

**ISSN 1810-3111**

# **СИБИРСКИЙ ВЕСТНИК ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ**

**Биологические исследования**

**Клиническая психиатрия**

**Клиническая наркология**

**Детско-подростковая психиатрия**

**Пенитенциарная психиатрия**

**Психосоматические расстройства**

**Организация психиатрической помощи**

**2013. № 4 (79).**

**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 . № 4 ( 79 ).

### Учредитель :

Российская Академия медицинских наук  
Сибирское отделение  
ФГБУ НИИ психического здоровья

### РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

член-корреспондент РАМН **Н. А. Бохан**  
(главный редактор)  
профессор **А. В. Семке**  
(заместитель главного редактора)  
профессор **С. А. Иванова**  
(заместитель 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 **И. Е. Куприянова**  
профессор **А. И. Мандель**  
профессор **Л. Д. Рахмазова**  
профессор **М. И. Рыбалко**  
профессор **А. М. Селедцов**  
докт. мед. наук **А. В. Солонский**  
докт. психол. наук **И. Я. Стоянова**  
профессор **Е. Д. Счастный**  
профессор **И. Г. Ульянов**

### РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

<b>А. П. Агарков</b>	Томск
<b>Л. И. Афтанас</b>	Новосибирск
<b>А. С. Бобров</b>	Иркутск
<b>В. Л. Дресвянников</b>	Новосибирск
<b>Г. В. Залевский</b>	Томск
<b>Н. Н. Иванец</b>	Москва
<b>А. Л. Катков</b>	Казахстан
<b>З. И. Кекелидзе</b>	Москва
<b>Ц. П. Короленко</b>	Новосибирск
<b>В. Н. Краснов</b>	Москва
<b>В. Мантлер</b>	Германия
<b>Н. Г. Незнанов</b>	Санкт-Петербург
<b>В. Э. Новиков</b>	Кемерово
<b>А. А. Овчинников</b>	Новосибирск
<b>Ю. В. Попов</b>	Санкт-Петербург
<b>Г. Рихтер</b>	Германия
<b>Н. Сарториус</b>	Швейцария
<b>А. Б. Смулевич</b>	Москва
<b>А. А. Сумароков</b>	Красноярск
<b>Р. С. Тазлова</b>	Якутск
<b>А. С. Тиганов</b>	Москва
<b>С. М. Уманский</b>	Тюмень
<b>Д. Ф. Хритинин</b>	Москва
<b>Б. Д. Цыганков</b>	Москва
<b>Л. Эрдэнэбаяр</b>	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  
2 0 1 3 . № 4 ( 7 9 ).

## Founders:

Russian Academy of Medical Sciences  
Siberian Branch  
Mental Health Research Institute

## EDITORIAL BOARD

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

## EDITORIAL COUNCIL

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

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: tomsk institute.mental-health.ru.

## СО Д Е Р Ж А Н И Е

## БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

<b>Молочников В. О., Хасина М. А., Хасина М. Ю., Ульянов И. Г.</b> (Владивосток) СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАЖА ХРОНИЧЕСКОЙ НАРКОТИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ .....	5
---	---

## КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

<b>Аксенов М. М., Гычев А. В., Белокрылова М. Ф., Семке В. Я., Ветлугина Т. П., Никитина В. Б., Перчаткина О. Э., Рудницкий В. А., Левчук Л. А., Костин А. К.</b> (Томск) СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ И ДЕЗАДАПТАЦИЯ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ (ИТОГИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕМЫ НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009—2012 гг.) .....	11
<b>Семке А. В., Ветлугина Т. П., Рахмазова Л. Д., Иванова С. А., Счастный Е. Д., Федоренко О. Ю., Лобачева О. А., Гуткевич Е. В., Корнетова Е. Г., Даниленко О. А.</b> (Томск) БИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ШИЗОФРЕНИИ (ИТОГИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕМЫ НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009—2012 гг.) .....	18
<b>Лукьянова Е. В., Бохан Н. А.</b> (Томск) ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ У ПАЦИЕНТОК С ИСТЕРИЧЕСКИМ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОМ ..	26
<b>Зинчук М. С., Семке А. В.</b> (Томск) ВЛИЯНИЕ НЕГАТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ НА ДИНАМИКУ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ .....	34

## КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

<b>Мандель А. И., Артемьев И. А., Ветлугина Т. П., Иванова С. А., Невидимова Т. И., Прокопьева В. Д., Аболонин А. Ф., Шушпанова Т. В.</b> (Томск) БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ, КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА АДДИКТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ В РАЗЛИЧНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ГРУППАХ (ИТОГИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕМЫ НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009—2012 ГГ.) ...	40
<b>Кривулин Е. Н., Мингазов А. Х., Анкудинова И. Э.</b> (Челябинск, Новосибирск) КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА И ТЕРАПИЯ АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА .....	49
<b>Сахаров А. В., Говорин Н. В., Немцов А. В.</b> (Чита, Москва) ВЛИЯНИЕ СЕЗОННЫХ МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ АЛКОГОЛЬНЫМИ ПСИХОЗАМИ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ .....	53
<b>Мингазов А. Х., Кривулин Е. Н., Анкудинова И. Э., Асланбекова Н. В.</b> (Челябинск, Новосибирск, Павлодар) ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ АЛКОГОЛИЗМА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ПРИ РАННЕМ И ПОЗДНЕМ НАЧАЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ .....	60

## ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

<b>Куприянова И. Е., Рахмазова Л. Д., Агарков А. А., Стоянова И. Я., Солонский А. В., Гуткевич Е. В., Дашиева Б. А., Карауш И. С., Скороходова Т. Ф., Погорелова Т. В., Чернышева К. Г.</b> (Томск) ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ИНВАЛИДИЗИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РЕГИОНЕ СИБИРИ И ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА (ИТОГИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕМЫ НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009—2011 ГГ.) .....	63
--	----

## ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ ПСИХИАТРИЯ

<b>Корзун Д. Н., Ткаченко А. А.</b> (Москва) НАРУШЕНИЯ УРОВНЕЙ РЕГУЛЯЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЮРИДИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ОГРАНИЧЕННОЙ ДЕЕСПОСОБНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ .....	68
<b>Бецков А. С., Кривулин Е. Н., Юркина Н. В., Асланбекова Н. В.</b> (Челябинск, Павлодар) ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДОГЕНЕЗА ПРИ АДДИКТИВНЫХ СОСТОЯНИЯХ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНОЙ ИЗОЛЯЦИИ .....	73

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

<b>Петрова Н. Н., Чумаков Е. М., Позняк А. Л., Сидорчук С. Н.</b> (Санкт-Петербург) ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ .....	78
---	----

## ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

<b>Волчкова Т. Ф., Дудкина О. В.</b> (Омск, Краснодар) ОРГАНИЗАЦИЯ АКТИВНОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СРЕДЫ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ .....	82
--	----

