расстройств разного содержания. Социотропные качества личности в неблагоприятных жизненных ситуациях predispose к возникновению тревожных депрессий с убежденностью в собственной неспособности справиться с ситуацией без помощи окружающих, роль которых идеализируется. Депрессия у субъектов с автономным когнитивным стилем, как правило, провоцируется фрустрацией потребности в самоутверждении и характеризуется преобладанием идей никчемности и самообвинения. Тревожность связывается с опасениями оказаться в центре внимания (Heimberg R. G. et al., 2010), ожиданием негативной оценки окружающих (Clark D., Wells A., 1995; Rapee R. M., Heimberg R. G., 1997).

Таким образом, в зарубежной психологии конституциональное предрасположение к тревожной депрессии до сих пор рассматривается вне типологической дифференциации. Той же позиции придерживаются и отечественные авторы (Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г., 1998; Холмогорова А. Б., 2011). В то же время в современных клинических исследованиях, показавших психопатологическую гетерогенность тревожных депрессий, выдвигается гипотеза, согласно которой конституциональная уязвимость к развитию таких клинически неоднородных состояний соотносится с их типологической принадлежностью (Смулевич А. Б., 2012; Смулевич А. Б. и др., 2012; Читлова В. В., 2012).

Цель исследования: патопсихологическое обоснование клинической гипотезы о взаимосвязи устойчивых личностных качеств субъекта (в их совокупности) с двумя типами тревожных депрессий: тревожной (меланхолической) и самостязательной (немеланхолической).

Материал и методы. Изученная выборка – объект патопсихологического анализа индивидуального характерологического склада пациентов с тревожными депрессиями сформирована за период 2010–2011 гг. из числа больных, госпитализированных в клинику отдела по изучению пограничных состояний и психосоматических расстройств (руководитель – акад. РАМН А. Б. Смулевич) ФГБУ НЦПЗ РАМН (директор – акад. РАМН А. С. Тиганов) по поводу тревожных депрессий непсихотического уровня.

При отборе пациентов возникла необходимость уточнения основных критериев включения в материал патопсихологического исследования. Такая необходимость прежде всего связана с тем обстоятельством, что в современной клинической психологии вопрос о стабильности личностных черт при депрессии носит дискус-

сионный характер. Результаты патопсихологического изучения негативного аффекта на модели невротизма позволили авторам (Coppen A., Metcalfe M., 1965; Kendell R. E., DiScipio W. J., 1968) утверждать, что эта дименсия, психометрически измеряемая независимо от состояния пациента – в депрессии или в ремиссии, обнаруживает идентичные значения, что отражает присущие индивиду стабильные личностные черты. Однако более поздние исследования (Clark D. et al., 2003; Goldberg D., 2010; Shrout P. E., 2010) показали, что в состоянии гипотимии присущие субъекту стабильные черты маскируются лабильными (зависимыми от состояния – ошибочными), соответственно негативный аффект, измеряемый в период относительного здоровья пациентов (т. е. в ремиссии/интермиссии), является оптимальной мерой оценки уязвимости к генерализованному тревожному расстройству и развернутому депрессивному эпизоду, а следовательно – к тревожной депрессии.

С учетом этого представления для того, чтобы исключить патопластическое влияние депрессивного расстройства на личность обследуемого, за *первый критерий включения* принято соответствие психического статуса пациента состоянию ремиссии/интермиссии после перенесенной тревожной депрессии. Исходя из задач работы, следовало также уточнить возрастные параметры, которые позволяли бы расценивать выявляемые особенности личности как стабильные, сформировавшиеся. (Понятно, что речь идет о нижней возрастной границе). В согласии с положением теории Е. Erikson (1959) стадия зрелости в развитии индивида – источник уверенности в себе и собственной идентичности. На этом этапе, обозначаемом автором как «средняя зрелость» (25–65 лет), реализуется возможность личностного роста, формирования гармоничного взаимодействия в социуме. Соответственно за *второй критерий включения* принят возрастной диапазон 25–65 лет. Непременным условием включения в исследование (*третий критерий*) являлось информированное согласие пациента.

Критерии исключения: актуальная депрессия на момент обследования; состояния, не позволяющие выполнить патопсихологическое исследование в необходимом объеме: манифестный психоз (органический/эндогенный); аддиктивное расстройство; деменция; тяжелое соматическое заболевание в стадии декомпенсации.

Изученная выборка (32 больных – 15 мужчин, 17 женщин; средний возраст 46,7±12,6 года) сформирована из той части обследованных клинически пациентов с тревожными депрессиями, у которых к моменту патопсихологического обследования констатированы ремиссии/интермиссии.

Возраст большинства испытуемых, за исключением 2 наблюдений (6,2 %), в которых пациенты не достигли 30 лет, не только существенно превышает нижнее граничное значение, заложенное в критериях отбора, но более того – относится к периоду зрелости – 84 % наблюдений (31—41 год – 12,5 %; 42—51 год – 46,9 %; 52—61 год – 25 %; 62—65 лет – 9,4 %). Это позволяет с надежностью судить об особенностях личности пациентов.

Патопсихологическое обследование проведено при помощи как бланковых (опросники)², так и экспериментальных методик.

При оценке индивидуально-психологических особенностей склада пациентов в качестве базового анкетного метода использовался 5-факторный опросник личности «Большая пятерка» (NEO PI), включающий 5 наиболее устойчивых фундаментальных личностных факторов: «невротизм» (neuroticism – N), «экстраверсия» (extraversion – E), «открытость опыту» (openness to experience – O), «согласие» (agreeableness – A) и «сознательность/добросовестность» (conscientiousness – C).

Диагностическим инструментом исследования особенностей темперамента как генетической основы личности и характера (социально обусловленного паттерна) был «Опросник структуры характера и темперамента» С. R. Cloninger и др. (The Temperament and Character Inventory, TCI-125, 1994). Валидный (как в норме, так и в патологии) TCI-125 позволяет оценить 7 личностных факторов первого порядка, включающие 4 фактора темперамента и 3 фактора характера: поиск новизны, избегание вреда, зависимость от вознаграждения, настойчивость, самонаправленность, сотрудничество, самотрансцендентность/трансцендентность Я.

Личностная и ситуативная тревожность оценивалась при помощи «Опросника личностной и ситуативной тревожности» С. Spielberger и др. (State-Trait-Anxiety-Inventory – STAI, 1983). Инструментом измерения алекситимии являлась «Торонтская алекситимическая шкала», предложенная G. J. Taylor и др. (Toronto Alexithymia Scale – TAS-20, 1985). «Шкала перфекционизма» R. Slaney (Almost Perfect Scale Revised – APS-R, 1998) позволяла определить сравнительный вклад позитивных (адаптивных, конвенциональных, социально одобряемых) и негативных (дезадаптирующих) характеристик перфекционизма по следующим субшкалам: 1 – «Несоответствия», измеряющая ощущение неспособности соответствовать установленным для себя высоким стандартам; 2 – «Порядка», отражающая стремление к порядку, аккуратности,

организованности; 3 – «Отношения», определяющая возможные трудности во взаимоотношениях с людьми; 4 – «Стандартов», измеряющая стремление к высоким личным стандартам в деятельности и жизни; 5 – «Промедления и Тревоги», оценивающая тенденцию к неспособности начать действовать, вызванной невозможностью выполнить работу «как следует».

Экспериментальная часть патопсихологического исследования выполнена с использованием ряда методик. Методика «Классификация предметов» (Goldstein K., 1920), модифицированная Л. С. Выготским, Б. В. Зейгарник (1969), применялась для исследования особенностей мышления: процессов обобщения и абстрагирования, последовательности умозаключений, критичности и обдуманности действий, особенностей памяти, объема и устойчивости внимания. Методика «Простые аналогии» (Васищев А. А. и др., 2004) позволяла оценить способность пациента к пониманию логических связей и отношения между понятиями, умение устойчиво сохранять заданный способ рассуждений при решении разнообразных задач. Определение доступности процесса опосредования проводилось с помощью методики «Пиктограммы» (Леонтьев А. Н., 1930) в модификации С. Я. Рубинштейн (1972), позволяющей оценить характер ассоциаций на предложенный набор слов и выражений по эмоциональному и содержательному критериям, отразить способность к символизации и абстрактному мышлению. Методики «Объяснение сюжетных картин» и «Соотношение пословиц, метафор и фраз» (Рубинштейн С. Я., 1999) использовались для выявления дифференцированности и целенаправленности суждений, умения отличать главное от второстепенного, анализа эмоционального отклика на предложенный стимульный материал.

В соответствии с клинической типологией перенесенных пациентами гипотимических состояний, разработанной в исследованиях отечественных авторов (Смулевич А. Б., 2012; Смулевич А. Б. и др., 2012; Читлова В. В., 2012), они были разделены на две группы: 1) тревожно-меланхолическая депрессия (16 наблюдений); 2) самоистязающая депрессия (16 наблюдений).

В исследовании применялись непараметрические статистические методы обработки данных. Достоверным считался уровень значимости при $p < 0,05$. Для выявления значимости межгрупповых различий использовался тест Манна-Уитни (U). Для уточнения особенностей некоторых анализируемых параметров применялись показатели описательной статистики. Статистический анализ осуществлялся с помо-

² Все опросники, разработанные зарубежными исследователями, имеют адаптированные и апробированные русскоязычные версии.

щью пакета программ STATISTICA 10.0 for Windows 7© StatSoft, 2011.³

Результаты исследования. Анализ полученных в ходе патопсихологического исследования данных позволил выявить определенную общность индивидуально-характерологических черт преморбидной личности всех обследованных пациентов и межгрупповые различия.

Остановимся вначале на тех индивидуально-психологических характеристиках, которые отражают общие особенности психологического профиля пациентов обеих групп.

Среди характерологических черт, присущих всем пациентам вне зависимости от принадлежности к той или иной из выделенных групп, регистрируется высокий уровень невротизма. Согласно теории Н. Eysenck (1952), изначально определяющей невротизм как устойчивую черту темперамента, связанную с повышенной восприимчивостью, склонностью к колебаниям настроения, внутреннему беспокойству, страхам⁴, которая впоследствии приводит к формированию таких качеств, как эмоциональная неустойчивость, тревожность. В широком смысле невротизм характеризуется неспособностью эффективно регулировать негативные эмоции (Van Egeren L. F., 2009), что позволило A. R. Harkness и др. (1995) в качестве самостоятельного конструкта выделять негативную эмоциональность. Той же точки зрения придерживаются L. Clark и D. Watson (1994) при сопоставлении понятий «невротизм» и «негативный аффект» определяют последний как стабильную личностную черту, сущность которой состоит в повышенной чувствительности к отрицательным эмоциогенным стимулам. При значительной выраженности этого признака может возникать широкий спектр негативных эмоций, и не только тревоги, но и вины, неудовлетворенности собой.

Если обратиться к статистическим зависимостям (табл. 1), то о совокупности характерологических черт, сближающих обе группы обследованных, свидетельствует отсутствие статистически значимых различий между ними по ряду следующих параметров. Можно видеть, что вне зависимости от принадлежности к той или иной группе в оценке по большинству шкал NEO-PI у всех обследованных регистрируется превышение значений нормативных показате-

лей. При этом характерен «пик» профиля по шкале «невротизм», тогда как по шкалам «добросовестность», «открытость», «согласие» отмечены средние значения.

Т а б л и ц а 1
Сравнение средних суммарных баллов по опросникам в изученных группах с использованием критерия Манна-Уитни (U)

Опросник (по шкалам)	Норма	U	p	Депрессия	
				Тревожно-меланхолическая	Самоистязательная
Опросник «Большая пятерка» (NEO-PI)					
Невротизм	2,5	120,0	0,763	4,6±0,5	4,7±0,5
Экстраверсия	2,5	68,5	0,025*	2,5±0,8	1,8±0,6
Открытость	2,5	87,0	0,122	2,4±0,5	2,0±0,8
Согласие	2,5	105,5	0,396	2,8±0,8	2,6±0,6
Добросовестность	2,5	71,5	0,06	3,1±0,8	3,5±0,8
Опросник Спилберга-Ханина (STAI)					
Ситуативная тревожность	45	123,0	0,851	48,8±9,6	48,1±7,7
Личностная тревожность	45	84,5	0,101	54,9±6,4	51,0±6,1
Опросник Cloninger (TCI-125)					
Поиск новизны	10	114,5	0,611	7,8±2,1	7,9±2,1
Избегание вреда	10	121,5	0,806	13,9±3,7	14,1±2,6
Зависимость от вознаграждения	7,5	19,0	0,000*	10,5±2,4	6,4±1,8
Настойчивость	2,5	115,5	0,638	2,6±1,5	2,4±1,1
Самонаправленность	12,5	104,5	0,376	13,2±4,1	12,6±2,9
Сотрудничество	12,5	100,5	0,300	19,2±3,1	18,4±3,6
Трансцендентность Я	7,5	100,5	0,300	6,3±2,6	5,3±3,2
Алекситимия (TAS)	74,5	27,9	0,001*	69,8±7,4	98,7±16,3

Примечание. * – Статистически значимые различия средних значений ($p < 0,05$); ± – стандартное отклонение.

Т а б л и ц а 2
Сравнение средних суммарных баллов по данным опросника перфекционизма R. Slaney (APS-R) с использованием критерия Манна-Уитни (U)

Шкала	Норма	U	p	Депрессия	
				Тревожно-меланхолическая	Самоистязательная
Несоответствие	45-69	28,7	0,001*	56,8	97,6
Порядок	30-54	123,0	0,851	63,7	64,5
Отношения	32	39,6	0,001*	33,9	52,2
Стандарты	24	39,6	0,001*	19,8	38,2
Промедление и тревога	25-34	49,4	0,005*	31,3	53,8

Примечание. * – Статистически значимые различия средних значений ($p < 0,05$).

По данным Опросника тревожности Спилберга-Ханина все пациенты показывают сопоставимо высокие значения по шкале ситуативной и личностной тревожности. В исследованиях автора методики (Spielberger C. D., 1966, 1972, 1983) тревожность как черта личности («Т-свойство») характеризуется склонностью субъекта испытывать состояние тревожного напряжения и воспринимать широкий круг объективно безопасных обстоятельств как содержащих угрозу.

³ Соответствующие расчеты проведены медицинским психологом – ст. н. сотр. отдела клинической психологии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, канд. психол. наук А. Г. Ефремовым.

⁴ Страх в бихевиористской интерпретации (Meyer V., Chessier E. S., 1973) – условно-рефлекторная эмоциональная реакция, при которой прежде нейтральный внешний или внутренний раздражитель, действуя в паре со стрессором, может приобрести способность возбуждать тревогу в процессе генерализации и так называемого обуславливания высшего порядка.

Опросник С. R. Cloninger позволил обнаружить у испытуемых сниженные значения по шкале поиска новизны в сочетании с высокими показателями по шкале избегания вреда (межгрупповые различия статистически недостоверны), что позволяет говорить о таких качествах, как склонность к рефлексии, тревожность, сложность принятия ответственных решений, сдержанность, умеренность в сочетании с добросовестностью. Эти индивидуальные психологические свойства сочетаются с осторожностью, предусмотрительностью, связанными с негативными ожиданиями и неуверенностью в себе.

Рассмотренная часть полученных в настоящем исследовании данных подтверждает представление о соответствии общих психологических свойств пациентов изученных групп клиническим характеристикам расстройств личности тревожно-боязливого кластера (кластер С). К сходным выводам приходят А. J. Elliot и Т. М. Thrash (2002), утверждающие, что невротизм, негативная эмоциональность и «система подавления активности» (behavioral inhibition system – BIS) – личностные переменные, высоко нагружающие фактор избегающего темперамента (avoidance temperament). Использованная в этой работе нейропсихологическая концепция (BIS⁵), по данным ее разработчика (1973), соотносится с присущей этому складу чувствительностью к угрозе и негативной оценке со стороны окружающих.

Данные, представленные в таблице 1, позволяют утверждать, что кроме общих индивидуально-психологических черт, объединяющих пациентов изученных групп, выявляется предпочтительная для каждой из них совокупность личностных особенностей. Речь идет о статистически значимых различиях по шкалам: «экстраверсия» (NEO-PI), «зависимость от вознаграждения» (TCI-125) и «алекситимия» (TAS).

В профиле личности обследованных, перенесших тревожно-меланхолическую депрессию (1-я группа – 16 наблюдений), показатели по шкале «Экстраверсия» NEO-PI соответствуют средним нормативным значениям, но при этом достоверно выше, чем во 2-й группе. Это значит, что пациенты, отнесенные к рассматри-

ваемой группе, являются амбивертами⁶ – не принадлежат к традиционной дихотомии экстра- и интроверсии С. Jung (1921), т. е. ни к одному из противоположных полюсов, выделяемых по признаку ориентации на социальные отношения в противовес рефлексивной направленности с «перенесением переживания с внешнего мира на самого себя» [Буземан А., 1925 – цит. по: Выготский Л. С., 1983, с. 228]⁷. Такая личность сохраняет равновесие и не испытывает выраженного дискомфорта ни в одиночестве, ни в социуме. В то же время пациенты с самоистязающей депрессией в анамнезе (2-я группа – 16 наблюдений) демонстрируют снижение показателей по шкале «экстраверсии» (NEO-PI), что говорит о таких особенностях личности, как стремление к независимости, самостоятельности; им свойственны ориентация на дело, сухость, сдержанность, церемонность в общении с людьми. Склад таких субъектов, не нуждающихся в обширных контактах, в компаниях предпочитая оставаться в тени, соответствует характеристике интроверсии в систематике С. Jung (1921).

С высокой степенью статистической достоверности у пациентов, отнесенных к 1-й группе, регистрируются отличия от обследованных 2-й группы по такому показателю TCI-125, как «зависимость от вознаграждения» ($10,5 \pm 2,4$ и $6,4 \pm 1,8$; $p < 0,0001$). Если при этом учесть (несмотря на отсутствие значимых различий со 2-й группой) среднюю сумму баллов по шкале «сотрудничество» ($19,2 \pm 3,1$ и $12,5$), превышающую нормативное значение, то измеряемые параметры позволяют привести следующую характеристику индивидуально-психологического склада пациентов 1-й группы. В этой части случаев речь идет о способности личности к сопереживанию, установлению близких отношений и потребности в таких отношениях, желании быть полезным другим, сентиментальности, открытости людям, привязчивости (вплоть до потери объективности суждений) и по этой причине некоторую социальную уязвимость. Пациенты обсуждаемой группы испытывают субъективную потребность в участии, поддержке, одобрении со стороны. Они принимают все

⁵ В исследовании J. Grey «Система подавления активности как возможный субстрат тревоги» («The behavioural inhibition system: a possible substrate for anxiety») постулируется существование двух различных систем головного мозга: наряду с системой BIS «выделяется система поведенческой активации» (BAS), отвечающей за склонность к достижению (побудительная сила, направленная на завоевание успеха). Авторскую интерпретацию тревоги R. A. Derue и W. G. Iacono (1989) экстраполируют на депрессивные расстройства. Последние определяются высоким уровнем функционирования BIS и дефицитом BAS, что подтверждают эмпирические данные, полученные K. L. Kasch et al. (2002).

⁶ Амбиверт (синоним – диаверт) – этим термином, образованным от лат. *ambi* – кругом, вокруг и *vertere* – поворачивать), определяется личность, имеющая средние показатели по шкале экстраверсии-интроверсии. Поскольку частотное распределение в нормальной популяции центрировано на среднем участке шкалы, то большинство людей можно отнести к амбивертам [«Большой психологический словарь» / сост. Мещеряков Б., Зинченко В. – М.: Олма-пресс, 2004].

⁷ По свидетельству современных авторов, классическая юнговская категория «экстраверсия» остается важным параметром таких эффективных моделей, как NEO-PI – «Большая Пятёрка», разработанная P. Costa, R. McCrae [1992], адаптированная А. Г. Шмелевым, В. И. Похилько [1993].

близко к сердцу, в поведении нерешительны, покорны, неконфликтны, боясь подвести или обидеть другого, в общении сглаживают «острые углы», тщательно выстраивают собственное поведение, заботясь о последствиях своих поступков.

В противоположность этим свойствам личностный профиль пациентов 2-й группы характеризуется такими чертами, как черствость, ригидность, консерватизм, неспособность отклоняться от общепринятых догм. Утрированный педантизм в сочетании с повышенным уровнем личностной тревожности препятствует функционированию в ситуациях, которые не подчиняются их контролю. Согласно интерпретации С. R. Cloninger и др. (1994), такой профиль соответствует обсессивно-компульсивному (ананкастному) складу.

По шкале «Алекситимия» (TAS) также выявляются статистически значимые различия между рассматриваемыми группами. Показатели больных 1-й группы находятся в рамках средних ($69,8 \pm 7,4$ в сравнении с нормативным – $74,5$) значений. В то же время соответствующий показатель для алекситимии во 2-й группе ($98,7 \pm 16,3$) значимо превосходит нормативный, что указывает на затруднения при различении и вербализации собственных эмоций и эмоций других людей, снижении способности к символизации (в частности к фантазированию), тенденции фокусировать внимание преимущественно на внешних событиях, в ущерб непосредственному эмоциональному реагированию.

Значимой дименсиональной характеристикой личностного профиля пациентов 2-й группы, как об этом свидетельствуют результаты настоящего исследования, согласующиеся с данными исследований, выполненных психологами в последние годы [Scott J et al., 2000; Reis S., Grenyer B. R., 2002; Rasmussen S. A. et al., 2008; Stafford L. et al., 2009], является перфекционизм (табл. 2).

Обследование по Опроснику перфекционизма (APS-R), как это показано в таблице 2, выявляет в рассматриваемой группе повышение значений по всем шкалам («Несоответствие», «Порядок», «Отношения», «Стандарты», «Промедление и тревога»), что свидетельствует о преобладании негативных, дезадаптирующих признаков неконструктивного перфекционизма. Эти качества проявляются сознанием неспособности соответствовать высокому уровню притязаний, удовлетворить потребность быть совершенным во всем. Чрезмерно завышенные требования к окружающим и постоянный стресс от неудовлетворенности собственными достижениями заставляют этих пациентов оставаться закрытыми для близких отношений, вследствие чего они зачастую испытывают проблемы в установлении и поддержании интерперсональных

контактов. Невозможность достичь установленных для себя высоких стандартов и страх неудачи приводят к прокрастинации⁸. (Это понятие в психологии обозначает склонность к постоянному «откладыванию на потом» и рассматривается как контрпродуктивный механизм борьбы с тревогой, связанной с начинанием либо завершением каких-либо дел и/или принятием решений). Осознавая необходимость выполнения конкретных важных дел (например, своих должностных обязанностей), пациенты пытаются отвлечься на бытовые мелочи, бесполезную деятельность, но не могут преодолеть развивающуюся тревогу, чувство вины и стыда.

Свойственное пациентам, перенесшим самоистязательную депрессию (2-я группа) стремление к аккуратности, порядку и дисциплине во всех сферах жизни и деятельности, зарегистрированное по шкале «Порядок», – единственный параметр перфекционизма, характеризующий пациентов обеих групп⁹.

Представленную в настоящем исследовании характеристику личности обследованных, образующих 2-ю группу, завершают данные об особенностях их когнитивной сферы, полученные с помощью экспериментальных психологических методик.

Установлено, что в отличие от пациентов 1-й группы (по методике «Классификация предметов» они демонстрируют эмоциональную дестабилизированность когнитивных процессов, и как следствие – снижение уровня обобщения, склонность к конкретно-ситуативному мышлению) эта часть больных обнаруживает склонность к утилитарному, логическому мышлению при дефиците эмоциональных реакций. У них выявлены ригидность мыслительных процессов, затруднения при продуцировании ассоциативных образов в ответ на эмоционально нагруженные стимулы в методике «Пиктограммы», а также трудности различения эмоциональных аспектов сюжета в методике «Объяснение сюжетных картин».

Обобщая данные экспериментального психологического исследования пациентов и результаты опросников, можно сделать следующие выводы.

Пациенты 1-й группы, характеризующиеся такими индивидуально-психологическими осо-

⁸ Прокрастинация (от англ. *procrastination* – задержка, откладывание или от лат. *procrastinatus* – pro – вместо, впереди и *crastinus* – завтрашний).

⁹ Отметим, что по всем остальным параметрам (за исключением низких сравнительно с нормативными значениями по шкале «Стандарты», отражающей такие свойства, как отсутствие амбиций, непритязательность, невысокие ожидания по отношению к себе и окружающим, социально одобряемые личностные установки) пациенты 1-й группы соответствуют установленным в APS-R нормативам.

бенностями, как эмоциональная отзывчивость, эмпатия, впечатлительность, нерешительность, совестливость, соотносятся клиницистами с выделяемым конституциональным преморбидным складом, предрасполагающим к тревожно-меланхолической депрессии.

Характеристики профиля личности пациентов 2-й группы, для которых кардинальными индивидуально-характерологическими особенностями являются дефицитарность эмоциональных проявлений, ригидность, рациональность, перфекционизм, соотносятся с клиническим представлением о предрасположении к самоистязающей депрессии.

Таким образом, данные, полученные в ходе психологического исследования личностных характеристик пациентов, страдающих тревожно-депрессивными расстройствами, подтверждают исходную гипотезу, в соответствии с которой каждый из выделенных на клиническом уровне типов тревожных депрессий ассоциирован с предпочтительным (категориальным/дименсиональным) типом конституционального предрасположения.

Л и т е р а т у р а

1. Смуглевич А. Б. Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии. – М., 2012. – 336 с.
2. Смуглевич А. Б., Дубницкая Э. Б., Читлова В. В. Расстройства личности и депрессия // Журн. неврологии и психиатрии. – 2012. – Вып. 9. – С. 4–11.
3. Холмогорова А. Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. – М., 2011. – 479 с.
4. Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г. Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств // Соц. и клин. психиатрия. – 1998. – № 1. – С. 94–102.
5. Читлова В. В. Тревожные депрессии: аспекты психопатологии и терапии // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2012. – № 14 (4). – С. 27–33.
6. Beck A. T. Cognitive therapy and emotional disorders. – N. Y. : 1976.
7. Clark L. A., Kotov R., Aumer-Ryan K., Categories or continua: Taxometric analysis of personality disorders // Pres. at 37th Annual Conference of the Association for Advancement of Behavior Therapy. – Boston, 2003.
8. Durbin C. E., Klein D. N., Schwartz J. E. Predicting the 2 ½ year outcome of dysthymic disorder: the roles of childhood adversity and family history of psychopathology // J. Consult. and Clin. Psychol., – 2000. – V. 68. – P. 57–63.
9. Flett G. L., Hewitt P. L. Perfectionism: Theory, Research and treatment. – Washington, 2002.
10. Goldberg D. Psychometric aspects of anxiety and depression // Diagnostic Issues in Depression and Generalized Anxiety Disorder. – Arlington, 2010. – P. 109–124.
11. Heimberg R. G., Weeks J. W., Jakatdar T. A. Comparing and contrasting fears of positive and negative evaluation as facets of social anxiety // J. Soc. Clin. Psychol. – 2010. – V. 29. – P. 68–94.
12. John O. P., Naumann L. P., Soto C. J. Paradigm shift to the integrative Big Five trait taxonomy / O. P. John, R. W. Robins, L. A. Pervin (Eds.) // Personality handbook: Theory and research. – N. Y., 2008. – P. 114–158.
13. Kasch K., Rottenberg J., Arnow B., Gotlib I. Behavioral activation and inhibition systems and the severity and course of depression // J. Abnorm. Psychol. – 2002. – V. 111. – P. 589–597.
14. Klein M. Envy and Gratitude and Other Works 1946–1963 // The Writings of Melanie Klein. – 2002. – V. 3.
15. Lara M. E., Klein D. N., Kasch K. L. Psychosocial predictors of the short-term course and outcome of major depression: a longitudinal study of a nonclinical sample with recent-onset episodes // J. Abnorm. Psychol. – 2000. – V. 109. – P. 644–650.
16. Rasmussen S. A., O'Connor R. C., Brodie D. Investigating the Role of Perfectionism and Autobiographical Memory in a Sample of Parasuicide Patients: An Exploratory Study. Crisis // J. Crisis Interv. Suicid. Prevent. – 2008. – V. 29 (2). – P. 64–72.
17. Thrash T. M., Elliot A. J. Implicit and self-attributed achievement motives: Concordance and predictive validity // J. Personality. – 2002. – V. 70. – P. 729–755.

Транслитерация русских источников

1. Smulevich A. B. Rasstroystva lichnosti. Traektoriya v prostranstve psichicheskoy i somaticheskoy patologii. – M., 2012. – 336 s.
2. Smulevich A. B., Dubnitskaya E. B., Chitlova V. V. Rasstroystva lichnosti i depressiya // Zhurn. nevrologii i psihiatrii. – 2012. – Vyip. 9. – S. 4–11.
3. Holmogorova A. B. Integrativnaya psihoterapiya rasstroystv affektivnogo spektra. – M., 2011. – 479 s.
4. Holmogorova A. B., Garanyan N. G. Mnogofaktornaya model depressivnyih, trevozhnyih i somatoformnyih rasstroystv // Sots. i klin. psihiatriya. – 1998. – N 1. – S. 94–102.
5. Chitlova V. V. Trevozhnyie depressii: aspekty psihopatologii i terapii // Psihiatriya i psihofarmakoterapiya. – 2012. – N 14 (4). – S. 27–33.

УДК 616.89-008.437-57.024
ББК Р64Р645.09-1

К ВОПРОСУ О ПРЕДИКЦИИ ГОМИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕ- НИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Голубкова О. Я.^{*}, Гильбурд О. А.

ГБОУ ВПО «Сургутский ГУ ХМАО – Югры»
Медицинский институт, курс психиатрии и наркологии
628400, Сургут, ул. Ленина, 1

На основании результатов ретроспективного клинико-этологического анализа случая криминогенной параноидной эпизодической шизофрении авторы приходят к выводу о потенциальной возможности предикции и превенции гомицидального поведения и необходимости оптимизации тактики диспансерного наблюдения за психически больными. **Ключевые слова:** шизофрения, гомицидальное поведение, предикция, этологический анализ.

THE PROBLEM OF PREDICTION OF HOMICIDAL BEHAVIOR OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA. Golubkova O. Ya., Gilburd O. G. Surgut State University, Medical Institute. 628400, Surgut, Lenin's Street, 1. Based on the results of a retrospective clinical and ethological analysis of the case of criminal paranoid episodic schizophrenia, authors come to conclusion about the potential possibility of prediction and prevention homicidal behavior and the need to optimize the tactics of follow-up for the mentally ill. **Key words:** schizophrenia, homicidal behavior, prediction, ethological analysis.

Введение. Гомицидальное поведение как крайнее проявление агрессивности лиц с психическими расстройствами остаётся актуальной проблемой клинической и биологической психиатрии [1, 2, 3]. В этом аспекте больные шизофренией являются группой повышенного риска [4], особенно при наличии коморбидных аддиктивных расстройств [5]. Так, в Финляндии шизофрения у мужчин примерно в 8 раз увеличивает риск насилия, приводящего к убийству, а у женщин – в 10,8 раза [6]. В США 8–10 % лиц, страдающих шизофренией, совершают гомицидальные действия или угрожают ими в течение года [7]. В России больные шизофренией составляют около половины лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния и признанных невменяемыми [1, 8]. В этой связи актуальной задачей активного диспансерного наблюдения является своевременное прогнозирование и предупреждение физической агрессии больных шизофренией [9, 10], что вполне возможно с использованием клинико-этологического метода, применение которого при изучении шизофренических психозов уже принесло позитивные результаты [11].

Нижеприведённый ретроспективный анализ истории болезни пациента Ш. демонстрирует, к чему ведёт игнорирование вышеуказанного подхода.

Персональная атрибутика. Больной Ш., 1977 г.р., азербайджанец, гражданин РФ. В октябре 2012 г. выстрелами из пистолета убил двух чиновников муниципалитета и ранил их коллегу.

Анамнез. Родился в Азербайджане вторым из 7 детей. О членах семьи известно, что в местной азербайджанской диаспоре их неофициально считают «ненормальными» и повышено агрессивными. Мать пациента много лет страдает шизофренией, является инвалидом II группы по данному заболеванию. Один из братьев наблюдается у психиатра по поводу легкой умственной отсталости, другой – по поводу органического эмоционально лабильного (астенического) расстройства, третий – по поводу «непсихотического» расстройства в связи травмой головного мозга».

С раннего детства рос нелюбимым, друзей не имел. Мать часто подолгу находилась в психиатрическом стационаре, забота о детях лежала на плечах отца, авторитарного, властного и вспыльчивого.

В 12 лет отмечались кратковременные эпизоды, когда исчезало ощущение радости жизни, появлялось стремление уединиться, возникали неуправляемые наплывы мыслей, их путаница. Эти состояния длились от нескольких часов до нескольких дней, купировались самостоятельно. Тогда же впервые в компании сверстников попробовал алкоголь, начал курить табак, а спустя полгода – гашиш. Со слов больного, в 17 лет алкоголизировался по 3–4 дня подряд и «болел с похмелья».

В 15 лет появились состояния, когда «был вынужден сопротивляться какой-то силе, тянувшей как будто в могилу», они возникали без видимой причины, сопровождались спонтанным желанием «делать добро людям». Тяготился этим и, желая «расслабиться», стал курить гашиш ежедневно, это продолжалось 2,5 года. Приблизительно в 17-летнем возрасте наряду с алкоголем и каннабиноидами стал 1–2 раза в неделю перорально употреблять ангидрированный опий («ханку»). Вскоре появились ночные сны, в которых «хотелось ханки», расценивал их как кошмары, после пробуждения был раздражительным; стал чувствовать, что на него «постоянно наводит сглаз» любящая его женщина, постоянно ощущал рядом с собой её присутствие.

В 18 лет был призван в армию. Во время службы отмечал эпизоды путаницы мыслей, постороннего воздействия, чувствовал, что им кто-то руководит, возникало «ощущение, что умираю, потому что было всегда холодно». В июне 1997 г. демобилизовался и вернулся в Сургут. Здесь чувствовал, как его мыслями «управляют инопланетяне», считал, что они хотят лишить его собственных мыслей и «забрать на свою искусственную планету».

В декабре 1997 г. стал употреблять героин внутривенно, после чего появились тревога, перерастающая в страх, и бессонница. 05.01.1998 г. в сопровождении сестры был на приёме у нарколога, жаловался на сильную тягу к наркотикам, повышенную раздражительность. Было начато амбулаторное противонаркотическое лечение. Спустя неделю при повторном посещении нарколога стал жаловаться на «одновременное воздействие двух противоположных сил: сверху – добрых и светлых, снизу – темных

^{*} Голубкова Ольга Яковлевна, очный аспирант СурГУ, телефон: +7(9825)144410, e-mail: aliannn@mail.ru.

Гильбурд Олег Аркадьевич, проф. СурГУ, д-р мед. наук, телефон: +7(9044)726061, e-mail: ogilbur@gmail.com

и злых»; отмечал путаницу мыслей, сообщал, что «мозг перестал работать и воспринимает лишь мысленные передачи». Был немедленно госпитализирован с диагнозом «параноидная шизофрения, дебют, синдром Кандинского-Клерамбо».

Объективный статус при первой госпитализации. В соматическом состоянии отмечен астенический андроморфный тип телосложения. В неврологическом статусе – без патологии. В психическом состоянии: без признаков нарушения сознания, доступен формальному контакту. В беседе не заинтересован; сидит в застывшей позе, опустив голову, избегая визуального контакта; находится во власти болезненных переживаний, которыми делится неохотно; жалуется на путаницу мыслей в голове, чувство тревоги, страха, «слежки» со стороны 40-летней женщины, которая «без него не может жить и хочет умереть с ним вместе»; сообщил, что инопланетяне управляют его мыслями, но и он может «воздействовать на них с помощью биосилы»; что он обладает сверхъестественной силой – может «остановить преступность, ...управлять погодой, ...сделать в себе солнце и согреть всех»; что он – «посланец бога» и ему «голос бога в мыслях дает советы». Мышление непоследовательное, витиеватое, аморфное, с элементами «кривой логики». Настроение подавленное, эмоционально уплощён, однообразен. Критика к болезненным переживаниям отсутствует.

Находился на стационарном лечении с 12.01 по 11.11.1998 г. Пребыванием в отделении тяготился, заявлял, что «начинает умирать и лучше выписать его домой». Считал, что «инопланетяне сделали его импотентом», что он слышал в голове их голоса, которые говорили об этом; утверждал, что на левой половине тела якобы исчезла некая «чёрная полоса», которая прежде обозначала наличие потенции. На фоне нейролептической терапии наблюдалась крайне медленная редукция галлюцинаторно-бредовой симптоматики и автоматизмов, выравнивание настроения; был отпущен в лечебный отпуск, из которого не вернулся, в связи с чем был выписан с прежним диагнозом.

Катамнез. После выписки был взят под диспансерное наблюдение, на приём к психиатру являлся нерегулярно, от таблетированных поддерживающих препаратов отказывался, календарь инъекций нейролептиков-пролонгов не соблюдал. Временами жаловался на «больную душу», ночные кошмары. Дома был вял, апатичен, бездеятелен, временами недоброжелателен по отношению к родственникам, считал, что они «наводят порчу», из-за чего часто бывал раздражён и злобен. Вскоре вовсе прервал контакты с диспансером, к психиатру вместо пациента приходил его отец.

Психическое состояние больного значительно ухудшилось в 2000 г.: стал чрезмерно раздражительным, конфликтным, уходил из дома, категорически отказывался от приема медикаментов, был нелеп в высказываниях и поведении, обвинял родственников в желании умертвить его, испытывал чувство страха, ощущал за собой слежку. Повторно лечился в стационаре с 25.02 по 09.03.2000 г. с диагнозом «шизофрения, параноидная форма, непрерывно-прогредиентное течение, синдром Кандинского-Клерамбо». При госпитализации: общение малопродуктивное, формальное; на вопросы отвечает невпопад; мышление аутистическое, расплывчатое, непо-

следовательное, символическое, с элементами резонерства; высказывает несистематизированные бредовые идеи преследования, воздействия, особого значения, собственной греховности, пытается целовать руку врача; заявляет, что «бог руководит его мыслями, поступками», что он «чувствует исходящее от бога добро». В отделении с трудом удерживался на месте, у всех просил за что-то прощения, благодарил. Психопродуктивная симптоматика была быстро купирована нейролептиками. Был выписан по настоянию родственников без удовлетворительной критики к прежним переживаниям.

Дома оставался сонливым, вялым, пассивным, бездеятельным, психиатра не посещал, от медикаментов отказывался. Отец пациента регулярно бывал на приеме, ежемесячно на дому больному делали инъекции пролонгированных нейролептиков. В начале 2001 г. уехал на родину, где лечился по поводу обострения психического заболевания, так как, по словам родственников, стал груб, неуравновешен, возбуждён, заявлял, что он «является 12-м имамом», что над ним «не властен холод», что он «поможет человечеству излечить наркоманию». После возобновления инъекций пролонгированных нейролептиков поведение и высказывания упорядочились.

Про возвращении в Surgut в марте 2002 г. получил II группу инвалидности; с 2008 г. является инвалидом бессрочно. В дальнейшем на приём к психиатру являлся редко и неохотно, часто уезжал на родину; временами жаловался на бессонницу, ночные кошмары; поддерживающие нейролептики принимал с перерывами. В 2003 г. стал помогать отцу и братьям в семейном бизнесе (шиномонтаж) и отказался от медикаментов. Со слов родственников, часто бывал раздражительным, конфликтным, злобным, временами подавленным, тревожным, беспокойным. От лекарств отказывался, считая себя совершенно здоровым, обвинял родню в том, что «сделали из него инвалида, со зла поместили в психушку».

В феврале 2005 г. стал напряжённым, раздражённым, аффективно лабильным. В состоянии психомоторного возбуждения потерял все личные документы, винил в этом психиатрическую службу и неоднократно являлся на приём к врачу с требованиями их вернуть. При очередном самостоятельном визите жаловался на нарушения сна, был возбуждён и раздражён, высказывал бредовые идеи экспансивного содержания и был в очередной раз госпитализирован. В стационаре в резонёрски-паралогическом монологе громогласно утверждал, что он «сильный колдун, сильнее соседки, которая навела на него порчу», что он хочет, чтобы «соседи отравили его в мечети», в результате он «откроет дверь на другие планеты и принесет добро людям». Наряду с этим высказывал бредовые идеи особого значения и отношения. Находился на стационарном лечении с 21.02 по 29.03.2005 г. После выписки некоторое время принимал поддерживающее лечение пролонгированными нейролептиками, однако вскоре его прекратил. Состояние стабилизировалось на уровне умеренного эмоционально-волевого дефекта.

Жил с родителями. На прием к психиатру являлся неохотно, обвинял отца и брата в том, что «они сделали из него инвалида». В последний раз посетил психиатра в декабре 2005 г. – хотел «сняться с учёта», отказывался от инвалидности.

В последующие годы информация о психическом состоянии и поведении Ш. поступала от отца больного, реже – от брата. Поскольку пациент категорически отказывался от приема лекарств, родственники старались регулярно давать их (рисполепт, азалептин) обманным путем, подмешивая в еду, иногда удавалось вводить пролонгированные нейролептики.

В последние годы выполнял несложные задания в мастерской отца. Большую часть времени проводил дома, часто надолго уезжал в Азербайджан к родственникам, со слов которых временами высказывал отрывочные бредовые идеи отношения, вел себя странно, часто бывал раздражительным, периодически «кричал по ночам, плакал», к близким был настроен враждебно.

В 2009 г. истёк срок договора аренды земли под шиномонтажную мастерскую – единственный источник доходов для всей семьи; по иску городской администрации было вынесено судебное решение о её сносе. Отец пытался найти компромисс с мэрией, был на приёме у главы города, безрезультатно обжаловал решение суда, но землю не освобождал, подозревая, что чиновники готовят почву для вымогательства денег. По свидетельству потерпевшего, оставшегося в живых после огнестрельного ранения, в 2009–2012 гг. он несколько раз имел напряжённые беседы с нашим пациентом и заметил, что «когда Ш. злится, то начинает буквально разговаривать руками, сует их в лицо собеседнику; в разговоре с ним приходилось постоянно отстранять его руки от своего лица – и он сразу терялся».

В июле 2012 г. отец пациента сообщил психиатру, что временами он «зlobен, агрессивен, конфликтует с родственниками», категорически отказывается от приема лекарств.

16.10.2012 г., со слов отца, работает в мастерской, с обязанностями справляется, однако бывает «несговорчив, упрям, конфликтен», себя считает психически здоровым, не хочет получать пенсию по инвалидности, хочет «быть как все», медикаменты получает подмешанными в пищу.

19.10.2012 г. в шиномонтажную мастерскую прибыли трое чиновников, чтобы вручить официальное уведомление о сносе мастерской. В разгар их ссоры с отцом и братьями Ш. приехал на семейном автомобиле, вышел из машины, молча, с неподвижным лицом достал пистолет и всех по очереди расстрелял. В потерпевшего, оставшегося в итоге живым, произвёл два выстрела, после чего закончились пули в магазине пистолета. Завершив стрельбу, положил оружие на одно из тел и сдался полиции.

Клинико-психопатологический анализ. Обращают на себя внимание следующие факты: 1) наследственная отягощенность больного шизофренией у матери, психическим дизонтогенезом и органической церебральной недостаточностью у сибсов, эпилептоидным характером отца, культурально неадекватной агрессивностью членов семьи; 2) астенически-адроморфный соматотип; 3) шизоидный преморбид с низким уровнем социализации и повышенной конфликтностью; 4) возникновение в препубертатном возрасте «форпост-синдромов» с аффективными колебаниями и психическими автоматизмами; 5) затяжное переживание душевного дискомфорта, сниженного настроения, для борьбы с которым Ш. с 15-летнего возраста стал употреблять различные ПАВ; 6) сохранение аффективных колебаний и явлений психическо-

го автоматизма в армейский период, формирование архаического бреда воздействия; 7) развёрнутая манифестация психоза в 1998 г. с вербальными псевдогаллюцинациями, присоединением идей инопланетного воздействия; сочетание синдрома Кандинского-Клерамбо с экспансивным бредом, который в первом психотическом эпизоде диссонировал с депрессивным аффектом; 8) наличие типичных структурных расстройств мышления, эмоционального обеднения, волевого снижения, аутизации; 9) затяжной характер первого манифестного эпизода, низкое качество первой ремиссии с преобладанием дефицитарной симптоматики, резидуальной подозрительностью, негативизмом, рудиментарными идеями плохого отношения и «порчи» со стороны родни, раздражённо-зlobное поведение больного; 10) отрицательный комплайнс, манкирование поддерживающей терапией; 11) сочетание развёрнутого синдрома психического автоматизма и ажитированной депрессии с идеями виновности и греховности в структуре второго манифестного эпизода болезни в 2000 г., лечение которого было прервано по настоянию родственников; 12) психомоторное возбуждение, грубость и враждебность, повышенный фон настроения и экспансивный бред при обострении 2001 г. в период пребывания в Азербайджане; 13) формирование психопатоподобного дефекта личности с чрезмерной конфликтностью, частыми полярными колебаниями настроения, реакциями гнева, злобы, вербальной агрессии; 14) сочетание гневливой мании, экспансивного бреда с архаическими идеями воздействия, особого значения, отношения в комплексе с резонёрски-паралогическим мышлением в манифестном эпизоде 2005 г.; 15) восприятие социального окружения как враждебного; 16) провоцирующее на физическую агрессию влияние хронической психотравмы и поощряющее к ней же влияние семейного окружения.

Мы полагаем, что в анализируемом случае параноидной приступообразно-прогредиентной шизофрении почти все клинические факты [за исключением аффективного (депрессивного либо маниакального) компонента, преимущественно архаического бреда и эпизодического течения] следовало расценивать как комплексные предикторы неблагоприятной динамики заболевания с повышенной социальной опасностью Ш. и как основания для его перевода на режим активного диспансерного наблюдения [8, 12, 13], чего не было сделано.

Этологический анализ. Наиболее подробное описание невербальных признаков агрессии и их систематика содержится в диссертационном исследовании О. В. Хренникова [14]. В его «Глоссарии визуальных элементов агрессивного поведения человека» представлены следующие группы признаков: А) *агрессивно-предупредительные элементы* – пристальный взгляд (непрерывная фиксация взглядом лица собеседника более 5–7 секунд), открытый рот, полуоскал (демонстрация зубов, наполовину прикрытых губами), угроза губами (напряжение губ, прикус), жевание (в том числе напряжение челюстных мышц), бормотание (движение губ, имитирующее речь без вербального компонен-

та), угроза бровями (нахмуривание, флаш – резкие движения бровей вверх-вниз), резкие движения головой (вверх, вниз, вперед, в сторону), угроза поднятием плеч (реакция плеча – резкое движение вверх, в сторону – увеличение размеров плеча), угроза расставлением ног (демонстрация открытого паха – разведение коленей в стороны, без прикрытия паха руками), приподнимание (стремление увеличить свой рост), напряжение тонуса мышц туловища, сжимание кулаков (без их демонстрации), фиксация рук на поясе, оглядывание по сторонам (недифференцированное); Б) *агрессивно-конфликтные элементы* – оскал (губы разведены, демонстрируются обнаженные зубы), широкие движения руками (за пределами туловища), резкие движения руками, сокращение индивидуальной дистанции, замах (на собеседника), угроза сжатым кулаком (демонстрация кулака партнеру), удары по предмету, удары по своему телу, выпад корпусом (резкое движение корпуса вперед по направлению к партнеру), выпад тазом (резкое движение тазом вперед по отношению к партнеру), топание ногами (исключая стереотипии); В) *агрессивно-контактные элементы* – удар (по партнеру), драка, выстрел (в направлении партнера).

Катамнестическое изучение невербального поведения пациента на всём протяжении его жизни, основанное на наблюдениях лечащих врачей и прочих лиц, позволяет ретроспективно выделить типичные для него этологические стигмы, относящиеся к репертуару агрессивно-го поведения, которые регистрировались у пациента в остром состоянии и в межприступном периоде (пристальный взгляд с редким миганием, напряжение челюстных мышц, полуоскал, бормотание, напряжение тонуса мышц туловища, сжимание кулаков, широкие и резкие движения руками, угроза бровями, включая флаш, резкие движения головой, реакция плеча, сокращение индивидуальной дистанции, демонстрация паха, удары по предмету и по своему телу и, наконец, выстрелы). Степень выраженности перечисленных признаков по «Шкале этологических признаков человека» [8] составляет в среднем 4,58 условных балла, что соответствует значениям невербальной экспрессии между «средней» [признак возникает на короткое время, регулярно, проявляется отчётливо, в том числе вне ситуационного (средового) контекста] и «средневыраженной» [признак возникает часто, проявляется отчётливо, преимущественно вне ситуационного (средового) контекста и сохраняется достаточно продолжительное время].

Заключение. Индивидуальная специфика клинико-этологической семиотики приступообразно-прогредиентной параноидной шизофрении с психопатоподобным дефектом личности

у пациента при его своевременном переводе на активное диспансерное наблюдение и оптимизации комплаентности в контексте затяжной конфликтной психотравмирующей ситуации, заключавшей в себе потенциальные агрессивные триггеры, могла бы помочь прогнозированию и предупреждению тяжкого противоправного деяния, приведшего к гибели двух человек и огнестрельной травме третьего. В этой связи мы считаем насущной необходимостью оптимизацию системы диспансерного наблюдения за психически больными с обязательным этологическим образованием врачей-психиатров.

Л и т е р а т у р а

1. Чеховская М. В. Клиническая характеристика психических нарушений у лиц с гетероагрессивным поведением : автореф. дис. ... к.м.н. – Томск, 1997. – 22 с.
2. Гаврилова В. А., Иванова С. А., Гусев С. И., Трофимова М. В., Бохан Н. А. Нейростероиды дегидроэпиандростерон и его сульфат у лиц с расстройством личности, осужденных за тяжкие насильственные преступления // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2012. – Т. 154, № 7. – С. 100–104.
3. Бохан Н. А., Мандель А. И., Максименко Н. Н., Михалева Л. Д. Смертельные исходы при алкогольной зависимости // Наркология. – 2007. – № 12. – С. 31–35.
4. Усов Г. М. Общественная опасность лиц, страдающих психическими расстройствами (клинико-патогенетический и реабилитационный аспекты) : автореф. дис. ... д.м.н. – Томск, 2008. – 32 с.
5. Красильников Г. Т., Дресвянников В. Л., Бохан Н. А. Коморбидные аддиктивные расстройства у больных шизофренией // Наркология. – 2002. – № 6. – С. 24–31.
6. Eronen M., Hakola P., Tiihonen J. Mental disorders and homicidal behavior in Finland // Arch. Gen. Psychiatry. – 1996. – V. 53. – P. 497–501.
7. Swanson J. Mental Illness and New Gun Law Reforms: The Promise and Peril of Crisis-Driven Policy // JAMA. – 2013. – Feb. – V. 7. – P. 1–2.
8. Кальченко И. А. Клинические и социальные аспекты профилактики общественно опасных действий психически больных, состоящих на активном диспансерном наблюдении: автореф. дис. ... к.м.н. – Томск, 2011. – 22 с.
9. Верходанова Т. В. Клинические и социальные факторы формирования агрессивного поведения больных шизофренией : автореф. дис. ... к.м.н. – Томск, 2007.
10. Семке В. Я. Начальные проявления эндогенно-процессуальной патологии // Превентивная психиатрия. – Томск, 1999. – С. 152–156.
11. Гильбурд О. А. Семиотика и нозология шизофрении (социобиологическое и клинико-этологическое исследование) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Томск, 2006.
12. Семке А. В., Сторожева Т. А. Оценка уровня социального функционирования у больных шизофренией и шизотипическим расстройством после принудительного лечения // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – № 4 (47). – С. 16–18.
13. Кадочникова С. В. Характеристика больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении (клинико-социальный и реабилитационный аспекты) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2002. – 20 с.
14. Хренников О. В. Типология и структура невербальных проявлений агрессивного поведения в различных этнических группах : автореф. дис. ... канд. биол. наук. – Симферополь, 1997.

Транслитерация русскоязычных источников

1. Chehovskaya M. V. Klinicheskaya harakteristika psichicheskikh narusheniy u lits s geteroagressivnym povedeniem: avtoref. dis. ... k.m.n. – Tomsk, 1997. – 22 s.
2. Gavrilova V. A., Ivanova S. A., Gusev S. I., Trofimova M. V., Bohan N. A. Neyrosteroidy degidroepiandrosteron i ego sulfat u lits s rasstroystvom lichnosti, osuzhdennykh za tyazhkie nasilstvennyye prestupleniya // Byulleten eksperimentalnoy biologii i meditsiny. – 2012. – T. 154, N 7. – S. 100–104.
3. Bohan N. A., Mandel A. I., Maksimenko N. N., Mihaleva L. D. Smertelnye ishody pri alkoholnoy zavisimosti // Narkologiya. – 2007. – N 12. – S. 31–35.
4. Usov G. M. Obschestvennaya opasnost lits, stradayushchikh psichicheskimi rasstroystvami (kliniko-patogeneticheskiy i reabilitatsionnyy aspekty): avtoref. dis. ... d.m.n. – Tomsk, 2008. – 32 s.
5. Krasilnikov G. T., Dresvyannikov V. L., Bohan N. A. Komorbidnyye additivnyye rasstroystva u bolnykh shizofreniy // Narkologiya. – 2002. – N 6. – S. 24–31.
6. Kalchenko I. A. Klinicheskie i sotsialnyye aspekty profilaktiki obschestvenno opasnykh deystviy psichicheskikh bolnykh, sostoyaschikh na aktivnom dispansernom nablyudenii: avtoref. dis. ... k.m.n. – Tomsk, 2011. – 22 s.
7. Verhodanova T. V. Klinicheskie i sotsialnyye faktory formirovaniya agressivnogo povedeniya bolnykh shizofreniy: avtoref. dis. ... k.m.n. – Tomsk, 2007.
8. Semke V. Ya. Nachalnyye proyavleniya endogenno-protsektualnoy patologii // Preventivnaya psichiatriya. – Tomsk, 1999. – S. 152–156.
9. Gilburd O. A. Semiotika i nozologiya shizofrenii (sotsiobiologicheskoe i kliniko-etologicheskoe issledovanie): avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. – Tomsk, 2006.
10. Semke A. V., Storozheva T. A. Otsenka urovnya sotsialnogo funktsionirovaniya u bolnykh shizofreniy i shizotipicheskimi rasstroystvom posle prinuditelnogo lecheniya // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. – 2007. – N 4 (47). – S. 16–18.
11. Kadochnikova S. V. Harakteristika bolnykh shizofreniy, nahodyaschihsya na prinuditelnom lechenii (kliniko-sotsialnyy i reabilitatsionnyy aspekty): avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – Tomsk, 2002. – 20 s.
12. Hrennikov O. V. Tipologiya i struktura neverbalnykh proyavleniy agressivnogo povedeniya v razlichnykh etnicheskikh gruppah: avtoref. dis. ... kand. biolog. nauk. – Simferopol, 1997.

УДК 616.895.4:616-056.52+616.379-008.64+616.12-008.331.1
ББК Р64-324-37

ДЕПРЕССИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Алексеева Н. С.^{*}, Салмина-Хвостова О. И.

ГБОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ» Минздрава России
654005, Новокузнецк, пр. Строителей, 5

Изучена взаимосвязь компонентов метаболического синдрома и депрессивных нарушений у 565 пациентов с абдоминальным ожирением (48,7 % женщин и 51,3 % мужчин в возрасте от 35 до 70 лет). Депрессивные состояния выявлены у 41,2 % пациентов (32,8 % мужчин и 50,2 % женщин) с метаболическим синдромом. При увеличении длительности существования отдельных компонентов метаболического синдрома и при большем их сочетании депрессивные нарушения выявлялись чаще. **Ключевые слова:** депрессивные нарушения, метаболический синдром, абдоминальное ожирение, сахарный диабет II типа.

DEPRESSIVE DISTURBANCES IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME. Alekseeva N. S., Salmina-Khvestova O. I. «Novokuznetsk State Institute of Doctors' Advanced Training» of Ministry of Healthcare of Russia. 654005, Novokuznetsk, Stroiteley Avenue, 5. The interrelation of components of metabolic syndrome and depressive disturbances among 565 patients with abdominal obesity (48,7 % of women and 51,3 % of men, at the age from 35 to 70 years old) has been studied. Depressions were revealed in 41,2 % of patients (32,8 % of men and 50,2 % of women) with metabolic syndrome. During increase of duration of existence of separate components of metabolic syndrome and their greater combination, depressive disturbances were revealed more often. **Key words:** depressive disturbances, metabolic syndrome, abdominal obesity, diabetes of type 2.

Метаболический синдром (МС) является одной из приоритетных и социально значимых проблем медицины, привлекающих внимание широкого круга специалистов всего мира. Выделение МС имеет большое клиническое значение, поскольку, с одной стороны, это состояние является обратимым, то есть при соответствующем лечении можно добиться исчезновения или, по крайней мере, уменьшения выраженности основных его проявлений, с другой – оно предшествует возникновению таких болезней, как сахарный диабет (СД) II типа и атеросклероз, – заболеваний, которые лидируют среди причин нетрудоспособности населения в различных странах, приносят значимый экономический ущерб и являются основными причинами повышенной смертности населения [1, 2].

Эпидемиологические исследования свидетельствуют о связи депрессивных и метаболических нарушений [3]. Распространенность МС в общей популяции довольно высока и колеб-

^{*} Алексеева Наталья Сергеевна, к.м.н., ст. преподаватель каф. общей гигиены и эпидемиологии. Телефон: (3843)451344; факс: 8(3843)454219. E-mail: natali-sim82@mail.ru
Салмина-Хвостова Ольга Ивановна, д.м.н., проф., зав. каф. психиатрии, психотерапии и наркологии. Тел.: (3843) 455601; факс: 8(3843)454219. E-mail: Olga997006@rambler.ru

лется от 14 до 24 %, среди лиц с нарушением толерантности к глюкозе она составляет 50 %, а при СД II типа – 80 % [4, 5]. Однако в группе пациентов, страдающих депрессией, проявления МС встречаются чаще [6]. У людей, перенесших хотя бы один эпизод депрессии, распространенность МС оставляет 36 % [3, 7]. У пациентов, которые в течение 6 лет страдают депрессией, распространенность увеличивается до 58 % [7]. В популяции у пациентов с наличием не менее трех компонентов МС депрессивная симптоматика выявляется в 61,5 % случаев [8]. Также важным является изучение взаимосвязи депрессивных расстройств у пациентов с ИБС и различными проявлениями метаболического синдрома с разработкой интегративного реабилитационного подхода [9, 10].

В большинстве случаев в общесоматической клинике депрессивная симптоматика своевременно не диагностируется и не лечится, так как у больных общетерапевтического профиля, как правило, наблюдаются маскированные депрессии, которые в ряде случаев предрасполагают к формированию аддиктивных форм патологической социальной адаптации с включением механизмов психонейроиммунотуляции [11, 12]. Как правило, классические депрессивные проявления мало выражены, а в ряде случаев не определяются вовсе. В этих ситуациях на первый план зачастую выходит и занимает доминирующее положение соматовегетативная симптоматика. При этом возможности выявления депрессивного расстройства резко минимизируются. Так, при предъявлении психологических жалоб депрессия диагностируется врачами общей практики в 90 % случаев, а при наличии изолированных соматических жалоб – только в 47 %.

Чаще всего «масками» депрессии являются различные нарушения сна (трудности засыпания, ещё чаще – раннее пробуждение или повышенная сонливость), нарушения аппетита (выраженное снижение или повышение), изменения массы тела, повышенная утомляемость и раздражительность, хронический болевой синдром разной локализации (чаще всего кардиалгии, головные боли, боли в спине), вегетативные расстройства (приступы сердцебиения, одышки, головокружения), различные нарушения в сексуальной сфере, что довольно часто выявляется при МС [13, 14, 15].

В настоящее время интерес представляют исследования, в которых изучается вероятностная связь отдельных компонентов МС и депрессии, так как имеются убедительные данные, указывающие на гендерные различия в отношении физиологических и психологических аспектов сердечно-сосудистых заболеваний и МС [16, 17]. У женщин с наличием депрессии выявлен повышенный риск развития 2

из 5 основных компонентов развития МС – увеличение окружности талии и увеличение уровня глюкозы, также имеется тенденция к ассоциации с другими 3 компонентами (низким уровнем липопротеинов высокой плотности, гипертензией и увеличением уровня триглицеридов). Таким образом, у женщин имеется коморбидная связь со всеми компонентами МС. У мужчин депрессивная симптоматика была связана только с абдоминальным типом ожирения – одним обязательным компонентом МС [18]. Так как МС может быть диагностирован только при наличии не менее 3 компонентов, возможно, поэтому у женщин более четко определяется связь депрессивных нарушений и МС.

Депрессивные состояния могут увеличивать риск развития СД II типа. Значительная напряженность депрессивного аффекта может являться пусковым фактором в развитии первых клинических симптомов диабета. При этом, когда в клинической картине начинает доминировать соматическая патология, выраженность депрессии несколько снижается. В этом случае психогенный и соматогенный факторы поочередно выступают то в виде причины, то являются следствием, формируя психогенно-соматогенный, или психосоматический, цикл. С утяжелением депрессии регистрируется больше компонентов, составляющих МС [8].

В течение длительного времени обсуждаются факты, подтверждающие участие гиперкортизолемии в патогенезе депрессивного расстройства [19]. Повышение уровня кортизола оказывает множественное влияние на функционирование организма. Хроническая гиперкортизолемия приводит к формированию инсулинорезистентности, артериальной гипертензии, гиперпродукции стероидов, гипергликемии, гиперхолестеринемии, повышающих риск сердечно-сосудистых осложнений [20, 21]. Среди лиц со сниженным настроением и высоким уровнем кортизола имеется большая распространенность МС. Гиперкортизолемия при депрессии является фактором риска развития МС и связана с увеличением висцеральных жировых отложений [22].

Цель исследования – изучить взаимосвязь компонентов МС и депрессивных нарушений.

Материал и методы. В исследовании участвовали 565 пациентов с абдоминальным ожирением (48,7 % женщин и 51,3 % мужчин в возрасте от 35 до 70 лет), находившихся на стационарном лечении в 2009–2012 гг. в терапевтическом отделении МЛПУ «ГКБ № 5» Новокузнецка. Диагностику компонентов МС осуществляли согласно рекомендациям экспертов Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК, 2007) [5]. Основным критерием МС является центральный (абдоминальный) тип ожирения – окружность талии (ОТ) более 80

см у женщин и более 94 см у мужчин. Дополнительными критериями являются артериальная гипертензия (АД более 140/90 мм рт. ст.), повышение уровня триглицеридов (ТГ более 1,7 ммоль/л), снижение уровня холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП менее 1,0 ммоль/л у мужчин, менее 1,2 ммоль/л у женщин), повышение уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП более 3,0 ммоль/л), гипергликемия натощак (глюкоза в плазме крови натощак более 6,1 ммоль/л) и нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) (глюкоза в плазме крови через 2 часа после нагрузки глюкозой в пределах $\geq 7,8 \leq 11,1$ ммоль/л). Наличие у больного центрального ожирения и 2 дополнительных критериев являлось основанием для диагностирования у него МС. Избыточную массу тела и ожирение выявляли на основании индекса массы тела (ИМТ) Кетле (1997) [2]. ИМТ – отношение массы тела (в кг) к росту (в м²). Нормальную массу тела диагностировали при ИМТ от 18,5 до 24,9 кг/м², избыточную массу тела – при ИМТ 25,0—29,9 кг/м², ожирение I степени – при ИМТ 30,0—34,9 кг/м², ожирение II степени – при ИМТ 35,0—39,9 кг/м², ожирение III степени – при ИМТ 40 кг/м² и более.

Для самооценки уровня депрессии использовали шкалу Цунга (Zung W. W., 1965). Наличие вредных привычек, особенностей образа жизни, двигательной активности и пищевого рациона изучали по специально разработанной авторами анкете.

Гормональное исследование (кортизол) определяли методом иммуноферментного анализа в сыворотке крови. Биохимическое исследование сыворотки крови (определение концентрации ТГ, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП и глюкозы) проводили ферментативными методами на аппарате Konelab-30i. Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием пакета прикладных статистических программ «Statistica 6.0» и электронных таблиц Microsoft Excel 2003.

Результаты и обсуждение. Центральное (абдоминальное) ожирение ОТ более 94 см выявили у 51,3 % мужчин, ОТ более 80 см – у 48,7 % женщин. Избыточную массу тела диагностировали у 25,1 % пациентов, ожирение I степени – у 39,3 %, ожирение II степени – у 26,7 %, ожирение III степени – у 8,9 %. Артериальную гипертензию (АД более 140/90 мм рт. ст.) зарегистрировали у 80,3 % пациентов. Повышение уровня ХС ЛПНП более 3,0 ммоль/л выявили у 68,1 % пациентов. Снижение уровня ХС ЛПВП менее 1,0 ммоль/л диагностировали у 56,9 % мужчин и менее 1,2 ммоль/л – у 50,5 % женщин. Уровень триглицеридов был повышен (более 1,7 ммоль/л) у 64,8 % пациентов. Нарушение гликемии натощак выявили у 2,5 %, НТГ – у 3,9 % и СД II типа – у 41,1 %.

Анализируя анамнез компонентов МС, было выявлено, что избыточный вес в течение 5 лет наблюдался у 31 % пациентов, от 5 до 10 лет – у 42,8 %, более 10 лет – у 26,2 % пациентов. Артериальная гипертензия в течение 5 лет была выявлена в 26,7 % случаев, от 5 до 10 лет – в 32,1 % случаев, более 10 лет – в 41,2 % случаев. СД II типа в течение 1 года был у 4,7 % пациентов, стаж заболевания от 1 года до 5 лет наблюдался у 15,1 %, от 5 до 10 лет – у 21,1 %, более 10 лет – у 59,1 % пациентов. Несмотря на наличие СД II типа, у пациентов часто наблюдались нарушения диетических рекомендаций (преобладание в рационе пищи, богатой легкоусвояемыми углеводами и жирами).

Изучение факторов риска МС выявило несбалансированность питания у 70,6 % пациентов, гиподинамию – у 77 % и нарушение пищевого поведения – у 79,9 %. Рациональный тип пищевого поведения наблюдался у 27,6 % пациентов, эмоциогенный тип – у 30,1 %, экстернальный – у 21,4 %, ограничительный – у 11,2 % и смешанный – у 9,7 %.

Депрессивные нарушения выявили у 41,2 % пациентов (32,8 % мужчин и 50,2 % женщин). Легкие депрессивные состояния были диагностированы у 27 % пациентов, средние (умеренные) – у 68,3 %, тяжелые – у 4,7 % пациентов.

Для выявления признаков гиперреактивности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы у пациентов с депрессивными нарушениями была определена концентрация кортизола в плазме крови. Гиперкортизолемию была выявлена у 86,3 % пациентов с депрессивными состояниями. При этом концентрация кортизола у пациентов с тяжелыми и средними депрессивными нарушениями была в 1,3—1,6 раза выше, чем у пациентов с легкими. При проведении малой дексаметозоновой пробы наблюдалось быстрое подавление секреции кортизола дексаметазоном у всех пациентов, что также свидетельствовало о гиперреактивности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы при депрессивных состояниях.

При наличии СД II типа депрессивные нарушения выявлялись в 31,9 % случаев. По данным литературы, распространенность депрессий при СД, по меньшей мере, была в 2 раза выше, чем у лиц без СД, и составляет 14,4—41,3 %. При этом тяжесть депрессивных проявлений коррелирует со многими симптомами МС [21, 23]. При длительности СД II типа до 5 лет депрессивные состояния встречались у 15,2 % пациентов, при стаже заболевания от 5 до 10 лет – у 22,4 % пациентов и при стаже заболевания более 10 лет – у 40,9 %. При наличии депрессивных состояний чаще наблюдались нарушения диетических рекомендаций, ухудшения гликемического контроля, развития осложнений.

При избыточной массе тела и ожирении депрессивные нарушения были диагностированы в 41,2 % случаев. По данным авторов, при депрессиях избыточный вес достигает 18—40 % [22]. При наличии в анамнезе избыточного веса до 5 лет депрессивные состояния имели место у 29,1 % пациентов, при стаже заболевания от 5 до 10 лет – у 46,3 %, более 10 лет – у 47,3 % пациентов. Довольно большое количество встречаемости при избыточном весе депрессивных нарушений было выявлено у пациентов, у которых наблюдалось сочетание абдоминального типа отложения подкожно-жировой клетчатки и 2 или 3 дополнительных критериев компонентов МС. Сочетание абдоминального типа ожирения и 2 или 3 дополнительных критериев МС было выявлено в 41,1 и 35,6 % случаев соответственно.

У пациентов с артериальной гипертонией депрессивные нарушения наблюдались в 28,9 % случаев. При наличии в анамнезе артериальной гипертонии до 5 лет депрессивные состояния были диагностированы у 16,5 % пациентов, при стаже заболевания от 5 до 10 лет – у 29,5 %, более 10 лет – у 36,4 % пациентов.

При наличии депрессивных нарушений наблюдалась большая частота встречаемости таких факторов риска МС, как несбалансированное питание – у 56,2 % пациентов, гиподинамия – у 48,1 %, курение – у 62,2 %. При сочетании абдоминального типа ожирения и 2 дополнительных критериев МС депрессивные состояния выявлялись в 33,6 % случаев. При сочетании абдоминального типа отложения подкожно-жировой клетчатки и 3 дополнительных критериев компонентов МС депрессивные нарушения выявлялись в 45,8 % случаев.

Выводы. При наличии депрессивных нарушений наблюдалось увеличение частоты встречаемости компонентов и факторов риска МС. При увеличении длительности существования отдельных компонентов МС депрессивные состояния диагностировались с большей частотой. При большем сочетании компонентов МС депрессивные нарушения выявлялись чаще. Профилактические или лечебные мероприятия должны быть направлены на всю совокупность факторов риска МС, включая и депрессивные состояния.

Л и т е р а т у р а

1. Демидова Т. Ю., Аметов А. С., Пархолина Е. С. Ожирение – основа метаболического синдрома // Лечащий врач. – 2002. – № 5. – С. 28—31.
2. Дедов И. И., Мельниченко Г. А. Ожирение. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – 456 с.
3. Kinder L. S., Carnethon M. R., Palaniappan L. P. et al. Depression and the metabolic syndrome in young adults: Findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey // Psychosom. Med. – 2004. – V. 66. – P. 316—322.

4. Чазова И. Е., Мычка В. Б. Метаболический синдром, сахарный диабет 2 типа и артериальная гипертензия // Сердце. – 2003. – Т. 2, № 3. – С. 102—104.
5. Мычка В. Б. Первые национальные рекомендации экспертов Всероссийского научного общества кардиологов по диагностике и лечению метаболического синдрома // Болезни сердца и сосудов (consilium medicum). – 2007. – № 4. – С. 52—55.
6. Розин А. И., Гарганеева Н. П., Счастный Е. Д. и др. Депрессивные расстройства у пациентов кардиологического стационара // Сибирский медицинский журнал. – 2010. – Т. 25, № 3—1. – С. 29—33.
7. Heiskanen T. H., Niskanen L. K., Hintikka J. J. et al. Metabolic syndrome and depression: a cross-sectional analysis // J. Clin. Psychiat. – 2006. – V. 67. – P. 422—427.
8. Skilton M. R., Moulin P. et al. Associations Between Anxiety, Depression, and the Metabolic Syndrome // Biol. Psychiat. – 2007. – V. 62. – P. 1251—1257.
9. Лебедева Е. В., Розин А. И., Счастный Е. Д. и др. Эффективность биопсихосоциальной реабилитации пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами, коморбидными с ишемической болезнью сердца: подходы и проблемы // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 3. – С. 48—50.
10. Гарганеева Н. П., Розин А. И., Счастный Е. Д. и др. Депрессивные расстройства у больных кардиологического стационара: вопросы коморбидности и терапии // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2008. – Т. 7, № S2. – С. 84a—84.
11. Невидимова Т. И., Бохан Н. А., Коконова Д. Н., Барабанова О. Н. Сенсорные нарушения как фактор риска формирования аддитивного поведения в подростково-юношеском возрасте // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 1. – С. 89—93.
12. Иванова С. А., Ветлугина Т. П., Бохан Н. А., Элштейн О. И. Иммунобиология аддитивных расстройств: механизмы психонейроиммунотуляции // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2002. – № 1. – С. 52—54.
13. Симаненков В. И. Психосоматические аспекты депрессии в общетерапевтической практике // Клиническое питание. – 2005. – № 4. – С. 27—30.
14. Стулевич А. Б. Депрессии в общей медицине. – М.: Медицинское информационное агентство, 2001. – 256 с.
15. Розин А. И., Счастный Е. Д., Гарганеева Н. П. Механизмы взаимосвязи депрессии и ишемической болезни сердца (обзор литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 2. – С. 117—120.
16. Hyde J. S. The gender similarities hypothesis // Am. Psychol. – 2005. – V. 60. – P. 581—592.
17. Regitz-Zagrosek V., Lehmkuhl E., Weickert M. O. Gender differences in the metabolic syndrome and their role for cardiovascular disease // Clin. Res. Cardiol. – 2006. – V. 95. – P. 136—147.
18. Toker S., Shirom A., Melamed S. Depression and the metabolic syndrome: gender-dependent associations // Depression Anxiety. – 2007. – V. 25, № 8 – P. 661—669.
19. Holsboer F. Stress, hypercortisolism and corticosteroid receptors in depression: implications for therapy // Affect Disord. – 2001. – V. 62. – P. 77—91.
20. Weber-Hamann B., Kopf D., Lederbogen F. et al. Deuschle: Activity of the hypothalamus-pituitary-adrenal system and oral glucose tolerance in depressed patients // Neuroendocrinology. – 2005. – V. 81 – P. 200—204.
21. Weber-Hamann B., Werner M., Hentschel F. et al. Metabolic changes in elderly patients with major depression: evidence for increased accumulation of visceral fat at follow-up // Psychoneuroendocrinology. – 2006. – V. 31. – P. 347—354.
22. Vogelzangs N., Suthers K., Ferrucci L. et al. Hypercortisolemic Depression is Associated with the Metabolic Syndrome in Late-Life // Psychoneuroendocrinology. – 2007. – V. 32, № 2 – P. 151—159.

23. Анциферов М. Б., Мельникова О. Г., Дробизhev М. Ю., Захарчук Т. А. Сахарный диабет и депрессивные расстройства // Русский медицинский журнал. – 2003. – № 27. – С. 1480–1483.

Транспитерация русских источников

1. Demidova T. Yu., Ametov A. S., Parhonina E. S. Ozhirenie – osnova metabolicheskogo sindroma // Lechaschiy vrach. – 2002. – N 5. – S. 28–31.
2. Dedov I. I., Melnichenko G. A. Ozhirenie. – M.: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo, 2004. – 456 c.
3. Kinder L. S., Carnethon M. R., Palaniappan L. P. et al. Depression and the metabolic syndrome in young adults: Findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey // Psychosom. Med. – 2004. – V. 66. – P. 316–322.
4. Chazova I. E., Mychka V. B. Metabolicheskiy sindrom, saharnyy diabet 2 tipa i arterialnaya gipertenziya // Serdtse. – 2003. – T. 2, N 3. – S. 102–104.
5. Mychka V. B. Pervyye natsionalnyie rekomendatsii ekspertov Vserossiyskogo nauchnogo obschestva kardiologov po diagnostike i lecheniyu metabolicheskogo sindroma // Bolezni serdtsa i sosudov (consilium medicum). – 2007. – N 4. – S. 52–55.
6. Rozin A. I., Garganeeva N. P., Schastnyiy E. D. i dr. Depressivnyie rasstroystva u patsientov kardiologicheskogo statsionara // Sibirskiy meditsinskiy zhurnal. – 2010. – T. 25, N 3–1. – S. 29–33.
7. Heiskanen T. H., Niskanen L. K., Hintikka J. J. et al. Metabolic syndrome and depression: a cross-sectional analysis // J. Clin. Psychiat. – 2006. – V. 67. – P. 422–427.
8. Skilton M. R., Moulin P. et al. Associations Between Anxiety, Depression, and the Metabolic Syndrome // Biol. Psychiat. – 2007. – V. 62. – P. 1251–1257.
9. Lebedeva E. V., Rozin A. I., Schastnyiy E. D. i dr. Effektivnost biopsihosotsialnoy reabilitatsii patsientov s trevozhno-depressivnyimi rasstroystvami, komorbidnyimi s ishemicheskoy boleznью serdtsa: podhody i problemy // Sibirskiy vestnik psixiatrii i narkologii. – 2009. – N 3. – S. 48–50.
10. Garganeeva N. P., Rozin A. I., Schastnyiy E. D. i dr. Depressivnyie rasstroystva u bolnykh kardiologicheskogo statsionara: voprosy komorbidnosti i terapii // Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika. – 2008. – T. 7, N S2. – S. 84a–84.
11. Nevidimova T. I., Bohan N. A., Kokonova D. N., Barabanova O. N. Sensornyie narusheniya kak faktor riska formirovaniya addiktivnogo povedeniya v podrostkovoyunosheskom vozraste // Sibirskiy vestnik psixiatrii i narkologii. – 2008. – N 1. – S. 89–93.
12. Ivanova S. A., Vetlugina T. P., Bohan N. A., Epshteyn O. I. Immunobiologiya addiktivnykh rasstroystv: mekhanizmy psihoneyroimmunomodulyatsii // Sibirskiy vestnik psixiatrii i narkologii. – 2002. – N 1. – S. 52–54.
13. Simanenkova V. I. Psihosomaticheskie aspekty depressii v obscheterapevticheskoy praktike // Klinicheskoe pitaniye. – 2005. – N 4. – S. 27–30.
14. Smulevich A. B. Depressii v obschey meditsine. – M.: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo, 2001. – 256 s.
15. Rozin A. I., Schastnyiy E. D., Garganeeva N. P. Mekhanizmy vzaimosvyazi depressii i ishemicheskoy boleznii serdtsa (obzor literatury) // Sibirskiy vestnik psixiatrii i narkologii. – 2010. – N 2. – S. 117–120.
16. Hyde J. S. The gender similarities hypothesis // Am. Psychol. – 2005. – V. 60. – P. 581–592.
17. Regitz-Zagrosek V., Lehmkuhl E., Weickert M. O. Gender differences in the metabolic syndrome and their role for cardiovascular disease // Clin. Res. Cardiol. – 2006. – V. 95. – P. 136–147.
18. Toker S., Shirom A., Melamed S. Depression and the metabolic syndrome: gender-dependent associations // Depression Anxiety. – 2007. – V. 25, N 8 – P. 661–669.
19. Holsboer F. Stress, hypercortisolism and corticosteroid receptors in depression: implications for therapy // Affect Disord. – 2001. – V. 62. – P. 77–91.
20. Weber-Hamann B., Kopf D., Lederbogen F. et al. Deuschle: Activity of the hypothalamus-pituitary-adrenal system and oral glucose tolerance in depressed patients // Neuroendocrinology. – 2005. – V. 81 – P. 200–204.
21. Weber-Hamann B., Werner M., Hentschel F. et al. Metabolic changes in elderly patients with major depression: evidence for increased accumulation of visceral fat at follow-up // Psychoneuroendocrinology. – 2006. – V. 31. – P. 347–354.
22. Vogelzangs N., Suthers K., Ferrucci L. et al. Hypercortisolemic Depression is Associated with the Metabolic Syndrome in Late-Life // Psychoneuroendocrinology. – 2007. – V. 32, N 2 – P. 151–159.
23. Antsiferov M. B., Melnikova O. G., Drobizhev M. Yu., Zaharchuk T. A. Saharnyy diabet i depressivnyie rasstroystva // Russkiy meditsinskiy zhurnal. – 2003. – N 27. – S. 1480–1483.

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

УДК 616.89-008.441.13:612.015.848

ББК Р645.021-17

ГЕНДЕРНЫЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЛИЦ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Кривулин Е. Н.^{*}, Мингазов А. Х.ГБОУ ВПО «Челябинская ГМА» Минздрава России
454092, Челябинск, ул. Воровского, 64

Для выделения гендерных психосоциальных факторов риска алкогольной зависимости у лиц позднего (старше 60 лет) возраста проведено комплексное клиническое обследование 462 больных мужского и женского пола с алкогольной зависимостью (по МКБ-10 F10.2–10.7). С учетом гендерного фактора выделены две группы – мужчин (n=391) и женщин (n=71) старше 60 лет. В группе мужчин, в отличие от женщин, негативные психосоциальные факторы достоверно реже являлись поводом для злоупотребления алкоголем. Выявлены психосоциальные факторы риска формирования алкогольной зависимости, типичные для больных мужского и женского пола. **Ключевые слова:** алкоголизм, поздний возраст, гендерный аспект, психосоциальные факторы риска.

GENDER PSYCHOSOCIAL RISK FACTORS OF ALCOHOL ABUSE DEVELOPMENT AMONG OLDER DRINKERS. Krivulin E., Mingazov A. Chelyabinsk State Medical Academy. 454092, Chelyabinsk, Vorovsky's Street, 64. In order to identify gender psychosocial risk factors of alcohol abuse development among older drinkers (older than 60 years old) there was held a comprehensive clinical research. There participated 462 patients suffering from alcohol abuse (ICD-10 – F10.2–10.7). Regarding gender factor the following two groups were distinguished: males (n=391) and females (n=71) older than 60 years old. Psychosocial risk factors are a certainly rare reason for alcohol abuse among males as compared with females. There were determined psychosocial risk factors of alcohol abuse development typical for male and female genders. **Key words:** alcohol abuse, old age, gender aspect, psychosocial risk factors.

Согласно данным отечественных и зарубежных исследователей, на течение алкоголизма в пожилом возрасте влияют персональные факторы риска (степень самореализации в предыдущей жизни, принадлежность к мужскому полу, отсутствие супружеского партнера, раннее начало алкогольных проблем и копинг-стратегия избегания) наряду с внешними факторами риска (негативные жизненные события, хрониче-

ские стрессы, пример пьющих друзей) [8–14]. Ряд исследователей утверждает, что в формировании алкогольной зависимости участвует комплекс социально-демографических, медико-биологических и индивидуально-психологических факторов с учетом преморбидной или фоновой психопатологической симптоматики (расстройства личности, аффективная патология, резидуально-органическая церебральная недостаточность и т. д.), которые и определяют клинические особенности алкогольной зависимости у данной категории больных [1–7, 15–20]. Особое значение в формировании алкогольной зависимости у мужчин и женщин позднего возраста оказывают неблагоприятные психосоциальные факторы, что и определяет актуальность исследования.

Цель. Выделить гендерные психосоциальные факторы риска формирования алкогольной зависимости у лиц позднего возраста.

Материал и методы. Нами было проведено комплексное клиническое (клинико-анамнестическое, клинико-психопатологическое и клинико-динамическое) обследование 462 больных мужского и женского пола, проходивших лечение в наркологических стационарах Челябинской области за 2010–2011 гг. и состоящих на диспансерном учете с диагнозом «Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением алкоголя (согласно МКБ-10 рубрики F10.2–10.7). С учетом гендерного фактора было выделено 2 группы наблюдения: группа мужчин (n=391) старше 60 лет (средний возраст 65,5±5,2 года) и группа женщин (n=71) позднего возраста (средний возраст 64,9±4,2 года).

Результаты исследования. Для выделения причин алкоголизации анализировалось влияние неблагоприятных психосоциальных факторов (смерть близких, стрессы, связанные с семейными отношениями, со здоровьем, с финансами, влияние пьющего окружения, судебные-следственные ситуации, другие длительные неприятности), которые могли способствовать формированию алкоголизма позднего возраста. Изучение влияния негативных жизненных событий в формировании алкогольной зависимости у мужчин и женщин позднего возраста свидетельствуют, что для мужчин позднего возраста негативные психосоциальные факторы достоверно реже являлись поводом для злоупотребления алкоголем (64,2 %), чем у женщин (97,2 %), что подтверждается данными изучения алкоголизма позднего возраста у женщин, проведенного А. Ю. Егоровым (2007).