<b>C O N T E N T S</b>	
<b>BIOLOGICAL RESEARCH</b>	
<b>Molochnikov V. O., Khasina M. A., Khasina M. Yu., Ulyanov I. G.</b> (Vladivostok) ANTIOXIDATIVE PROTECTION SYSTEM ACTIVITY DEPENDS ON DURATION OF CHRONIC NARCOTIC INTOXICATION .....	5
<b>CLINICAL PSYCHIATRY</b>	
<b>Aksenov M. M., Gychev A. V., Belokrylova M. F., Semke V. Ya., Vetlugina T. P., Nikitina V. B., Perchatkina O. E., Rudnitsky V. A., Levchuk L. A., Kostin A. K.</b> (Tomsk) STRESS RESISTANCE AND DESADAPTATION IN NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS (RESULTS OF COMPLEX THEME OF RESEARCH WORK OF Mental Health Research Institute SB RAMSCI, 2009—2012) .....	11
<b>Semke A. V., Vetlugina T. P., Rakhmazova L. D., Ivanova S. A., Schastnyy E. D., Fedorenko O. Yu., Lobacheva O. A., Gutkevich E. V., Kornetova E. G., Danilenko O. A.</b> (Tomsk) BIOLOGICAL AND CLINICAL-SOCIAL MECHANISMS OF DEVELOPMENT OF SCHIZOPHRENIA (RESULTS OF COMPLEX THEME OF RESEARCH WORK OF MENTAL HEALTH RESEARCH INSTITUTE SB RAMSCI, 2009—2012) .....	18
<b>Lukyanova E. V., Bokhan N. A.</b> (Tomsk) INTERRELATIONSHIP OF NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS WITH CLIMACTERIC MANIFESTATIONS IN FEMALE PATIENTS WITH HYSTERIC SYMPTOM COMPLEX .....	26
<b>Zinchuk M. S., Semke A. V.</b> (Tomsk) INFLUENCE OF NEGATIVE SYMPTOMS ON DYNAMIC OF SOCIAL STATUS OF PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA .....	34
<b>CLINICAL ADDICTION PSYCHIATRY</b>	
<b>Mandel A. I., Artemyev I. A., Vetlugina T. P., Ivanova S. A., Nevidimova T. I., Prokopyeva V. D., Abolonin A. F., Shushpanova T. V.</b> (Tomsk) BIOLOGICAL PREDICTORS, CLINICAL-PATHOGENETIC MECHANISMS OF FORMATION AND PREVENTION OF ADDICTIVE STATES IN VARIOUS SOCIAL GROUPS .....	40
<b>Krivulin E. N., Mingazov A. Kh., Ankudinova I. E.</b> (Chelyabinsk, Novosibirsk) BIOLOGICAL PREDICTORS, CLINICAL-PATHOGENETIC MECHANISMS OF FORMATION AND PREVENTION OF ADDICTIVE STATES IN VARIOUS SOCIAL GROUPS .....	49
<b>Sakharov A. V., Govorin N. V., Nemtsov A. V.</b> (Chita, Moscow) INFLUENCE OF WEATHER CONDITIONS ON THE INCIDENCE OF ALCOHOLIC PSYCHOSES IN CHITA .....	53
<b>Betskov A. S., Krivulin E. N., Yurkina N. V., Aslanbekova N. V.</b> (Chelyabinsk, Pavlodar) PATHOPSYCHOLOGICAL TRAITS OF SUICIDOGENESIS IN ADDICTIVE STATES IN PERSONS AT YOUNG AGE UNDER CONDITIONS OF SOCIAL ISOLATION .....	60
<b>CHILD-ADOLESCENT PSYCHIATRY</b>	
<b>Kupriyanova I. E., Rakhmazova L. D., Agarkov A. A., Stoyanova I. Ya., Solonsky A. V., Gutkevich E. V., Dashieva B. A., Karaush I. S., Skorokhodova T. F., Pogorelova T. V., Chernysheva K. G.</b> (Tomsk) MENTAL HEALTH OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH DISABLING DISEASES IN REGION OF SIBERIA AND FAR EAST (RESULTS OF COMPLEX THEME OF SCIENTIFIC RESEARCH OF «Mental Health Research Institute» SB RAMSCI, 2009—2011) .....	67
<b>PENITENTIARY PSYCHIATRY</b>	
<b>Korzun D. N., Tkachenko A. A.</b> (Moscow) DISTURBANCES OF LEVELS OF ACTIVITY REGULATION AND JURIDICAL CRITERION OF LIMITED LEGAL CAPACITY AS A CONSEQUENCE OF MENTAL DISORDERS .....	68
<b>Mingazov A. Kh., Krivulin E. N., Ankudinova I. E., Aslanbekova N. V.</b> (Chelyabinsk, Novosibirsk, Pavlodar) RISK FACTORS OF FORMATION OF ALCOHOLISM IN MEN AND WOMEN OF LATER AGE GROUPS DURING EARLY AND LATE ONSET OF DISEASE .....	73
<b>PSYCHOSOMATIC DISORDERS</b>	
<b>Petrova N. N., Chumakov E. M., Poznyak A. L., Sidorchuk S. N.</b> (Saint-Petersburg) MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH THE UROGENITAL CHLAMYDIAL INFECTION .....	78
<b>ORGANIZATION OF PSYCHIATRIC HELP</b>	
<b>Volchkova T. F., Dudkina O. V.</b> (Omsk, Krasnodar) ORGANIZATION OF ACTIVE THERAPEUTIC ENVIRONMENT IN A DAY HOSPITAL .....	82

# БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.89-008.441.13:616-008.9

ББК Р645.021

## СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАЖА ХРОНИЧЕСКОЙ НАРКОТИЧЕ- СКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Молочников В. О.\*, Хасина М. А.,  
Хасина М. Ю., Ульянов И. Г.