Сравнительный анализ отдельных неблагоприятных жизненных событий позволил выделить негативные психосоциальные факторы, участвующие в формировании алкоголизма у лиц мужского и женского пола. В порядке значимости патогенными факторами риска форми-

^{*} Кривулин Евгений Николаевич, д-р мед. наук, проф. каф. психиатрии ФП и ДПО ЧелГМА, krivulin74@mail.ru, тел. моб.: +79049476730. Мингазов Андрей Ханифович, к. м. н., ассистент каф. психиатрии ФП и ДПО ЧелГМА, mingazovah74@mail.ru, тел. моб.: +79048195179

рования алкогольной зависимости для группы больных мужского пола относились следующие: правонарушения и судебно-следственные разбирательства (58,3 и 23,9 % у женщин; $p < 0,05$), безделье (25,8 и 0,0 %; $p < 0,05$), недостаточная самореализация (14,3 и 0,0 %; $p < 0,05$), семейные конфликты и разводы (7,7 и 4,2 %; $p < 0,05$), недостаток финансов (6,1 и 0,0 %; $p < 0,05$). Для женщин значимыми мотивами для злоупотребления алкоголем являлись следующие: чувство одиночества (53,5 и 1,6 %; $p < 0,05$), хронические стрессы, связанные со смертью близких и здоровьем, с супружескими отношениями, ситуациями эмоциональной утраты (26,8 и 4,9 %; $p < 0,05$), влиянием пьющего окружения (мужей, сожителей) (9,9 и 3,8 %; $p < 0,05$).

Таблица 1
Влияние отдельных психосоциальных факторов в формировании алкоголизма позднего возраста по группам исследования

Психосоциальный фактор	Мужчины (n=391)		Женщины (n=71)	
	абс.	%	абс.	%
Скука и тоска от безделья	101	25,8*	-	-
Чувство одиночества	6	1,6	38	53,5
Недостаток самореализации в связи с выходом на пенсию	56	14,3*	2	2,8
Семейные конфликты	30	7,7*	3	4,2
Финансовые проблемы	24	6,1*	-	-
Смерть близких	19	4,9	19	26,8*
Влияние употребляющего алкоголь окружения	15	3,8	7	9,9*
Правонарушения, судебно-следственные разбирательства	228	58,3*	17	23,9

Примечание. * – $p < 0,05$.

При изучении фактора основного времяпрепровождения больными по группам исследования было установлено, что одиночество не являлось стрессогенным фактором для 62,1 % лиц мужского пола против 36,6 % лиц женского пола ($p < 0,05$). Большинство женщин стремились к контактам с членами семьи и близкими (57,8 и 29,7 %; $p < 0,05$), общались с подругами или друзьями (5,6 и 8,2 %).

Наряду с изучением патогенных психосоциальных факторов формирования алкогольной зависимости у лиц позднего возраста был проведен анализ факторов, препятствующих злоупотреблению спиртными напитками. Следовательно, анализ формирования алкоголизма по группам, показал, что саногенными факторами алкогольной зависимости для лиц женского пола являются: выраженное чувство вины перед членами семьи или родственниками (62,0 и 36,3 %; $p < 0,05$) и ответственность перед работодателями (26,8 и 19,7 %). Тогда как мужчин в большей степени беспокоило состояние собственного здоровья (44,0 и 11,2 %; $p < 0,05$).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что неблагоприятные психосоциальные факторы, участвующие в формировании алкоголизма, для мужчин позднего возраста

та менее значимы, чем для женщин. Основными патогенными психосоциальными факторами формирования алкогольной зависимости у мужчин позднего возраста являются: правонарушения и судебно-следственные разбирательства, недостаточная самореализация, семейные конфликты и разводы, а также недостаток финансов. Тогда как для женщин мотивами для злоупотребления алкоголем являлись: хронические стрессы, связанные со смертью близких, здоровьем, с супружескими отношениями, ситуациями эмоциональной утраты, влиянием пьющего окружения (мужей, сожителей), либо одиночество. Большинство мужчин предпочитали проводить время в одиночестве, нередко употребляя спиртные напитки. Лица женского пола, напротив, основное время проводили в кругу семьи, родственников или друзей. Женщины в силу сложившихся в обществе социально-психологических установок склонны соотносить алкогольное поведение с влиянием тяжелых жизненных обстоятельств, так как стремятся оправдать себя перед окружающими, поэтому факторами, препятствующими злоупотреблению алкоголем, у них служат сильное чувство вины и ответственность перед работодателем, а у мужчин позднего возраста – озабоченность своим здоровьем.

Л и т е р а т у р а

1. Альтшулер В. Б. Женский алкоголизм. Лекции по наркологии. – изд. 2-е / под ред. Н. Н. Иванца. – М.: Нолдж, 2000.
2. Благоев Л. Н. Психопатологическая структура феномена «псевдоабстиненции» в клинике аддиктивного заболевания // Наркология. – 2010. – № 3. – С. 45–56.
3. Бохан Н. А. Клинико-патодинамические закономерности и терапия алкоголизма с коморбидным экзогенно-органическим поражением головного мозга: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Томск, 1996. – 46 с.
4. Бохан Н. А. Клиническая гетерогенность алкоголизма и коморбидность: парадигма мультиаксиальной сопряженности проблем // Наркология. – 2002. – № 2. – С. 31–37.
5. Бохан Н. А., Мандель А. И., Артемьев И. А., Ветлугина Т. П., Солонский А. В., Прокопьева В. Д., Иванова С. А., Невидимова Т. И. Эпидемиология, клинико-патобиологические закономерности и профилактика психических и поведенческих расстройств в результате злоупотребления психоактивными веществами (региональный аспект) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3. – С. 25–32.
6. Бохан Н. А., Семке В. Я., Мандель А. И. Наркологическая ситуация и психическое здоровье населения: региональные тренды десятилетия // Психическое здоровье. – 2006. – № 1. – С. 32–39.
7. Бохан Н. А., Семке В. Я. Коморбидность в наркологии. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2009. – 510 с.
8. Егоров А. Ю. Алкоголизм в позднем возрасте // Руководство по аддиктологии / под ред. В. Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – 768 с.
9. Егоров А. Ю., Шайдукова Л. К. Современные особенности алкоголизма у женщин: возрастной аспект // Наркология. – 2005. – № 9. – С. 49.
10. Кривулин Е. Н., Мингазов А. Х., Власов А. А., Юркина Н. В. Возрастные клинико-динамические особенности алкоголизма раннего и позднего возраста // Наркология. – 2012. – № 5. – С. 53–57.

11. Мингазов А. Х., Кривулин Е. Н. Гендерные особенности социального статуса лиц с алкоголизмом позднего возраста // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: тезисы докладов XV научной отчетной сессии НИИ психического здоровья СО РАМН (Томск, 6—7 сентября 2011 г.) / под ред. В. Я. Семке. — Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2011. — Вып. 15. — С. 221.
 12. Мингазов А. Х., Бохан Н. А., Кривулин Е. Н. Факторы формирования алкоголизма в позднем возрасте // Неврологический вестник. — 2012. — Т. XLIV, вып. 2 — С. 10—16.
 13. Сиволоп Ю. П., Дамулин И. В., Савченков В. А., Янушкевич М. В., Певцов Г. В. Гендерные различия при алкоголизме и алкогольной болезни. Проблема женского алкоголизма // Руководство по аддиктологии / под ред. В. Д. Менделевича. — СПб. : Речь, 2007. — С. 206.
 14. Надеждин А. В. Возрастные особенности наркологических заболеваний // Руководство по наркологии / под ред. Н. Н. Иванца. — М. : Медпрактика-М, 2002. — Т. 1.
 15. Семке В. Я., Бохан Н. А., Мандель А. И. Клинико-динамический подход к систематике аддикций // Наркология. — 2005. — № 12. — С. 30—36.
 16. Семке Н. А., Бохан Н. А., Мандель А. И. Персоналогический анализ в контексте систематики аддиктивных состояний // Наркология. — 2006. — № 1. — С. 60—66.
 17. Barry K. L., Oslin D. W., Blow F. C. Alcohol problems in older adults: prevention and management. — Springer Publishing Company, Inc., 2001.
 18. Annis H. M., Sklar S. M., Moser A. E. Gender in relation to relapse crisis situation, coping, and outcomes among treated alcoholics // Addict. Behav. — 1998. — V. 23, № 1. — P. 127—131.
 19. Kennedy G. J. Geriatric mental health care: a treatment guide for health professionals. — The Guilford Press, 2000.
- Транслитерация русских источников*
1. Altshuler V. B. Zhenskiy alkogolizm. Lektsii po narkologii. — izd. 2-e / pod red. N. N. Ivantsa. — M. : Nolidzh, 2000.
 2. Blagov L. N. Psihopatologicheskaya struktura fenomena «psevdoabstinentsii» v klinike addiktivnogo zabolevaniya // Narkologiya. — 2010. — N 3. — S. 45—56.
 3. Bohan N. A. Kliniko-patodinamicheskie zakonomernosti i terapiya alkogolizma s komorbidnym ekzogenno-organicheskim porazheniem golovnogogo mozga : avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. — Tomsk, 1996. — 46 s.
 4. Bohan N. A. Klinicheskaya geterogennost alkogolizma i komorbidnost: paradigma multiaksialnoy sopryazhennosti problem // Narkologiya. — 2002. — N 2. — S. 31—37.
 5. Bohan N. A., Mandel A. I., Artemev I. A., Vetlugina T. P., Solonskiy A. V., Prokopeva V. D., Ivanova S. A., Nevidimova T. I. Epidemiologiya, kliniko-patobiologicheskie zakonomernosti i profilaktika psicheskikh i povedencheskikh rassstroystv v rezultate zloupotrebleniya psihoaktivnyimi veschestvami (regionalniy aspekt) // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. — 2006. — N 3. — S. 25—32.
 6. Bohan N. A., Semke V. Ya., Mandel A. I. Narkologicheskaya situatsiya i psicheskoe zdorove naseleniya: regionalnye trendy desyatletiya // Psicheskoe zdorove. — 2006. — N 1. — S. 32—39.
 7. Bohan N. A., Semke V. Ya. Komorbidnost v narkologii. — Tomsk : Izd-vo Tom. un-ta, 2009. — 510 s.
 8. Egorov A. Yu. Alkogolizm v pozdnem vozraste // Rukovodstvo po addiktologii / pod red. V. D. Mendelevicha. — SPb. : Rech, 2007. — 768 s.
 9. Egorov A. Yu., Shaydukova L. K. Sovremennyye osobennosti alkogolizma u zhenshin: vozrastnoy aspekt // Narkologiya. — 2005. — N 9. — S. 49.
 10. Krivulin E. N., Mingazov A. H., Vlasov A. A., Yurkina N. V. Vozrastnye kliniko-dinamicheskie osobennosti alkogolizma rannego i pozdnego vozrasta // Narkologiya. — 2012. — N 5. — S. 53—57.
 11. Mingazov A. H., Krivulin E. N. Gendernyye osobennosti sotsialnogo statusa lits s alkogolizmom pozdnego vozrasta // Aktualnyye voprosy psichiatrii i narkologii: tezisy dokladov XV nauchnoy otchetnoy sessii NII psicheskogo zdorovya SO RAMN (Tomsk, 6—7 sentyabrya 2011 g.) / pod red. V. Ya. Semke. — Tomsk : Izd-vo «Ivan Fedorov», 2011. — Vyip. 15. — S. 221.
 12. Mingazov A. H., Bohan N. A., Krivulin E. N. Faktory formirovaniya alkogolizma v pozdnem vozraste // Nevrologicheskii vestnik. — 2012. — T. XLIV, vyip. 2 — S. 10—16.
 13. Sivolap Yu. P., Damulin I. V., Savchenkov V. A., Yanushkevich M. V., Pevtsov G. V. Gendernyye razlichiya pri alkogolizme i alkogolnoy bolezni. Problema zhenskogo alkogolizma // Rukovodstvo po addiktologii / pod red. V. D. Mendelevicha. — SPb. : Rech, 2007. — S. 206.
 14. Nadezhdin A. V. Vozrastnyye osobennosti narkologicheskikh zabolevaniy // Rukovodstvo po narkologii / pod red. N. N. Ivantsa. — M. : Medpraktika-M, 2002. — T. 1.
 15. Semke V. Ya., Bohan N. A., Mandel A. I. Kliniko-dinamicheskiy podhod k sistematike addiktsiy // Narkologiya. — 2005. — N 12. — S. 30—36.
 16. Semke N. A., Bohan N. A., Mandel A. I. Personologicheskii analiz v kontekste sistematiки addiktivnykh sostoyaniy // Narkologiya. — 2006. — N 1. — S. 60—66.

УДК 616.89-008.441.13-055.2:159.9
ББК Р645.021-3

ВЗАИМОСВЯЗЬ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ С КЛИНИЧЕСКОЙ ДИНАМИКОЙ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ПРОГНОЗОМ АЛКОГОЛИЗМА У ЖЕНЩИН

Кузнецов В. Н.¹, Бохан Т. Г.²,
Анкудинова И. Э.³

¹ МБУЗ «Каргасокская ЦРБ»

Томская область, Каргасок, ул. Красноармейская, д. 66

² Национальный исследовательский ТГУ

634050, Томск, пр. Ленина, 36

³ ФГБУ «НИИ физиологии и фундаментальной медицины» СО РАМН

630117, Новосибирск, ул. Арбузова, 6

В статье приведены результаты изучения гендерной (половой) идентичности женщин с синдромом алкогольной зависимости в сравнении со здоровыми женщинами. Установлено, что для женщин, страдающих алкоголизмом, характерен недифференцированный тип гендерной идентичности (51,7 %). При исследовании возраста формирования синдрома алкогольной зависимости обнаружено, что нормативная гендерная идентичность является фактором, сдерживающим появление признаков зависимости от алкоголя в молодом возрасте. У 72,7 % женщин с фемининным гендерным типом алкоголизм сформировался в возрастном периоде 31—40 лет. Соответствие биологического пола и типа гендерной идентичности оказалось прогностически благоприятным фактором в отношении прогрессивности заболевания и формирования долгосрочных терапевтических ремиссий* у женщин. **Ключевые слова:** гендер, полоролевая идентичность, алкоголизм, прогрессивность, терапевтический прогноз.

RELATIONSHIP OF GENDER IDENTITY WITH CLINICAL DYNAMIC AND THERAPEUTIC PROGNOSIS OF FEMALE ALCOHOLISM. Kuznetsov V. N.¹, Bokhan T. G.², Ankudinova I. E.³

¹ «Kargasok Central District Hospital», Tomsk Region, Kargasok, Krasnoarmeyskaya Street, 66. ² National Research Tomsk State University. 634050, Tomsk, Lenin's Avenue, 36.

³ «Physiology and Basic Medicine Research Institute» SB RAMSci. 630117, Novosibirsk, Arbuzov's Street, 6. In this article, results of study of gender identity of women with alcohol dependence syndrome as compared with healthy women have been introduced. It has been identified that women with alcoholism are characterized by undifferentiated type of gender identity (51,7 %). During research of age of onset of alcohol dependence syndrome it has been detected that normative gender identity is a factor preventing from occurrence of alcohol dependence signs at young age. In 72,7 % of women with feminine gender type, alcoholism has been formed in age period 31—40 years. Correspondence of biological sex and type of gender identity appeared to be a predictively favorable factor regarding progression of disease and formation of long-term therapeutic remissions in women. **Key words:** gender, gender identity, alcoholism, progression, therapeutic prognosis.

* Исследование выполнено при финансовой поддержке гранта РГНФ № 12-16-70003aT.

^{*} Кузнецов В. Н., к. м. н., врач психиатр-нарколог; ответственный за переписку с редакцией; e-mail: vnkuz@mail.ru. Бохан Т. Г., д-р психол. н., зав. каф. психотерапии и психологического консультирования факультета психологии; телефон: 529580, e-mail: btg960@sibmail.com. Анкудинова И. Э., к. м. н., гл. врач клиники, телефон/факс: 3325010, e-mail: kif@inbox.ru

Введение. Роль гендерного фактора в формировании и течении разных заболеваний пристально изучается в течение двух последних десятилетий на основе междисциплинарного подхода [1, 7, 15, 16, 25], что обусловлено стабильностью научного интереса к проблеме систематики [5, 19], психопатологии [4, 23], персонологии, качества жизни и стрессоустойчивости [12, 20, 21], биологическим механизмам формирования [2, 9] и гендерно-дифференцированной терапии и профилактике аддиктивных расстройств [6, 17, 26]. В психиатрии традиционно под терминами «гендер», «гендерные различия» использовались понятия, которые определяются биологической составляющей [13, 24], тогда как современные тенденции в клинической психологии данный термин определяют как психосоциальный пол, полоролевою (гендерную) идентичность личности [3, 22]. В социологии и в медицине зачастую понятие «гендерный фактор» сводят к противопоставлению мужского и женского [5, 6], что противоречит существующей гендерной типологии [3, 28, 29]. В гендерной психологии выделяют маскулинный, фемининный, андрогинный и недифференцированный типы [27]. На протяжении двух десятилетий в Российской Федерации и в Томской области наблюдаются высокие темпы роста алкоголизма и женского наркотизма, в том числе в подростковом возрасте, среди женского населения [10, 14, 18] при угрожающих показателях алкогольобусловленной смертности [11]. При этом имеет место более высокий прирост показателей общей заболеваемости алкоголизмом среди женщин в северных районах (до 198,47 больных на 10 000 женского населения при среднем показателе по области 75,0 на 10 000). Так, в районах приравненных к Крайнему Северу, на 01.01.2010 г. соотношение численности мужчин и женщин, больных алкоголизмом, составило 1:2,8 при средних значениях по Томской области 1:3,9 [8]. При изучении особенностей алкоголизма у женщин в большей мере обращают внимание на биологические факторы, которые объясняют «телескопизм» синдрома алкогольной зависимости [1, 9, 12]. Взаимосвязь же гендерной идентичности женщин с формированием и течением у них синдрома алкогольной зависимости исследована недостаточно и представлена разрозненными сообщениями.

Цель исследования: определить клинико-динамические взаимосвязи гендерной идентичности с формированием и течением алкоголизма у женщин для установления возможностей терапевтического прогноза заболевания.

Материал и методы. Для реализации цели исследования проведено клиническое, катamnестическое и экспериментально-психологическое обследование женщин, постоянно проживающих

на территории района, приравненного к Крайнему Северу. Исследовательская выборка была представлена двумя группами. Основная группа состояла из 60 женщин, больных алкоголизмом II стадии, в контрольную группу вошли 50 женщин, не страдающих алкогольной зависимостью, в возрасте от 16 до 55 лет. Определение гендерного типа больных алкоголизмом проводилось путем сопоставления особенностей их поведения и результатов обследования с помощью опросника С. Бэм (1974), определяющего степень андрогинности, маскулинности и феминности личности.

Для обработки данных использованы следующие статистические технологии: описательная статистика, *t*-критерий Стьюдента, для анализа качественных данных использовались непараметрические критерии χ^2 и ТКФ (точный критерий Фишера – применялся, если ожидаемая частота хотя бы одного из показателей была меньше 5), критерий Манна-Уитни, критерий Шапиро-Вилка.

Результаты исследования. Средний возраст женщин в основной и контрольной группах составил 36 лет (возрастной диапазон 34—38 лет). По уровню полученного образования наблюдались некоторые различия между пациентками из состава основной группы и представительницами контрольной группы, но они были не столь значительными (ТКФ=2,888; $p=0,764$). Сведения о распределении женщин контрольной и основной групп в соответствии с их гендерной идентичностью представлены в таблице 1.

Таблица 1
Гендерная характеристика женщин контрольной и основной групп

Гендерный тип	Группа				Статистика
	Контрольная		Основная		
	абс.	%	абс.	%	
Маскулинный	1	2	1	1,7	$\chi^2=0,0$; $p=1,000$
Фемининный	12	24	11	18,3	$p>0,05$
Андрогинный	17	34	17	28,3	$\chi^2=0,0$; $p>0,05$
Недифференцированный	20	40	31	51,7	$\chi^2=1,06$; $p=0,303$
Итого	50	100	60	100	

Определены гендерные характеристики женщин контрольной группы: к маскулинному типу отнесены 2 % пациенток, к фемининному типу – 24 %, андрогинному типу соответствовали 34 % женщин, недифференцированный гендерный тип отмечен в 40,0 % случаев. Статистически значимых различий экстенсивных показателей между женщинами контрольной и основной групп по гендерным характеристикам выявить не удалось. Результаты изучения возраста начала употребления спиртных напитков женщинами в зависимости от принадлежности их к какому-либо гендерному типу представлены в таблице 2.

Таблица 2
Возраст начала потребления алкоголя женщинами основной группы с разными гендерными типами

Возраст	Фемининный		Маскулинный		Андрогинный		Недифференцированный	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
15 лет и ранее	3	27,3	-	-	7	41,2	14	45,2
16–18 лет	5	45,4	1	100	10	58,8	16	51,6
19 лет и старше	3	27,3	-	-	-	-	1	3,2
Всего	11	100	1	100	17	100	31	100

Полученные результаты свидетельствуют о том, что женщины основной группы с недифференцированным гендерным типом имели первый опыт приобщения к алкоголю в более раннем возрасте, чем женщины с фемининным гендерным типом. Статистически значимых различий экстенсивных показателей в возрастной группе «15 лет и ранее» между женщинами с недифференцированным (45,2 %) и фемининным (27,3 %) типами не выявлено (ТКФ; $p=0,477$). Женщин (41,2 %) с андрогинным гендерным типом, впервые попробовавших алкоголь в этом возрасте, было незначительно больше, чем женщин с фемининным (27,3 %) гендерным типом (ТКФ; $p=1,000$). Женщин с фемининным гендерным типом, которые впервые попробовали спиртные напитки в возрасте от 16 до 18 лет, была несколько меньше в сравнении с числом женщин с недифференцированным типом (45,4 и 51,6 %). Сведения о возрасте формирования синдрома алкогольной зависимости у лиц женского пола в выборке представлены в таблице 3.

Таблица 3
Возраст формирования синдрома зависимости от алкоголя у женщин основной группы с разными гендерными типами

Возраст формирования синдрома, лет	Фемининный		Маскулинный		Андрогинный		Недифференцированный	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
15–20	-	-	-	-	1	5,9	6	19,3
21–30	3	27,3	-	-	8	47,0	20	64,6
31–40	8	72,7	1	100	6	35,3	4	12,9
41–50	-	-	-	-	2	11,8	1	3,2
Итого	11	100	1	100	17	100	31	100

Полученные данные свидетельствуют о том, что синдром зависимости от алкоголя у 27,3 % пациенток с фемининным гендерным типом сформировался в возрасте 21—30 лет, 72,7 % женщин с этим гендерным типом стали алкогользависимыми в возрасте от 31 до 40 лет. В то же время среди пациенток с фемининным типом не было ни одного случая формирования синдрома зависимости от алкоголя в возрасте до 21 года в отличие от больных с андрогинным и недифференцированным типами. С маскулинным гендерным типом наблюдалась всего одна женщина, синдром зависимости от алкоголя у которой сформировался в 31 год. В связи

с тем, что этот пример единичный, однозначно его трудно интерпретировать. В выборке было 17 женщин с андрогинным гендерным типом, страдающих алкогольной зависимостью. У 5,9 % из них признаки синдрома зависимости появились в 18 лет; 47 % пациенток с андрогинным типом отметили, что симптомы зависимости от алкоголя сформировались у них в возрасте 21—30 лет; у 35,3 % женщин с этим гендерным типом алкоголизм дебютировал в возрастном интервале 31—40 лет. У 11,8 % пациенток признаки синдрома зависимости от алкоголя были выявлены в возрасте от 41 года до 50 лет. Эти данные свидетельствуют о том, что у женщин основной группы с андрогинным гендерным типом синдром зависимости от алкоголя сформировался в более раннем возрасте в сравнении с пациентками, имеющими гендерные характеристики фемининного типа.

Различия экстенсивных показателей у пациенток с андрогинным и фемининным типом по параметру «возраст формирования синдрома зависимости от алкоголя» значительны в возрасте от 21 года до 30 лет и подтверждаются методами статистического анализа ($\chi^2=12,2$; $p<0,01$). В то же время лишь у 1 пациентки с андрогинным типом (5,9 %) алкоголизм сформировался в возрастном интервале от 15 до 20 лет, тогда как у 19,3 % женщин с недифференцированным гендерным типом признаки синдрома зависимости от алкоголя появились в этом возрасте. Число пациенток с андрогинным типом, у которых зависимость сформировалась в возрасте 21—30 лет, было значительно меньше числа женщин с недифференцированным типом. У 35,3 % андрогинных женщин формирование зависимости наблюдалось в возрасте от 31 года до 40 лет, в то время как лишь 12,9 % пациенток с недифференцированным гендерным типом приобрели синдром зависимости в этом возрасте, а женщины с фемининным типом оказались в большинстве (72,7 %).

Полученные нами данные свидетельствуют, что у женщин с недифференцированным гендерным типом зависимость от алкоголя формируется в более раннем возрасте по сравнению с пациентками с другими гендерными типами. У 19,3 % женщин с этим гендерным типом синдром зависимости от алкоголя сформировался до 20 лет, а 64,6 % пациенток указали, что признаки заболевания появились у них в возрастном интервале от 21 года до 30 лет. При сопоставлении экстенсивных показателей по параметру «возраст формирования синдрома зависимости» у пациенток с недифференцированным и фемининным гендерными типами в возрасте 21—30 лет выявлены достоверные различия ($\chi^2=16,69$; $p<0,001$). Не обнаружено достоверных различий экстенсивных показателей по указанному выше параметру меж-

ду пациентками с недифференцированным и андрогинным гендерными типами ($\chi^2=0,22$; $p=0,95$) в возрасте 21—30 лет.

В ходе клинического обследования, сбора анамнеза и математической обработки полученных данных было выявлено, что начало систематического употребления алкоголя женщинами основной группы происходило в возрасте $22,1\pm 2,1$ года. Средний возраст формирования синдрома зависимости от алкоголя у женщин основной группы составил $27,2\pm 2,2$ года. Таким образом, в среднем в течение 4 лет ($4,3\pm 2,1$ года) с момента начала систематического употребления алкоголя у них сформировалась алкогольная зависимость, что указывает на прогрессивность патологического процесса. Из числа обследованных женщин 18 пациенток (30,0 %) указали, что синдром отмены алкоголя с абстиненцией и периодическая форма употребления спиртных напитков по типу псевдозаболевания появились у них через 1—2 года от начала систематического употребления алкоголя.

С целью обнаружения взаимных связей между гендерной идентичностью больных и прогрессивностью течения алкоголизма у женщин были использованы анамнестические данные, полученные от больных и их родственников, о временном интервале между возрастом начала систематического употребления алкоголя и формированием синдрома зависимости с учетом их гендерных характеристик. Сведения о течении заболевания у женщин, страдающих алкоголизмом, в соответствии с их гендерной идентичностью представлены в таблице 4.

Таблица 4
Течение алкоголизма у женщин
с разными гендерными типами

Течение алкоголизма	Фемининный		Маскулинный		Андрогинный		Недифференцированный	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Прогрессиентное	2	18,2	1	100	6	35,3	25	80,4
Умеренно-прогрессиентное	9	81,8	-	-	11	64,7	6	19,6
Малопрогрессиентное	-	-	-	-	-	-	-	-
Всего	11	100	1	100	17	100	31	100

Прогрессиентное течение заболевания наблюдалось у 80,4 % пациенток с недифференцированным гендерным типом, у 35,3 % женщин с андрогинным типом, у 18,2 % больных с фемининным типом. Различия экстенсивных показателей между женщинами с недифференцированным и фемининным гендерными типами с прогрессиентным течением алкоголизма достоверны, что подтверждается статистическими методами ($p<0,001$). Также имеются достоверные различия экстенсивных показателей между пациентками андрогинного и недифференцированного гендерных типов с прогрессиентным течением синдрома зависимости от алкоголя ($\chi^2=7,99$; $p=0,005$).

Умеренно-прогредиентное течение алкоголизма зарегистрировано у 81,8 % пациенток с фемининным гендерным типом, у 64,7 % пациенток с андрогинным гендерным типом, у 19,6 % женщин с недифференцированным типом. В данном случае имеются достоверные различия экстенсивных показателей между пациентками с фемининным и недифференцированным гендерными типами (ТКФ; $p < 0,001$). Женщин с малопрогредиентным типом течения алкоголизма в нашей выборке не оказалось.

Эффективность лечения женщин с синдромом зависимости от алкоголя оценивалась по длительности и качеству терапевтической ремиссии после проведенной терапии. При этом были учтены их гендерные характеристики. Женщин, которые возобновили алкоголизацию в течение 6 месяцев после окончания лечения, оказалось 17 (28,3 %), причем 12 из них имели недифференцированный гендерный тип. Ремиссии сроком до 1 года отмечены в 21 случае (35,0,0 %): 11 пациенток отнесены к недифференцированному гендерному типу, 8 – к андрогинному, 2 – к фемининному. Длительные светлые промежутки более 1 года зафиксированы у 22 (26,7 %) пациенток, у 8 из них определен недифференцированный гендерный тип, 8 женщин соответствовали фемининному, 5 – андрогинному, 1 – маскулинному гендерному типу.

В выборке наблюдалось 11 женщин с фемининным гендерным типом, в 72,7 % случаев они воздерживались от употребления алкоголя более 1 года, 18,2 % пациенток не употребляли спиртных напитков в течение 1 года. Всего 1 пациентка (9,1 %), у которой гендерный тип соответствовал ее биологическому полу, начала употреблять алкоголь через 2 месяца после окончания лечения. Полученные данные свидетельствуют о том, что у женщин, страдающих алкоголизмом, соответствие гендерного типа биологическому полу является прогностически благоприятным фактором в терапии алкогольной зависимости. Женщин с андрогинным гендерным типом в основной группе было 17 (28,3 %). Из 17 пациенток с данным гендерным типом у 4 (23,5 % от числа женщин с признаками андрогинии) наблюдалась краткосрочная терапевтическая ремиссия до 6 месяцев, у 8 больных (47,1 %) – ремиссия до 1 года, 5 пациенток (29,4 %) воздерживались от алкоголизации более 1 года.

Наиболее многочисленными в выборке были женщины с недифференцированным гендерным типом. У 12 пациенток (38,7 % от числа женщин с недифференцированным гендерным типом) наблюдалась краткосрочная ремиссия (до 6 месяцев), воздерживались от употребления спиртных напитков до 1 года 11 больных (35,5 %). Не употребляли алкоголь после лечения более 1 года 8 женщин (25,8 %).

Таким образом, при проведении сравнительного анализа получены следующие результаты: краткосрочные ремиссии до 6 месяцев наблюдались преимущественно у пациенток с недифференцированным гендерным типом. Их доля составила 38,7 %. В то же время женщины с фемининным гендерным типом возобновили алкоголизацию в течение 6 месяцев после окончания лечения лишь в 9,1 % случаев. Длительные светлые промежутки (ремиссия более 1 года) наблюдались у большей части женщин с фемининным типом (72,7 %), в отличие от пациенток (25,8 %) с недифференцированным (ТКФ; $p = 0,011$) и андрогинным (29,4 %) гендерными типами ($\chi^2 = 3,447$; $p = 0,063$).

Заключение. Результаты исследования свидетельствуют о том, что среди женского населения значителен удельный вес лиц с недифференцированным типом гендерной идентичности. У женщин, не страдающих алкогольной зависимостью, чаще отмечается соответствие гендерной идентичности биологическому полу (нормативное гендерное поведение), но статистически значимых различий с гендерными характеристиками женщин, больных алкоголизмом, не выявлено.

Раннее приобщение к алкоголю характерно для женщин с недифференцированным и андрогинным типом гендерной идентичности. У женщин, гендерная идентичность которых соответствует критериям недифференцированного типа, зарегистрирован прогредиентный тип течения алкогольной зависимости (80,4 %). В то время как для женщин с фемининным типом гендерной идентичности характерен умеренно-прогредиентный тип течения (81,8 %). Андрогиния для женщин также является предиктором умеренной прогредиентности развития алкогольной зависимости. Наиболее благоприятным условием для формирования терапевтических ремиссий у женщин является соответствие гендерной идентичности биологическому полу. Терапевтическая ремиссия длительностью более 1 года зафиксирована у женщин с фемининным гендерным типом. Недифференцированный тип гендерной идентичности у женщин является прогностически неблагоприятным фактором течения заболевания, рецидивы алкоголизма происходят в ранние сроки после завершения терапии.

Л и т е р а т у р а

1. Альтшулер В. Б. Женский алкоголизм: Лекции по клинической наркологии / под ред. Н. Н. Иванца. – М.: Медицина, 1995. – 216 с.
2. Батухтина Е. И., Коконова Д. Н., Невидимова Т. И., Ветлугина Т. П., Бохан Н. А., Гусев С. И., Кокорина Н. П. Гендерные особенности иммунофизиологических взаимосвязей при формировании расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 6 (57). – С. 32–35.

3. Бендас Т. В. Гендерная психология. – СПб. : Питер, 2005. – 431 с.
 4. Благов Л. Н. Методологические аспекты клинической диагностики в психиатрии-наркологии // Наркология – 2011. – № 7. – С. 90–100.
 5. Бохан Н. А. Клиническая гетерогенность алкоголизма и коморбидность: парадигма мультиаксиальной сопряженности проблем // Наркология. – 2002. – № 2. – С. 31–37.
 6. Бохан Н. А., Мандель А. И., Анкудинова И. Э., Трескова И. А., Кисель Н. И. Клиническая коморбидность психоневрологических проявлений алкоголизма у женщин // Наркология. – 2011. – № 10 (118). – С. 36–41.
 7. Бохан Н. А., Батуринов Е. Н. Гендерная гетерогенность формирования героиновой наркомании у подростков // Журнал неврологии и психиатрии. – 2010. – Вып. 5. – С. 22–28.
 8. Бохан Н. А., Мандель А. И., Кузнецов В. Н. Распространенность психических расстройств среди населения сельского муниципального образования Севера Сибири: основные тенденции и прогноз // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – № 4. – С. 40–46.
 9. Бохан Н. А., Мандель А. И., Артемьев И. А., Ветлугина Т. П., Солонский А. В., Прокопьева В. Д., Иванова С. А., Неви́димова Т. И. Эпидемиология, клинико-патобиологические закономерности и профилактика психических и поведенческих расстройств в результате злоупотребления психоактивными веществами (региональный аспект) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3. – С. 25–32.
 10. Бохан Н. А., Мандель А. И., Трефилова Л. Л. Региональный профиль подросткового наркотизма: величина проблемы, мониторинг, актуальные паттерны формирования // Психическое здоровье. – 2006. – № 10. – С. 11–16.
 11. Бохан Н. А., Мандель А. И., Максименко Н. Н., Михалева Л. Д. Смертельные исходы при алкогольной зависимости // Наркология. – 2007. – № 12. – С. 31–35.
 12. Бохан Т. Г. Системные детерминанты стрессоустойчивости в возрастном и этнопсихологическом контекстах // Сибирский психологический журнал. – 2007. – Вып. 25. – С. 180–186.
 13. Егоров А. Ю. О клинических особенностях раннего женского алкоголизма // Вопросы наркологии. – 2004. – № 6. – С. 10–16.
 14. Кошкина Е. А. Заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в Российской Федерации в динамике за 5 лет // Вопросы наркологии. – 2011. – № 1. – С. 17–27.
 15. Кривулин Е. Н., Бохан Н. А., Мингазов А. Х., Влазов А. А., Юркина Н. В., Бочкарева И. Ю. Этнокультуральный аспект психотических форм женского алкоголизма // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 3 (72). – С. 81–85.
 16. Кузнецов В. Н., Семин И. Р., Елисеев А. В. Гендерные особенности алкоголизма на Севере Томской области. – Томск : Сиб ГМУ, 2011. – 182 с.
 17. Кузнецов В. Н., Семин И. Р. Эффективность терапии больных алкоголизмом с разными гендерными типами // Вопросы наркологии. – 2009. – № 2. – С. 18–22.
 18. Семке В. Я., Бохан Н. А., Мандель А. И. Распространенность, патоморфоз и клинико-психологические аспекты опийной наркомании в Томской области // Наркология. – 2002. – № 7. – С. 20–23.
 19. Семке В. Я., Бохан Н. А., Мандель А. И. Клинико-динамический подход к систематике аддикций // Наркология. – 2005. – № 12. – С. 30–36.
 20. Семке Н. А., Бохан Н. А., Мандель А. И. Персоналогический анализ в контексте систематики аддиктивных состояний // Наркология. – 2006. – № 1. – С. 60–66.
 21. Семке В. Я., Бохан Т. Г., Богомаз С. А. Качество жизни молодежи народов Сибири как системный показатель уровня стрессоустойчивости // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 2 (71). – С. 94–98.
 22. Румянцева П. В. Гендерная идентичность // Гендерная психология. Практикум. – 2-е изд. / под ред. И. С. Клециной. – СПб. : Питер, 2009. – С. 248–254.
 23. Сиволоп Ю. П. К проблеме психопатологии аддиктивных расстройств // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007. – Вып. 11. – С. 4–6.
 24. Шумский Н. Г. Алкоголизм у женщин: Руководство по психиатрии / под ред. А. В. Снежневского. – М. : Медицина, 1983. – Т. 2. – С. 271–274.
 25. Angove R., Fothergill A. Women and alcohol: misrepresented and misunderstood // J. of Psychiatric and Mental Health Nursing. – 2003. – № 10. – P. 213–219.
 26. Brienza R. S., Stein M. D. Alcohol Use Disorders in Primary Care Do Gender-specific Differences Exist? // JGIM. – 2002. – V. 17. – P. 387–397.
 27. Burn S. M. The Social Psychology of Gender. – McGraw-Hill, Inc., 1996. – 320 p.
 28. Koestner R., Aube J. A multifactorial approach to the study of gender characteristics. Review // Journal of Personality. – 1995. – V. 63 (3). – P. 681–710.
 29. Lorber S., Farrell S. The social construction of gender // Sage Publications New York center of Gender Research. – 1991. – V. 1. – P. 23–47.
- Транслитерация русских источников*
1. Altshuler V. B. Zhenskiy alkoholizm: Lektsii po klinicheskoy narkologii / pod red. N. N. Ivantsa. – M. : Meditsina, 1995. – 216 s.
 2. Baturina E. I., Kokonova D. N., Nevidimova T. I., Vetlugina T. P., Bohan N. A., Gusev S. I., Kokorina N. P. Gendernye osobennosti immunofiziologicheskikh vzai-mosvyazey pri formirovaniy rasstroystv, vyzvannykh upotrebleniyem psihoaktivnykh veshchestv // Sibirskiy vestnik psihiatrii i narkologii. – 2009. – N 6 (57). – S. 32–35.
 3. Bendas T. V. Gendernaya psihologiya. – SPb. : Piter, 2005. – 431 s.
 4. Blagov L. N. Metodologicheskie aspekty klinicheskoy diagnostiki v psihiatrii-narkologii // Narkologiya – 2011. – N 7. – S. 90–100.
 5. Bohan N. A. Klinicheskaya geterogennost alkoholizma i komorbidnost: paradigma multiaksialnoy sopryazhennosti problem // Narkologiya. – 2002. – N 2. – S. 31–37.
 6. Bohan N. A., Mandel A. I., Ankudinova I. E., Treskova I. A., Kisel N. I. Klinicheskaya komorbidnost psihonevrologicheskikh proyavleniy alkoholizma u zhenshin // Narkologiya. – 2011. – N 10 (118). – S. 36–41.
 7. Bohan N. A., Baturin E. N. Gendernaya geteronomnost formirovaniya geroinovoy narkomanii u podrostkov // Zhurnal nevrologii i psihiatrii. – 2010. – Vyip. 5. – S. 22–28.
 8. Bohan N. A., Mandel A. I., Kuznetsov V. N. Rasprostranennost psihicheskikh rasstroystv sredi naseleniya selskogo munitsipalnogo obrazovaniya Severa Sibiri: osnovnyie tendentsii i prognoz // Sotsialnaya i klinicheskaya psihiatriya. – 2011. – N 4. – S. 40–46.
 9. Bohan N. A., Mandel A. I., Artemev I. A., Vetlugina T. P., Solonskiy A. V., Prokopeva V. D., Ivanova S. A., Nevidimova T. I. Epidemiologiya, kliniko-patobiologicheskie zakonomernosti i profilaktika psihicheskikh i povedencheskikh rasstroystv v rezultate zloupotrebleniya psihoaktivnyimi veshchestvami (regionalnyy aspekt) // Sibirskiy vestnik psihiatrii i narkologii. – 2006. – N 3. – S. 25–32.
 10. Bohan N. A., Mandel A. I., Trefilova L. L. Regionalnyy profil podrostkovogo narkotizma: velichina problemy, monitoring, aktualnyie patterny formirovaniya // Psihicheskoe zdorove. – 2006. – N 10. – S. 11–16.
 11. Bohan N. A., Mandel A. I., Maksimenko N. N., Mihaleva L. D. Smertelnyie ishody pri alkoholnoy zavisimosti // Narkologiya. – 2007. – N 12. – S. 31–35.
 12. Bohan T. G. Sistemnyie determinanty stressoustoychivosti v vozrastnom i etnopsihologicheskom kontekstah // Sibirskiy psihologicheskii zhurnal. – 2007. – Vyip. 25. – S. 180–186.

13. Egorov A. Yu. O klinicheskikh osobennostyakh rannego zhenskogo alkogolizma // *Voprosy narkologii*. – 2004. – N 6. – S. 10–16.
14. Koshkina E. A. Zabolevaemost psichicheskimi i povedencheskimi rasstroystvami, svyazannymi s upotrebleniem psihoaktivnykh veschestv, v Rossiyskoy Federatsii v dinamike za 5 let // *Voprosy narkologii*. – 2011. – N 1. – S. 17–27.
15. Krivulin E. N., Bohan N. A., Mingazov A. H., Vlasov A. A., Yurkina N. V., Bochkareva I. Yu. Etnokulturalnyy aspekt psichicheskikh form zhenskogo alkogolizma // *Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii*. – 2012. – N 3 (72). – S. 81–85.
16. Kuznetsov V. N., Semin I. R., Eliseev A. V. Gendernyye osobennosti alkogolizma na Severe Tomskoy oblasti. – Tomsk : Sib GMU, 2011. – 182 s.
17. Kuznetsov V. N., Semin I. R. Effektivnost terapii bolnykh alkogolizmom s raznymi gendernymi tipami // *Voprosy narkologii*. – 2009. – N 2. – S. 18–22.
18. Semke V. Ya., Bohan N. A., Mandel A. I. Rasprostranennost, patomorfiz i kliniko-psichicheskoye aspekty opinyo narkomanii v Tomskoy oblasti // *Narkologiya*. – 2002. – N 7. – S. 20–23.
19. Semke V. Ya., Bohan N. A., Mandel A. I. Kliniko-dinamicheskoy podhod k sistematike addiktsiy // *Narkologiya*. – 2005. – N 12. – S. 30–36.
20. Semke N. A., Bohan N. A., Mandel A. I. Personologicheskoy analiz v kontekste sistematiki addiktivnykh sostoyaniy // *Narkologiya*. – 2006. – N 1. – S. 60–66.
21. Semke V. Ya., Bohan T. G., Bogomaz S. A. Kachestvo zhizni molodezhi narodov Sibiri kak sistemnyy pokazatel urovnya stressoustoychivosti // *Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii*. – 2012. – N 2 (71). – S. 94–98.
22. Rumyantseva P. V. Gendernaya identichnost // *Gender-naya psichicheskaya. Praktikum*. – 2-e izd. / pod red. I. S. Kleitsinoy. – SPb. : Piter, 2009. – S. 248–254.
23. Sivolap Yu. P. K probleme psichopatologii addiktivnykh rasstroystv // *Zhurnal nevrologii i psichiatrii*. – 2007. – Vyip. 11. – S. 4–6.
24. Shumskiy N. G. Alkogolizm u zhenschin: Rukovodstvo po psichiatrii / pod red. A. V. Snezhnevskogo. – M. : Meditsina, 1983. – T. 2. – S. 271–274.

УДК 616. 89-008.441.13:159.923
ББК Р645.021.1-5

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ЛИЧНОСТНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Любичева Н. И., Салмина-Хвостова О. И.*

ГБОУ ДПО Новокузнецкий ГИУВ Минздрава России
654005, Новокузнецк, пр. Строителей, 5

Обследовано 110 больных опийной наркоманией, согласившихся на участие в дифференцированных лечебно-реабилитационных программах, включающих фармакотерапию и психотерапию. С учетом выявленных личностных нарушений в преморбиде разработаны дифференцированные лечебно-реабилитационные программы: I программа для пациентов с акцентуациями характера, II программа – для пациентов со специфическими личностными расстройствами, III программа – для пациентов с расстройствами личности при резидуально-органической неполноценности головного мозга. В результате оценки эффективности терапии больных опийной наркоманией с различными личностными нарушениями установлено, что наиболее эффективна терапия при акцентуациях характера. Среди пациентов со специфическими личностными расстройствами и резидуально-органической недостаточностью головного мозга ремиссии уровней А и В не наблюдались (0,0 %), доминировали ремиссии уровней С (9,3 и 27,1 %), D (8,3 и 11,8 %), E (10,6 и 14,1 %). **Ключевые слова:** опийная наркомания, эффективность лечения, личностные нарушения.

ASSESSMENT OF EFFICACY OF THE THERAPY OF OPIUM ADDICTS WITH VARIOUS PERSONALITY DISTURBANCES. Lyubicheva N. I., Salmina-Khvostova O. I. Novokuznetsk State Institute of Doctors' Advanced Training. 654005, Novokuznetsk, Stroiteley Avenue, 5. 110 opium addicts after informed consent to participate in differentiated treatment-rehabilitative programs including pharmacotherapy and psychotherapy have been examined. With account for revealed personality disturbances in premorbid, we have developed differentiated treatment-rehabilitative programs: program I for patients with accentuation of the character, program II – for patients with specific personality disorders, program III – for patients with personality disorders with residual-organic inferiority of the brain. In result of assessment of efficacy of therapy of opium addicts with various personality disturbances it has been identified, that of most efficacy is therapy during accentuations of the character. Among patients with specific personality disorders and residual-organic inferiority of brain, remissions of levels A and B have not been found (0,0 %), remissions of levels C (9,3 and 27,1 %), D (8,3 and 11,8 %), E (10,6 14,1 %) dominated. **Key words:** opium addiction, efficacy of treatment, personality disturbances.

Введение. Проблема злоупотребления наркотиками продолжает оставаться актуальной во многих странах [16], в том числе в РФ, и сохраняет напряженный характер в Сибирском регионе [3, 14]. Заболеваемость наркоманиями имеет тенденцию к постепенному снижению, но все же остается на достаточно высоком уровне [10]. Так, заболеваемость наркоманиями по Ке-

* Салмина-Хвостова Ольга Ивановна, д.м.н., проф., зав. каф. психиатрии, психотерапии и наркологии. Тел.: (3843) 455601; факс: 8(3843)454219. E-mail: Olga997006@rambler.ru

меровской области в целом с 2004 г. по настоящее время остаётся на уровне плато и составляет в среднем 71—77 на 100 тысяч населения [1]. В структуре наркологических расстройств основное место занимает зависимость от опиоидов с преобладанием внутривенного пути введения наркотиков [4, 13, 15].

Выявлены неблагоприятные факторы, которые определяют быстроту формирования клинических паттернов [2], иммунобиологических предпосылок [9], патодинамических закономерностей [5] и социальных последствий наркоманий [2]. В исследованиях определено значение наследственной и персонологической предрасположенности к зависимости от психоактивных веществ [14, 16], сенсорных нарушений в качестве клинко-биологических предикторов [11]. Установлен вклад системных этнопсихологических нарушений стрессоустойчивости [6], трудностей самореализации [7] и достижения качества жизни [12] у лиц с факторами риска формирования аддиктивного поведения. Личностные расстройства у больных наркоманией установлены от 28 до 65—90,0 % случаев [13, 14].

Медико-социальная реабилитация больных опийной наркоманией является одним из приоритетных направлений наркологии. Для прогнозирования и коррекции проводимых мероприятий предложена оценка уровня реабилитационного потенциала [8]. Предложенные способы оценки ремиссии обширны и требуют значительных временных затрат медицинского персонала. Разработка удобных для применения в наркологической практике способов оценки результатов терапии и реабилитации является актуальной, теоретически и практически значимой.

Цель. Изучить клиническую динамику терапевтической ремиссии при опийной наркомании с учетом преморбидных личностных нарушений с помощью шкалы оценки эффективности лечения больных опийной наркоманией.

Материал и методы. Обследовано 163 больных опийной наркоманией, проходивших лечение острого абстинентного синдрома в реабилитационном отделении МБЛПУ ГКБ № 29 Новокузнецка. Мужчин среди обследованных было 89,1 %, женщин — 10,9 %. Средний возраст — $24,4 \pm 7,6$ года (от 18 до 34 лет); II стадия выявлена в 86,7 % случаев, III стадия — в 13,3 % (группа сравнения).

В основную группу (n=110) вошли пациенты, согласившиеся на участие в дифференцированных лечебно-реабилитационных программах, включающих фармакотерапию и психотерапию. Для больных опийной наркоманией с учетом выявленных личностных нарушений в преморбиде разработаны дифференцированные лечебно-реабилитационные программы: I программа предназначена для пациентов с акцентуациями характера, II программа — для пациентов со спе-

цифическими личностными расстройствами, III программа — для пациентов с расстройствами личности при резидуально-органической неполноценности головного мозга.

В разработанный нами алгоритм терапевтической тактики и реабилитационных мероприятий были включены психофармакотерапия и психотерапия. В ПТ-модели дифференцированных лечебно-реабилитационных программ использовались следующие методы психотерапии: рациональная, когнитивно-поведенческая, нейролингвистическое программирование, символдрама, начальная ступень аутогенной тренировки (АТ), прогрессивно-мышечная релаксация. Лечение было добровольным и анонимным. Группу сравнения (n=53) составили больные опийной наркоманией, которые получали только медикаментозное лечение.

Результаты и обсуждение. Для оценки результата лечения и качественной характеристики состояния ремиссии нами разработана «Шкала оценки эффективности терапии больных опийной наркоманией», в которой оценивались: наличие патологического влечения к наркотическому веществу, к которому сформирована зависимость; наличие и степень привычных интоксикаций; нейрофизиологические показатели; социальные характеристики; уровень социальной адаптации; степень восстановления трудоспособности.

Критерием эффективности предложенных дифференцированных лечебно-реабилитационных программ для больных опийной наркоманией, учитывающих личностные нарушения в преморбидном периоде, являлась динамика клинических и психологических показателей в процессе лечения.

В «Шкале оценки эффективности терапии больных наркоманией» терапевтическая ремиссия подразделялась по уровням следующим образом: уровень А — полная ремиссия с восстановлением прежнего социального и трудового статусов, трезвый образ жизни, включающий полный отказ от наркотиков любого типа и в любом виде, в том числе от курения и алкоголя. Уровень В — практическая ремиссия (с необходимостью проведения эпизодических терапевтических мероприятий): возможно редкое курение и редкое, в малых дозах, ритуальное употребление алкоголя; возможны редкие конфликты в семье; обязательное наличие работы; отсутствие патологического влечения к наркотику (ПВН). Уровень С — ремиссия с неполной адаптацией: «сухая ломка», астения, аффективные нарушения; незначительные нейрофизиологические изменения на ЭЭГ, свидетельствующие о вегетативном дисбалансе; курение и алкоголь без злоупотребления; недлительные трудности с трудоустройством; периодически возникающее невыраженное кон-

тролируемое ПВН. Уровень Д – нестабильная ремиссия опийной наркомании с незначительным клиническим улучшением, частичным восстановлением социально-трудовой адаптации, контролируемым употреблением алкоголя, табака, периодически возникающее невыраженное контролируемое ПВН, усиливающееся в стрессовых ситуациях, при усталости, соматическом заболевании, в состоянии алкогольного опьянения. Уровень Е – отсутствие ремиссии: переключение на злоупотребление алкоголем, возобновление употребления наркотика с восстановлением наркоманического синдрома, наличие выраженного неконтролируемого ПВН.

Положительным результатом терапии по данным «Шкалы оценки эффективности терапии больных опийной наркоманией» мы считали уровни А, В, С, так как они исключают употребление всех видов наркотических веществ. Отрицательным результатом лечения по «Шкале...» мы считали уровни D, E, которые допускают употребление наркотических веществ и при которых наблюдается социальная дезадаптация.

В основной группе ремиссия через 2 года из 85 обследованных по уровню А была у 2 человек (2,4 %), по уровню В – у 8 (9,3 %), по уровню С – у 37 (43,5 %), по уровню Д – у 17 (20,1 %), по уровню Е – у 21 (24,7 %). В группе сравнения (43 обследованных) через 2 года из по уровню А ремиссии не было выявлено (0,0 %), по уровню В – у 1 человека (2,3 %), по уровню С – у 7 (16,1 %), по уровню Д – у 14 (32,2 %), по уровню Е – у 21 (49,4 %). У пациентов с акцентуациями характера в основной группе (15,3 %) и группе сравнения (11,5 %) были определены следующие уровни ремиссии: А – у 2 человек (2,4 %) и 0,0 %; В – у 5 (5,8 %) и у 1 (2,3 %) соответственно; С – у 6 (7,1 %) и у 1 (2,3 %). Уровни D и E в основной группе отсутствовали (0,0 %), в группе сравнения уровень D зафиксирован у 2 человек (4,6 %), Е – у 1 человека (2,3 %).



Рис. Ремиссия у обследованных пациентов через 2 года в основной группе и в группе сравнения

У пациентов со специфическими личностными расстройствами в основной группе (28,2 %) и группе сравнения (28,7 %) определены следующие уровни ремиссии: уровни А и В

отсутствовали (0,0 %), С – у 8 (9,3 %) и у 2 (4,6 %), D – у 7 (8,3 %) и у 3 (6,9 %) Е – у 9 (10,6 %) и у 7 (17,2 %).

В результате терапии пациентов с расстройством личности при резидуально-органической недостаточности головного мозга в преморбиде были получены следующие уровни ремиссии: уровень А в основной группе (56,5 %) и группе сравнения (59,8 %) не выявлены (0,0 %); В – у 3 человек (3,5 %) и отсутствовали (0,0 %); С – у 23 (27,1 %) и у 4 (9,2 %) соответственно, «D» – у 10 (11,8 %) и у 9 (20,7 %) соответственно; Е – у 12 – (14,1 %) и у 13 (29,9 %) соответственно (рис.).

Заключение. В результате оценки эффективности терапии больных опийной наркоманией с различными личностными нарушениями установлено, что наиболее эффективной терапия была при акцентуациях характера. Среди пациентов со специфическими личностными расстройствами и резидуально-органической недостаточностью головного мозга ремиссии уровней А и В не наблюдались (0,0 %), доминировали ремиссии уровня С (9,3 и 27,1 %), D (8,3 и 11,8 %), Е (10,6 и 14,1 %).

Л и т е р а т у р а

1. Бохан Н. А., Лопатин А. А., Мандель А. И. Основные тенденции развития наркологической ситуации в Кемеровской области в период с 2000 по 2009 гг. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 2. – С. 42–44.
2. Бохан Н. А., Мандель А. И., Воеводин И. В Клинико-патодинамические паттерны формирования опийной наркомании (региональный аспект) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2003. – № 3. – С. 24.
3. Бохан Н. А., Семке В. Я., Мандель А. И. Наркологическая ситуация и психическое здоровье населения: региональные тренды десятилетия // Психическое здоровье. – 2006. – № 1. – С. 32–39.
4. Бохан Н. А., Мандель А. И., Трефилова Л. Л. Региональный профиль подросткового наркотизма: величина проблемы, мониторинг, актуальные паттерны формирования // Психическое здоровье. – 2006. – № 10. – С. 11–16.
5. Бохан Н. А., Мандель А. И., Артемьев И. А., Ветлугина Т. П., Солонский А. В., Прокопьева В. Д., Иванова С. А., Невидимова Т. И. Эпидемиология, клинко-патобиологические закономерности и профилактика психических и поведенческих расстройств в результате злоупотребления психоактивными веществами (региональный аспект) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3. – С. 25–32.
6. Бохан Т. Г. Системные детерминанты стрессоустойчивости в возрастном и этнопсихологическом контекстах // Сибирский психологический журнал. – 2007. – Вып. 25. – С. 180–186.
7. Бохан Т. Г., Пешковская А. Г. Трудности самореализации в субъективной картине жизненного пути больных алкоголизмом // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 2. – С. 34–40.
8. Дудко Т. Н., Казутина Е. А., Котельникова Л. А. и др. Методика оценки эффективности деятельности реабилитационных учреждений Минздрава России РФ // Вопросы наркологии. – 2007. – № 5. – С. 87–103.
9. Иванова С. А., Ветлугина Т. П., Бохан Н. А., Элштейн О. И. Иммунобиология аддитивных расстройств: механизмы психонейроиммунотуляции // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2002. – № 1. – С. 52–54.

10. Кошкина Е. А., Киржанова В. В. Эпидемиология злоупотребления психоактивными веществами // Клинические и организационные вопросы наркологии / под ред. Е. А. Кошкиной. – М.: Гениус Медиа, 2011. – 580 с.
 11. Неви́димова Т. И., Бохан Н. А., Коконова Д. Н., Барабанова О. Н. Сенсорные нарушения как фактор риска формирования аддиктивного поведения в подростково-юношеском возрасте // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 1. – С. 89–93.
 12. Семке В. Я., Бохан Т. Г., Богомаз С. А. Качество жизни молодежи народов Сибири как системный показатель уровня стрессоустойчивости // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 2 (71). – С. 94–98.
 13. Семке В. Я., Бохан Н. А., Мандель А. И. Распространенность, патоморфоз и клинико-психологические аспекты опийной наркомании в Томской области // Наркология. – 2002. – № 7. – С. 20.
 14. Семке В. Я., Бохан Н. А., Мандель А. И. Персонологический анализ в контексте систематики аддиктивных состояний // Наркология. – 2006. – № 1. – С. 60–65.
 15. Lindesmith A. R. Addiction & opiates. – Portland: Book News, Inc., 2008. – 295 p.
 16. Seward G. Addiction and the Medical Complications of Drug Abuse / ed. by S. B. Karch. – New York: CRC Press, 2007. – 176 p.
 12. Semke V. Ya., Bohan T. G., Bogomaz S. A. Kachestvo zhizni molodezhi narodov Sibiri kak sistemnyy pokazatel urovnya stressoustoychivosti // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2012. – N 2 (71). – S. 94–98.
 13. Semke V. Ya., Bohan N. A., Mandel A. I. Rasprostrannennost, patomorfoz i kliniko-psihologicheskie aspekty opiyonoy narkomanii v Tomskoy oblasti // Narkologiya. – 2002. – N 7. – S. 20.
 14. Semke V. Ya., Bohan N. A., Mandel A. I. Personologicheskiy analiz v kontekste sistematiki addiktivnykh sostoyaniy // Narkologiya. – 2006. – N 1. – S. 60–65.
- Транслитерация русских источников*
1. Bohan N. A., Lopatin A. A., Mandel A. I. Osnovnyye tendentsii razvitiya narkologicheskoy situatsii v Kemerovskoy oblasti v period s 2000 po 2009 gg. // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2011. – N 2. – S. 42–44.
 2. Bohan N. A., Mandel A. I., Voevodin I. V. Kliniko-patodinamicheskie patterny formirovaniya opiyonoy narkomanii (regionalnyy aspekt) // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2003. – N 3. – S. 24.
 3. Bohan N. A., Semke V. Ya., Mandel A. I. Narkologicheskaya situatsiya i psihicheskoe zdorove naseleniya: regionalnyye trendy desyatiletiya // Psihicheskoe zdorove. – 2006. – N 1. – S. 32–39.
 4. Bohan N. A., Mandel A. I., Trefilova L. L. Regionalnyy profil podrostkovogo narkotizma: velichina problemy, monitoring, aktualnyye patterny formirovaniya // Psihicheskoe zdorove. – 2006. – N 10. – S. 11–16.
 5. Bohan N. A., Mandel A. I., Artemev I. A., Vetlugina T. P., Solonskiy A. V., Prokopeva V. D., Ivanova S. A., Nevidimova T. I. Epidemiologiya, kliniko-patobiologicheskie zakonomernosti i profilaktika psihicheskikh i povedencheskikh rasstroystv v rezultate zloupotrebleniya psihoaktivnyimi veshchestvami (regionalnyy aspekt) // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2006. – N 3. – S. 25–32.
 6. Bohan T. G. Sistemnyye determinanty stressoustoychivosti v vozrastnom i etnopsihologicheskom kontekstah // Sibirskiy psihologicheskiy zhurnal. – 2007. – Vyip. 25. – S. 180–186.
 7. Bohan T. G., Peshkovskaya A. G. Trudnosti samorealizatsii v sub'ektivnoy kartine zhiznennogo puti bolnykh alkogolizmom // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2011. – N 2. – S. 34–40.
 8. Dudko T. N., Kazutina E. A., Kotelnikova L. A. i dr. Metodika otsenki effektivnosti deyatelnosti reabilitatsionnykh uchrezhdeniy Minzdravsotsrazvitiya RF // Voprosy narkologii. – 2007. – N 5. – S. 87–103.
 9. Ivanova S. A., Vetlugina T. P., Bohan N. A., Epshteyn O. I. Immunobiologiya addiktivnykh rasstroystv: mekhanizmy psihoneyroimmunomodulyatsii // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2002. – N 1. – S. 52–54.
 10. Koshkina E. A., Kirzhanova V. V. Epidemiologiya zloupotrebleniya psihoaktivnyimi veshchestvami // Klinicheskie i organizatsionnyye voprosy narkologii / pod red. E. A. Koshkinoy. – M.: Genius Media, 2011. – 580 s.
 11. Nevidimova T. I., Bohan N. A., Kokonova D. N., Barabanova O. N. Sensornyye narusheniya kak faktor riska formirovaniya addiktivnogo povedeniya v podrostkovoyunosheskom vozraste // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2008. – N 1. – S. 89–93.

УДК 616.895-07-092-08
ББК Р64-435+Р733+Ю948

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ АГРЕССИВНОСТИ У ДЕВИАНТНЫХ ПОДРОСТКОВ

Аболонин А. Ф.^{*}, Асланбекова Н. В.

¹ ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН
634014, Томск, ул. Алеутская, 4

² РГКП «РНПЦ медико-социальных проблем наркомании»
140008, РК, Павлодар, ул. Кутузова, 200

Проведено комплексное исследование психического здоровья 156 подростков мужского пола в возрасте от 13 до 19 лет (средний возраст $15,6 \pm 1,5$ года), состоящих на учёте в комиссии по делам несовершеннолетних из-за правонарушений, не подпадающих под действие статей уголовного кодекса. Выявлены социально-психологические и личностные особенности делинквентных подростков, активные формы выражения агрессии и враждебных реакций, которые могут служить прогностическими факторами риска развития зависимости от психоактивных веществ. **Ключевые слова:** делинквентность, родительская семья, особенности личности, формы агрессивности, правонарушения, зависимость от психоактивных веществ.

SOCIAL-PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND TRAITS OF MANIFESTATIONS OF AGGRESSIVENESS IN DEVIANT ADOLESCENTS. Abolonin A. F., Aslanbekova N. V. ¹ «Mental Health Research Institute» SB RAMSci. 634014, Tomsk, Aleutskaya, 4. ² «Republican Scientific-Practical Center of Medico-Social Problems of Drug Addiction». 140008, RK, Pavlodar, Kutuzov's Street, 200. Complex investigation of mental health of 156 male adolescents at the age of 13-19 years old (mean age $15,6 \pm 1,5$ years), registered by Commission for Minors because of offenses not covered by the articles of the Criminal Code has been carried out. Social-psychological and personality traits of delinquent adolescents, active forms of expressing the aggression and hostile reactions that may serve as predictive risk factors of development of substance dependence have been revealed. **Key words:** delinquency, parental family, traits of the personality, forms of aggressiveness, offenses, substance dependence.

Введение. Происходящее интенсивное социально-экономическое преобразование общества на рубеже веков с разрушением прежних социальных связей привело к изменению образа и стиля жизни, социальному расслоению и незащищённости различных слоев общества. Особенно уязвимыми стали дети и подростки, оказавшиеся в сложной жизненной ситуации, способствующей формированию девиантных форм поведения [3, 4, 5, 6, 8, 9, 10].

В семьях девиантных подростков выявляются разные типы неправильного воспитания [1,

2]. Среди подростков, подвергавшихся в детстве жестокому обращению, около трети отличаются делинквентным поведением [8, 9, 10, 11, 13, 14]. Семьи, в которых выросли дети, склонные к девиантному поведению, в большинстве своем дисгармоничны, отношения между родителями холодные, здесь каждый живет личными интересами [1—9]. В некоторых исследованиях выделяются факторы, отражающие особенности и этапы процесса социализации подростков и указывается, что затруднение в самореализации, дефицит положительных эмоциональных связей, конфликты в семье значимо соотносятся с высокой вероятностью развития аддикций, антисоциального агрессивного поведения и раннего ухода из дома [5, 8, 9, 11]. Отмечается, что значительный вклад в развитие девиантного поведения обнаруживают акцентуации характера [2, 4, 5, 8, 9, 10].

Несмотря на значительное количество проведённых исследований в группах детей и подростков с делинквентным поведением [8, 9, 10, 11, 12, 14], роль различных факторов и их удельный вес в развитии, динамике и степени выраженности, а также в сочетании с другими формами девиантного поведения изучены недостаточно. Постоянные вариации социальных реалий, идеологических и психологических установок приводят к непрерывному изменению как структуры девиантного поведения, так и факторов риска, способствующих его формированию.

Цель настоящего исследования: социально-психологический анализ формирования зависимости и делинквентности у подростков с агрессивным отклоняющимся поведением.

Материал и методы. Проведено комплексное исследование психического здоровья 156 подростков мужского пола в возрасте от 13 до 19 лет (средний возраст $15,6 \pm 1,5$ года), находящихся в региональном детско-юношеском лагере «Сибэкстрем». Все они неоднократно задерживались в состоянии алкогольного опьянения, совершали правонарушения различной степени тяжести, не подпадающие под действие статей уголовного кодекса, и были поставлены на учёт в комиссиях по делам несовершеннолетних.

Для оценки личностных особенностей обследуемых использовались: методика ММРІ в модификации В. П. Зайцева (1981), цветовой тест М. Люшера, ЦТО (Эткинд А. М., 1987), опросник Басса-Дарки (Buss A. H., Durkee A., 1957). Кроме того, применялись контент-анализ сопроводительных документов несовершеннолетних, биографический метод, метод интервью, методы статистической обработки материала.

Совершенные подростками правонарушения соответствовали следующим статьям: 158 (кража), 161 (грабеж), 213 (хулиганство), но на

^{*} Аболонин Алексей Фёдорович — к. м. н., с.н.н. отд. аддиктивных состояний. Телефон: (382-2)444780, факс: (382-2)724425. E-mail: redo@mail.tomsknet.ru

Асланбекова Н. В. — к. м. н., зав. отд. реабилитации больных наркоманией. Телефон: (7182)605053. E-mail: press@mcncenter.kz

момент совершения преступления подростки не достигали возраста уголовной ответственности. Кроме того, в выборке обследованных подростков были широко представлены другие формы асоциального и антисоциального поведения: бродяжничество, мелкое хулиганство, драки, уходы из дома, оппозиционное, агрессивное поведение семье и школе, пропуски занятий, употребление психоактивных веществ.

Результаты исследования и обсуждение.

Социальные факторы, определяющие микроокружение и формирование делинквентности, характеризовались следующими особенностями. Большинство делинквентных подростков составляли учащиеся 9-х и 8-х классов средних школ (27 и 22 % соответственно), далее следовали учащиеся средних профессиональных заведений (21,7 %), третье место занимали учащиеся 7-х классов (10 %). Подростки, которые вообще нигде не учились и не работали, составили 6,4 %, а ученики 10—11-х классов – в совокупности 8,3 %, другие группы подростков составили 4,6 %.

Приведённые данные свидетельствуют о том, что различные формы делинквентного поведения начинают появляться уже с 13 лет (7-го класса), их количество среди школьников увеличивается к 9-му классу. Далее получение образования данного контингента подростков в силу их социально-психологических установок перемещается в ПТУ и техникумы. И с этим связано снижение количества деликтов среди учащихся 10—11-х классов. Небольшое количество подростков, находящихся вне социально организованных коллективов, говорит о том, что значительная их часть совершает преступления и переходит в группу криминального противоправного поведения и находится в местах лишения свободы.

Значительное влияние на формирование подростков оказывают состав семьи и место воспитания. Семейное окружение делинквентных подростков характеризовалось следующим образом: в полных семьях воспитывались всего 37,2 % подростков, только одним из родителей – 24,4 % подростков; родственниками – 12,3 %, в приёмных семьях – 10,9 %; в детских домах и интернатах – 6,4 %, не смогли определиться – 9,1 % подростков. В целом 62,8 % подростков воспитывались в нарушенной по структуре семье или при полном её отсутствии.

Структура занятости родителей в семьях подростков характеризовалась следующим: среди отцов 12,2 % работали в частном бизнесе, 12,1 % не имели постоянной работы, 14,7 % не работали; 71,0 % подростков сведений об отце не имели; среди матерей 15,4 % работали в частном бизнесе, 21,2 % матерей работали в бюджетной сфере, 17,0 % – в государственных учреждениях, 10,9 % не имели постоянной

работы, 16,0 % вообще нигде не работали. Не имели сведений о занятости матерей 19,5 % подростков. В целом следует констатировать, что 26,8 % отцов и 26,9 % матерей подростков не имели постоянного источника материального дохода (рис. 1).

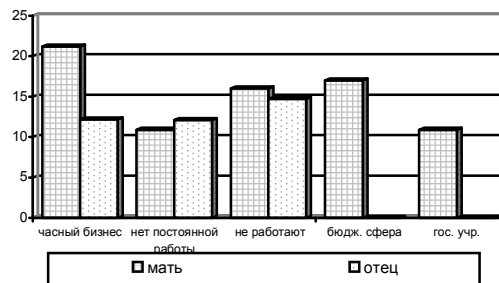


Рис. 1. Структура профессиональной занятости родителей подростков

Несмотря на полученные данные, материальный уровень семей как низкий оценили всего 16,6 % подростков, как высокий – 39,1 %, как средний – 44,2 %. Это может указывать на сниженный уровень материальных притязаний либо на попытку подростков выглядеть «не хуже остальных», так как «быть нуждающимся – это стыдно», а потому субъективно не приемлемо.

Социальный уровень данных семей подтверждается уровнем полученного родителями образования. Образование у отцов ограничивалось средним специальным в 21,0 % случаев, а в 17,2 % – незаконченным высшим и высшим. У матерей среднее специальное образование выявлено в 25,6 % случаев, незаконченное высшее и высшее – в 26,2 %. Начальное образование было у 12,8 % отцов и 12,1 % матерей.

Таким образом, у родителей обследованных делинквентных подростков преобладало начальное и среднеспециальное образование (33,8 % отцов и 37,7 % матерей). О нарушенных семейных отношениях свидетельствует то обстоятельство, что 49,0 % подростков не имели понятия об образовании отца, 36,1 % – об образовании матери.

Оценка уровня употребления алкоголя также является индикатором семейного неблагополучия. Высокий уровень употребления алкоголя отцом с периодическими запоями отметили 18,0 % подростков, ритуальное употребление – 43,5 % подростков, редкое употребление – 14,7 %. Высокий уровень употребления алкоголя с запоями у матери отметили 7,7 % подростков, ритуальное употребление – 42,9 %, редкое употребление – 37,1 %. Родственники подростков употребляли наркотики в 8,3 % случаев. Не имели сведений об употреблении алкоголя отцом 23,8 % подростков, об употреблении алкоголя мать – 12,3 %.

Давая оценку полученным данным, следует обратить внимание на то, что под «ритуальным употреблением» в данной категории обследуемых подразумевалось употребление алкоголя «по праздникам», а 87,0 % обследованных называли «праздником» любое более или менее значимое событие, т. е. алкоголь для проведения досуга использовался отцами подростков в 61,5 % случаев, матерями – в 50,6 % случаев. Такой образ жизни в родительских семьях делинквентных подростков считался вполне обычным и воспринимался ими как нормативный. В связи с этим взаимоотношения между родителями 68,5 % подростков характеризовали как гармоничные, 9,6 % – как нейтральные и только 12,2 % – как конфликтные. При этом словесные перепалки, взаимные оскорбления без рукоприкладства конфликтами не считались, а 9,7 % подростков затруднились оценить характер отношений в семье. Исходя из этого, относительным благополучием можно считать только факт «редкого» употребления алкоголя (14,7 %).

Характеризуя условия воспитания, 44 % подростков называли их гармоничными, 8,9 % – отметили гиперопеку, 13,5 % – объявляли себя кумирами семьи, в 11,5 % – выявлена гипоопека, в 13,4 % – жестокие и бессистемные условия воспитания, 4,0 % подростков чувствовали себя изгоями в своей семье. В совокупности условия воспитания вызывали у 56,0 % подростков неудовлетворённость, 4,7 % подростков затруднились оценить условия воспитания в семье.

Обобщая социально-психологическую характеристику контингента делинквентных подростков, необходимо отметить, что основную массу его составляют учащиеся 8–9-х классов, ПТУ и техникумов, растущих либо вне семьи, либо в неполных семьях или семьях с нарушенной структурой и высоким уровнем алкоголизации родителей. Более половины обследованных подростков считают регулярное употребление алкоголя родителями нормой, но относятся негативно к условиям воспитания в семье.

Следующим этапом работы стало проведение психологического обследования подростков с использованием цветового теста М. Люшера, ЦТО (Эткинд А. М., 1987), опросника Басса-Дарки (Buss A. H., Durkee A., 1957), теста MMPI в модификации В. П. Зайцева (1981).

Значения по цветовому тесту М. Люшера представлены в таблице 1, отражающей процентное соотношение цвета на каждой из 8 позиций. На первой позиции у многих обследуемых доминируют фиолетовый и коричневый цвета (27,3 и 20,2 %), на последних преобладают синий и серый цвета (30,3 и 27,3%). Предпочтение фиолетового цвета на первой пози-

ции свидетельствует о трудностях социальной адаптации, субъективности и пристрастности, неустойчивости эмоций, повышенной чувствительности к средовым воздействиям, трудностях самоидентификации, усиливающих подражательные тенденции. Коричневый цвет на первых позициях отражает проблему тревожности с витальной (соматической) окраской, переживание чувства неуверенности, потребность в снижении тревоги, стремление к психологическому и физическому комфорту. Появление на последнем месте синего и серого цветов говорит о подавлении потребности в независимости, выражаемой через протест, потребность в успокоении.

Таблица 1
Цветовые предпочтения по тесту М. Люшера у несовершеннолетних правонарушителей (%)

Цвет	Позиция							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Синий	3,0	14,1	5,1	6,1	5,1	10,1	27,3	30,3
Зеленый	7,1	2,0	15,2	12,1	16,2	24,2	17,2	6,1
Красный	4,0	4,0	12,1	19,2	19,2	18,2	14,1	9,1
Желтый	16,2	24,2	17,2	17,2	6,1	8,1	8,1	3,0
Фиолетовый	27,3	20,2	18,2	10,1	4,0	7,1	5,1	8,1
Коричневый	20,2	16,2	21,2	7,1	13,1	6,1	7,1	8,1
Черный	4,0	4,0	5,1	18,2	28,3	21,2	11,1	8,1
Серый	18,2	15,2	6,1	10,1	8,1	5,1	10,1	27,3

В ассоциациях с цветом отражаются отношения испытуемых к значимым для них понятиям и социальным стереотипам (Эткинд А. М., 1987). В нашем исследовании тест ЦТО показал, что у большинства несовершеннолетних правонарушителей первое место было отведено «здоровью», ассоциируемому с серым цветом (27,8 %), который отражает низкий уровень активности, бездействие. «Болезнь и тюрьма» так же отвергались и «окрашивались» в серый цвет (27,8 и 24,7 %), который означает отрицание индивидом сложившихся условий и межличностных отношений, уход от них в бездействие и чёрный цвет (12,4 и 12,4 %), которому приписываются негативные характеристики и переживания страха. Понятие «воля» оказалось предпочтительным, соотносилось с синим цветом – потребностью в привязанности, эмоциональном комфорте, покое (22,7 %). «Радость» виделась испытуемыми в зелёном цвете (29,8 %), что отражает оборонительные тенденции, агрессивность защитного характера, интровертированность, упрямство и доминантность. «Печаль» имела жёлтую или коричневую расцветку (19,8 и 19,8 %), что характеризует яркость переживаний и общение как процесс, связанный с потребностью в эмоциональной вовлечённости и защищённости в социальном плане.

Анализ данных теста Басса-Дарки выявил степень выраженности различных форм агрессивности и враждебных реакций у подростков (рис. 2).

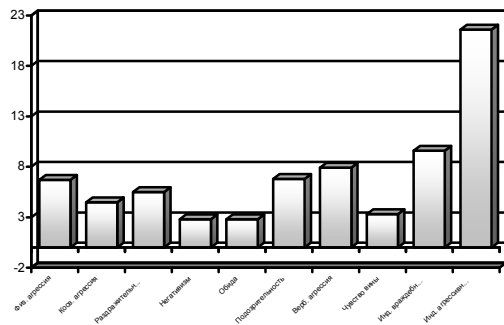


Рис. 2. Формы агрессивности и враждебных реакций у девиантных подростков

Агрессивность у делинквентных подростков была представлена в виде физической агрессии, использования физической силы против другого лица (6,7 стена), косвенной агрессии, взрывов ярости, проявляющихся в крике, топание ногами и т. п. (4,5 стена), раздражительности, вспыльчивости, грубости (5,5 стена), подозрительности (6,8 стена) и вербальной агрессии (7,9 стена).

При этом негативизм, обида, чувство вины имели невысокие показатели (2,8, 2,8 и 3,3 стена). Такая структура агрессивности свидетельствует о преобладании активных форм выражения агрессии у подростков с делинквентным поведением (табл. 2).

Таблица 2

Выраженность различных форм агрессивности у делинквентных подростков

Форма агрессивности	Mean±Std. Dev
Физическая агрессия	6,7±2,0
Косвенная агрессия	4,5±1,5
Раздражительность	5,5±1,8
Негативизм	2,8±1,4
Обида	2,8±2,1
Подозрительность	6,8±2,5
Вербальная агрессия	7,9±2,3
Чувство вины	3,3±2,3
Индекс враждебности	9,6±3,3
Индекс агрессивности	21,6±5,6

При патопсихологическом исследовании актуального эмоционального состояния подростков с помощью методики многостороннего исследования личности (ММПИ) выявлено следующее (рис. 3).

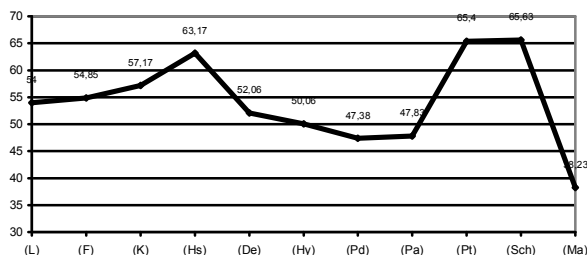


Рис. 3. Усредненный личностный профиль ММПИ группы делинквентных подростков

Усредненный профиль личности группы делинквентных подростков характеризуется пиками по шкалам личностной тревоги или «психастении», аутизации или «шизофрении», ипохондрии или «соматизации тревоги» на фоне низких значений показателей гипомании или «уровня активности и оптимизма» (код профиля 7,8,1/-9).

В актуальном эмоциональном состоянии подростков доминировали склонность ориентироваться на внутренние критерии, коммуникативные затруднения, сочетающиеся с выраженной тревожностью, депрессивными тенденциями, раздражительностью, ощущением повышенной утомляемости и апатии. Недостаточная обратная связь с социумом часто приводит у подростков к искаженным взаимоотношениям с окружающими ввиду невозможности правильно оценить как их отношение к себе, так и последствия своих поступков. Вследствие отсутствия внутренних условий для возникновения адекватных форм поведения некоторые из ситуаций, обычно считающихся стимулирующими, могут оставлять такого подростка безразличным, другие же, казалось бы, банальные, способны вызывать у него неожиданно сильные неадекватные эмоциональные реакции. Низкий уровень профиля по шкале 9 отражает недостаток побуждений, неспособность испытывать удовольствие, снижение активности, легко возникающее чувство вины и недостаточную оценку собственных возможностей.

Подобный тип профиля (высокие показатели по шкалам ипохондрии, психастении, аутизации и низкие значения шкалы активности и оптимизма) соответствует дефицитарному варианту проявления агрессии, который заключается в избыточной эмоциональной загруженности с переживанием психологического дискомфорта, снижении уровня психической активности с чертами социальной аутизации и появлением невротических симптомов в структуре психического состояния.

Выводы. Личностные особенности несовершеннолетних правонарушителей характеризуются неустойчивостью эмоций, повышенной чувствительностью к средовым воздействиям, коммуникативными затруднениями, трудностями самоидентификации и социальной адаптации. У подростков доминируют чувство тревожности с витальной окраской, неуверенность в себе, стремление к психологическому и физическому комфорту. В выражении агрессии преобладают активные формы с использованием физической силы против другого лица, взрывы ярости, раздражительности, вспыльчивости, грубости; подозрительности.

Обобщая социально-психологическую характеристику группы делинквентных подростков, необходимо отметить, что большинство

составляют учащиеся 8—9-х классов, ПТУ и техникумов, растущих либо вне семьи, либо в неполных семьях или семьях с нарушенной структурой и высоким уровнем алкоголизации родителей. Более половины обследованных подростков считают регулярное употребление алкоголя родителями нормой, но относятся негативно к условиям воспитания в семье. При этом 62,8 % подростков воспитывались в нарушенной по структуре семье или при полном её отсутствии. Выявленные социальные и личностные особенности несовершеннолетних правонарушителей могут являться прогностическими факторами риска развития аддитивных форм патологической социальной адаптации с формированием зависимости от психоактивных веществ.

Л и т е р а т у р а

1. Аболонин А. Ф. Взаимосвязь проявлений агрессии и некоторых социально-психологических и клинических параметров // Психическое здоровье семьи в современном мире: тез. докл. межрегион. научно-практ. конф. – Томск, 2009. – С. 11–13.
2. Аболонин А. Ф., Бохан Н. А., Мандель А. И. Оценка психологического состояния и личностных особенностей делинквентных подростков потребителей психоактивных веществ // Актуальные вопросы психиатрии: тез. докл. Рос. научно-практ. конф. (Челябинск, 15–16 ноября 2012 г.) / под ред. Е. Н. Кривулина, Н. А. Бохана. – Челябинск: Изд-во ПИРС, 2012. – С. 79–84.
3. Бохан Н. А. Клиническая гетерогенность алкоголизма и коморбидность: парадигма мультиаксиальной сопряженности проблем // Наркология. – 2002. – № 2. – С. 31–37.
4. Бохан Н. А., Мандель А. И., Артемьев И. А., Ветлугина Т. П., Солонский А. В., Прокопьева В. Д., Иванова С. А., Невидимова Т. И. Эпидемиология, клинко-патобиологические закономерности и профилактика психических и поведенческих расстройств в результате злоупотребления психоактивными веществами (региональный аспект) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3. – С. 25–32.
5. Бохан Н. А., Мандель А. И., Трефилова Л. Л. Региональный профиль подросткового наркотизма: величина проблемы, мониторинг, актуальные паттерны формирования // Психическое здоровье. – 2006. – № 10. – С. 11–16.
6. Бохан Н. А., Мандель А. И., Максименко Н. Н., Михалева Л. Д. Смертельные исходы при алкогольной зависимости // Наркология. – 2007. – № 12. – С. 31–35.
7. Бохан Н. А., Артемьев И. А., Мандель А. И. Клинико-эпидемиологический анализ влияния селективных индикаторов уровня жизни на распространенность алкоголизма и наркоманий // Психическое здоровье. – 2010. – № 1. – С. 9–13.
8. Бохан Н. А., Батулин Е. Н. Гендерная гетерономность формирования героинового наркомании у подростков // Журнал неврологии и психиатрии. – 2010. – № 5. – С. 22–28.
9. Гурьева В. А., Дмитриева Т. Б., Макушкин Е. В. и др. Клиническая и судебная подростковая психиатрия. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 488 с.
10. Дмитриева Т. Б., Клименко Т. В. Политика государства и общества по преодолению социально значимых проблем злоупотребления наркотиками (системный кризис антиалкогольной политики в России) // Наркология. – 2008. – № 5. – С. 9–14.
11. Егоров А. Ю., Игумнов С. А. Клиника и психология девиантного поведения. – СПб.: Изд-во «Речь», 2010. – 398 с.
12. Ениколопов С. Н. Враждебность в клинической и криминальной психологии // Национальный психологический журнал. – 2007. – № 1. – С. 33–39.
13. Мандель А. И., Жукова И. А., Гусев С. И. и др. Личностные особенности несовершеннолетних правонарушителей с аддитивными формами поведения // XIV съезд психиатров России (15–18 ноября 2005 г.): материалы съезда. – М., 2005. – С. 311.
14. Мозговая Т. П. Формирование девиантного поведения у подростков (психопатологический и психологические аспекты) // Журнал неврологии и психиатрии. – 2000. – № 3. – С. 24–27.
15. Семке В. Я., Бохан Н. А., Мандель А. И. Распространенность, патоморфоз и клинко-психологические аспекты опийной наркомании в Томской области // Наркология. – 2002. – № 7. – С. 20–23.
16. Семке В. Я., Бохан Н. А., Мандель А. И. Клинико-динамический подход к систематике аддикций // Наркология. – 2005. – № 12. – С. 30–36.
17. Семке Н. А., Бохан Н. А., Мандель А. И. Персонологический анализ в контексте систематики аддитивных состояний // Наркология. – 2006. – № 1. – С. 60–66.