ГБОУ ВПО «Тихоокеанский ГМУ» МЗ РФ  
690002, Владивосток, пр. Острякова, 2

На фоне хронической интоксикации психоактивными веществами в организме формируется ряд метаболических изменений, играющих ведущую, зачастую универсальную, роль в патогенезе и танатогенезе многих различных по этиологии патологических состояний. Одним из таких ведущих метаболических нарушений является усиление свободнорадикального окисления. Во всех исследуемых группах нарастает картина оксидативного стресса, связанная с нарушением прооксидантно-антиоксидантного соотношения, прогрессирующей недостаточностью работы системы антиоксидантной защиты, увеличением концентрации продуктов нарушенного метаболизма. В крови обследуемых лиц определяли активность антиоксидантных ферментов: супероксиддисмутазы, каталазы, глутатионпероксидазы, глутатионредуктазы и концентрацию восстановленного глутатиона, а также показатели перекисного окисления липидов и общей концентрации перекиси в плазме. **Ключевые слова:** наркотики, антиоксидантная система, перекисное окисление липидов, оксидативный стресс, соматическая патология.

**ANTIOXIDATIVE PROTECTION SYSTEM ACTIVITY DEPENDS ON DURATION OF CHRONIC NARCOTIC INTOXICATION. Molochnikov V. O., Khasina M. A., Khasina M. U., Ulyanov I. G. Pacific State Medical University. 2, Ostryakova av., Vladivostok, Russia, 690002.** A number of metabolic disorders in drug addicted patients is caused by chronic psychoactive drug intoxication. Most of these changes play leading role in the pathogenesis and thanatogenesis of many conditions that may largely differ from each other aetiologically. One of these serious metabolic disturbances is an increased free-radical cell oxidation. All groups studied are showing the growth of the oxidative stress, reportedly related to: disorders of the pro- and anti-oxidative proportion; growing anti-oxidative system failure; and boost of the concentration of metabolic agents. The activity of anti-oxidative enzymes and the concentration of reduced glutathione along with lipid peroxidation factors and common peroxide plasma concentration has been examined in samples of blood taken from patients. The enzymes were superoxide dismutase, catalase, glutathione peroxidase, glutathione reductase. **Key words:** narcotics, anti-oxidative system, lipid peroxidation, oxidative stress, somatic pathology. Molochnikov Vladimir Olegovich, post-graduate student; Department of Psychiatry. Phone: (423)2714904. E-mail: vlad\_s\_miom@mail.ru

\* Молочников Владимир Олегович, аспирант каф. психиатрии. Тел.: (423)2714904, e-mail: vlad\_s\_miom@mail.ru

**Введение.** В современных условиях возрастает вклад наркоманий в проблему депопуляции населения, роста преступности и угрозы национальной безопасности страны [19, 25]. В РФ на начало 2010 г. численность учтенного наркологического контингента составляет 2,3 % от общей численности населения с опережающим ростом больных среди женщин (на 8,3 % за последние 5 лет). 16,6 % приходится на больных наркоманией и злоупотребляющих наркотиками; среди общего числа наркологических пациентов преобладают лица с опийной зависимостью (87,5 %). Превалентность опиоидной наркомании за 5 лет возросла на 4,3 %; уровень злоупотребления ПАВ среди подростков достиг 1,7 %. Возрастает количество несовершеннолетних наркозависимых с двойным диагнозом (наркомания + алкоголизм) [2], имеет место рост женского наркотизма [24].

Формирование наркомании как болезни представляет процесс, который клинически выражается проявлением наркоманических синдромов и осложнений хронической интоксикации в психической и соматоневрологической сферах. Наркомания относится к заболеваниям с постепенно утяжеляющимся, ускоряющимся, прогрессивным течением. В развитии болезни можно выделить несколько этапов, предложенных в 1994 г. И. Н. Пятницкой – этап злоупотребления наркотиком, продром болезни и три этапа наркоманической зависимости. Каждый этап охарактеризован с позиций частоты, регулярности, длительности, способа потребления наркотика, физического и психического самочувствия, формирования абстинентного синдрома [18]. При анализе литературы [8, 20, 31] мы обнаружили, что практически отсутствуют работы, касающиеся характеристики метаболических нарушений, развивающихся при хронической наркотической зависимости.