Транслитерация русских источников

1. Abolonin A. F. Vzaïmosvyaz proyavleniy agressii i nekotorykh sotsialno-psihologicheskikh i klinicheskikh parametrov // Psihicheskoe zdorove semï v sovremennom mire: tez. dokl. mezregion. nauchno-prakt. konf. – Tomsk, 2009. – С. 11–13.
2. Abolonin A. F., Bohan N. A., Mandel A. I. Otsenka psihologicheskogo sostoyaniya i lichnostnykh osobennostey delinkventnykh podrostkov potrebiteley psihoaktivnykh veschestv // Aktualnyye voprosy psihiatrii: tez. dokl. Ros. nauchno-prakt. konf. (Chelyabinsk, 15–16 noyabrya 2012 g.) / pod red. E. N. Krivulina, N. A. Bohana. – Chelyabinsk: Izd-vo PIRS, 2012. – S. 79–84.
3. Bohan N. A. Klinicheskaya geterogenost alkogolizma i komorbidnost: paradigma multiaktsialnoy sopryazhennosti problem // Narkologiya. – 2002. – N2. – S. 31–37.
4. Bohan N. A., Mandel A. I., Artemev I. A., Vetlugina T. P., Solonskiy A. V., Prokopeva V. D., Ivanova S. A., Nevidimova T. I. Epidemiologiya, kliniko-patobiologicheskie zakonomernosti i profilaktika psichicheskikh i povedencheskikh rassstroystv v rezultate zloupotrebleniya psihoaktivnyimi veschestvami (regionalnyiy aspekt) // Sibirskiy vestnik psihiatrii i narkologii. – 2006. – N3. – S. 25–32.
5. Bohan N. A., Mandel A. I., Trefilova L. L. Regionalnyiy profil podrostkovogo narkotizma: velichina problemy, monitoring, aktualnyie patternyi formirovaniya // Psihicheskoe zdorove. – 2006. – N 10. – S. 11–16.
6. Bohan N. A., Mandel A. I., Maksimenko N. N., Mihaleva L. D. Smertelnyie ishody pri alkogolnoy zavisimosti // Narkologiya. – 2007. – N12. – S. 31–35.
7. Bohan N. A., Artemev I. A., Mandel A. I. Klinikoe-pidemiologicheskii analiz vliyaniya selektivnykh indikatorov urovnya zhizni na rasprostranennost alkogolizma i narkomaniy // Psihicheskoe zdorove. – 2010. – N 1. – S. 9–13.
8. Bohan N. A., Baturin E. N. Gendernaya geteronomnost formirovaniya geroinovoy narkomaniy u podrostkov // Zhurnal nevrologii i psihiatrii. – 2010. – N 5. – S. 22–28.
9. Gureva V. A., Dmitrieva T. B., Makushkin E. V. i dr. Klinicheskaya i sudebnaya podrostkovaya psihiatriya. – M.: ООО «Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo», 2007. – 488 s.
10. Dmitrieva T. B., Klimenko T. V. Politika gosudarstva i obshchestva po preodoleniyu sotsialno znachimykh problem zloupotrebleniya narkotikami (sistemnyiy krizis antialkogolnoy politiki v Rossii) // Narkologiya. – 2008. – N 5. – S. 9–14.
11. Egorov A. Yu., Igumnov S. A. Klinika i psihologiya deviantnogo povedeniya. – SPb.: Izd-vo «Rech», 2010. – 398 s.

12. Enikolopov S. N. Vrazhdebnost v klinicheskoy i kriminalnoy psihologii // Natsionalnyy psihologicheskiy zhurnal. – 2007. – N 1. – S. 33–39.
13. Mandel A. I., Zhukova I. A., Gusev S. I. i dr. Lichnostnyie osobennosti nesovershennoletnih pravonarushiteley s addiktivnyimi formami povedeniya // XIV s'ezd psihiatrov Rossii (15–18 noyabrya 2005 g.) : materialy s'ezda. – M., 2005. – S. 311.
14. Mozgovaya T. P. Formirovaniye deviantnogo povedeniya u podrostkov (psihopatologicheskiy i psihologicheskie aspekty) // Zhurnal nevrologii i psihiatrii. – 2000. – N 3. – S. 24–27.
15. Semke V. Ya., Bohan N. A., Mandel A. I. Rasprostranennost, patomorfoz i kliniko-psihologicheskie aspekty opiynoy narkomanii v Tomskoy oblasti // Narkologiya. – 2002. – N7. – S. 20–23.
16. Semke V. Ya., Bohan N. A., Mandel A. I. Kliniko-dinamicheskiy podhod k sistematike addiktsiy // Narkologiya. – 2005. – N 12. – S. 30–36.
17. Semke N. A., Bohan N. A., Mandel A. I. Personologicheskiy analiz v kontekste sistematiki addiktivnyih sostoyaniy // Narkologiya. – 2006. – N 1. – S. 60–66.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

УДК 616.12-008.331.1:615.851

ББК Р64-435+Р410

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Куприянова И. Е.^{1*}, Семке Г. В.²,
Галеева К. В.¹

¹ ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН
634014, Томск, ул. Алеутская, 4

² ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН
634012, Томск, ул. Киевская, 111А

У 110 пациентов кардиологического стационара исследован уровень психического здоровья. У пациентов с I стадией артериальной гипертензии преобладали психовегетативные дезадаптивные состояния, при II стадии – невротические расстройства тревожного спектра и расстройства адаптации, при III стадии невротические расстройства приобретали панический характер и чаще диагностировались органические тревожные расстройства. У пациентов со II и III стадиями артериальной гипертензии обнаружился высокий уровень тревоги и депрессии, снижалась субъективная оценка качества жизни, особенно по категориям физическая работоспособность и эмоциональное состояние. Разработанные комплексные реабилитационные программы с учетом исследованных параметров включают психообразовательные, психотерапевтические и психофармакологические стратегии. **Ключевые слова:** психическое здоровье, артериальная гипертензия, качество жизни, уровень тревоги, фармако- и психотерапия, психообразовательные стратегии.

MENTAL HEALTH AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AT VARIOUS STAGES OF ARTERIAL HYPERTENSION. Kupriyanova I. E.¹, Semke G. V.², Galeeva K. V.¹ ¹ Mental Health Research Institute SB RAMSci. 634014, Russian Federation, Tomsk, Aleutskaya Street, 4. ² «Cardiology Research Institute» SB RAMSci. 634012, Tomsk, Kievskaya Street, 111a. In 110 patients of cardiologic institution, level of mental health has been studied. Psychovegetative disadaptive states predominated in patients with hypertension of stage I, with stage II – neurotic disorders of anxiety spectrum and adjustment disorders, with stage III – neurotic disorders acquired panic nature and were often diagnosed as organic anxiety disorders. In patients with arterial hypertension of stages II and III, we have observed a high level of anxiety and depression, decreased subjective assessment of the quality of life, especially in the categories of physical performance and emotional state. We have elaborated comprehensive rehabilitation programs, taking into account the monitored parameters, including psychoeducative, psychotherapeutic and psychopharmacological strategies. **Key words:** mental health, arterial hypertension, quality of life, the level of anxiety, pharmaco- and psychotherapy, psycho-educative strategy.

* Куприянова Ирина Евгеньевна, д.м.н., проф., зав. отд. профилактической психиатрии, irinakupr@rambler.ru

Клиника психических расстройств при артериальной гипертензии обусловлена их высокой распространенностью: пограничные психические расстройства обнаруживаются в 60–80 % случаев (Лебедева В. Ф., Семке В. Я., Якутенок Л. П., 2011), аффективные расстройства – в 12–25 % (Смулевич А. Б., 2005). Психозоматические влияния (психологические конфликты, стрессовые ситуации) являются важными компонентами патогенетических механизмов, приводящих к развитию артериальной гипертонии (Meyer C. et al., 2006). Среди основных факторов риска развития заболевания выделяют длительную психическую травматизацию или психическое напряжение, вызванное продолжительными отрицательными эмоциями (Гарганеева Н. П., Белокрылова М. Ф., 2006; Дейнека О. С., Исаева Е. Р., 2009). Наличие пограничных психических расстройств отрицательно сказывалось на течении заболевания, а также являлось одной из причин снижения работоспособности, требовало особого подхода к лечению и реабилитации больных (Коцюбинский А. П., 2006). Пограничные нервно-психические расстройства резко снижают качество жизни пациентов (Семке В. Я., 1998; Куприянова И. Е., 2001; Ситдииков З. А., Куприянова И. Е., 2004; Куприянова И. Е., Семке В. Я., 2006; Карауш И. С., 2008). Одним из значительных факторов в развитии артериальной гипертензии выступает постоянное психозоматическое напряжение (полное отсутствие эмоциональной или физической разрядки, перенапряжение аффективной сферы в результате отрицательных эмоций), которое ряд авторов (Smit J., van den Berg C., 2006; Pedersen S. S., Denollet J., 2008) считают ведущим фактором риска.

Цель исследования: определить клинико-динамические особенности, спектр психических нарушений и качество жизни у пациентов на разных стадиях артериальной гипертензии с разработкой комплексных лечебно-реабилитационных программ.

В программу исследования было включено 112 пациентов, находившихся на стационарном лечении в ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН.

Критерии включения в группу: 1) наличие установленного диагноза: артериальная гипертензия I–III стадии, согласно критериям МКБ-10; 2) наличие клинической симптоматики психических расстройств непсихотического уровня; 3) информированное согласие больного на участие в исследовании; 4) возраст от 20 до 65 лет.

Критериями исключения являлись: 1) больные имеющие сопутствующие заболевания с выраженной сердечной недостаточностью (III–IV ФК по NYHA); 2) расстройства психотического уровня.

В исследовании приняли участие 57 женщин и 44 мужчины в возрасте от 21 до 65 лет, средний возраст которых составил $53,8 \pm 5,3$ года, с верифицированным диагнозом «артериальная гипертензия» (ГБ). Эта выборка делилась на три группы согласно стадиям гипертонической болезни. Группа пациентов с I стадией ГБ состояла из 17 человек, их средний возраст составил $37 \pm 5,7$ года для мужчин ($n=9$) и $44,7 \pm 4,3$ года ($n=8$) для женщин. Группа пациентов со II стадией заболевания состояла из 50 человек, из них 31 (62 %) женщина и 19 (38 %) мужчин, средний возраст этих пациентов составил $55 \pm 5,2$ года для мужчин и $67,7 \pm 5,7$ для женщин. Группа пациентов с III стадией заболевания, включавшая 34 пациента, имела средний возраст $58,5 \pm 5,4$ года для мужчин и $62,3 \pm 5,9$ года для женщин, соотношение мужчин и женщин в ней было примерно равное – 16 (47,1 %) мужчин и 18 (52,9 %) женщин. Контрольная группа состояла из 11 пациентов с гиперлипидемией без артериальной гипертензии, сопоставимых с основной группой по клиническим и психосоциальным показателям, средний возраст составил $55,2 \pm 9,3$ года для мужчин ($n=5$) и $48,3 \pm 14,9$ года для женщин ($n=5$).

Клинико-психопатологическое исследование включало использование шкал: для исследования аффективной сферы применялась госпитальная шкала самооценки HADS тревоги и депрессии, для оценки уровня качества жизни применялись опросник качества жизни (Гундаров И. А., 1995) и SF-36.

У пациентов с I стадией АГ чаще встречались психовегетативные психодезадаптационные состояния (9 – 52,9 %). Массивные вегетативные проявления выражались, прежде всего, неприятными ощущениями в области сердца, ознобом, дрожью, чувством нехватки воздуха, внезапными сердцебиениями на фоне общей астении и нарушениями сна. Невротические расстройства были представлены рубриками: F41 «Тревожные расстройства» – 35,3 % (5 пациентов) и F43 «Расстройства адаптации» – 5,8 % (1 пациент). Пациенты высказывали жалобы на внутреннее беспокойство, напряжение, настороженность, ощущение «сдавления сердца», транзиторные боли в сердце, мышечную скованность, невозможность расслабиться, нетерпимость к окружающим, ожидание неприятных событий. Нарушения адаптации выражались в кратковременных депрессивных реакциях, длившихся в течение 1,5–2 недель. Пациенты «переосмысливали» жизненную программу, у них снижалось настроение, наблюдалась заторможенность, сужались коммуникативные потребности. Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте выявлены в 11,7 % случаев (2 пациента) у пациентов с тревожными и истерическими чертами.

У пациентов с ГБ II стадии среди психопатологических расстройств чаще выявлялись невротические расстройства тревожного спектра F41 (17 – 34 %), расстройства адаптации F43 (12 – 24 %), неврастения F48.0 (3 – 6 %). Тревога выражалась не только в виде психических проявлений, но и имела выраженный соматический компонент. Раздражительность, аффективные реакции сочетались с утомляемостью, сосудистыми реакциями, головокружением, чувством жжения в различных органах, болями в сердце, страхом за общее состояние здоровья. Больные были склонны к индуцированию, много читали о заболевании, находили информацию в интернете, постоянно измеряли давление, проверяли пульс, старались обсудить проблемы здоровья с медицинским персоналом, были сосредоточены на своем заболевании, старались избегать эмоциональных и физических перегрузок. Состояние ухудшалось после гипертонических кризов, которые вызывали еще большее напряжение в психической сфере, приводя к паническим атакам. Расстройства адаптации выражались астеническими проявлениями с выраженным депрессивным компонентом: наблюдались подавленность, безрадостность, невозможность прогнозировать будущую жизнь. В связи с этим пациенты констатировали утрату интересов к работе, карьере, личной жизни. Ведущим психогенным фактором выступали колебания давления. Неврастения проявлялась астенизацией, раздражительностью, снижением работоспособности, когнитивными затруднениями и массивными вегетосоматическими симптомами (кожный зуд, похолодание конечностей, разбитость, слабость) и поведенческими проявлениями (сутливость, дезинтегрированность, ослабление внимания). Органическая патология (F06) имела место в незначительном числе случаев (5 – 10,0 %), при этом у пациентов выявлялись легкие когнитивные нарушения в сочетании с раздражительностью, недержанием аффекта и метеотропностью. Аффективные расстройства (3 – 6 %) характеризовались отчетливым снижением настроения или стертой симптоматикой, когда на первый план выступали подавленность, вялость, стремление к уединению, снижение собственной самооценки в виде бесперспективности на работе, социальной жизни. АР квалифицировались как легкий депрессивный эпизод (F32) – 4 % (2 пациента) и дистимия (F34.1) – 2 % (1 пациент). Снижалось число пациентов с симптоматикой ПДАС – 20 % (10 пациентов).

Пациенты с III стадией АГ часто страдали невротическими расстройствами, среди них встречались реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43) – 35,3 % (12 пациентов), тревожные расстройства (F41) – 17,6 %

(6 пациентов). Возросло число пациентов с психическими расстройствами, обусловленными повреждением и дисфункцией головного мозга (7 – 20,6 %), с тревожно-органическими проявлениями (F06.4) либо органической астенической симптоматикой (F06.6). Аффективные расстройства наблюдались в 14,7 % случаев: депрессивный эпизод (F32) – 8,8 % (3 пациента), устойчивые расстройства настроения (F34) – 5,9 % (2 пациента). По сравнению с АР реже были диагностированы ПДАС (11,8 %). Психодезадаптационные состояния характеризовались дистимическими проявлениями.

У пациентов с гиперлипидемией с одинаковой частотой встречались невротические (36,4%) и органические (36,4 %) расстройства, реже определялись донозологические состояния (27,2 %).

При исследовании аффективной сферы был выявлен ряд особенностей: у пациентов с гиперлипидемией и с I стадией АГ определялись низкие уровни тревоги ($7,5 \pm 1,8$ балла) и депрессии ($4,3 \pm 1,2$ балла). Средние значения у пациентов с артериальной гипертензией II ($9,4 \pm 2,7$ и $7,3 \pm 2,1$ балла) и III ($8,8 \pm 1,9$ и $9,2 \pm 2,1$ балла) стадии увеличивались и достигали уровня субклинически выраженных тревоги и депрессии.

Уровень качества жизни пациентов в большей степени зависел от психического состояния, чем от стадии артериальной гипертензии. Так, пациенты с ПДАС сообщали о достаточно высоком качестве жизни ($p < 0,01$) по сравнению со страдающими невротическими и аффективными расстройствами. Наиболее значимыми категориями для пациентов являлись материальное положение, сексуальная жизнь, здоровье, отдых, развлечения, положение в обществе, работа. У пациентов с III стадией АГ особую значимость приобретала категория общения, а материальное благополучие и положение в обществе уходили из сферы интересов.

По шкале SF-36 пациенты с гиперлипидемией имели низкие показатели по категориям физической работоспособности и эмоционального состояния. У пациентов с артериальной гипертензией I стадии определялись самые высокие показатели качества жизни (общее состояние здоровья – $52,1 \pm 1,82$ балла; физическая работоспособность – $69 \pm 3,05$ балла; эмоциональное состояние – $75,3 \pm 2,29$ балла; социальная роль – $48,6 \pm 2,37$ балла; энергичность – $60,3 \pm 2,89$ балла). При II стадии артериальной гипертензии снижались характеристики общего состояния здоровья ($47,6 \pm 2,25$ балла) физической работоспособности ($32,9 \pm 2,16$, $p \leq 0,001$), эмоционального состояния ($44,5 \pm 1,63$, $p \leq 0,001$), социальной роли ($47,8 \pm 2,29$), энергичности ($46,9 \pm 2,85$, $p \leq 0,01$). При артериальной гипертензии III стадии констатировались самые низ-

кие показатели, особенно по категориям общего состояния здоровья ($39,1 \pm 1,89$, $p \leq 0,001$), физической работоспособности ($29,4 \pm 2,24$), эмоционального состояния ($38 \pm 3,02$, $p \leq 0,05$).

Были разработаны программы для каждой группы пациентов, включавшие в себя психообразовательный, психотерапевтический и психофармакологический компоненты. Психообразовательный компонент основывался на разборе наиболее важных для каждой группы проблем, связанных со значимыми позициями критериев качества жизни.

При I стадии гипертонической болезни психотерапевтическая работа заключалась в проведении групп краткосрочной психотерапии с использованием релаксационных техник и методик когнитивной психотерапии, направленной на коррекцию применяемых защитных и поведенческих механизмов и неблагоприятных психосоциальных факторов. Выраженные невротические расстройства купировались рациональной и когнитивно-поведенческой психотерапией, а также препаратами растительного происхождения: адаптогенами, седативные средствами и «дневными» транквилизаторами (Аксенов М. М. и др., 2009; Аксенов М. М. и др., 2011).

При II стадии артериальной гипертензии эффективной была индивидуальная психотерапия с фокусированием на интрапсихическом конфликте, проводимая на фоне седативной терапии транквилизаторами.

При III стадии артериальной гипертензии проводилась сочетанная фармако- и психотерапия: в течение 2 недель седативная терапия, затем групповая психотерапия (Куприянова И. Е., Семке В. Я., Ошаева Н. М., 2002), при наличии аффективной патологии применялись антидепрессанты (преимущественно СИОЗС). Наличие органических расстройств требовало использования активаторов мозгового кровообращения.

Проведенная терапия привела к снижению уровня тревожности и повышению оценки качества жизни. У пациентов отмечалось повышение баллов по критериям душевный покой, работа, общение, духовные потребности, семья, отдых. Оценка эффективности применяемых реабилитационных программ осуществлялась с использованием клинко-катамнестического метода. Продолжительность катамнестического прослеживания составила 1–1,5 года, в течение этого периода не было зафиксировано ухудшения психического статуса и прогрессирования гипертонической болезни.

Таким образом, комплексная терапия психопатологических проявлений в сочетании с психообразовательными программами для пациентов значительно оптимизирует состояние пациентов с гипертонической болезнью на разных

стадиях заболевания и ведет к повышению субъективного восприятия качества жизни и, как следствие, усиливает стрессоустойчивость и социальную адаптацию пациентов.

Л и т е р а т у р а

1. Лебедева В. Ф., Семке В. Я., Якутенок Л. П. Межведомственный аспект организации специализированной психиатрической помощи в клинике // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4. – С. 121–122.
2. Куприянова И. Е. Профиль качества жизни больных невротическими расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2001. – № 2. – С. 67–69.
3. Куприянова И. Е., Семке В. Я., Ошаева Н. М. Способ оценки эффективности сочетанной фармако- и психотерапии больных с нервно-психическими расстройствами. Патент на изобретение № 2221486. – 19.04.2002.
4. Семке В. Я., Куприянова И. Е. Психотерапия: настоящее и будущее. Тенденция к интеграции // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1998. – № 1–2. – С. 118.
5. Смулевич А. Б., Сыркин А. Л., Дробизhev М. Ю., Иванов С. В. Психокardiология. – М.: Изд-во МИА, 2005. – 784 с.
6. Грганеева Н. П., Белокрылова М. Ф. Особенности диагностики психосоматических симптомокомплексов в практике терапевта // Сибирский медицинский журнал. – 2006. – № 3. – С. 100.
7. Дейнеко О. С., Исаева Е. Р. Особенности и проблемные зоны в структуре адаптационных ресурсов личности при социальной и психосоматической дезадаптации // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 2009. – № 3. – С. 42–45.
8. Meyer C., Armenian H., Eaton W., Ford D. Incident hypertension associated with depression in Baltimore Epidemiologic Catchment area follow-up study // J. Affect. Disord. – 2004. – V. 83. – P. 127–133.
9. Коцюбинский А. П., Скорик А. И. Оценка динамики психического состояния // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 2006. – № 2. – С. 22–26.
10. Pedersen S. S., Denollet J., van Gestel Y. R. B. M. Clustering of psychosocial risk factors enhances the risk of depressive symptoms 12-months post-PCI // Eur. J. Cardiovasc. Prevent. Rehabil. – 2008. – V. 15. – P. 203–209.
11. Smit J., van den Berg C., Bekker L-G., Seedat S., Stein D. Translation and cross-cultural adaptation of a mental health battery in an African setting // Afr. Health. Sci. – 2006. – V. 6 (4). – P. 215–222.
12. Аксенов М. М., Семке В. Я., Белокрылова М. Ф., Куприянова И. Е., Епанчинцева Е. М., Ветлугина Т. П., Иванова С. А., Гуткевич Е. В., Кусков М. В., Стоянова И. Я., Лебедева В. Ф., Рудницкий В. А., Перчаткина О. Э., Никитина В. Б., Васильева Н. А., Агарков А. А. Типология, конституционально-биологические и клинко-динамические характеристики кризисных состояний при пограничных нервно-психических расстройствах // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 5. – С. 9–15.
13. Аксенов М. М., Семке В. Я., Ветлугина Т. П., Перчаткина О. Э., Диденко А. В., Никитина В. Б., Гычев А. В., Рудницкий В. А. Клиническая динамика стрессоустойчивости при непсихотических психических расстройствах // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4. – С. 11–19.
14. Карауш И. С. Ранние формы невротических расстройств (клинко-динамические, социально-психологические характеристики и цветовые модели): автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2008.
15. Ситдииков З. А., Куприянова И. Е. Теоретико-методологические аспекты изучения качества жизни и психического здоровья в разных социально-профессиональных группах населения // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2004. – № 2. – С. 15–17.
16. Куприянова И. Е., Семке В. Я. Качество жизни – ведущая парадигма современной психиатрии (по материалам XIII Всемирного конгресса психиатрии) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 2. – С. 76–78.

Транслитерация русских источников

1. Lebedeva V. F., Semke V. Ya., Yakutenok L. P. Mezhdvedomstvennyy aspekt organizatsii spetsializirovannoy psikiatricheskoj pomoschi v klinike // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2011. – N 4. – S. 121–122.
2. Kupriyanova I. E. Profil kachestva zhizni bolnykh nevroticheskimi rasstroystvami // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2001. – N 2. – S. 67–69.
3. Kupriyanova I. E., Semke V. Ya., Oshaeva N. M. Sposob otsenki effektivnosti sochetannoy farmako- i psikhoterapii bolnykh s nervno-psihicheskimi rasstroystvami. Patent na izobretenie N 2221486. – 19.04.2002.
4. Semke V. Ya., Kupriyanova I. E. Psihoterapiya: nas-toyaschee i buduschee. Tendentsiya k integratsii // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 1998. – N 1–2. – S. 118.
5. Smulevich A. B., Syrkin A. L., Drobizhev M. Yu., Ivanov S. V. Psihokardiologiya. – M.: Izd-vo MIA, 2005. – 784 s.
6. Garganeeva N. P., Belokrylova M. F. Osobennosti diagnostiki psihosomaticeskikh simptomokompleksov v praktike terapevta // Sibirskiy meditsinskiy zhurnal. – 2006. – N 3. – S. 100.
7. Deyneko O. S., Isaeva E. R. Osobennosti i problemnye zony v strukture adaptatsionnykh resursov lichnosti pri sotsialnoy i psihosomaticeskoy dezadaptatsii // Obozrenie psikiatrii i med. psihologii im. V. M. Behtereva. – 2009. – N 3. – С. 42–45.
9. Kotsyubinskiy A. P., Skorik A. I. Otsenka dinamiki psihicheskogo sostoyaniya // Obozrenie psikiatrii i med. psihologii im. V. M. Behtereva. – 2006. – N 2. – S. 22–26.
12. Aksenov M. M., Semke V. Ya., Belokrylova M. F., Kupriyanova I. E., Epanchintseva E. M., Vetlugina T. P., Ivanova S. A., Gutkevich E. V., Kuskov M. V., Stoyanova I. Ya., Lebedeva V. F., Rudnitskiy V. A., Perchatkina O. E., Nikitina V. B., Vasileva N. A., Agarkov A. A. Tipologiya, konstitutsionalno-biologicheskije i kliniko-dinamicheskije harakteristiki krizisnykh sostoyaniy pri pogranichnykh nervno-psihicheskikh rasstroystvah // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2009. – N 5. – S. 9–15.
13. Aksenov M. M., Semke V. Ya., Vetlugina T. P., Perchatkina O. E., Didenko A. V., Nikitina V. B., Gyichev A. V., Rudnitskiy V. A. Klinicheskaya dinamika stressoustoychivosti pri nepsihoticheskikh psihicheskikh rasstroystvah // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2011. – N 4. – S. 11–19.
14. Karaush I. S. Rannie formy nevroticheskikh rasstroystv (kliniko-dinamicheskije, sotsialno-psihologicheskije harakteristiki i tsvetovye modeli): avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – Tomsk, 2008.
15. Sitdikov Z. A., Kupriyanova I. E. Teoretiko-metodologicheskije aspektiy izucheniya kachestva zhizni i psihicheskogo zdorovya v raznykh sotsialno-professionalnykh gruppah naseleniya // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2004. – N 2. – S. 15–17.
16. Kupriyanova I. E., Semke V. Ya. Kachestvo zhizni – vedu-schaya paradigma sovremennoy psikiatrii (po materialam XIII Vsemirnogo kongressa psikiatrii) // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2006. – N 2. – S. 76–78.

УДК 616-056.52+616.379-008.64+616.12-008.331.1:616-058
ББК Р64-18+Р415

РОЛЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В ФОРМИ- РОВАНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Алексеева Н. С.^{*}, Салмина-Хвостова О. И.

ГБОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ» Минздрава России
654005, Новокузнецк, пр. Строителей, 5

У 125 пациентов с абдоминальным ожирением (71,2 % женщин и 28,8 % мужчин в возрасте от 30 до 55 лет) изучена роль психосоциальных факторов риска в формировании компонентов метаболического синдрома. Выявлено широкое распространение и сочетание психосоциальных факторов риска при формировании компонентов метаболического синдрома, в профиле которых приоритетно располагаются: психогении микросоциального уровня (76,9 %), личностная тревожность (52,1 %), депрессивные состояния (17,6 %), нарушения пищевого поведения (72,8 %). При наличии психосоциальных факторов наблюдалось увеличение частоты компонентов МС. **Ключевые слова:** метаболический синдром, психосоциальные факторы риска, личностная тревожность, депрессивные состояния, нарушения пищевого поведения.

ROLE OF PSYCHOSOCIAL RISK FACTORS IN FORMATION OF A METABOLIC SYNDROME. Alekseeva N. S., Salmina-Khvostova O. I. «Novokuznetsk State Institute of Doctors' Advanced Training» of Ministry of Healthcare of Russia. 654005, Novokuznetsk, Stroiteley Avenue, 5. Among 125 patients with abdominal obesity (71,2 % of women and 28,8 % of men, at age from 30 to 55 years) the role of psychosocial risk factors in formation of components of a metabolic syndrome was studied. The wide circulation and combination of psychosocial risk factors was revealed when forming components of a metabolic syndrome in which profile in priority settle down: psychogenias of microsocial level (76,9 %), personal uneasiness (52,1 %), depressions (17,6 %), eating disorders (72,8 %). In the presence of psychosocial factors the increase in frequency of the MS components was observed. **Key words:** metabolic syndrome, psychosocial risk factors, personal uneasiness, depressions, eating disorders.

В настоящее время метаболический синдром (МС) является одним из актуальных проблем современной медицины. Распространённость МС в развитых странах, в том числе и в России, среди лиц старше 30 лет составляет от 10 до 35 %. Число людей из группы риска МС непрерывно растёт и приобретает характер эпидемии [1, 2]. МС характеризуется увеличением массы висцерального жира, снижением чувствительности периферических тканей к инсулину и гиперинсулинемии, которые вызывают развитие нарушений углеводного, липидного, пуринового обмена и артериальной гипертензии. Центральным (абдоминальным) тип ожирения

является ведущим клиническим признаком МС. В ряде исследований подтверждено наличие тесной патогенетической взаимосвязи между инсулинорезистентностью, ожирением и артериальной гипертензией и показана обратимость патологических изменений при своевременном лечении больных с МС. Таким образом, в основе выделения МС лежит принцип первичной профилактики СД, атеросклероза и его последствий [1, 2, 3].

Психосоциальные факторы в значительной мере отягощают клиническое течение сердечно-сосудистых заболеваний, СД II типа, ожирения и МС, существенно снижают приверженность больных к лечению и выполнению лечебно-профилактических мероприятий, ухудшают качество жизни больных, увеличивают риск инвалидизации и расходы системы здравоохранения. К таким факторам можно отнести: социально-экономический статус, уровень социальных связей и межличностных отношений, жизненные события, уровень личностной тревожности, депрессивные состояния, тип пищевого поведения. Психосоциальные факторы тесно ассоциированы друг с другом. Так, у лиц с низким социально-экономическим статусом чаще отмечаются стрессы различной силы, которые потенцируют низкую социальную поддержку и негативные эмоциональные состояния [4, 5, 6]. Наличие системных нарушений общей стрессоустойчивости приводит к формированию невротических расстройств [8, 9, 10] и обуславливает предрасположенность к формированию аддитивных вариантов патологической социальной адаптации [11, 12].

Наличие депрессии может ухудшать контроль гликемии при СД, артериального давления, соблюдения диетических рекомендаций врача [13]. Компонент МС – СД II типа можно рассматривать как фактор риска для развития нарушений пищевого поведения из-за повышенного внимания к диете и постоянного контроля веса, являющихся неотъемлемой частью лечения этих больных. Гипогликемические состояния при СД проявляются симптомами тревоги (сухость во рту, парестезии, головокружение и предобморочное состояние), что часто делает их неотличимыми от панических атак. Тревожные расстройства, обусловленные реакцией на заболевание и возникновением инвалидизирующих осложнений, значительно снижают социально-психологическую адаптацию больных с компонентами МС и ухудшают качество жизни. Наличие тревожных расстройств ухудшает прогноз основного соматического заболевания [4, 6], поэтому их необходимо своевременно выявлять и лечить.

Цель исследования – изучить роль психосоциальных факторов риска в формировании компонентов МС.

^{*} Алексеева Наталья Сергеевна, к.м.н., ст. преподаватель каф. общей гигиены и эпидемиологии. Телефон: (3843) 451344; факс: 8(3843) 454219. E-mail: natali-sim82@mail.ru
Салмина-Хвостова Ольга Ивановна, д.м.н., проф., зав. каф. психиатрии, психотерапии и наркологии. Тел.: (3843) 455601; факс: 8(3843) 454219. E-mail: Olga997006@rambler.ru

Материал и методы. Данное исследование проведено среди 125 пациентов, обратившихся в 2009—2010 гг. в Новокузнецкий негосударственный медицинский центр «Ваш доктор» к врачу-эндокринологу. Большую часть пациентов составили женщины (71,2 %), меньшую часть – мужчины (28,8 %) в возрасте 30—55 лет. Для оценки компонентов МС в нашей работе были использованы рекомендации экспертов Всероссийского научного общества кардиологов (2007) [3]. Основным критерием МС является центральный тип ожирения – окружность талии (ОТ) более 80 см у женщин и более 94 см у мужчин. Дополнительными критериями являются артериальная гипертензия (АД $\geq 140/90$ мм рт. ст.), повышение уровня триглицеридов (ТГ $\geq 1,7$ ммоль/л), снижение уровня холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП $< 1,0$ ммоль/л у мужчин, ХС ЛПВП $< 1,2$ ммоль/л у женщин), повышение уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП $> 3,0$ ммоль/л), гипергликемия натощак (глюкоза в плазме крови натощак $\geq 6,1$ ммоль/л) и нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) (глюкоза в плазме крови через 2 часа после нагрузки глюкозой в пределах $\geq 7,8 < 11,1$ ммоль/л). Наличие у больного центрального ожирения и 2 из дополнительных критериев являлось основанием для диагностирования у него МС. Избыточную массу тела и ожирение диагностировали на основании индекса массы тела (ИМТ, 1997) [1]. ИМТ показывает отношение массы тела (кг) к росту (м^2). Нормальная масса тела диагностировалась при ИМТ $18,5\text{—}24,9 \text{ кг/м}^2$, избыточная масса тела – при ИМТ $25,0\text{—}29,9 \text{ кг/м}^2$, ожирение I степени – при ИМТ $30,0\text{—}34,9 \text{ кг/м}^2$, ожирение II степени – при ИМТ $35,0\text{—}39,9 \text{ кг/м}^2$, ожирение III степени – при ИМТ 40 кг/м^2 и более.

При исследовании применялся ряд психологических методик: шкала Цунга – для самооценки уровней депрессии и тревоги; шкала самооценки Ч. Спилбергера в модификации Ю. Л. Ханина – для самооценки уровня тревожности в данный момент и личностной тревожности [13, 14]. Определение типологии нарушений пищевого поведения проводилось с использованием опросника DEBQ [15]. Социальный уровень, наличие вредных привычек, особенностей образа жизни, двигательной активности и пищевого рациона изучали по специально разработанной авторами анкете.

Биохимическое исследование сыворотки крови (определение концентрации ТГ, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП и глюкозы) проводили ферментативными методами на аппарате Konelab-30i. Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием пакета прикладных статистических программ «Statistica 6.0» и электронных таблиц Microsoft Excel 2003.

Результаты и обсуждение. Центральный тип ожирения, являющийся ведущим клиническим признаком МС, выявили у 28,8 % мужчин (ОТ более 94 см) и у 71,2 % женщин (ОТ более 80 см). Нормальную массу тела диагностировали у 8 %, избыточную массу тела – у 28 %, ожирение I степени – у 47,2 %, ожирение II степени – у 13,6 %, ожирение III степени – у 3,2 %. Артериальную гипертензию (АД более 140/90 мм рт. ст.) выявили у 76 % пациентов. Повышение уровня ХС ЛПНП более 3,0 ммоль/л зафиксировали у 70,4 % пациентов. Снижение уровня ХС ЛПВП менее 1,0 ммоль/л диагностировали у 66,7 % мужчин, менее 1,2 ммоль/л – у 56,2 % женщин. Повышение уровня триглицеридов (ТГ более 1,7 ммоль/л) наблюдали у 68 % пациентов. Нарушение гликемии натощак выявили у 2,4 % пациентов, НТГ – у 4 % и СД II типа – у 14,4 %.

Несомненную роль на развитие компонентов МС играют правильное питание и занятия спортом. Уровень материального благополучия является одним из важных факторов, влияющих на образ жизни. Оценивая уровень материального благополучия пациентов, мы выявили, что большая часть пациентов (56 %) принадлежала к категории хорошего материального уровня (хватает на все необходимые покупки, но без роскоши). К категории среднего уровня материального благополучия (хватает лишь на питание и товары первой необходимости) себя отнесли 22,4 % пациентов, к категории высокого уровня материального благополучия (хватает на все, что считаю нужным) – 20 % и к категории низкого материального благополучия (денег хватает только на скромное питание) – 1,6 % пациентов.

Несмотря на то что большая часть пациентов принадлежала к категории лиц с хорошим материальным благополучием и могла себе позволить рациональное питание и занятия спортом, наблюдались значительные нарушения в образе жизни. Так, несбалансированное питание (преобладание в рационе богатой легкоусвояемыми углеводами и жирами пищи) выявили у 80,8 % пациентов, гиподинамию – у 85,6 % и нарушение пищевого поведения – у 72,8 %. При изучении типологии пищевого поведения выявили: рациональный тип – у 27,2 %, эмоциогенный тип – у 31,2 %, экстернальный тип – у 22,4 %, ограничительный тип – у 12 %, смешанный тип – у 7,2 %.

Проведенный сравнительный анализ коморбидных соматопсихопатологических взаимосвязей при нарушениях пищевого поведения показал большую частоту встречаемости компонентов МС при экстернальном и эмоциогенном типах пищевого поведения. Нарушения углеводного обмена (нарушение гликемии натощак, НТГ, СД II типа) в 46,2 % случаев зафиксированы у пациентов с эмоциогенным типом пищевого поведения, в 21,4 % случаев с экстерналь-

ным типом пищевого поведения. Абдоминальный тип отложения подкожно-жировой клетчатки (ОТ более 94 см у мужчин и ОТ более 80 см у женщин) выявили у 79,5 % обследованных пациентов с эмоциогенным типом пищевого поведения и у 78,6 % пациентов с экстернальным типом пищевого поведения. Артериальную гипертензию (АД более 140/90 мм рт. ст.) зафиксировали в 64,1 % случаев при эмоциогенном типе пищевого поведения и у 42,9 % пациентов с экстернальным типом пищевого поведения. Повышение уровня ХС ЛПНП более 3,0 ммоль/л выявили у 66,7 % пациентов с эмоциогенным типом пищевого поведения и у 57,1 % пациентов с экстернальным типом пищевого поведения. Снижение уровня ХС ЛПВП менее 1,0 ммоль/л у мужчин и менее 1,2 ммоль/л у женщин наблюдали у 69,2 % пациентов с эмоциогенным типом расстройства пищевого поведения и у 50 % пациентов с экстернальным типом расстройства пищевого поведения. Повышение уровня триглицеридов (ТГ более 1,7 ммоль/л) диагностировали у 64,1 и 46,4 % пациентов с эмоциогенным и экстернальным типами пищевого поведения соответственно.

Ведущими патогенетическими факторами формирования нарушений пищевого поведения у 76,9 % пациентов были психогении микросоциального уровня. Среди них выявили неудовлетворенность семейными отношениями (35,7 %), неустроенность личной жизни (22,9 %), конфликты на работе (24,3 %), недовольство собой и заниженную самооценку (17,1 %). Согласно полученным данным, наибольший процент психогений микросоциального уровня приходился на сферу семейно-бытовых отношений, среди которых ведущее значение имела неудовлетворенность семейными отношениями (35,7 %). Низкую социальную поддержку выявили у 25,6 % пациентов. Обнаружена ассоциация психосоциальных факторов риска с нарушениями сна, которая объяснялась снижением эмоциональной стабильности. Пациенты с нарушением сна чаще всего были неудовлетворены своей жизнью (73,6 %), работой (54,4 %).

Уровень личностной тревожности составил 52,0 % (низкий уровень – у 27,7 %, средний – у 67,7 %, высокий – у 4,6 % пациентов). При нарастании личностной тревожности наблюдалась большая частота встречаемости факторов риска МС: гиподинамии – в 46,2 % случаев, нарушений углеводного обмена (нарушение гликемии натощак, НТГ, СД II типа) – в 35,4 %, нарушений диетических рекомендаций – в 33,8 %, табакокурение – в 21,5 %. По данным ряда авторов, при СД распространенность генерализованного тревожного расстройства колеблется от 14 до 40 % [4, 16]. С ростом уровня личностной тревожности повысилось число конфликтов в семье и на работе.

Депрессивные состояния выявили у 34,4 % пациентов (13,8 % мужчин и 42,7 % женщин). Легкие депрессивные нарушения были диагностированы у 30,2 % пациентов, средней степени – у 65,1 %, тяжелые – у 4,7 % пациентов. K. Raikkonen et al. (2007) показали, что наличие депрессивных симптомов в 2 раза повышает вероятность развития МС у женщин [17]. В исследовании National Health and Nutrition Examination Study было обнаружено, что наличие эпизода клинически значимой депрессии в анамнезе в 2 раза повышает вероятность МС у женщин, но не у мужчин [18]. При наличии депрессивных состояний гиподинамия была выявлена в 44,2 % случаев, артериальная гипертензия – в 34,9 %, ожирение – в 32,6 %, СД II типа – в 27,9 %. По данным литературы, распространенность депрессий при СД по меньшей мере в 2 раза выше, чем у лиц без СД и составляет 14,4–41,3 % [7, 19], а избыточный вес выявляется у 18–40 % пациентов [7].

Заключение. В результате проведенного исследования выявили широкое распространение и сочетание психосоциальных факторов риска при формировании компонентов МС, в профиле которых приоритетно располагаются: психогении микросоциального уровня, личностная тревожность, депрессивные состояния и нарушения пищевого поведения. При наличии психосоциальных факторов наблюдалось увеличение частоты компонентов МС. При проведении лечебно-профилактических мероприятий у пациентов с МС следует учитывать наличие высокого уровня психосоциальных факторов для дальнейшего определения тактики лечения и реабилитации.

Л и т е р а т у р а

1. Дедов И. И., Мельниченко Г. А. Ожирение. – М. : Медицинское информационное агентство, 2004. – 456 с.
2. Демидова Т. Ю., Аметов А. С., Пархонина Е. С. Ожирение – основа метаболического синдрома // Лечащий врач. – 2002. – № 5. – С. 28–31.
3. Мычка В. Б. Первые национальные рекомендации экспертов Всероссийского научного общества кардиологов по диагностике и лечению метаболического синдрома // Болезни сердца и сосудов (consilium medicum). – 2007. – № 4. – С. 52–55.
4. Антонова К. В. Психические расстройства в клинике в клинике эндокринных заболеваний // Русский медицинский журнал. – 2006. – № 26. – С. 1889–1893.
5. Гафаров В. В., Пак В. А., Гагулин И. В. и др. Психология здоровья населения в России. – Новосибирск : СО РАМН, 2002. – 360 с.
6. Kessler R. S., Wittchen H. U. Patterns and correlates of generalized anxiety disorder in community samples // J. Clin. Psychiatry. – 2002. – V. 63, № 8. – P. 4–10.
7. Анциферов М. Б., Мельникова О. Г., Дробинцев М. Ю., Захарчук Т. А. Сахарный диабет и депрессивные расстройства // Русский медицинский журнал. – 2003. – № 27. – С. 1480–1483.
8. Бохан Т. Г. Системные детерминанты стрессоустойчивости в возрастном и этнопсихологическом контекстах // Сибирский психологический журнал. – 2007. – Вып. 25. – С. 180–186.

9. Никитина В. Б., Ветлугина Т. П., Аксенов М. М., Епанчинцева Е. М. Вторичная иммунная недостаточность как фактор риска развития затяжного течения невротических, связанных со стрессом расстройств // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 1. – С. 43–47.
 10. Аксенов М. М., Семке В. Я., Ветлугина Т. П., Перчаткина О. Э., Диденко А. В., Никитина В. Б., Гычев А. В., Рудницкий В. А. Клиническая динамика стрессоустойчивости при непсихотических психических расстройствах // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4. – С. 11–19.
 11. Невидимова Т. И., Бохан Н. А., Коконова Д. Н., Барабанова О. Н. Сенсорные нарушения как фактор риска формирования аддиктивного поведения в подростково-юношеском возрасте // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 1. – С. 89–93.
 12. Бохан Т. Г., Пешковская А. Г. Трудности самореализации в субъективной картине жизненного пути больных алкоголизмом // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 2. – С. 34–40.
 13. Zung W. How Normal is Depression. – Upjohn Company, 1981.
 14. Ханин Ю. Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности. – Л. : ЛНИИФК, 1976. – 14 с.
 15. Van Strein T., Frijters J., Bergere G. et al. The Dutch eating behavior questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained emotional and external eating behavior // Int. J. Eat. Disord. – 1986. – V. 5, № 2. – P. 295–315.
 16. Bjorntorp B. Do stress reactions cause abdominal obesity and comorbidities? // Obes. Rev. – 2001. – V. 2, № 2. – P. 73–86.
 17. Raikonen K., Matthews K. A., Kuller L. H. Depressive symptoms and stressful life events predict metabolic syndrome among middle-aged women: a comparison of World Health Organization, Adult Treatment Panel III, and International Diabetes Foundation definitions // Diabetes Care. – 2007. – V. 30, № 4. – P. 872–877.
 18. Kinder L. S., Carnethon M. R., Palaniappan L. P. et al. Depression and the metabolic syndrome in young adults: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey // Psychosom. Med. – 2004. – V. 66, № 3. – P. 316–322.
 19. Collins M., Corcoran P., Perry J. Anxiety and depression symptoms in patients with diabetes // Diabet. Med. – 2009. – V. 26, № 2. – P. 153–161.
- Транслитерация русских источников*
1. Dedov I. I., Melnichenko G. A. Ozhirenie. – M. : Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo, 2004. – 456 s.
 2. Demidova T. Yu., Ametov A. S., Parhonina E. S. Ozhirenie – osnova metabolicheskogo sindroma // Lechaschiy vrach. – 2002. – N 5. – S. 28–31.
 3. Mychka V. B. Pervyye natsionalnyie rekomendatsii ekspertov Vserossiyskogo nauchnogo obshchestva kardiologov po diagnostike i lecheniyu metabolicheskogo sindroma // Bolezni serdtsa i sosudov (consilium medicum). – 2007. – N 4. – S. 52–55.
 4. Antonova K. V. Psihicheskie rasstroystva v klinike v klinike endokrinnyih zabolevaniy // Russkiy meditsinskiy zhurnal. – 2006. – N 26. – S. 1889–1893.
 5. Gafarov V. V., Pak V. A., Gagulin I. V. i dr. Psihologiya zdorovya naseleniya v Rossii. – Novosibirsk : SO RAMN, 2002. – 360 s.
 7. Antsiferov M. B., Melnikova O. G., Drobizhev M. Yu., Zaharchuk T. A. Saharnyy diabet i depressivnyie rasstroystva // Russkiy meditsinskiy zhurnal. – 2003. – N 27. – S. 1480–1483.
 8. Bohan T. G. Sistemnyie determinanty stressoustoychivosti v voznrastnom i etnopsihologicheskom kontekstah // Sibirskiy psihologicheskii zhurnal. – 2007. – Vyip. 25. – S. 180–186.
 9. Nikitina V. B., Vetlugina T. P., Aksenov M. M., Epanchintseva E. M. Vtorichnaya immunnaya nedostatochnost kak faktor riska razvitiya zatyazhnogo techeniya nevroticheskikh, svyazannykh so stressom rasstroystv // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2008. – N 1. – S. 43–47.
 10. Aksenov M. M., Semke V. Ya., Vetlugina T. P., Perchatkina O. E., Didenko A. V., Nikitina V. B., Gyichev A. V., Rudnitskiy V. A. Klinicheskaya dinamika stressoustoychivosti pri nepsihoticheskikh psichicheskikh rasstroystvah // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2011. – N 4. – S. 11–19.
 11. Nevidimova T. I., Bohan N. A., Kokonova D. N., Barabanova O. N. Sensornyie narusheniya kak faktor riska formirovaniya addiktivnogo povedeniya v podrostkovoyunosheskom vozraste // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2008. – N 1. – S. 89–93.
 12. Bohan T. G., Peshkovskaya A. G. Trudnosti samorealizatsii v sub'ektivnoy kartine zhiznennogo puti bolnykh alkoholizmom // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2011. – N 2. – S. 34–40.
 14. Hanin Yu. L. Kratkoe rukovodstvo k primeneniyu shkaly reaktivnoy i lichnostnoy trevozhnosti. – L. : LNIIFK, 1976. – 14 s.

ОБЗОРЫ

УДК 616.89:616.36-002

ББК Р64-435+Р413

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ (обзор иностранной литературы)

Куприянова И. Е.^{*1}, Чуйкова К. И.²,
Ковалева Т. А.², Спивак С. В.²

¹ ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН
634014, Томск, ул. Алеутская, 4

² ГБОУ ВПО «Сибирский ГМУ» Минздрава России
634015, Томск, Московский тракт, 2

В обзоре обобщены результаты исследований последних лет, характеризующих психическое здоровье и качество жизни пациентов с вирусными гепатитами В и С. Психопатологические проявления при вирусных гепатитах могут варьировать от малосимптомных проявлений астении и общесоматических недомоганий, формирующих синдром хронической усталости, до выраженных депрессивных расстройств. К клинической симптоматике присоединяются проблемы социального взаимодействия, т. е. страдает качество жизни больных. Пациенты с вирусным гепатитом С находятся в группе риска по развитию депрессий, так как применение противовирусных препаратов ведет к развитию аффективной патологии. Качество жизни является одним из индикаторов клинической адаптации и может служить критерием эффективности как противовирусной, так и антидепрессивной терапии. **Ключевые слова:** психическое здоровье, невротические состояния, депрессивные расстройства, качество жизни, вирусные гепатиты В и С.

MENTAL HEALTH AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC VIRAL HEPATITIS (review of foreign literature). Kupriyanova I. E.¹, Chuykova K. I.², Kovaleva T. A.², Spivak S. V.² ¹ «Mental Health Research Institute» SB RAMS-sci. 634014, Tomsk, Aleutskaya Street, 4. ² «Siberian State Medical University». 634015, Tomsk, Moskovsky Trakt, 2. The results of research in recent years, describing the mental health and quality of life of patients with viral hepatitis B and C. have been summarized. Psychopathological manifestations in viral hepatitis may vary from mild symptoms of asthenia and somatic problems, forming a chronic fatigue syndrome, up to severe depressive disorders. The clinical symptoms joined the problem of social interaction; i. e. the quality of life of the patients is affected. Patients with viral hepatitis C are at risk of developing of depression because the use of antiviral drugs leads the development of affective pathology. Quality of life is one of the indicators of clinical adaptation and may serve as a criterion for the effectiveness of both antiviral and antidepressant therapy. **Key words:** mental health, neurotic states, depressive disorders, quality of life, viral hepatitis B and C.

По данным ВОЗ, вирусом гепатита В инфицировано около 2 миллиардов человек в мире, а около 350 миллионов человек имеют хроническую инфекцию. Около 600 000 людей еже-

годно умирает от острой или хронической формы гепатита В [1]. Около 130—170 миллионов человек хронически инфицированы вирусом гепатита С, ежегодно более 350 000 человек умирает от связанных с гепатитом С болезней [2]. Клинические проявления гепатитов В и С разнообразны, варьируют от бессимптомной инфекции до острой печеночной недостаточности, а также развития хронического гепатита и цирроза печени [3, 4].

Наряду с определёнными успехами в исследованиях по вопросам диагностики и лечения непосредственно различных форм вирусного гепатита, есть и достаточно проблемные вопросы, в частности в отношении влияния последствий болезни на дальнейшее социальное функционирование человека и качество его жизни. Исходя из этого аспекта, особое значение приобретает изучение нарушений психической сферы у данного контингента больных [5, 6, 7].

Пациенты могут страдать от повышенной утомляемости, зуда, потери аппетита, депрессии, болей в животе, снижения сексуальной активности, испытываемого чувства одиночества, безысходности. К данной клинической симптоматике присоединяются проблемы социального взаимодействия, т. е. страдает качество жизни больных. Учитывая множество симптомов, которые оказывают неблагоприятное действие на пациентов, КЖ (качество жизни) следует рассматривать в спектре важных данных, характеризующих актуальное состояние пациентов с хроническими гепатитами [8, 9].

Концепция качества жизни появилась в 60-х гг. прошлого века и была связана с изучением социальных психологических условий существования человека в индустриальном обществе. В 70-е гг. появилось новое понятие этой категории — качество жизни, связанное со здоровьем (51—55). Под качеством жизни Всемирная организация здравоохранения понимает «восприятие людьми своего положения в контексте культуральных ценностных ориентаций и в соответствии с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами» [10]. Чаще всего используют опросник SF-36. Кроме того, широкое распространение получил опросник определения индекса качества жизни для пациентов с хроническими заболеваниями печени (CLDQ) [11—13].

С. К. Park et al. [14] при исследовании 375 пациентов с хроническими вирусными гепатитами В и С обнаружили, что оценки качества жизни с использованием SF-36 были значительно ниже в группе пациентов, чем в группе здоровых лиц ($p < 0,001$). При этом разница была более заметной в областях, отражающих психическое, нежели физическое здоровье. Тяжелые заболевания печени были связаны с более низкими баллами качества жизни. Оценки, отражающие психическое здоровье, были низ-

^{*} Куприянова Ирина Евгеньевна, д.м.н., проф., зав. отд. профилактической психиатрии, irinakupr@rambler.ru

кими на ранней стадии болезни, а оценки, отражающие физическое здоровье, были понижены лишь на поздних стадиях заболевания. Отмечены значимые корреляции между количеством баллов и возрастом.

Многоцентровое исследование качества жизни при хроническом вирусном гепатите В (534 HBV-инфицированных больных и 600 неинфицированных лиц) выявило умеренные показатели КЖ (от 0,68 до 0,80). Среди участников обследования, проведенного в 6 странах, более низкие показатели были обнаружены в Китае и Гонконге [15].

Исследование, проведенное в 2009 г. (Турция), с включением 30 больных хроническим вирусным гепатитом В (без цирроза), 30 носителей HBsAg и 30 здоровых людей, с использованием шкалы депрессии Бека (BDI) и Short Form-36, показало, что гепатит В в целом негативно влияет на качество жизни – как на физическое функционирование, так и на психическое здоровье. При этом показатели у бессимптомных носителей HBsAg были сопоставимы с показателями пациентов с хроническим вирусным гепатитом В и были ниже, чем у здоровых. Полученные результаты показали, что не только пациенты с хроническим гепатитом, но также и носители HBsAg нуждаются в эмоциональной поддержке [16].

Опрос 12 пациентов с хроническим вирусным гепатитом В в Южной Корее выявил значительные проблемы в психоэмоциональной сфере: напряжение, тревога, депрессия, беспомощность, стресс, прекращение межличностных отношений. Пациенты испытывали потребность в эмоциональной поддержке, информировании, ограничении чрезмерных нагрузок на работе [17].

S. C. Ong et al. [18] при проведении исследования КЖ у больных хроническим вирусным гепатитом В показали, что КЖ у бессимптомных носителей сопоставимо с показателями здоровых лиц, при прогрессировании болезни они становятся сравнимыми с показателями КЖ больных артериальной гипертензией. Обнаружено, что при дальнейшем развитии хронического гепатита показатели, характеризующие общее состояние здоровья, психологические и физические компоненты, значительно снижаются.

У 520 китайских пациентов с хроническим вирусным гепатитом В была проведена оценка КЖ с использованием анкеты SF-36 и анкеты для больных с хроническими заболеваниями печени (CLDQ). Выявленные результаты пациентов с хроническим вирусным гепатитом В по анкете SF-36 были значительно ниже, чем у здорового населения. Длительность заболевания, противовирусное лечение, уровень билирубина, сопутствующие заболевания, молодой возраст и женский пол были связаны с более низкими показателями КЖ [19].

Исследование качества жизни при хронических вирусных гепатитах В и С в Иране было проведено на 74 пациентах, из них 15 (20,27 %) с ХВГВ и 59 (79,72 %) с ХВГС. Статистических различий между отдельными формами гепатита не выявлено. Вместе с тем субъективная оценка женщин (43 ± 28 балла) была меньше, чем мужчин (63 ± 27 балла) ($p < 0,007$). Отмечено, что хронический гепатит В и С снижает качество жизни, что проявляется в уменьшении социальной поддержки, боязни и настороженности общества, снижении внимания родственников и друзей, что ведет к усилению тревоги и беспокойства [20].

Исследование 258 больных с ХВГВ в США показало преобладание мужчин (57 %) неазиатского происхождения. Пациенты азиатского происхождения (китайское, японское, вьетнамское) значительно чаще не получали противовирусную терапию (70 % против 45 %), а прибегали к использованию трав. Обнаружено, что независимо от этнической принадлежности почти все участники исследования (95 %) сообщили о наличии тех или иных симптомов в течение последних 12 месяцев: усталость, снижение аппетита и тошнота, аффективные колебания. В целом азиаты оказались более склонны к принятию болезни, о чем свидетельствует тот факт, что 90 % из них не чувствовали чувства вины, 70 % не испытывали страха перед болезнью, 85 % не думали, что ХВГВ сделал их отличным от других людей и у 60 % заболевание не привело к переоценке их образа жизни. Это согласуется с более ранними исследованиями, свидетельствующими о том, что пациенты азиатского происхождения не имеют сведений о тяжести заболевания и доступа к адекватной информации, менее склонны к активному поиску информации по вопросам здоровья [21].

Изучение распространенности психических расстройств было проведено у 107 пациентов с хроническим вирусным гепатитом (из них 43,9 % составил ХВГВ и 56,1 % – ХВГС). Психические расстройства были выявлены у 48,6 % пациентов, из которых у 15 % зафиксирована депрессия. Не обнаружено значительной разницы в распространенности психических расстройств у пациентов с ХВГВ и ХВГС. Пациенты с ХВГВ и ХВГС существенно отличались ($p < 0,001$) от контрольной группы по всем критериям качества жизни. Психические расстройства (в основном депрессия) были основными переменными по снижению КЖ [22].

Оценка КЖ у 146 пациентов с ХВГВ, ХВГС показала, что лица с ХВГС набрали самый низкий балл по всем опросникам по сравнению с больными ХВГВ и здоровыми людьми. По качеству жизни пациенты с ХВГВ имели много сходства со здоровым населением (по шкалам

CLDQ и SF-36). Тем не менее оценка индекса здоровья (HUI) у пациентов с ХВГВ была значительно ниже, чем у здоровых [23].

Исследование качества жизни у 227 пациентов с ХВГВ и ХВГС при сравнении с контролем (75 человек) с использованием опросника SF-12 выявило значительное снижение оценки психических и физических показателей у больных хроническим вирусным гепатитом, особенно при наличии цирроза печени, по сравнению со здоровыми. При этом различия между показателями КЖ среди пациентов с ХВГВ или ХВГС не было выявлено [24].

Е. J. S. Kunkle et al. [26] отметили, что уровень депрессии в небольшой группе из 50 корейских американских пациентов с ХВГВ имел положительную корреляцию с уровнем печеночных ферментов. Кроме того, данное исследование показало, что пациенты имеют психологические проблемы, такие как незнание путей передачи ХВГВ и страх стигматизации или остракизма, которые перерастают в психические расстройства (депрессии в сочетании с хронической усталостью).

Оценка степени депрессии у пациентов с хроническим вирусным гепатитом до и во время терапии интерфероном показала, что ИФН-индуцированная депрессия встречалась чаще при ХВГС, чем при ХВГВ, с большей частотой у женщин, чем у мужчин [27].

Исследование качества жизни у больных с ХВГВ с помощью опросника SF-36 у 108 пациентов преимущественно китайского происхождения (90,7 %) зафиксировало, что большинство пациентов не имели никаких нарушений физического и психического здоровья. При сравнении со здоровыми лицами у китайских носителей определялись значительно более низкие показатели КЖ по категории «социальное функционирование» [28].

В. M. Spiege et al. [29] выявили у пациентов с хроническим гепатитом широкий спектр негативных психологических, социальных и физических симптомов даже при отсутствии цирроза или рака.

Исследование выборки из 21 рабочих, страдающих ХВГ, в наркологической клинике с помощью стандартных тестов для оценки когнитивных функций, нейроповеденческих действий и психологических расстройств показало, что пациенты с хроническими инфекциями имели проблемы на работе, выраженную раздражительность и дисфории. У пациентов с ХВГС отмечалось значительное нарушение физического функционирования; клинические проявления заболевания приводили к развитию депрессии и дефициту когнитивных функций [30].

Оценка качества жизни проведена у 227 пациентов с хроническими вирусными заболеваниями печени. Проведенное исследование не

подтвердило гипотезу о различии КЖ у пациентов с различными формами гепатитов. Не было найдено существенной разницы в оценках КЖ среди пациентов с ХВГВ и ХВГС. Психическое и физическое здоровье в среднем оценивалось ниже, чем у пациентов с циррозом печени [31].

Результаты исследования K. Lieb et al. [32] показали, что даже низкие дозы интерферона-альфа вызывают когнитивные нарушения независимо от симптомов депрессии, которые могут быть связаны с функциональными нарушениями в префронтальной коре и гиппокампе. Лечение с низкими дозами интерферона-альфа часто сопровождалось психоневрологическими побочными эффектами.

Нейропсихологическая оценка показала значимое снижение ответа при аудиторно-вербальном обучающем тесте и значительное сокращение слов в контролируемом устном ассоциативном эксперименте. Когнитивные нарушения не коррелировали с симптомами депрессии или тревоги. Пациенты с хроническим гепатитом В, которые имели вирусологический ответ до 24 недель антивирусной терапии, также характеризовались значительными улучшениями по данным КЖ [33].

Изучение распространенности депрессии у 878 больных хроническими заболеваниями печени показало ее наличие у 207 пациентов, из них 29,8 % составляли больные с ХВГС. Независимыми прогностическими факторами депрессии у больных с ХВГС были женский пол, неазиатское происхождение, наличие усталости, злоупотребление алкоголем, а для больных ХВГВ – только чрезмерное употребление алкоголя (определяемое как более 10 г/сут) [34].

В недавнем исследовании, проведенном в Бразилии, было продемонстрировано, что ХВГС и ХВГВ оказывают негативное воздействие на КЖ. Алкоголизм и депрессии были связаны с более низкими баллами в 3 областях: повседневная активность ($p=0,03$), одиночество ($p=0,04$) и безнадежность ($p=0,02$). При вирусном гепатите С депрессия была связана с более низкими баллами КЖ в 10 областях, за исключением памяти ($p=0,09$) и проблем со сном ($p=0,07$). Отмечены корреляции между уровнем КЖ, алкоголизмом и гендерной принадлежностью [35].

Важным аспектом исследования вирусных гепатитов является терапевтическая сложность. Доказано, что противовирусная терапия с применением препаратов интерферона часто осложняется развитием депрессий. Таким образом, большинство больных ХВГС находятся в группе риска по развитию депрессии, так как применение препаратов интерферона – единственный доказанный эффективный метод лечения таких больных [36–40].

Депрессии на фоне противовирусной терапии отличаются быстротой развития, большой тяжестью и высоким суицидальным риском, поэтому обычной практикой в таком случае ранее становилось преждевременное прекращение противовирусной терапии. Во многих исследованиях показано, что в таком решении «заинтересованы» как врач-интернист (справедливо опасаящийся возможности не справиться с лечением психиатрической патологии, нередко осложненной опасностью суицидов), так и сам пациент, депрессивное состояние которого влияет на его поведение таким образом, что он стремится причинить себе вред, «наказать» себя, в том числе и отказываясь от противовирусной терапии [41—42].

Кроме того, зная о высокой вероятности развития депрессий у больных ХВГС, многие врачи-интернисты не назначают препараты интерферона больным с отягощенным психиатрическим анамнезом, считая это противопоказанием к проведению противовирусной терапии [43—46]. Предлагалось профилактическое назначение антидепрессантов всем больным хроническим вирусным гепатитом С, получающим противовирусную терапию [47—48], однако в дальнейшем от этого метода отказались из-за превышения возможного риска над пользой [49].

Распространенность психических расстройств у больных ХВГС изначально выше, чем в среднем в популяции. Высока коморбидность ХВГС с болезнями зависимости от психоактивных веществ — подавляющее большинство наркозависимых, использующих внутривенные инъекции, инфицированы вирусом гепатита С [50].

Таким образом, психопатологические проявления при вирусных гепатитах могут варьировать от малосимптомных проявлений астении и общесоматических недомоганий, формирующих синдром хронической усталости, до выраженных депрессивных расстройств. К клинической симптоматике присоединяются проблемы социального взаимодействия, т. е. страдает качество жизни больных. Снижение социальной поддержки, проблемы на работе определяют широкий спектр психологических проблем, а на поздних этапах заболевания снижаются показатели физического функционирования. Качество жизни у бессимптомных носителей вируса гепатита сопоставимо с показателями больных ХВГВ и ниже, чем у здоровых лиц. Пациенты с вирусным гепатитом С находятся в группе риска по развитию депрессий, так как применение противовирусных препаратов ведет к развитию аффективной патологии. Качество жизни является одним из индикаторов клинической адаптации и может служить критерием эффективности как противовирусной, так и антидепрессивной терапии.

Литература

1. Гепатит В // Информационный бюллетень. — 2008. — № 204. — Август. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/ru/index.html>
2. Гепатит С // Информационный бюллетень. — 2011. — № 164. — Июнь. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/ru>
3. CDC. Hepatitis B Fact Sheet. Available at: <http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/hepatitis/b/fact.htm> (accessed on 25 October, 2005). Atlanta : GA, 2005.
4. Hann H-W, Han S-H, Block T. M., Harris M., Maa J-F, Fisher R. T., Atillasoy E. Symptomatology and health attitudes of chronic hepatitis B patients in the USA // J. Viral. Hepat. — 2008. — V. 15 (1). — P. 42—51.
5. Forton D. M., Taylor-Robinson S. D., Thomas H. C. Cerebral dysfunction in chronic hepatitis C infection // J. Viral. Hepatitis 1. — 2003. — March. — V. 10 (2). — P. 81—86.
6. Figen C., Atesci M. D., Banu C., Cetin M. D., Nalan K., Oguzhanoglu M. D. Psychiatric Disorders and Functioning in Hepatitis B Virus Carriers // Psychosomatics. — 2005. — April. — V. 46. — P. 142—147.
7. Dwight M. M., Kowdley K. V., Russo J. E. et al. Depression, fatigue, and functional disability in patients with chronic hepatitis C // J. Psychosom. Res. — 2000. — V. 49. — P. 311—317.
8. Akobeng A. K., Davison S. Quality of life of patients with chronic hepatitis C virus infection // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. — 2000. — V. 30, № 2. — P. 224—226.
9. Hussain K. B., Fontana R. J., Moyer C. A., Su G. L., Sneed-Pee N., Lok A. S. Comorbid illness is an important determinant of health-related quality of life in patients with chronic hepatitis C // Am. J. Gastroenterol. — 2001. — V. 96. — P. 2737—2744.
10. WHO-QOL: Study Protocol. Division of Mental Health. — Geneva, 1993. — P. 361—374.
11. Lam E. T. P., Lam C. L. K., Lai C. I., Yuen M. F., Fong D. Y. T. Psychometrics of the chronic liver disease questionnaire for Southern Chinese patients with chronic hepatitis B virus infection // World J. Gastroenterol. — 2009. — V. 15 (26). — P. 3288—3297.
12. Younossi Z. M., Guyatt G., Krwi M., Boparai N., King D. Development of a disease specific questionnaire to measure health related quality of life in patients with chronic liver disease // Gut. — 1999. — V. 45. — P. 295—300.
13. Sobhonslidsuk A., Silpakit C., Kongsakon R., Satitpornkul P., Sripetch C. Chronic liver disease questionnaire: translation and validation in Thais // World J. Gastroenterol. — 2004. — V. 10 (13). — P. 1954—1957.
14. Park C. K., Park S. Y., Kim E. S., Park J. H., Hyun D. W., Yun Y. M., Jo C. M., Tak W. Y., Kweon Y. O., Kim S. K., Choi Y. H., Park S. G. Assessment of quality of life and associated factors in patients with chronic viral liver disease // Taehan Kan Hakhoe Chi. — 2003. — Sep. — V. 9 (3). — P. 212—221.
15. Levy A. R., Kowdley K. V., Iloeje U., Tafesse E., Mukherjee J., Gish R., Bzowej N., Briggs A. H. The impact of chronic hepatitis B on quality of life: a multinational study of utilities from infected and uninfected persons // Value Health. — 2008. — May-Jun. — V. 11 (3). — P. 527—538.
16. Altindag A., Cadirci D., Sirmatel F. Depression and health related quality of life in non-cirrhotic chronic hepatitis B patients and hepatitis B carriers // Neurosciences (Riyadh). — 2009. — Jan. — V. 14 (1). — P. 56—59.
17. Yi M. Choi E. O., Paik K. S., Kim K. S., Kwak S., Lee H. J. Illness experience of people with chronic hepatitis B in Korea // Taehan Kanho Hakhoe Chi. — 2007. — Aug. — V. 37 (5). — P. 665—675.
18. Ong S. C., Mak B., Aung M. O., Li S. C., Lim S. G. Health-related quality of life in chronic hepatitis B patients // Hepatology. — 2008. — Apr. — V. 47 (4). — P. 1108—1117.
19. Lam E. T. P., Lam C. L. K., Lai C. L., Yuen M. F., Fong D. Y. T., So T. M. K. Health-related quality of life of Southern Chinese with chronic hepatitis B infection // Health and Quality of Life Outcomes. — 2009. — V. 7. — P. 52.

20. Heidarzadeh A., Yoysefi-Mashhour M., Mansour-Ghanaei F., Masoudnia N., Bakhshanden M., Ghadarjani S., Purrasuli Z., Joukar F. Quality of life in chronic hepatitis B and C patients // *Hepatitis Monthly*. – 2007. – V. 7 (2). – P. 67–72.
21. Cheung J., Lee J. T. K., Teh C. Z., Wang C. Y., Kwan W. C., Yoshida E. M. Cross-sectional study of hepatitis B awareness among Chinese and Southeast Asian Canadians in the Vancouver-Richmond community // *Can. J. Gastroenterol.* – 2005. – V. 19. – P. 245–249.
22. Tan N. C., Cheah S. L., Teo E. K. A qualitative study of health-seeking behavior of hepatitis B carriers // *Singapore Med. J.* – 2005. – V. 46. – P. 6–10.
23. Ozkan M., Corapçioğlu A., Balcioglu I., Ertekin E., Khan S., Ozdemir S., Karayün D., Unsaver B. O., Kocaman N., Kaymakglu S., Köroglu G. Psychiatric morbidity and its effect on the quality of life of patients with chronic hepatitis B and hepatitis C // *Int. J. Psychiatry Med.* – 2006. – V. 36 (3). – P. 283–297.
24. Bondin S., Kallman J., Dan A., Younoszai Z., Ramsey L., Nader F., Younossi Z. M. Health-related quality of life in patients with chronic hepatitis B // *Liver International*. – V. 27, Issue 8. – P. 1119–1125.
25. Svirtilih N., Pavic S., Terzic D., Delic D., Simonovic J., Gvozdenovic E., Boricic I. Reduced quality of life in patients with chronic viral liver disease as assessed by SF12 questionnaire // *J. Gastrointest. Liver. Dis.* – 2008. – Dec. – V. 17 (4). – P. 405–409.
26. Kunkle E. J. S., Kim J. S., Hann H. W. L. Depression in Korean immigrants with hepatitis B and related liver diseases // *Psychosomatics*. – 2000. – V. 41. – P. 472–480.
27. Koskinas J., Merkouraki P., Manesis E., Hadziyannis S. Assessment of depression in patients with chronic hepatitis: effect of interferon treatment // *Dig Dis.* – 2002. – V. 20 (3–4). – P. 284–288.
28. Tan N. C., Cheah S. L., Teo E. K., Yang L. H. Patients with chronic hepatitis B infection: what is their quality of life? // *Singapore Med. J.* – 2008. – Sep. – V. 49 (9). – P. 682–687.
29. Spiege B. M., Bolus R., Han S., Tong M., Esrailian E., Talley J., Tran T., Smith J., Karsan H. A., Durazo F., Bacon B., Martin P., Younossi Z., Hwa-Ong S., Kanwal F. Development and validation of a disease-targeted quality of life instrument in chronic hepatitis B: the hepatitis B quality of life instrument, version 1.0 // *Hepatology*. – 2007. – Jul. – V. 46 (1). – P. 113–121.
30. Micali E., Squadrito G., Abbate C., Raimondo G., Trimarchi F., Barbaro M. Cognitive performances in workers with chronic virus hepatitis (HBV-HCV) // *G. Ital. Med. Lav. Ergon.* – 2007. – Jul-Sep. – V. 29 (3 Suppl). – P. 757–760.
31. Svirtilih N., Pavic S., Terzic D., Delic D., Simonovic J., Gvozdenovic E., Boricic I. Reduced quality of life in patients with chronic viral liver disease as assessed by SF12 questionnaire // *J. Gastrointest. Liver. Dis.* – 2008. – Dec. – V. 17 (4). – P. 405–409.
32. Lieb K., Engelbrecht M. A., Gut O., Fiebich B. L., Bauer J., Janssen G., Schaefer M. Cognitive impairment in patients with chronic hepatitis treated with interferon alpha (IFN_α): results from a prospective study // *Eur. Psychiatry*. – 2006. – Apr. – V. 21 (3). – P. 204–210.
33. Kim J. H., Kwon S. Y., Lee Y. S., Lee J. H., Lee Y. S., Lee C. H. Response to Antiviral Therapy Increases Health-Related Quality of Life for Patients with Chronic Hepatitis B // *Clinical Gastroenterology and Hepatology* (Oct 2011) http://www.unboundmedicine.com/medline/ebm/record/22019793/abstract/Response_to_Antiviral_Therapy_Increase_s_Health_Related_Quality_of_Life_for_Patients_with_Chronic_Hepatitis_B
34. Weinstein A. A., Kallman Price J., Stepanova M., Poms L. W., Fang Y., Moon J., Nader F., Younossi Z. M. Depression in patients with nonalcoholic fatty liver disease and chronic viral hepatitis B and C // *Psychosomatics*. – 2011. – Mar-Apr. – V. 52 (2). – P. 127–130.
35. Silva L. Factors influencing health-related quality of life (hrqol) in patients with chronic hepatitis B and C // *AASLD*. – 2010. – September 2 <http://trs.sciviee.tv/node/1974>
36. Ademmer K., Beutel M., Bretzel R. Suicidal ideation with IFN-alpha and ribavirin in a patient with hepatitis C // *Psychosomatics*. – 2001. – V. 42 (4). – P. 365–367.
37. Fontana R. J. Neuropsychiatric toxicity of antiviral treatment in chronic hepatitis C // *Dig. Dis.* – 2000. – V. 18. – P. 107–116.
38. Loftis J. M., Hauser P. The phenomenology and treatment of interferon-induced depression // *J. Affect. Disord.* – 2004. – V. 82 (2). – P. 175–190.
39. Raison C. L., Borisov A. S., Broadwell S. D. Depression during pegylated interferon-alpha plus ribavirin therapy: prevalence and prediction // *J. Clin. Psychiat.* – 2005. – V. 66 (1). – P. 41–48.
40. Scalori A., Pozzi M., Bellia V. Interferon-induced depression: prevalence and management // *Dig. Liver. Dis.* – 2005. – V. 37 (2). – P. 102–107.
41. De Bie J., Robaey G., Buntinx F. Hepatitis C, interferon alpha and psychiatric co-morbidity in intravenous drug users (IVDU): guidelines for clinical practice // *Acta Gastroenterol. Belg.* – 2005. – V. 68 (1). – P. 68–80.
42. Fontana R. J., Hussain K. B., Schwartz S. M. Emotional distress in chronic hepatitis C patients not receiving antiviral therapy // *J. Hepatol.* – 2002. – V. 36 (3). – P. 401–407.
43. McDonald J., Jayasuriya R., Bindley P. Fatigue and psychological disorders in chronic hepatitis C // *J. Gastroenterol. Hepatol.* – 2002. – V. 17 (2). – P. 171–176.
44. Beratis S., Katrivanou A., Georgiou S. Major depression and risk of depressive symptomatology associated with short-term and low-dose interferon-alpha treatment // *J. Psychosom. Res.* – 2005. – V. 58 (1) – P. 15–18.
45. Bonaccorso S., Marino V., Puzella A. Increased depressive ratings in patients with hepatitis C receiving interferon-alpha-based immunotherapy are related to interferon-alpha-induced changes in the serotonergic system // *J. Clin. Psychopharmacol.* – 2002. – V. 22. – P. 86–90.
46. Hilsabeck R. C., Hassanein T. I., Carlson M. D. Cognitive functioning and psychiatric symptomatology in patients with chronic hepatitis C // *J. the International Neuropsychological Society*. – 2003. – V. 9. – P. 847–854.
47. Dominique L., Musselman M. D., David H. Paroxetine for the prevention of depression induced by high-dose interferon alpha // *N. Engl. J.* – 2001. – V. 13. – P. 344.
48. Kraus M. R., Schafer A., Al-Taie O., Scheurlen M. Prophylactic SSRI during interferon alpha retherapy in patients with chronic hepatitis C and a history of interferon-induced depression // *J. Viral. Hepat.* – 2005. – V. 12 (1). – P. 96–100.
49. Kraus M. R., Schafer A., Schuttler K. Therapy of interferon-induced depression in chronic hepatitis C with citalopram: a randomized, double-blind, placebo-controlled study // *Gut*. – 2008. – V. 57 (4) – P. 531–536.
50. Czarniecki M., Inglot M., Malyszczak K. Neuropsychiatric disorders in persons HCV infected – own observations // *Epidemiol.* – 2005. – V. 59 (2). – P. 431–438.
51. Куприянова И. Е. Профиль качества жизни больных невротическими расстройствами // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. – 2001. – № 2. – С. 67–69.
52. Семке В. Я., Куприянова И. Е., Трусов В. Б. Качество жизни как критерий психического здоровья женщин // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. – 1999. – С. 37–41.
53. Ситдинов З. А., Куприянова И. Е. Теоретико-методологические аспекты изучения качества жизни и психического здоровья в разных социально-профессиональных группах населения // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. – 2004. – № 2. – С. 15–17.
54. Куприянова И. Е., Семке В. Я. Качество жизни – ведущая парадигма современной психиатрии (по материалам XIII Всемирного конгресса психиатрии) // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. – 2006. – № 2. – С. 76–78.

55. Ковалева Т. Н., Алексеева Е. А., Куприянова И. Е., Чуйкова К. И. Оценка качества жизни и уровень тревоги у беременных женщин с хроническими вирусными гепатитами В и С // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – Т. 26, № 4—1. – С. 96—99.

Транслитерация русских источников

1. Hepatit V // Informatsionnyy byulleten. – 2008. – N 204. – Avgust. <http://www.who.int/mediacentre/fact-sheets/fs204/ru/index.html>
2. Hepatit S // Informatsionnyy byulleten. – 2011. – N 164. – Iyun. <http://www.who.int/mediacentre/fact-sheets/fs164/ru>
51. Kupriyanova I. E. Profil kachestva zhizni bolnyh nevroti-cheskimi rasstroystvami // Sibirskiy vestnik psikiatrii i nar-kologii. – 2001. – N 2. – S. 67—69.
52. Semke V. Ya., Kupriyanova I. E., Trusov V. B. Kachestvo zhizni kak kriteriy psicheskogo zdorovya zhenschin // Si-birskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 1999. – S. 37—41.
53. Sitdikov Z. A., Kupriyanova I. E. Teoretiko-metodologicheskie aspekty izucheniya kachestva zhizni i psicheskogo zdorovya v raznykh sotsialno-professionalnykh gruppakh naseleniya // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2004. – N 2. – S. 15—17.
54. Kupriyanova I. E., Semke V. Ya. Kachestvo zhizni – vedu-shaya paradigma sovremennoy psikiatrii (po materialam XIII Vsemirnogo kongressa psikiatrii) // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2006. – N 2. – S. 76—78.
55. Kovaleva T. N., Alekseeva E. A., Kupriyanova I. E., Chuy-kova K. I. Otsenka kachestva zhizni i uroven trevogi u beremennykh zhenschin s hronicheskimi virusnymi ge-patitami V i S // Sibirskiy meditsinskiy zhurnal. – 2011. – T. 26, N 4—1. – S. 96—99.

ПСИХОФАРМАКО- ТЕРАПИЯ

УДК 616.895.8:612.085.32-348

ББК Р345+Р645. 090-52

ДИНАМИКА БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БЕЛКОВОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПРОЦЕССЕ ФАРМАКОТЕРАПИИ АТИПИЧ- НЫМИ АНТИПСИХОТИКАМИ

Щигорева Ю. Г.¹, Смирнова Л. П.^{*1},
Иванова С. А.¹, Фаттахов Н. С.²,
Гончикова И. А.¹, Попова Т. А.¹,
Бурдовицина Т. Г.¹, Семке А. В.¹

¹ ФГБУ НИИ психического здоровья СО РАМН
634014, Томск, ул. Алеутская, 4

² ГБОУ ВПО «Сибирский ГМУ» Минздрава России
634050, Томск, Московский тракт, 2

Исследование посвящено изучению состояния белкового и углеводного обмена в сыворотке крови у больных шизофренией до и после терапии атипичными антипсихотиками. У больных шизофренией при поступлении в клинику выявлено снижение концентрации общего белка. На фоне антипсихотической терапии наблюдается увеличение общего и непрямого билирубина в сыворотке крови больных. **Ключевые слова:** шизофрения, углеводный обмен, белковый обмен, атипичные антипсихотики.

DYNAMIC OF BIOCHEMICAL INDICES OF PROTEIN AND CARBOHYDRATE METABOLISM IN BLOOD SERUM OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN THE PROCESS OF PHARMACOTHERAPY WITH ATYPICAL ANTIPSYCHOTICS. Shchigoreva Yu. G.¹, Smirnova L. P.¹, Ivanova S. A.¹, Fattakhov N. S.², Gonchikova I. A.¹, Popova T. A.¹, Burdovitsina T. G.¹, Semke A. V.¹ ¹ «Mental Health Research Institute» SB RAMSci. 634014, Tomsk, Aleutskaya Street, 4. ² «Siberian State Medical University». 634050, Tomsk, Moskovsky Trakt, 2. Study investigates the state of protein and carbohydrate metabolism in blood serum of patients with schizophrenia before and after treatment with atypical antipsychotics. The study revealed changes in blood total protein and total and indirect bilirubin in the blood serum of patients after antipsychotic treatment. **Key words:** schizophrenia, carbohydrate metabolism, protein metabolism, atypical antipsychotics.

Введение. В клинике психических расстройств шизофрения является одной из актуальных проблем, что обусловлено тяжестью социальных последствий и высокими показателями инвалидизации.

Основным на сегодняшний день методом лечения шизофрении является антипсихотическая терапия [1]. В последние годы широкое применение находят атипичные антипсихотики, которые обладают выраженным клиническим действием, улучшают долгосрочный прогноз заболевания и способствуют переходу заболевания в состояние ремиссии [2]. В то же время препараты этой группы оказывают влияние на функционирование гомеостатических систем организма больного, зачастую способствуют повышению массы тела, увеличению уровней глюкозы, холестерина и триглицеридов в крови [3, 4, 5, 6]. Механизм возникновения метаболических нарушений и отдаленные последствия антипсихотической терапии недостаточно изучены, в литературе встречаются указания на развитие инсулино- и лептинорезистентности [7].