Вместе с тем анализ смертности больных наркоманией показал, что на долю соматической патологии приходится 30 %, в то время как гибель от передозировки составляет около 20 %, а психическое (наркологическое) заболевание как основная причина летальности отмечена лишь в 0,5–0,6 % случаев [15, 20]. Сведения о причинах смерти больных наркоманией в связи с болезнями внутренних органов, приводимые в специальной литературе, ограничены и нередко противоречивы. Среди них преобладают туберкулез легких – 11,3 %, пневмонии – 30 %, инфекционные и паразитарные заболевания – 59,3 %, септическая интоксикация – 7,5 %, сердечно-сосудистая недостаточность – 5,6 %, печеночная недостаточность – 3,7 %, нарушение мозгового кровообращения – 3,7 %. [6–9, 16, 17, 20, 21]. Актуальным ответом на клинический запрос явились исследования иммуногематологических характеристик больных

опийной наркоманией на этапах синдрома отмены [10] и механизмов психонейроиммунотуляции в комплексных иммунобиологических исследованиях аддиктивных расстройств с разработкой стратегий иммунокоррекции [14, 16, 19].

Большое значение при злоупотреблении психоактивными веществами придается роли перекисного окисления липидов (ПОЛ) и возможностям метаболической коррекции сопряженных с ним нарушений [5]. ПОЛ в наибольшей степени изучено при хронической алкогольной интоксикации, в том числе во взаимосвязи с процессами апоптоза [3] и механизмами реализации повреждающих эффектов этанола на уровне клеток [23]. Это определило актуальность изучения и применения широкого спектра антиоксидантных мероприятий в комплексной терапии системных нейровисцеральных проявлений у данной категории больных [4, 19, 28] с обсуждением возможности экстраполяции указанных подходов для изучения осложнений опиоидной наркоманией [32].

Продуктами перекисного окисления липидов служат гидроперекиси липидов, спирты, альдегиды, малоновый и другие диальдегиды. В малых концентрациях продукты ПОЛ оказывают физиологическое действие и необходимы для регуляции проницаемости клеточных мембран, стабильности липопротеиновых комплексов [12]. В норме ПОЛ поддерживается на физиологическом, сбалансированном уровне благодаря антиоксидантной системе (АОС). Ведущая составляющая АОС – ферменты, которые нейтрализуют токсические продукты и свободные радикалы. К ним относятся супероксиддисмутаза (СОД), глутатионпероксидаза (ГП), каталаза. Все перечисленные ферменты являются металлозависимыми, в частности кофакторами СОД являются Cu, Zn, Mn [30], Se входит в состав ГП, Fe – каталазы. Ранее в наших исследованиях показана выраженная корреляция изменений активности ферментов АОС и биоэлементного состава крови у лиц с наркотической зависимостью (НЗ) [22].

Однако в том случае, если организм человека находится в состоянии постоянной интоксикации – как, например, при хронической наркотизации, данная система не способна компенсировать избыточную генерацию активных форм кислорода (АФК), что вызывает закономерное повреждение структуры и функции жизненно важных органов: печени, почек, легких, сердца, мозга. Например, нарушение метаболических функций легких, происходящее на фоне наркотической интоксикации, как показано в работах, выполненных ранее на кафедре биологической химии ТГМУ, характеризуется значительной активацией процессов ПОЛ и снижением антирадикальной активности [7].

Одним из составляющих моментов в действии самых разных экстремальных и патогенных факторов, таких как, гипоксия, воспалительные и аутоиммунные процессы, токсическое действие многих ксенобиотиков, в частности наркотических веществ, является окислительный стресс [11], степень которого обусловлена резкой интенсификацией процессов свободно-радикального окисления и снижением резерва антиоксидантной защиты, что также приводит к значительному накоплению АФК. Органические пероксиды и гидроперекиси являются первыми продуктами реакций, происходящих между клеточными компонентами и свободными радикалами (СР). Существует прямая зависимость между присутствием СР и циркулирующими биологическими пероксидами, определение которых, позволяет оценить окислительный статус [14].

Исходя из вышесказанного, крайне интересным становится исследование процессов ПОЛ, активности ферментов АОС человека в условиях хронической наркотизации.

**Цель** исследования – выявление динамики показателей перекисного окисления липидов и активности ферментов антиоксидантной защиты у больных с наркотической аддикцией в зависимости от длительности заболевания.