Главным приоритетом лечения шизофрении должна стать безопасность антипсихотической терапии для больного. Стандартные биохимические анализы, проводимые на доступных биологических жидкостях организма, позволяют оценить особенности метаболических процессов в организме больных, связанных с развитием возможных осложнений в связи с длительным приемом лекарственных препаратов. Во многих работах отмечается, что у больных шизофренией присутствуют нарушения белкового, углеводного и жирового обмена и другие отклонения в лабораторных показателях [8, 9, 10], что зачастую связывают с нарушением работы печени и почек [11]. В целом изучение параметров углеводного и белкового обмена имеет разрозненный характер.

Актуальной представляется оценка влияния антипсихотической терапии на изменения углеводного и белкового обмена с помощью основных скрининговых биохимических методик. Известно, что определение активности аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ) в комплексе с другими дополнительными исследованиями, такими как определение содержания билирубина, позволяют оценивать функциональное состояние печени. В случае поражения гепатоцитов увеличивается концентрация как прямого, так и непрямого билирубина. В связи с вышеизложенным представляется интересным исследование активности аминотрансфераз, содержания количества билирубина, глюкозы и общего белка в сыворотке крови больных в динамике фармакотерапии атипичными нейрореперантами.

Целью проводимых исследований явилась оценка динамики биохимических показателей белкового и углеводного обмена больных шизофренией до и после терапии атипичными антипсихотиками.

^{*} Смирнова Людмила Павловна, к.м.н., с. н. с. лаборатории клеточных и молекулярно-биологических исследований lpimirnova@yandex.ru

Материал и методы. Обследовано 35 больных шизофренией с диагнозами: параноидная шизофрения, кататоническая шизофрения, гебефреническая шизофрения, простая шизофрения (17 мужчин и 18 женщин). Возраст пациентов составляет от 21 до 61 года, средний возраст – $32,9 \pm 7,53$ года, диапазон длительности заболевания варьирует от 1 до 24 лет, средняя продолжительность заболевания – $8,2 \pm 4,6$ года. Пациенты проходили курс лечения в отделении эндогенных расстройств клиник ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН. Исследование проведено с соблюдением протокола, утвержденного локальным этическим комитетом. Лабораторное обследование пациентов проводили в двух точках: на момент поступления в клинику (первая точка) и в динамике терапии через 4–6 недель (вторая точка). В качестве атипичных антипсихотиков применялись следующие препараты: сероквель, рисполепт, азалептин, оланзапин.

Контрольную группу для исследований составили 30 психически и соматически здоровых лиц, соответствующих по полу и возрасту пациентам исследуемой группы.

У обследуемых лиц брали кровь из локтевой вены утром натощак. Исследование углеводного обмена у больных шизофренией проводили по определению концентрации глюкозы в сыворотке крови с использованием наборов Новоглюк-К, М (200) («Вектор-бест», Новосибирск). Принцип метода основан на колориметрической, энзиматической реакции с оксидазой глюкозы. Для исследования белкового обмена больных шизофренией определяли концентрации общего белка, общего и прямого билирубина и активности трансфераз в сыворотке крови. Для определения общего белка в сыворотке крови пользовались набором реагентов Протейн-Ново («Вектор-бест», Новосибирск). Целостность гепатоцитов проверялась измерением активности АЛТ и АСТ в сыворотке крови. Применяли наборы АЛТ-УФ-Ново и АСТ-УФ-Ново («Вектор-бест», Новосибирск). Состояние желчевыводящих путей у пациентов оценивали, используя измерение концентрации общего и прямого билирубина в сыворотке крови. Определение проводили с помощью набора «Билирубин-ново» («Вектор-бест», Новосибирск), в основу которого положен принцип модифицированного метода Йендрашека-Грофа. Количество непрямого билирубина рассчитывали, вычитая из величины, определяющей общее количество билирубина, величину, определяющую количество прямого билирубина. Результаты оценивались на колориметре с проточной кюветой Cormu-multy и фотоэлектроколориметре КФК-3-01-3МЗ.

Статистический анализ и обработку данных проводили с использованием пакета STATISTI-

СА, версия 6.0 для Windows с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. Для оценки влияния терапии атипичными антипсихотиками на белковый и углеводный обмен определяли концентрацию общего белка, прямого и общего билирубина, измеряли активности аминотрансфераз и концентрацию глюкозы в сыворотке крови пациентов и здоровых лиц.

В ходе оценки состояния белкового обмена выявлено, что концентрация общего белка в сыворотке крови больных шизофренией достоверно ниже по сравнению с таковой в группе здоровых лиц (табл. 1).

Таблица 1
Сравнительная характеристика исследуемых показателей белкового обмена у больных шизофренией в группах до и после лечения и здоровых лиц ($M \pm \sigma$)

Показатель	Контроль	Пациенты	
		До терапии	После терапии
АЛТ, Е/л	$19,68 \pm 4,38$	$20,43 \pm 6,24$	$18,59 \pm 9,39$
АСТ, Е/л	$22,03 \pm 7,75$	$19,74 \pm 9,85$	$20,29 \pm 9,12$
Общий белок, г/л	$79,4 \pm 4,82$	$69,33 \pm 4,96^*$	$69,85 \pm 15,45^*$

Примечание. * – Достоверные различия показателей группы больных по сравнению с контролем ($p < 0,05$).

После терапии антипсихотиками концентрация общего белка продолжает оставаться достоверно ниже, чем в группе контроля. Снижение концентрации общего белка в сыворотке крови чаще всего происходит за счет уменьшения количества альбуминов, что может быть вызвано различными причинами: общей интоксикацией организма, нарушением синтеза белка в печени, также альбуминемия встречается при нарушении гормональной регуляции белкового обмена.

Изучение важных маркеров азотистого обмена активности аспаратаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы в сыворотке крови не выявило достоверных изменений у пациентов до и после терапии атипичными препаратами (табл. 1). Это может косвенно свидетельствовать об отсутствии негативного влияния атипичных антипсихотиков на функцию печени больных шизофренией.

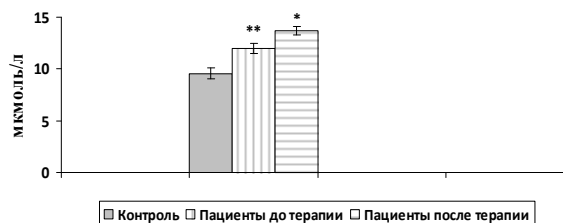


Рис. 1. Концентрация общего билирубина в сыворотке крови здоровых лиц и больных шизофренией до и после терапии
Примечание. * – Достоверные различия группы больных после терапии с группой контроля ($p < 0,05$).

В результате исследования обнаружено, что недостоверная тенденция к увеличению общего билирубина у больных шизофренией до терапии по сравнению с группой здоровых лиц перерастает в достоверное его увеличение после терапии антипсихотиками (рис. 1).

Концентрация прямого и непрямого билирубина в сыворотке крови больных шизофренией при поступлении в клинику не отличается от таковой у здоровых лиц (рис. 2, 3). После терапии атипичными антипсихотиками наблюдается достоверное увеличение концентрации непрямого билирубина в сыворотке крови больных в 1,7 раза (рис. 3).

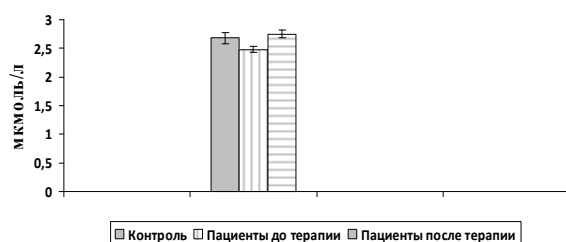


Рис. 2. Концентрация прямого билирубина в сыворотке крови здоровых лиц и больных шизофренией до и после терапии

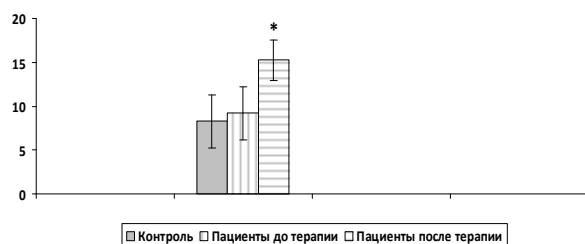


Рис. 3. Концентрация непрямого билирубина в сыворотке крови здоровых лиц и больных шизофренией до и после терапии

Примечание. * – Достоверные различия группы больных до терапии с группой больных после терапии ($p < 0,05$).

Терапия атипичными антипсихотиками не влияет на уровень глюкозы в сыворотке крови больных шизофренией. Между группой контроля и группами больных до и после терапии достоверных различий не обнаружено (рис. 4).

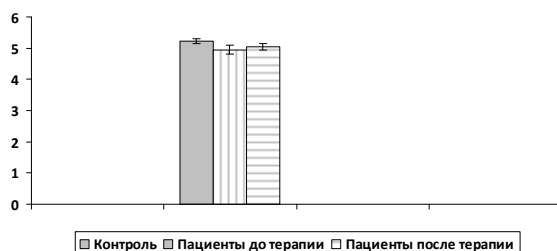


Рис. 4. Концентрация глюкозы в сыворотке крови здоровых доноров и больных шизофренией до и после терапии

В норме в крови 75 % общего билирубина приходится на долю непрямого (свободного) билирубина и 25 % на долю прямого (связанного) билирубина. Наблюдаемое нами увеличение общего билирубина является следствием повышения количества непрямого билирубина. Непрямой билирубин образуется непосредственно из гемоглобина при разрушении эритроцитов и является токсичным веществом. Концентрация непрямого билирубина повышается при гемолитических анемиях, лекарственно индуцированном гемолизе эритроцитов, поражении печени, приводящем к нарушению выведения билирубина из организма, нарушении работы ферментов, ответственных за образование прямого билирубина, и при других патологических состояниях. Повышение непрямого билирубина при лекарственной и гемолитической анемиях обусловлено интенсивным образованием его вследствие гемолиза эритроцитов, и печень оказывается неспособной к образованию столь большого количества билирубин-глюкуронидов. Известны случаи гемолитической анемии, возникшей под влиянием стероидов, что могло быть актуальным для больных шизофренией [11]. В то же время литературные данные свидетельствуют о нормализации уровней стероидов и нейростероидов под действием атипичных антипсихотиков [12, 13]. В связи с этим повышение содержания непрямого билирубина в сыворотке крови больных после 4-недельного курса терапии, возможно, связано с усилением гемолиза под действием именно лекарственной терапии. Аланинами-нотрансфераза и аспартатаминотрансфераза синтезируются внутриклеточно, и лишь небольшая часть этих ферментов попадает в кровь. В кровь АЛТ и АСТ попадают в результате цитолиза. В настоящей работе не выявлено достоверного увеличения аминотрансфераз, что говорит о том, что на состояние печени и других паренхиматозных органов терапия не оказывает негативного влияния.

Представленные в литературе и наших предыдущих работах данные об активации окислительного стресса у больных шизофренией коррелируют со степенью тяжести заболевания и обуславливают снижение активности многих ферментных систем [14, 15]. Этот факт, по-видимому, также отражается в обнаруженном нами снижении общего количества белка в сыворотке крови. Нельзя исключить, что именно окислительный стресс является причиной выявленных выше изменений белкового обмена больных шизофренией.

Таким образом, при анализе влияния терапии атипичными антипсихотиками на показатели углеводного и белкового обмена выявлено, что терапия не оказывает достоверного влияния на такие основные показатели, как концен-

трация глюкозы и активность аминотрансфераз в сыворотке крови. Концентрация общего белка в сыворотке крови больных шизофренией снижена по сравнению с таковой в группе здоровых лиц, и терапия антипсихотиками не изменяет этот показатель. В динамике терапии количество общего и непрямого билирубина в сыворотке крови больных шизофренией достоверно увеличивается как в сравнении с показателями здоровых лиц, так и с показателями больных до лечения.

Л и т е р а т у р а

1. Стандарты оказания помощи больным шизофренией. Московский НИИ психиатрии Росздрава / под ред. В. Н. Краснова, И. Я. Гуровича, С. Н. Мосолова, А. Б. Шмуклера. – М., 2006. – 54 с.
2. Семке А. В., Ветлугина Т. П., Иванова С. А., Евсеев С. В., Кабанов С. О., Лобачева О. А. Терапия пациентов с резидуальной шизофренией атипичным нейролептиком сероквелом // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – Т. 6, № 4. – С. 168.
3. Ветлугина Т. П., Лобачева О. А., Семке А. В., Евсеев С. В., Пытина Л. П. Динамика показателей крови и иммунитета у больных шизофренией в процессе лечения сероквелом (кветиапином) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2004. – № 4 (34). – С. 112–114.
4. Ветлугина Т. П., Лобачева О. А., Альперина Е. Л., Жукова Е. Н., Семке А. В., Никитина В. Б., Чейдо М. А., Идова Г. В. Клинико-экспериментальные исследования иммуномодулирующего эффекта солиана // Вестник РАМН. – 2012. – № 12. – С. 13–18.
5. Allison D. B., Mentore J. L., Heo M. et al. Antipsychotic-induced weight gain: a comprehensive research synthesis // Am. J. Psychiatry. – 1999. – V. 156. – P. 1686–1696.
6. Meyer J. M., Nasrallah H. A., McEvoy J. P. et al. The CATIE Schizophrenia Trial: clinical comparison of subgroups with and without the Metabolic Syndrome // Schizophr. Res. – 2005. – V. 80 (1). – P. 9–18.
7. Lindenmayer J. P. Changes in glucose and cholesterol levels in patients with schizophrenia treated with typical or atypical antipsychotics // Am. J. Psychiatry. – 2003. – V. 160. – P. 290–296.
8. Мелкерсон К., Дал М. Л. Метаболические нарушения на фоне терапии атипичными антипсихотиками // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2006. – № 11. – С. 1–6.
9. Newcomer J. W., Nasrallah H. A., Loebel A. D. The atypical antipsychotic therapy and metabolic issues national survey: practice patterns and knowledge of psychiatrists // J. Clin. Psychopharmacol. – 2004. – 24 (5 suppl. 1). – S. 1–6.
10. Rojas G. P., Poblete A. C., Orellana G. X., Rouliez A. K., Liberman G. C. Atypical antipsychotic induced weight gain and metabolic disorders // Rev. Med. Chil. – 2009. – Jan. – V. 137 (1). – P. 106–114.
11. Савичева Т. С., Хмельевский Д. Л. Об острых гепатитах, возникающих в процессе лечения нейролептиками // Журн. неврологии и психиатрии. – 1969. – № 6. – С. 917–922.
12. Иванова С. А., Федоренко О. Ю., Семке А. В. Содержание сульфата дегидроэпиандростерона в крови как показатель прогноза эффективности терапии при резидуальной шизофрении // Журн. неврологии и психиатрии. – 2010. – Т. 110, № 11. – С. 49–51.
13. Venkatasubramanian G., Chittiprol S., Neelakantachar N., Shetty T., Gangadhar B. N. Effect of antipsychotic treatment on Insulin-like Growth Factor-1 and cortisol in schizophrenia: a longitudinal study // Schizophr Res. – 2010. – Jun. – V. 119 (1-3). – P. 131–137.
14. Смирнова Л. П., Кротенко Н. В., Кротенко Н. М., Логинов В. Н., Духан М. В., Иванова С. А., Мальцева Ю. Л. Активность антиоксидантных ферментов в эритроцитах больных психическими и неврологическими расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 1. – С. 133–135.
15. Щигорева Ю. Г., Бойко А. С., Кротенко Н. М., Смирнова Л. П., Корнетова Е. Г., Семке А. В., Иванова С. А. Глутатион как критерий прогноза риска лекарственно-индуцированной поздней дискинезии у больных шизофренией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 6 (75). – С. 75–78.

Транслитерация русских источников

1. Standartiy okazaniya pomoschi bolnyim shizofreniy. Moskovskiy NII psikiatrii Roszdrava / pod red. V. N. Krasnova, I. Ya. Gurovicha, S. N. Mosolova, A. B. Shmuklera. – M., 2006. – 54 s.
2. Semke A. V., Vetlugina T. P., Ivanova S. A., Evseev S. V., Kabanov S. O., Lobacheva O. A. Terapiya patsientov s rezidualnoy shizofreniy atipichnym neyroleptikom serokvelem // Psihiatriya i psihofarmakoterapiya. – 2004. – T. 6, N 4. – S. 168.
3. Vetlugina T. P., Lobacheva O. A., Semke A. V., Evseev S. V., Pyitina L. P. Dinamika pokazateley krovi i immuniteta u bolnyih shizofreniy v protsesse lecheniya serokvelem (kvetiapinom) // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2004. – N 4 (34). – S. 112–114.
4. Vetlugina T. P., Lobacheva O. A., Alperina E. L., Zhukova E. N., Semke A. V., Nikitina V. B., Cheydo M. A., Idova G. V. Kliniko-eksperimentalnyie issledovaniya immunomoduliruyushchego effekta soliana // Vestnik RAMN. – 2012. – N 12. – S. 13–18.
8. Melkerson K., Dal M. L. Metabolic disorders during therapy with atypical antipsychotics // Psihiatrija i psihofarmakoterapija. – 2006. – № 11. – S. 1–6.
11. Savicheva T. S., Hmelevskij D. L. Of acute hepatitis occurring during treatment with neuroleptics // Zhurn. neurologii i psikiatrii. – 1969. – № 6. – S. 917–922.
12. Ivanova S. A., Fedorenko O. Ju., Semke A. V. Dehydroepiandrosterone sulfate content in the blood as an indicator of the effectiveness of therapy in the forecast residual schizophrenia // Zhurnal neurologii i psikiatrii. – 2010. – № 11. – С. 49–51.
14. Smirnova L. P., Krotenko N. V., Krotenko N. M., Loginov V. N., Duxan M. V., Ivanova S. A., Malceva Yu. L. Activity of antioxidant enzymes in erythrocytes of patients with mental and neurologic disorders // Sibirskiy vestnik psixiatrii i narkologii. – 2008. – № 1. – S. 133–135.
15. Shhigoreva Yu. G., Bojko A. S., Krotenko N. M., Smirnova L. P., Kornetova E. G., Semke A. V., Ivanova S. A. Glutathione as a criterion for risk prediction of drug-induced tardive dyskinesia in schizophrenic patients // Sibirskiy vestnik psixiatrii i narkologii. – 2012. – № 6 (75). – S. 75–78.

ЭТНОПСИХИАТРИЯ И ЭТНОНАРКОЛОГИЯ

УДК 616.89-008.441.13:(571.1/.5)

ББК Ю953+Р645.021

ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРАМЕТРОВ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЮЖНЫХ (НАРЫМСКИХ) СЕЛЬКУПОВ С СИНДРОМОМ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Пешковская А. Г.¹, Кузнецов В. Н.²,
Бохан Т. Г.³,

¹ ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН
634014, Томск, ул. Алеутская, 4

² МБУЗ «Каргасокская ЦРБ»
634700, Томская область, Каргасок, ул. Красноармейская, 66

³ Национальный исследовательский ТГУ
634050, Томск, пр. Ленина, 36

Изучена этнокультуральная характеристика параметров социального функционирования мужчин и женщин с алкогольной зависимостью из числа нарымских селькупов (n=120) в возрасте от 18 до 50 лет. Группа сравнения включала 60 больных мужского и женского пола славянской национальности, постоянно проживающих на данной территории. Установлена существенная регрессия уровня социального, профессионального и семейного функционирования среди нарымских селькупов с алкогольной зависимостью. Характерны высокие показатели алкогольобусловленной смертности больных и распространенности алкоголизма в этнической группе, склонность к суицидам, низкая репродуктивная функция, изоляция в связи с совершением противоправных деяний, частая смена сожителей женщинами-селькупками, изоляция детей от родителей по причине лишения их родительских прав из-за алкоголизма. **Ключевые слова:** нарымские селькупы, алкоголизм, социальное функционирование, этнокультуральная характеристика.

ETHNOCULTURAL CHARACTERISTIC OF PARAMETERS OF SOCIAL FUNCTIONING OF SOUTHERN (NARYM) SELKUPS WITH ALCOHOL DEPENDENCE SYNDROME. Peshkovskaya A. G.¹, Kuznetsov V. N.², Бохан Т. Г.³ Mental Health Research Institute SB RAMSci. 634014, Russian Federation, Tomsk, Aleutskaya Street, 4. ² «Kargasok Central District Hospital», Tomsk Region. ³ Tomsk State University. 634050, Tomsk, Lenin Avenue, 36. We have studied ethnocultural characteristic of parameters of social functioning of men and women with alcohol dependence out of Narym Selkups (n=120) at the age of 18—50 years. Comparison group included 60 male and female patients of Slavonic nationality permanently

living on this territory. We have identified substantial regression of level of social, professional and family functioning among Narym Selkups with alcohol dependence. High indices of alcohol-related mortality of patients and prevalence of alcoholism in ethnic group, proneness for suicides, low reproductive function, and isolation in association with commitment of offensive acts, frequent change of cohabitants by female Selkups, isolation of children from parents because of deprivation of parental rights due to alcoholism are typical. **Key words:** Narym Selkups, alcoholism, social functioning, ethnocultural characteristic.

Актуальность. Этнокультуральное своеобразие народов, издревле проживающих в России, проявляется в клинике, эпидемиологии и типологических вариантах формирования аддиктивных расстройств [18], что связано с модификацией региональных демографических [5, 19] и медико-социальных параметров актуальной наркологической ситуации [4, 15] и определяет специфику психотерапевтических и профилактических мероприятий [17] при формировании индивидуальной стрессоустойчивости, вариантов самореализации [8, 9] и качества жизни [21] представителей коренного населения Сибири.

Состояние психического здоровья является одним из критериев социальной и психологической устойчивости, как отдельного индивида, так и общества в целом. Общеизвестно, что человек, являясь биосоциальным существом, опосредует как внешние, так и внутренние функциональные составляющие через среду — социум. В свою очередь различные экзогенные вредности малой и средней интенсивности приводят к дестабилизации функционирования организма. Это может проявляться как на донозологическом уровне — в неспецифических экстранозологических реакциях психической дезадаптации, так и на нозологическом — в форме различных психических расстройств [20]. При изучении основных закономерностей распространения и формирования клинической гетерогенности наркологических расстройств обнаружено влияние как этнических, так и в целом экопатогенных (в том числе коморбидных) факторов на адаптационные возможности индивида [3, 6,], что определяет большую их уязвимость к злокачественному формированию и исходам алкогольной болезни мозга [7, 22].

О влиянии индустриальных преобразований на этнические процессы в регионе писали большинство исследователей этносферы Западной Сибири, указывая на то, что модернизация жизненного уклада привела к ухудшению наркологической ситуации среди аборигенов [14]. Это, несомненно, сказалось на состоянии здоровья коренных малочисленных народов Сибири, в том числе селькупов. Существенный сдвиг в состоянии психического здоровья у селькупов обусловлен также утратой религиозно-культурно-экологических основ традиционного уклада жизни [12, 13, 24].

* Пешковская Анастасия Григорьевна, м.н.с. отд. аддиктивных состояний. Телефон: (3822)444780. E-mail: redo@mail.tomsknet.ru

Кузнецов В. Н., к. м. н., врач психиатр-нарколог. E-mail: vnkuz@mail.ru

Бохан Татьяна Геннадьевна, д-р психол. н., зав. каф. психотерапии и психологического консультирования факультета психологии. Тел.: 529580, e-mail: btg960@sibmail.com

Вопросам этнопсихиатрии и этнонаркологии в последние годы уделяется большое внимание в отечественной литературе [18, 21], но многие проблемы, связанные с влиянием этноса на возникновение и течение наркологических и психических расстройств, остаются мало исследованными также и в собственно монголоидных популяциях [27]. Наряду с тем, что в имеющихся публикациях представлены отличительные психопатологические особенности алкоголизма у коренных жителей, проживающих на территориях Южного Урала [26], республик Бурятии [1], Алтай [15] и др., научные данные исследования ряда малочисленных этнических групп Севера, прежде всего селькупов, имеют разрозненный характер [10, 11, 16, 25]; практически отсутствуют данные о социальном, профессиональном и семейном уровнях адаптации селькупов с алкогольной зависимостью.

Цель настоящей работы – изучение уровня социального, профессионального и семейного функционирования селькупов, страдающих алкогольной зависимостью. Сравнение полученных данных по аналогичным параметрам с больными славянской национальности.

Материал и методы исследования. Для проведения исследования были сформированы 2 группы больных с общей численностью 120 человек в возрасте от 18 до 50 лет. В основную группу включены 60 больных мужского и женского пола из числа коренного населения (селькупы, метисы). Группа сравнения состояла из 60 больных мужского и женского пола славянской национальности, постоянно проживающих на данной территории. На больных основной группы заполнялась карта обследования, представляющая собой стандартизированное описание обследуемого по теме НИР «Этнокультуральные особенности наркологических расстройств», разработанная в НИИ психического здоровья СО РАМН. На каждого больного, включенного в группу сравнения, заполнялся «Протокол обследования», представляющий собой модифицированный вариант разработанной в отделении аддиктивных состояний НИИ ПЗ СО РАМН «Карты стандартизированного обследования больных алкоголизмом с коморбидным органическим поражением головного мозга» (Томск, 1990). В работе использовались клинический, катамнестический, статистический методы исследования.

Результаты исследования. Больные основной группы и группы сравнения сопоставимы на момент обследования по возрасту и полу, статистически значимых расхождений не выявлено. Обнаружено, что в обеих группах среди лиц молодого возраста (до 30 лет) преобладали женщины, тогда как в возрасте старше 40 лет большинство составляли мужчины. Уровень образования больных основной группы

и группы сравнения достоверно различался. Больные из группы сравнения имели среднее, среднее специальное и высшее образование в 55 % случаев, тогда как лишь 33,3 % пациентов из состава основной группы получили среднее и среднее специальное образование. С высшим образованием больных в составе основной группы не оказалось. Начальное и неполное среднее образование имело значительно больше больных, представляющих малочисленные народности Крайнего Севера (66,7 %), тогда как среди больных славянской национальности – 45 %.

Изначально низкий уровень полученного образования у селькупов явился определяющим фактором на доступность для них и профессионального обучения. В основной группе примерно треть (31,7 %) больных не имели какой-либо профессии, при этом доля женщин, не имеющих профессии, была значительно больше в сравнении с мужчинами – 23,3 %. В группе сравнения 5 % мужчин и 15 % женщин не имели профессии.

При изучении трудовой занятости было обнаружено, что всего 20 % больных из состава основной группы имели работу, причем работающих женщин было больше, чем мужчин (16,7 %). Среди селькупов, больных алкоголизмом, доля безработных составила 73,4 %, пенсионеров по возрасту насчитывалось 16,7 %, инвалидов – 9,9 %, учащихся в системе начального профессионального образования – 6,6 %.

Больные славянской национальности были трудоустроены в 31,7 % случаев. Среди них статистически значимо было меньше безработных в сравнении с селькупам (46,6 и 73,4 % соответственно). Пенсионерами по возрасту являлись 10 % больных группы сравнения, имели инвалидность по общему заболеванию 11,6 %. В группе сравнения также отмечается лучшая трудовая адаптация женщин (40 %) в сравнении с мужчинами (23,3 %).

Анализ семейной адаптации больных показал, что состояли в браке на момент обследования 23,3 % селькупов и 31,7 % лиц славянской национальности (табл. 1).

Т а б л и ц а 1
Семейная адаптация больных основной группы и группы сравнения

Семейный статус	Основная группа				Группа сравнения			
	Мужчины		Женщины		Мужчины		Женщины	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Женат/замужем	9	30	5	16,7	8	26,65	11	36,7
Разведен	5	16,7	3	10	9	30,0	6	20,0
Холост	13	43,3	8	26,6	8	26,65	4	13,3
Незарегистрированный брак	3	10	11	36,7	5	16,7	7	23,3
Вдова/вдовец	-	-	3	10	-	-	2	6,7
Итого	30	100	30	100	30	100	30	100

Никогда не состояли в браке 35 % селькупов и 20 % лиц из группы сравнения. Ранее состояли в браке, но в настоящее время разведены и проживают в неполной семье или в родительской семье 13,3 % больных основной группы и 25,0 % пациентов группы сравнения. В гражданском браке проживают 23,3 % селькупов и 20,0 % лиц славянской национальности обоих полов. Обращает на себя внимание то, что большее число женщин славянской национальности состоят в браке или состояли ранее в сравнении с женщинами из состава основной группы и меньшее число из них проживают в незарегистрированном браке.

Вдовцов среди мужчин основной группы и группы сравнения не выявлено, зарегистрировано 3 вдовы в основной группе и 2 вдовы в группе сравнения. В основной группе 26,7 % женщин были склонны к частой смене сожителей (3 и более гражданских брака), в контрольной группе – 6,7 %. Доля больных основной группы, имеющих собственных детей (66,6 %), оказалась меньше в сравнении с больными славянской национальности (75,0 %). Всего 46,6 % мужчин-селькупов имеют собственных детей, тогда как среди мужчин-славян – 60,0 %. Число больных, лишенных родительских прав из-за злоупотребления ими спиртных напитков и ненадлежащего воспитания собственных детей, в основной группе было значительно больше (23,3 %) по отношению к больным из группы сравнения (13,3 %). Удельный вес женщин, лишенных родительских прав, в основной группе оказался чрезвычайно велик – 36,7 %.

По возрасту, в котором больные впервые обратились за наркологической помощью, между селькупам, страдающими алкоголизмом, и больными славянской национальности были зафиксированы незначительные расхождения. Селькупы мужского и женского пола обратились за наркологической помощью в возрасте 18–29 лет в 53,3 % случаев, лица славянской национальности – в 46,6 % случаев. Необходимо отметить, что в той и другой группах большую долю обратившихся за помощью в указанном возрастном интервале составили больные женского пола (33,4 % женщин-селькупок и 26,7 % женщин славянской национальности).

Т а б л и ц а 2

Отягощенность анамнеза алкоголизмом родителей больных основной группы и группы сравнения

Отягощенность анамнеза по линии	Основная группа				Группа сравнения			
	Мужчины		Женщины		Мужчины		Женщины	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Отца	15	50	7	23,3	5	16,7	5	16,7
Матери	2	6,7	4	13,3	4	13,3	5	16,7
Обоих родителей	13	43,3	19	63,4	3	10	6	20
Итого	30	100	30	100	12	40	16	53,4

При изучении наркологического анамнеза больных обеих групп выявлено, что у селькупов в 100 % случаев кто-либо из родителей или оба родителя были больны алкоголизмом (табл. 2).

Среди селькупов мужского пола в 50,0 % случаев зарегистрирован высокий уровень алкоголизации у отцов, в 43,3 % случаев – у обоих родителей. Для женщин-селькупок отягощенность анамнеза алкоголизмом только отца была менее значима (в 23,3 % случаев), тогда как высокий уровень алкоголизации имел место у обоих родителей в 63,4 % случаев. Для больных славянской национальности отягощенность анамнеза алкоголизмом родителей была менее характерна – в 46,7 % случаев. Как у мужчин, так и у женщин прослеживалась в равной степени отягощенность анамнеза алкоголизмом отца – в 16,7 % случаев. Также для женщин-славянок отличием являлось то, что у их матерей зарегистрирован более высокий уровень алкоголизации, отягощенность анамнеза алкоголизмом матери наблюдалась в 16,7 % случаев. В сравнении с мужчинами отягощенность анамнеза алкоголизмом родителей у женщин более значима (40,0 и 53,4 % соответственно).

Сравнительная характеристика родительских семей и замещающих структур, в которых воспитывались больные, показала, что всего лишь 40 % селькупов, больных алкоголизмом, воспитывались в полной семье (группа сравнения – в 48,3 % случаев). Среди женщин группы сравнения 46,7 % пациенток воспитывались в полной семье, тогда как доля женщин основной группы, имевших обоих родителей, была значительно меньше – 33,3 %. В полной изоляции от родителей (приемная семья, детский дом, интернат) проживали 16,7 % селькупов, в то время как число больных славянской национальности было значительно меньше (5,0 %).

Сравнительный анализ обращений больных за наркологической помощью свидетельствует о том, что 55 % селькупов, больных алкоголизмом, воспользовались медицинской помощью в связи с данным заболеванием однократно, 23,3 % – дважды, 3 и более раз – 21,7 %. Больные славянской национальности обращались на лечение в связи с синдромом алкогольной зависимости значительно чаще – однократное обращение зарегистрировано в 40,0 % случаев, дважды обращались за медицинской помощью в 26,6 % случаев, 3 раза и более – в 33,4 % случаев.

При изучении качества терапевтических ремиссий было установлено, что краткосрочное воздержание от алкоголизации (до 3 месяцев) зарегистрировано среди селькупов в 50,0 % случаев, до 6 месяцев – в 21,7 % случаев. Ремиссия в течение 12 месяцев наблюдалась у 10,0 % больных, в течение 18 месяцев и более воздерживались от употребления спиртных

напитков 18,3 % селькупов, больных алкоголизмом. Среди больных славянской национальности краткосрочное воздержание от употребления спиртных напитков (до 3 месяцев) зафиксировано в 20,0 % случаев, в течение 6 месяцев воздерживались от алкоголизации 36,6 % больных. Терапевтическая ремиссия в течение 12 месяцев зафиксирована в 20,0 % случаев, в течение 18 месяцев и более воздерживались от употребления спиртных напитков 23,4 % больных славянской национальности. Необходимо отметить, что долгосрочные ремиссии (12 месяцев и более) зарегистрированы у женщин славянской национальности (25,0 %).

В 2009 г. смертность среди селькупов в изучаемом муниципальном образовании от причин, связанных с употреблением алкоголя (включая убийства, самоубийства, автотравмы в состоянии алкогольного опьянения), составила 9,4 случая на 1000 населения селькупского происхождения. В 2010 и 2011 гг. отмечался рост данного показателя (11,8 и 12,9 случая на 1000 соответствующего населения). В 2011 г. среди селькупов в возрасте старше 50 лет зарегистрирована смертность от причин, связанных с употреблением алкоголя, в 9,1 % случаев, тогда как в возрасте от 24 лет до 50 лет – в 90,9 % случаев. В 74,8 % случаев среди ближайших родственников селькупов, больных алкоголизмом, зарегистрированы летальные исходы, связанные с употреблением алкоголя. Среди больных славянской национальности смертность среди ближайших родственников от причин, связанных с употреблением алкоголя, зарегистрирована в 23,3 % случаев.

Суициды (завершенные и незавершенные) среди близких родственников зафиксированы у 29,9 % больных основной группы. В группе сравнения у 13,3 % больных выявлены суициды среди близких родственников. Суицидальные попытки зафиксированы у 38,3 % больных основной группы, причем большей частью – среди женщин (26,7 %). Среди больных славянской национальности доля лиц, совершивших суицидальные попытки, была достоверно меньше – 6,7 % (3,35 % мужчин и 3,35 % женщин).

Обсуждение результатов. Биопсихосоциальные факторы, в том числе фактор этнической принадлежности, оказывают определяющее влияние на формирование синдрома зависимости от алкоголя. Более 10,0 % нарымских селькупов, по данным медицинской статистики, страдают алкогольной зависимостью. Отягощенность анамнеза алкоголизмом родителей у селькупов наблюдалась практически в 100,0 % случаев (у больных славянской национальности – в 46,7 % случаев). Первичная обращаемость за наркологической помощью в молодом возрасте также характерна в большей мере для селькупов в сравнении с больными славянской

национальности. В то же время установлено, что кратность обращений за терапевтической помощью к психиатру-наркологу значительно выше среди больных славянской национальности, также как и качество терапевтических ремиссий. Причинами этого явления могут быть удаленность проживания селькупов от инфраструктуры этапа специализированной наркологической помощи, а также низкая мотивация на лечение и воздержание от употребления спиртных напитков в связи с низкими уровнями образования, профессиональной, трудовой и семейной адаптации.

Уровень образования селькупов, больных алкоголизмом, оказался значительно ниже, чем у больных славянской национальности. Низкий уровень образования селькупов явился предиспонирующим фактором профессиональной дезадаптации – 31,7 % больных в основной группе не имели профессии. Не имели работы на момент исследования 73,4 % селькупов, в то время как среди больных славянской национальности доля безработных составила 46,7 %. Число больных, никогда не состоявших в браке, преобладало в основной группе (35,0 %). Холостых селькупов (43,3 % от числа больных основной группы мужского пола) зарегистрировано значительно больше в сравнении с мужчинами группы сравнения (26,6 %), тогда как доля женщин-селькупок, склонных к частой смене сожителей, оказалась велика: 3 и более гражданских брака имели 26,7 % женщин. Лишены родительских прав 36,7 % женщин из состава основной группы. Репродуктивная функция среди больных славянской национальности была выше в сравнении с селькупам (75,0 % больных группы сравнения имели собственных детей, тогда как среди селькупов число больных, имевших собственных детей, меньше – 66,6 %). Большее число больных основной группы (16,7 %) воспитывалось в полной изоляции от родителей в сравнении с больными группы сравнения (5,0 %).

Среди селькупов смертность от причин, связанных с употреблением алкоголя, достоверно выше, чем среди населения других этнических групп и преобладающего (славянского) населения в регионе. Выявлена более высокая склонность к суицидам среди женщин основной группы. Для селькупов, больных алкоголизмом, характерны асоциальное поведение и совершение противоправных деяний в большей мере в сравнении с больными славянской национальности.

Полученные в ходе исследования результаты свидетельствуют о существенной регрессии уровня социального, профессионального и семейного функционирования среди нарымских селькупов с алкогольной зависимостью. Высокая смертность больных от причин, связанных

с употреблением алкоголя, высокие показатели распространенности алкоголизма в этнической группе, склонность к суицидам, низкая репродуктивная функция, изоляция в связи с совершением противоправных деяний, частая смена сожителей женщинами-селькупками, приводящие к нарушению семейных связей, изоляция детей от родителей по причине лишения их родительских прав из-за злоупотребления спиртными напитками – основные факторы, целенаправленное профилактическое воздействие на которые призвано предотвратить снижение демографических показателей в данной популяции и обеспечить медико-социальные перспективы системного развития этноса нарымских селькупов как одного из уникальных малочисленных народов Севера.

Л и т е р а т у р а

1. Балаганова Т. Б. Этнокультуральные особенности психических расстройств у бурят : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2006. – 22 с.
2. Бохан Н. А. Клинико-патодинамические закономерности и терапия алкоголизма с коморбидным экзогенно-органическим поражением головного мозга : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Томск, 1996. – 46 с.
3. Бохан Н. А. Клиническая гетерогенность алкоголизма и коморбидность: парадигма мультиаксиальной сопряженности проблем // Наркология. – 2002. – № 2. – С. 31–37.
4. Бохан Н. А., Семке В. Я., Мандель А. И. Наркологическая ситуация и психическое здоровье населения: региональные тренды десятилетия // Психическое здоровье. – 2006. – № 1. – С. 32–39.
5. Бохан Н. А., Мандель А. И., Трефилова Л. Л. Региональный профиль подросткового наркотизма: величина проблемы, мониторинг, актуальные паттерны формирования // Психическое здоровье. – 2006. – № 10. – С. 11–16.
6. Бохан Н. А., Мандель А. И., Артемьев И. А., Ветлугина Т. П., Солонский А. В., Прокопьева В. Д., Иванова С. А., Невидимова Т. И. Эпидемиология, клинико-патобиологические закономерности и профилактика психических и поведенческих расстройств в результате злоупотребления психоактивными веществами (региональный аспект) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3. – С. 25–32.
7. Бохан Н. А., Мандель А. И., Максименко Н. Н., Михалева Л. Д. Смертельные исходы при алкогольной зависимости // Наркология. – 2007. – № 12. – С. 31–35.
8. Бохан Т. Г. Системные детерминанты стрессоустойчивости в возрастном и этнопсихологическом контекстах // Сибирский психологический журнал. – 2007. – Вып. 25. – С. 180–186.
9. Бохан Т. Г., Пешковская А. Г. Трудности самореализации в субъективной картине жизненного пути больных алкоголизмом // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 2. – С. 34–40.
10. Васильев В. И. Селькупы // Народы России : энциклопедия / под ред. В. А. Тишкова. – М. : Большая Российская энциклопедия, 1994. – С. 312–314.
11. Гемуев И. И. Семья у селькупов (XIX – начало XX в.). – Новосибирск : Наука, 1984. – 156 с.
12. Ким А. А. Очерки по селькупской культовой лексике. – Томск : Изд-во НТЛ, 1997. – 219 с.
13. Кошелева Е. Ю. Томская область: национально-культурная жизнь // Народы и Культуры Томской области : энциклопедия. – Томск : Изд. дом D-Print, 2004. – 130 с.
14. Максимов А. А. Реализация интересов народов Севера в условиях промышленного развития: от зарубежного опыта к российской модели : автореф. дис. ... канд. экон. наук. – Сыктывкар, 2007. – 25 с.
15. Пивень Б. Н., Санашева И. Д., Шереметьева И. И. К вопросу о психической патологии в республике Алтай (эпидемиологический и этнокультуральный аспекты) // Психическое здоровье. – 2010. – № 2. – С. 3–7.
16. Пелих Г. И. Происхождение селькупов. – Томск : Изд-во ТГУ, 1972. – 424 с.
17. Семке В. Я., Бохан Н. А., Галактионов О. К. Очерки этнопсихологии и этнопсихотерапии. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 1999. – 158 с.
18. Семке В. Я., Бохан Н. А. Транскультуральная аддиктология. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2008. – 558 с.
19. Семке В. Я., Бохан Н. А., Мандель А. И. Распространенность, патоморфоз и клинико-психологические аспекты опийной наркомании в Томской области // Наркология. – 2002. – № 7. – С. 20–23.
20. Семке Н. А., Бохан Н. А., Мандель А. И. Персоналогический анализ в контексте систематики аддиктивных состояний // Наркология. – 2006. – № 1. – С. 60–66.
21. Семке В. Я., Бохан Т. Г., Богомаз С. А. Качество жизни молодежи народов Сибири как системный показатель уровня стрессоустойчивости // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 2 (71). – С. 94–98.
22. Сиволоп Ю. П. Алкогольная болезнь мозга: патогенез, клинические формы, современные подходы к лечению // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. – Т. 10, № 2. – С. 49–53.
23. Томская область: народы, культуры, конфессии : энциклопедия / под ред. О. М. Рындина. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2007. – 382 с.
24. Шаховцев К. Г. Этническая идентификация южных селькупов (XX – начало XXI века) : автореф. дис. ... канд. ист. наук. – М., 2007. – 26 с.
25. Шматок А. А., Пикулина Т. В., Артемьев И. А. Опыт работы психоневролога в условиях Томского Севера // Вопросы реабилитации больных нервно-психическими заболеваниями : материалы научно-практ. конф. (Томск, 24–25 апреля 1974 г.). – Томск, 1975. – С. 39–40.
26. Шпаков А. В., Буторина Н. Е., Бохан Н. А. Транскультуральные клинические аспекты женского алкоголизма в этнических популяциях южного Урала // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2005. – № 2. – С. 102–104.
27. Эрдэнэбаяр Л., Семке В. Я., Бохан Н. А. Этнонаркологические аспекты алкоголизма в Монголии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1997. – № 4. – С. 43–47.

Транслитерация русских источников

1. Balaganova T. B. Etnokulturalnye osobennosti psicheskikh rasstroystv u buryat : avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – Novosibirsk, 2006. – 22 s.
2. Bohan N. A. Kliniko-patodinamicheskie zakonomernosti i terapiya alkogolizma s komorbidnyim ekzogenno-organicheskim porazheniem golovnogogo mozga : avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. – Tomsk, 1996. – 46 s.
3. Bohan N. A. Klinicheskaya geterogennost alkogolizma i komorbidnost: paradigma multiaksialnoy sopryazhennosti problem // Narkologiya. – 2002. – N 2. – S. 31–37.
4. Bohan N. A., Semke V. Ya., Mandel A. I. Narkologicheskaya situatsiya i psicheskoe zdorove naseleniya: regionalnye trendy desyatiletiya // Psihicheskoe zdorove. – 2006. – N 1. – S. 32–39.
5. Bohan N. A., Mandel A. I., Trefilova L. L. Regionalniy profil podrostkovogo narkotizma: velichina problemy, monitoring, aktualnye patterny formirovaniya // Psihicheskoe zdorove. – 2006. – N 10. – S. 11–16.

6. Bohan N. A., Mandel A. I., Artemev I. A., Vetlugina T. P., Solonskiy A. V., Prokopenko V. D., Ivanova S. A., Nevidimova T. I. Epidemiologiya, kliniko-patobiologicheskie zakonomernosti i profilaktika psichicheskikh i povedencheskikh rasstroystv v rezultate zloupotrebleniya psihoaktivnyimi veschestvami (regionalnyy aspekt) // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. – 2006. – N 3. – S. 25–32.
7. Bohan N. A., Mandel A. I., Maksimenko N. N., Mihaleva L. D. Smertelnye ishody pri alkoholnoy zavisimosti // Narkologiya. – 2007. – N 12. – S. 31–35.
8. Bohan T. G. Sistemnyie determinanty stressoustoychivosti v vozrastnom i etnopsihologicheskom kontekstah // Sibirskiy psihologicheskii zhurnal. – 2007. – Vyip. 25. – S. 180–186.
9. Bohan T. G., Peshkovskaya A. G. Trudnosti samorealizatsii v subektivnoy kartine zhiznennogo puti bolnykh alkoholizmom // Sibirskiy psihologicheskii zhurnal. – 2011. – N 2. – S. 34–40.
10. Vasilev V. I. Selkupy // Narody Rossii : entsiklopediya / pod red. V. A. Tishkova. – M. : Bolshaya Rossiyskaya entsiklopediya, 1994. – S. 312–314.
11. Gemuev I. I. Semya u selkupov (XIX – nachalo XX v.). – Novosibirsk : Nauka, 1984. – 156 s.
12. Kim A. A. Ocherki po selkupskoy kulturoy leksike. – Tomsk : Izd-vo NTL, 1997. – 219 s.
13. Kosheleva E. Yu. Tomskaya oblast: natsionalno-kulturnaya zhizn // Narody i Kultury Tomskoy oblasti : entsiklopediya. – Tomsk : Izd. dom D – Print, 2004. – 130 s.
14. Maksimov A. A. Realizatsiya interesov narodov Severa v usloviyakh promyshlennogo razvitiya: ot zarubezhnogo opyta k rossiyskoy modeli : avtoref. dis. ... kand. ekonom. nauk. – Syktyivkar, 2007. – 25 s.
15. Piven B. N., Sanasheva I. D., Sheremeteva I. I. K voprosu o psicheskoy patologii v respublike Altay (epidemiologicheskii i etnokulturnyy aspekt) // Psicheskoe zdorove. – 2010. – N 2. – S. 3–7.
16. Pelih G. I. Proishozhdenie selkupov. – Tomsk : Izd-vo TGU, 1972. – 424 s.
17. Semke V. Ya., Bohan N. A., Galaktionov. O. K. Ocherki etnopsihologii i etnopsihoterapii. – Tomsk : Izd-vo Tom. un-ta, 1999. – 158 s.
18. Semke V. Ya., Bohan N. A. Transkulturalnaya addiktologiya. – Tomsk : Izd-vo Tom. un-ta, 2008. – 558 s.
19. Semke V. Ya., Bohan N. A., Mandel A. I. Rasprostranennost, patomorfiz i kliniko-psihologicheskie aspekty opiyonoy narkomanii v Tomskoy oblasti // Narkologiya. – 2002. – N 7. – S. 20–23.
20. Semke N. A., Bohan N. A., Mandel A. I. Personologicheskii analiz v kontekste sistematiki additivnykh sostoyaniy // Narkologiya. – 2006. – N 1. – S. 60–66.
21. Semke V. Ya., Bohan T. G., Bogomaz S. A. Kachestvo zhizni molodezhi narodov Sibiri kak sistemnyy pokazatel urovnya stressoustoychivosti // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. – 2012. – N 2 (71). – S. 94–98.
22. Sivolap Yu. P. Alkoholnaya bolezni mozga: patogenez, klinicheskie formy, sovremennyye podhody k lecheniyu // Psichiatriya i psihofarmakoterapiya. – 2008. – T. 10, N 2. – S. 49–53.
23. Tomskaya oblast: narody, kulturny, konfessii : entsiklopediya / pod red. O. M. Ryindina. – Tomsk : Izd-vo Tom. un-ta, 2007. – 382 s.
24. Shahovtsev K. G. Etnicheskaya identifikatsiya yuzhnykh selkupov (XX – nachalo XXI veka) : avtoref. dis. ... kand. ist. nauk. – M., 2007. – 26 s.
25. Shmatok A. A., Pikulina T. V., Artemev I. A. Opyit raboty psihonevrologa v usloviyakh Tomskogo Severa // Voprosy reabilitatsii bolnykh nervno-psichicheskimi zabolevaniyami : materialy nauchno-prakt. konf. (Tomsk, 24–25 aprelya 1974 g.). – Tomsk, 1975. – S. 39–40.
26. Shpakov A. V., Butorina N. E., Bohan N. A. Transkulturalnyie klinicheskie aspekty zhenskogo alkoholizma v etnicheskikh populyatsiyah yuzhnogo Urala // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. – 2005. – N 2. – S. 102–104.
27. Erdenebayar L., Semke V. Ya., Bohan N. A. Etnonarkologicheskie aspekty alkoholizma v Mongolii // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. – 1997. – N 4. – S. 43–47.

СИБИРСКАЯ ЛЕТОПИСЬ

УДК 616.89(09)(571.17)

ББК Р64

ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ НОВОКУЗНЕЦКА

Завьялова Н. Е.^{*}, Бондарев В. Г.

ГБУЗ КО «Новокузнецкая КПБ»
654055, Новокузнецк, ул. Малая, 6

История психиатрической службы юга Кузбасса тесно связана с интенсивным развитием промышленности в Новокузнецке. С начала 30-х гг. прошлого столетия необходимость создания психиатрической организации диктовалась быстрым ростом населения этого региона в связи с притоком рабочей силы на строительство Кузнецкого металлургического комбината и других крупных объектов промышленности. Интенсивность жизни и работы населения Новокузнецка тех лет способствовала возникновению и росту психических расстройств. Зачатками психиатрической помощи можно считать организацию в 1932 г. психиатрического изолятора на 10 коек при 1-й общесоматической больнице Кузнецкстроя для оказания первой помощи и последующей эвакуации душевнобольных в Томскую республиканскую психиатрическую больницу. Вся помощь заключалась в изоляции психически больных, попытках снять возбуждение. Минимальное наблюдение за этими больными вели терапевт или невролог, а чаще фельдшер с общемедицинской подготовкой. Сохранились истории болезни психоизолятора, из которых следует, что основными средствами купирования были настойка валерианы, бромистый натрий, хлоралгидрат, влажное обертывание, другие виды механической фиксации, «ванны» с температурой воды 36°. Типичными диагнозами были: «острая спутанность», «истероневрастения», «органическое слабоумие». Записи в историях в 2—3 строки носили описательный характер поведения и высказываний больных. В случаях спонтанного обрыва психоза больные отпускались домой, но в основном эвакуировались в Томск для специализированного лечения. Средняя длительность пребывания в психоизоляторе составляла 10—12 дней. По сведениям годового отчета за 1935 г., в пси-

хоизолятор поступило 127 больных, выписано – 117, умерло – 4, проведено койко-дней – 2782. Сами отчеты представляли собой небольшую таблицу со сведениями о поступлении и выписке больных, переводе в другие отделения или больницы. Сведений о нозологической принадлежности и другой информации не было.

Началом организации психиатрической службы г. Новокузнецка (ранее Сталинска) следует считать 1938 г., когда приказом горздравотдела № 196 от 29 ноября 1938 г. на дальней окраине города при амбулатории кирпичного завода открылась городская психиатрическая больница на 40 коек. Первым главным врачом (и единственным психиатром) была назначена выпускница Томского мединститута Ираида Сильверстова Туринге.



Штаты больницы были представлены следующим составом: врач – 0,5 ставки, медицинская сестра – 2 ставки, санитар – 2,5 ставки. Больница занимала деревянный барачный корпус с печным отоплением без канализации и водопровода, с разделением на мужскую и женскую половины.



Беспокойные и выздоравливающие больные содержались в общих палатах. В пристроенных помещениях находились квартира врача, кухня и туалет. Молодая врач столкнулась с большими проблемами по организации питания, приобретения белья и одежды для больных, ремонта помещений, организации лечебного про-

^{*} Завьялова Наталья Евгеньевна, к.м.н., главный врач.
Тел.: (8384-3) 376336. E-mail: zavyalova@mail.ru

группы В, витамин С, отдельным больным проводили камфоротерапию и аутогемотерапию по показаниям. В 1942–1945 гг. стала широко внедряться трудотерапия – кроме работ в подсобном хозяйстве, были открыты кукольная и корзиночная мастерские, на доходы от которых приобретался скот.



С увеличением контингента больных возникла необходимость амбулаторного приема и лечения. С 1942 г. стал вестись амбулаторный прием при больнице, но записи врача производились в различных журналах, и только в 1946 г. впервые были заведены амбулаторные карты (на 576 больных), расположенные в картотеке по алфавитному порядку. Это облегчило слежение за динамикой течения заболевания, способствовало проведению трудовой и амбулаторной судебной экспертизы. С 1946 г. начато формирование стационарного архива. Штат врачей не расширился, но уже работало 5 медицинских сестер, так называемых выдвиженок из числа молодых санитарок, они обучались врачом по вопросам фармакологии, проведению процедур, особенностям клиники психических заболеваний. В 1948 г. штат больницы пополнился врачом Н. Г. Долгих и 5 фельдшерами, что позволило шире проводить судорожную терапию психически больным, а главному врачу уделять больше внимания хозяйственным проблемам, так как здание больницы пришло в «крайнюю ветхость», в аварийном состоянии находились электропроводка, печи, «окна на 30 % были забиты фанерой из-за от-

сутствия стекла». К концу 1948 г. удалось частично выполнить ремонт. Через министерство здравоохранения главный врач не раз ставила вопрос о капитальном ремонте и временном закрытии больницы с переводом больных в Томскую психиатрическую больницу, но получала отказы. Стационар больницы работал с большой перегрузкой, так как 65 коек для обслуживания населения Сталинска, а также городов Прокопьевска, Белова, Таштагола, Осинников было крайне недостаточно. Кроме того, происходило «оседание» хронически больных, поэтому приходилось все больше иногородних больных с психозами отправлять в Томск.

С 1948 г. стала систематически проводиться амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза бесстрастным подэкспертным с регулярностью 1 раз в неделю. Так, за 1948 г. проведено 16 АСПЭ. В 1948 г. в стационаре выделено 2 процедурных медсестры (в мужском и женском отделениях), составлены инструкции-схемы по различным видам лечения, 100 % больных проводился анализ крови на РВ. Системными стали занятия со средним и младшим медперсоналом. К 1950 г. больница добилась неплохих показателей: на тех же 65 койках число пролеченных больных увеличилось до 480, уменьшилась средняя длительность пребывания больного в стационаре до 62, план койко-дней выполнен на 108,2 %, процент смертности снизился до 3,8. При этом с выздоровлением и улучшением выписано 61,5 %. Штат врачей увеличился до 5 (прибыло 3 молодых врача), работало 14 средних и 29 младших медработников, что позволило выделить круглосуточные медицинские посты в отделениях. Таким образом, к 1950 г. закончился начальный этап организации психиатрической службы Новокузнецка.

С 1950 по 1956 г. больницу возглавлял Н. Г. Долгих. Условия работы персонала и содержания больных оставались прежними, не менялись и методы лечения. В последующий период до 1962 г. (главный врач Э. А. Лейзерович) больница существенно изменилась. Из ветхого барака в районе кирзавода стационар занял два 2-этажных деревянных корпуса в Кузнецком районе. Здесь был открыт рентгеновский кабинет, что улучшило диагностику сопутствующей соматической патологии. Минимум лабораторных исследований выполняла клинический лаборант из соматической больницы района. Число коек увеличилось до 150. В каждом отделении (2) были организованы наблюдательные палаты для беспокойных больных, процедурные кабинеты, «инсулиновые палаты». Впервые выделены должности старших медицинских сестер отделений и главной медсестры больницы. В отделениях работало 7 врачей с психиатрическим стажем от 2 до 10 лет.

В этот период стали внедряться в практику лечения психотропные препараты, в первую очередь аминазин (1957 г.), что заметно улучшило лечение больных с тяжелыми формами шизофрении: с гебефренным возбуждением, галлюцинаторно-параноидным состоянием, аффективными расстройствами. Молодые врачи охотно внедряли новые виды лечения и формы обслуживания больных: впервые стал практиковаться контролируемый отпуск больных из стационара в домашние условия для проверки качества достигнутой ремиссии накануне выписки, дни «открытых дверей» в отделениях (врач Л. И. Цинкер). Заметно оживилась общественная работа персонала: спортсмены больницы участвовали в городских соревнованиях, коллектив художественной самодеятельности занимал призовые места на городских и областных смотрах.

В 1955 г. приказом облздравотдела в Заводском районе Новокузнецка была создана областная психиатрическая колония на 300 коек для больных с хроническими затяжными формами психических заболеваний, выраженным психическим дефектом и утраченными социальными связями.

Колония размещалась в 4 бараках каркасно-засыпного типа бывшей больницы МВД для военнопленных осужденных без канализации и водопровода с печным отоплением. В колонию направлялись больные из всех районов Кузбасса, и практически она являлась интернатом для «психических хроников».

Медперсонал колонии составляли медработники бывшей больницы МВД, которыми руководил фельдшер В. И. Костяков, который до 70-х гг. работал в диспансерном психиатрическом отделении.

С назначением главным врачом психокolonии И. С. Туринге в 1956 г. персонал стал обучаться навыкам работы с душевнобольными, проведению симптоматического лечения. Особое внимание уделялось трудотерапии, что позволило использовать остаточную трудоспособность больных на благоустройстве территории, ремонте отделений, строительстве хозяйственных помещений. В районе поселка Чистая Грива силами больных и персонала было создано подсобное хозяйство – свинарник, коровник, овощные огороды, на которых работало до 50 больных. При колонии работала швейная мастерская на 15–20 посадочных мест.

Важнейшим в развитии психиатрической службы города следует считать объединение в 1964 г. городской психиатрической больницы и областной психиатрической колонии в областную психиатрическую больницу № 4 (главный врач И. М. Каленский) с коечным фондом 550 коек.



Главный врач И. М. Каленский (1969—1989)

За сравнительно короткий срок были созданы новая материальная и лечебная базы. В больнице открылись 6 смешанных стационарных отделений, впервые детское – на 80 коек, диспансерное отделение для взрослых с детским кабинетом, клинико-биохимическая лаборатория, физио- и рентгенкабинеты, зубоорудительный кабинет, пищеблок, были расширены ЛТМ, гараж, клуб. Многие помещения строились хозяйственным способом (персоналом и пациентами). Условия для содержания больных и санитарная обстановка значительно улучшились, так как в больнице были проведены центральное отопление, водопровод и канализация.



Поскольку областной больнице № 4 достался значительный груз «невыходных» больных, персонал провел большую работу по выявлению родственных связей, установлению адресов больных и их близких. Часть больных, сохранивших способность проживания вне больничных стен, удалось выписать к родственникам или с согласия близких перевести в другие психиатрические больницы области и за ее пределы. До 80 больных было переведено в спецбригаду совхоза «Сидоровский», где хронически больные работали в полеводстве, на фермах и проживали в специально созданном общежитии под контролем медицинской сестры с периодическим осмотром врача. Штат врачей к 1970 г. вырос до 30 должностей, число коек достигло 750, были открыты кабинеты патопсихолога, психотерапевта. С улучшением диагностики, широким применением психотропных средств, витаминно- и инсулинотерапии, психотерапевтических и реабилитационных методик к 1970 г. удалось увеличить оборот больничной койки до 5 в год, снизить длительность пребы-

вания больного в стационаре со 115 дней в 1964 г. до 91 дня, снизить больничную смертность с 5–6 % в 40-е гг. до 0,63 % в 1970 г., уменьшить частоту повторных поступлений больных в стационар.

Перечисленные показатели были бы недостижимы при отсутствии мощного диспансерного отделения, работающего в едином психиатрическом комплексе. В 1961 г. в районе Нижней колонии города в барачном помещении начал работать психиатрический диспансер, состоящий из 2 врачебных кабинетов, регистратуры, кабинета логопеда, процедурного кабинета. Прием больных велся в одну смену врачами-совместителями стационара по графику. Первым заведующим диспансерным отделением была врач В. П. Александрова, которая сумела наладить статистический учет и отчетность, госпитализацию больных, амбулаторное лечение, была организована работа ВКК. По данным годового отчета за 1962 г., под наблюдением психиатра состояли 8208 больных с различными диагнозами, из них 752 – с шизофренией, 614 – с эпилепсией, 1390 – с хроническим алкоголизмом и алкогольными психозами, 736 – с олигофренией, т. е. количество выявленных больных было довольно большим. Тем не менее говорить о планомерной лечебной и реабилитационной работе с больными не приходится, так как кроме населения Новокузнецка принимались и учитывались больные всего Южно-Кузбасса с населением 1 миллион 400 тысяч человек и не было штатных постоянных врачей в диспансере. Только в 1965 г. на территории областной психиатрической больницы № 4 было построено помещение психиатрического диспансера с просторной регистратурой, 4 кабинетами психиатрического приема, наркологическим, процедурным и логопедическим кабинетами, отдельным помещением для приема детей, кабинетами врачебно-трудовой экспертизы и психотерапии. С 1969 по 1985 г. диспансерным отделением заведовал В. Г. Бондарев.

К 1970 г. был внедрен участковый принцип обслуживания населения города. Сформировался коллектив участковой психиатрической службы из опытных врачей и медицинских сестер больницы. Взрослое население города было разделено на 11 врачебных участков, детское – на 5 участков. И хотя по-прежнему имелся дефицит врачебных кадров, участковый принцип соблюдался неукоснительно. Была внедрена преемственность в наблюдении и продолжении лечения выписанных из стационара больных. Арсенал психотропных средств, в том числе пролонгированного действия, в диспансере был достаточно большой, что позволяло лечить психически больных в домашних условиях, сдерживать повторность госпитализаций в стационар.

В настоящее время взрослое диспансерное отделение (заведующий – Е. Ю. Березин) является самым крупным подразделением больницы (27 врачебных должностей). Качественные показатели лечебно-реабилитационной деятельности достигли высокого уровня, как на фоне средних по России, так и среди психиатрических больниц области. Уровень выявления впервые заболевших в течение последних 10 лет составлял 32–35 на 10 000 населения. К этому показателю приближаются данные по снятию с наблюдения по причине выздоровления или стойкого улучшения (27–30 на 10 000 населения). Высоким в течение 20 лет остается показатель посещения наблюдаемым больным врача – 7–9 раз в году.

Увеличение числа наблюдаемых больных и ограниченные ресурсы стационара требовали внедрения новых форм обслуживания психически больных. В 1973 г. был открыт дневной стационар (ДС) при диспансерном отделении на 25 мест (врач В. С. Ярославцева), к 1983 г. он расширился до 100 мест (с ночным пребыванием 10 больных) и выделился в самостоятельное структурное подразделение. К настоящему времени ДС представляет собой крупное внебольничное подразделение (150 мест, 5 врачебных должностей), эффективно проводящее лечение подострых психотических состояний различной этиологии. Так, в 2012 г. число пролеченных больных достигло 933, в том числе больных шизофренией – 66,4 %.

Мощным реабилитационным звеном являются лечебно-производственные мастерские. Истоки организации ЛПМ относятся к 40–50-м гг. XX века. На сегодняшний день это одни из самых мощных ЛПМ в области (150 мест для амбулаторных больных), где выполняется 12 видов трудовых операций с валовым доходом 7 миллионов рублей в год. Число использованных больных достигает 800–900 в год.

Особо следует сказать об организации детской диспансерной и стационарной психиатрической помощи в Новокузнецке. С 1954 г. при детской поликлинике проводился прием детей психоневрологом Р. Д. Болотинской (на 0,5 ставки), но диспансерная и стационарная помощь детям не оказывалась. С 1955 г. на базе областной психиатрической колонии было развернуто отделение для детей с необратимыми психоневрологическими нарушениями, куда направлялись хронически больные дети из всей области. В 1957 г. на заседании психоневрологического общества города было решено создать детскую психиатрическую службу при городской психиатрической больнице.

Это было поручено невропатологу Е. Ф. Бобовой, врачу высокой профессиональной эрудиции и замечательных душевных качеств. Как психиатр она прошла обучение на кафедре

детской психиатрии в ЦПУ у Г. Е. Сухаревой в 1959 г. Длительное время оставалась единственным детским психиатром Южного Кузбасса. Благодаря ее энтузиазму и настойчивости в 1964 г. было открыто детское отделение при городской психиатрической больнице на 50 коек в малопригодном помещении барачного типа в стороне от основного местонахождения больницы, и лишь в 1967 г. они объединились территориально.

В 1964 г. в больницу была приглашена детский психиатр А. И. Цуренко, которая занялась диспансеризацией детей с психической патологией. В конце 60-х гг. в больницу были приняты детские психиатры М. А. Усольцева, Л. С. Мокроусова, Л. И. Юдина, а позднее А. В. Рудневская, Е. Е. Сухарева. В начале 70-х гг. уже была отлажена работа психиатрического кабинета по участковому принципу с соблюдением преемственности стационарного и амбулаторного лечения. На сегодняшний день психиатрическим стационаром на 80 коек, единственным на юге Кузбасса, руководит ученица Е. Ф. Бобовой И. И. Сахарова, квалифицированный психиатр и умелый организатор лечебно-реабилитационной помощи детям. Психиатрический кабинет в 1986 г. приобрел статус самостоятельного диспансерного отделения с врачебным должностей штатом 8,5.

Период времени 1970—1980 гг. проходил под знаком максимального выявления психической патологии у населения, переноса акцентов психиатрической помощи со стационарного звена на внебольничные подразделения. В это время больница, как и другие психиатрические учреждения области, активно включилась в реализацию медико-реабилитационных программ с помощью «АСУ-психиатрия». Была начата работа по оптимизации и сбалансированию показателей всех звеньев учреждения для достижения конечного результата – возвращение в общество больных, перенесших психическое расстройство, на максимально высоком уровне медицинской реабилитации и ресоциализации. К 1980 г. показатель выявленной первичной заболеваемости достиг 34,4 на 10 000 населения, контингент больных в диспансере вырос до 264,4; при этом кратность наблюдения 1 больного составила 6,3. Число пролеченных в дневном стационаре увеличилось до 772, в СНД – до 507. Около 20 % наблюдаемых контингентов больных ежегодно получали курсы лечения в стационаре, при этом повторность поступления в стационар с ремиссией менее 1 года составила 14,7 %, а процент смертности от числа использованных – 0,24.

Начиная с 1980 г. подразделения больницы постепенно были переведены в новую типовую больницу. Были открыты 9 стационарных смешанных отделений для взрослых и современное детское отделение. Корпуса отделений

и административный блок связаны между собой закрытыми надземными и подземными переходами, прекрасные помещения получили параклинические службы. Конечно, многие помещения в процессе работы пришлось адаптировать к современным требованиям лечения и наблюдения за психически больными. На первом этаже одного из лечебных корпусов было развернуто диспансерное отделение для взрослых, не предусмотренное проектом. Дополнительно был выстроен детский корпус, где разместилось детское диспансерное отделение, расширены лечебно-производственные мастерские с дневным стационаром. К началу 90-х гг. открыто стационарное судебно-психиатрическое отделение на базе СИЗО-2.

С 1989 по 2008 г. больницу возглавлял Г. П. Ширяев. Несмотря на сложные экономические условия, в больнице в тот период были внедрены такие методики лечения, как плазмаферез, лазеротерапия, открыты кабинеты электроэнцефалографии, рефлексотерапии. С 1994 г. больница получила статус «клинической» и лицензирована по категории «А». На ее базе с 1987 г. работает кафедра психиатрии, психотерапии и наркологии Новокузнецкого ГИУВа, благодаря этому проблем с обучением и усовершенствованием врачей учреждения не существует. Все преподаватели кафедры приступали к своей профессиональной деятельности практическими врачами больницы, начиная с первого заведующего – доцента А. Л. Косачева. В коллективе больницы получали первый профессиональный опыт 13 кандидатов медицинских наук, 2 доктора медицинских наук – профессор Г. Т. Красильников, Е. Н. Кривулин, Ю. В. Дроздовский. Практическими врачами больницы опубликовано более 150 работ в различных сборниках и журналах, выступали с сообщениями на профессиональных конференциях различного уровня, в том числе и на съездах психиатрии. Заведующая кафедрой доктор медицинских наук, профессор О. И. Салмина-Хвостова придерживается тесной связи с практической психиатрией.

С 2008 г. руководство больницей осуществляет психиатр с большим клиническим опытом канд. мед. наук Н. Е. Завьялова. Под ее руководством продолжается реформирование службы, внедрение новых организационных форм в лечебный процесс, активное внедрение современных антипсихотиков, организован кабинет профмедосмотров в диспансерном отделении, приемы врачей-психиатров во взрослой и детской общесоматической сети, выполнен капитальный ремонт пищеблока, теплотрассы, кровли, котельной.

На сегодняшний день в больнице трудится большой коллектив – 522 человека, в том числе врачей и медицинских психологов – 65, из них

28 аттестованы по высшей категории, 20 – по первой, 3 – по второй. Численность среднего и младшего медперсонала составляет 364 человека. В последние годы коллектив больницы пополнился молодыми врачами и медицинскими сестрами.

В заключение нельзя не сказать об успешно работающих на сегодняшний день ветеранах. 40 и более лет отдали психиатрии заместители главного врача И. А. Камбалина, В. Г. Бондарев, Ю. Н. Сахаров; заведующие отделениями Л. В. Кубышкина, Л. Г. Мурашова, Н. В. Беляева, И. И. Сахарова; врачи-психиатры М. А. Усольцева, М. Л. Любовская, Н. В. Петренко, Т. Г. Галат, О. Т. Миронова, Т. Б. Дергунова, Г. А. Белецкая; медицинские сестры Э. А. Абрамова, Г. Н. Кузнецова, Г. П. Сафонова, З. С. Гарнак, Е. Г. Русяева, Т. П. Никитина, Т. П. Пономарева и др. С 1976 г. трудится в больнице медицинский психолог И. Н. Макарова, с 1975 г. – заведующая клинической лабораторией Л. М. Ятманова. Многие ветераны, ушедшие на заслуженный отдых, не прерывают связи с родным коллективом: врачи В. Д. Абросимов, Л. И. Цинкер; медицинские сестры Т. Ф. Ананьина, М. С. Третьякова, М. А. Прошкина. Эти люди составляют «золотой» фонд больницы, их опыт и знания служат базой для профессионального роста молодого поколения медицинских работников.

УДК 616.89(09)(571.17)

ББК Р64

КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И НАРКО- ЛОГИИ НОВОКУЗНЕЦКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО ИНСТИТУТА УСОВЕРШЕН- СТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Салмина-Хвостова О. И.*

ГБОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ» Минздрава России
654005, Новокузнецк, пр. Строителей, 5

Начало истории кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии ГБОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ» Минздрава России можно датировать 1976 г., когда при кафедре нервных болезней на базе городской психиатрической больницы № 12 стали проводиться циклы для врачей-курсантов по наркологии. В 1979 г. образован доцентский курс психиатрии. В 1987 г. курс психиатрии был реорганизован в кафедру психиатрии и наркологии, которая в 1992 г. дала жизнь двум коллективам: кафедре психиатрии и кафедре психотерапии, наркологии и медицинской психологии. В 2009 г. кафедры были объединены в кафедру психиатрии, психотерапии и наркологии.



В организацию и становление кафедры значительный вклад внесли талантливые врачи-организаторы: главный врач Новокузнецкой психиатрической больницы № 12 И. М. Каленский, первый заведующий курсом к. м. н. А. Л. Косачев, к. м. н., доцент В. А. Кубасов, д. м. н., профессор Ю. В. Дроздовский. В настоящее время кафедру возглавляет д. м. н., профессор Ольга Ивановна Салмина-Хвостова.

* Салмина-Хвостова Ольга Ивановна, д.м.н., проф., зав. каф. психиатрии, психотерапии и наркологии. Тел.: (3843) 455601; факс: 8(3843)454219. E-mail: Olga997006@rambler.ru



Коллектив кафедры (нижний ряд): к. м. н., доцент П. Н. Москвитин, заведующая кафедрой (в центре), к. м. н., доцент А. Н. Басов, ассистент А. И. Ковылин, ассистент Н. И. Любичева, ассистент Д. В. Зяблицев, ординаторы, интерны, врачи-курсанты (верхний ряд). За последние 5 лет на кафедре прошли обучение более тысячи курсантов из разных регионов и городов России (Республика Алтай, Республика Тыва, Республика Хакасия, Алтайский край, города Томск, Тюмень, Сочи, Сургут) и врачи и средний медицинский персонал практически из всех городов Кемеровской области. По мере необходимости организуются выездные циклы.

На кафедре проводится обучение врачей по трем специальностям: «Психиатрия», «Психиатрия-наркология», «Психотерапия». Подготовлено для работы в практическом здравоохранении 17 интернов и 11 ординаторов.

Сотрудниками кафедры разработаны учебно-методические комплексы по следующим направлениям: 1) обучению интернов и ординаторов по специальностям «психиатрия» и «психиатрия-наркология»; 2) профессиональной переподготовке кадров (ПП); 3) общему усовершенствованию (ОУ); 4) тематическому усовершенствованию (ТУ); 5) обучению средних медицинских работников.

Клинической базой кафедры является ГБУЗ КО «Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница», которой в 2013 г. исполняется 75 лет.

Определено основное научное направление, разрабатываемое в последние годы, – «Клинико-динамические, реабилитационные особенности, превенция при психических расстройствах и расстройствах поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ, и при аффективных расстройствах».

За время существования кафедры защищено 12 диссертаций, в том числе 2 докторских, опубликовано 3 монографии, более 50 статей в журналах ВАК РФ, получено 20 патентов на изобретения.

Разработано более 40 учебно-методических пособий и рекомендаций, часть из которых утверждено на уровне Департамента здравоохранения Администрации Кемеровской области. Внедрено в практическую деятельность медицинских учреждений 6 рационализаторских предложений.

Сотрудники кафедры имеют ведомственные и областные награды и к 85-летию института были отмечены очередными грамотами и медалями. Преподаватели кафедры принимали участие в конгрессах Международного (Москва, Санкт-Петербург), Национального (Москва), Всероссийского (Москва) уровней, научно-практических конференциях с международным участием (Новокузнецк, Томск), межрегиональных научно-практических конференциях (Кемерово, Томск, Барнаул, Пенза, Тюмень, Новосибирск) на Международном форуме (Самара).

ИНФОРМАЦИЯ

Информация о конференциях, проведённых ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» СО РАМН в марте – апреле 2013 г.

В Томске 5—6 марта 2013 г. состоялась Третья Всероссийская конференция с международным участием «Современные проблемы биологической психиатрии и наркологии». Организаторы конференции: Российская академия медицинских наук, Сибирское отделение Российской академии медицинских наук, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Томский научный центр» Сибирского отделения Российской академии наук. Сопредседатели конференции: академик РАМН В. Я. Семке, вице-президент РАМН, академик РАМН Л. И. Афтанас, академик-секретарь РАМН, академик РАМН В. П. Чехонин, член-корреспондент РАН С. Г. Псахье.

Конференция была посвящена фундаментальным проблемам биологической психиатрии и наркологии, для обсуждения которых в Томск приехали делегаты от всех научно-исследовательских учреждений России, занимающихся проблемами психиатрии и наркологии (ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, Москва, ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» МЗ РФ, ФГБУ «ГНЦССП им. В. П. Сербского» МЗ РФ, Москва, СПб НИИПНИ им. В. М. Бехтерева МЗ РФ, Санкт-Петербург, ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, Москва); сотрудники кафедр психиатрии, наркологии и психотерапии вузов Томска, Новосибирска, Кемерово, Красноярска, Барнаула, Иркутска, Сургута, Екатеринбурга, Омска, Тюмени, Челябинска, Читы; делегаты от НИИ СО РАМН, Новосибирска (ФГБУ «НИИ физиологии», ФГБУ «НИИМББ», ФГБУ «НИИ клинической иммунологии»), учреждений РАН (ФГБУН «ТНЦ» СО РАН, Томск; ФГБУН «Институт цитологии и генетики» СО РАН, Новосибирск; ФГБУН «ИХБФМ» СО РАН, Новосибирск). Международный статус конференции придавала делегация из Нидерландов и Бельгии, в адрес конференции направили свои материалы исследователи Украины (Донецк), Республики Казахстан (Алматы), Республики Узбекистан (Ташкент). Всего в работе конференции приняли участие более 250 ведущих ученых, молодых исследователей, студентов.

В течение 2 дней работы участники конференции заслушали и обсудили 55 устных и 29 стендовых докладов, итоги работы подведены на заседании Круглого стола. Материалы конференции опубликованы в журнале «Сибирский вестник психиатрии и наркологии» (2013. № 3) и сборнике тезисов «Современные проблемы биологической психиатрии и наркологии» (2013. Вып. 3).

На пленарном заседании были представлены современные данные по фундаментальным и клиническим аспектам биологической психиатрии и наркологии. С докладами выступили профессор М. Г. Узбеков (ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» МЗ РФ), профессор Т. П. Ключник (ФГБУ «НЦПЗ» СО РАМН, Москва), профессор С. А. Иванова (ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, Томск), профессор Т. П. Ветлугина (ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, Томск). На симпозиуме 1 «Биологические исследования психических расстройств: итоги и перспективы международного сотрудничества» (SYMPOSIUM 1 «Biological studies of mental disorders: results and prospects of international cooperation») были представлены 8 докладов на английском языке, вызвавшие активное обсуждение участниками конференции.

6 марта ведущим ученым университета Гронингена (Нидерланды) профессором А. Луненом (Anton J. M. Loonen) была прочитана лекция «Нейробиологические механизмы ангедонии». Также состоялись симпозиум 2 «Психонейроиммунология (клинические и экспериментальные аспекты)», симпозиум 3 «Молекулярно-биологические, молекулярно-генетические, нейрофизиологические основы психических расстройств и болезней зависимости» и симпозиум 4 «Проблемы совершенствования методов профилактики, диагностики, прогноза течения и терапии психических расстройств и болезней зависимости». На стендовой сессии конференции были отражены результаты исследований ведущих и молодых ученых по клинико-иммунологическим, молекулярно-биологическим, молекулярно-генетическим, социально-биологическим аспектам психических расстройств и болезней зависимости. Авторы 3 докладов из Тюмени, Томска, Гронингена были отмечены дипломами и памятными подарками.

В заключении конференции был проведен Круглый стол, на котором подведены итоги конференции и коллегиально определены перспективы междисциплинарной, межотраслевой и международной кооперации фундаментальных и прикладных исследований в психиатрии и наркологии. С оценкой работы конференции и предложениями по дальнейшему сотрудничеству выступили В. Я. Семке (ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, Томск), Н. А. Ратахин (ФГБУН «ТНЦ» СО РАН, Томск), Н. А. Бохан (ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, Томск), П. П. Балашов (ГБОУ ВПО «СибГМУ» МЗ

РФ, Томск), Т. Г. Амстиславская (ФГБУН «Институт цитологии и генетики» СО РАН, Новосибирск), Т. П. Ветлугина (ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, Томск), Г. В. Идова (ФГБУ «НИИ физиологии» СО РАМН, Новосибирск), С. А. Иванова (ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, Томск), Т. П. Ключник (ФГБУ «НЦПЗ» СО РАМН, Москва), В. М. Востриков (ФГБУ «НЦПЗ» СО РАМН, Москва), Е. В. Борисова (ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, Москва), Л. Н. Горобец (ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» МЗ РФ, Москва), М. Г. Узбеков (ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» МЗ РФ, Москва), Anton J. M. Loonen (University of Groningen, The Netherlands), Jakob Korf (University of Groningen, The Netherlands), Kris Goethals (University of Antwerp, Belgium).

Обсуждены предварительные соглашения о научном сотрудничестве НИИПЗ СО РАМН с институтами РАМН, РАН и университетом Гронингена (Нидерланды).

*Участник конференции
д. м. н. Т. И. Невидимова*

2—3 апреля 2013 г. в Новокузнецке состоялась межрегиональная научно-практическая конференция «Пограничные нервно-психические расстройства в Сибирском регионе (онтогенетические аспекты)», посвящённая 75-летию Новокузнецкой клинической психиатрической больницы и 85-летию Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей. Конференция проводилась в санатории «Шахтер», который расположен в Зенковском парке в Прокопьевском районе на берегу живописного пруда.

Конференция была посвящена памяти Валентина Яковлевича Семке, академика РАМН, Заслуженного деятеля науки РФ, доктора медицинских наук, профессора, который в течение 26 лет возглавлял научно-исследовательский институт психического здоровья Сибирского отделения РАМН. На этом научном форуме присутствовало более 100 человек (врачи психиатры, психиатры-наркологи, психотерапевты, психологи, врачи общей врачебной практики) из разных регионов и городов страны и из Кемеровской области (Кемерово, Белово, Гурьевск, Киселёвск, Прокопьевск, Анжеро-Судженск, Мыски, Междуреченск, Ленинск-Кузнецкий, Таштагол, Калтан, Новокузнецк, Красноярск, Алтайский край, Республика Алтай, Омск, Новосибирск, Томск, Москва).

С приветственным словом к участникам конференции обратились Н. А. Бохан (врио директора НИИ психического здоровья СО РАМН, профессор, Заслуженный деятель науки РФ, член-корреспондент РАМН, Томск); Б. Д. Цыганков (зав. кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФПДО МГМСУ Минздрава России, д. м. н., профессор, Заслуженный врач РФ, Лауреат премии Правительства в области науки и техники, главный психиатр Москвы); А. Л. Онищенко (профессор, д. м. н., проректор по научной работе ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России); С. А. Коробкин (начальник Управления здравоохранения Администрации г. Прокопьевска, к. м. н.); А. П. Лянкус (Генеральный директор ОАО «Органика»); В. В. Старченко (Генеральный директор ООО санатория «Шахтёр»). Была отмечена важность проводимого мероприятия для развития психиатрии и наркологии.

В пленарной лекции И. Е. Куприяновой (Томск) были представлены теоретико-методологические аспекты онтогенетического анализа психического здоровья населения Сибири. Б. Д. Цыганков (Москва) раскрыл клинические проявления посттравматического стрессового расстройства. Н. А. Бохан (Томск) осветил взаимосвязь психосоматических и аддитивных паттернов формирования зависимости в аспекте профилактики. В. А. Сорокина (Кемерово) сделала сообщение на тему: «Оказание психиатрической помощи в Кемеровской области: задачи и перспективы».

Первая пленарная сессия была посвящена широкому ряду вопросов: системный подход к организации психиатрической помощи; наркология и вызовы современности; терапия когнитивных нарушений при ассоциированных формах алкогольной зависимости; зависимое поведение как универсальный патопсихологический конструкт; клинко-патобиологические основы развития психических заболеваний у детей и подростков; алкогольная болезнь печени во взаимосвязи с количественной характеристикой

потребления алкоголя (диагностика, лечение); клинко-эпидемиологические и социальные детерминанты в изучении психического здоровья населения.

Большой интерес у участников конференции вызвал доклад Т. Ю. Грачёвой (Кемерово) «Правовые медицинские риски: доказательная медицина в психиатрии».

*Участник конференции д. м. н.,
профессор О. И. Салмина-Хвостова*

**Научно-практический
рецензируемый журнал**

**Сибирский вестник
психиатрии и наркологии.
2013. № 3 (78).**

**Входит в Перечень ведущих научных журналов и изданий, выпускаемых
в Российской Федерации, в которых должны быть опубликованы основные
научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора наук**

Оригинал-макет журнала (2013. № 3) подготовлен
в ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН
выпускающим редактором И. А. Зеленской

**Подписано к печати 31.05.2013 г.
Формат 60х84_{1/8}. Печать офсетная.
Бумага мелованная. Гарнитура «Arial».
Печ. л. 10,75; усл. печ. л. 10,0; уч.-изд. л. 9,61.
Тираж 1000 экз. Заказ № 13392.
Цена договорная**

**Тираж отпечатан в типографии «Иван Фёдоров»
634026, г. Томск, ул. Розы Люксембург, 115/1
Тел.: (3822)78-80-80, тел./факс: (3822)78-30-80
E-mail: mail@if.tomsk.ru**