**Материал и методы.** Исследование проводили в соответствии с требованиями Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации об этических принципах проведения медицинских исследований с участием людей в качестве объектов. После получения информированного согласия было обследовано 120 человек. В группу лиц с наркотической зависимостью (НЗ) вошло 80 человек в возрасте от 18 до 40 лет, мужского пола, которые находились в 2010–2012 гг. в отделении лечения наркоманий Приморского краевого наркологического диспансера. Диагноз «Синдром отмены опиоидов, неосложненный. Синдром зависимости от опиоидов, систематическое употребление, средняя стадия» (F11.30, F11.25.2), устанавливали на основании анамнеза, клинко-лабораторных данных в соответствии с МКБ-10. Пациенты были разделены на группы: в I группе (n=20) находились пациенты со стажем употребления героина от 1 до 5 лет; II группа (n=20) – пациенты со стажем наркотической зависимости 1–10 лет; III группа (n=20) – пациенты со сроком употребления 1–15 лет, IV группа (n=20) – лица с наркотической аддикцией более 15 лет. Доза составляла от 0,5 до 5 г/сутки. В целях дифференцировки с возрастными изменениями метаболизма у лиц с НЗ разница в среднем возрасте пациентов между группами не превышала 5 лет (I группа – 28,74±1,74 года, II группа – 29,53±1,24 года, III группа – 30,82±1,62 года, IV группа – 33,92±1,28 года). Группы кон-

троля составляли 40 практически здоровых лиц мужского пола в возрасте от 18 до 28 лет. Отбор в группу проводили среди студентов Тихоокеанского ГМУ по результатам анкетирования. Критерии отбора включали полное отсутствие профессиональных вредностей у обследуемого и его родителей, каких-либо проявлений патологии внутренних органов на момент обследования, хронических и наследственных заболеваний в анамнезе. Состояние АОС оценивали путем определения активности ферментов: СОД, каталазы, ГП, глутатионредуктазы (ГР) и концентрации восстановленного глутатиона в цельной крови известными методами в собственной модификации на планшетном спектрофотометре « $\mu$ -Quant» («BioTek», USA), ориентированной на сокращение времени анализа и снижение финансовых затрат. Концентрацию перекиси в плазме крови определяли колориметрическим методом с помощью набора Biomedica OxyStst (Австрия). Малоновый диальдегид (МДА) определяли в плазме крови по цветной реакции с тиобарбитуровой кислотой. Измерения выполнены на планшетном спектрофотометре « $\mu$ -Quant» («BioTek», USA). Исследования проводили на базе Тихоокеанского института биоорганической химии Дальневосточного отделения РАН. Для статистической обработки результатов использовали методы описательной статистики, сравнение групп осуществляли с применением однофакторного дисперсионного анализа, критерия Ньюмена-Кейлса с использованием пакетов программ Statistica 6.0. и Microsoft Excel 2007; достоверным считали уровень значимости  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Проведенное исследование показывает, что при хроническом поступлении опийных препаратов в организм у всех обследованных больных наркотической зависимостью имеется тенденция к повышению концентрации перекисей в плазме крови, что может свидетельствовать о повышенном образовании активных форм кислорода и преобладании прооксидантного потенциала плазмы крови. Взаимодействие гидропероксида с внеэритроцитарным гемоглобином, уровень которого резко возрастает в плазме крови при наркомании, приводит к образованию более сильных прооксидантов – метгемоглобина, феррилгемоглобина, а также ОН-радикала, которые, как известно, характеризуются высокой окисляющей способностью и индуцируют ПОЛ [12].

Как видно из представленных в таблице 1 данных, происходит прогрессирующее увеличение общей концентрации перекисей у лиц с зависимостью от наркотиков во всех исследуемых группах на 71, 94, 134 и 166 % по отношению к контрольной группе, при этом стаж употребления наркотиков составлял 5, 10, до 15 и свыше 15 лет соответственно.

Таблица 1

**Показатели перекисного окисления липидов и общей концентрации перекиси в плазме крови здоровых и лиц с наркотической зависимостью**

Показатель, ед. изм.	Контр. группа (n=20)	Лица с наркотической зависимостью (стаж употребления, лет)			
		1–5 (n=20)	1–10 (n=20)	1–15 (n=20)	>15 (n=20)
Общая концентрация перекиси (мкмоль/л)	221,24 ±2,33	379,32 ±2,04*	429,55 ±3,32*	516,63 ±2,28*	588,39 ±1,12*
Малоновый диальдегид (нМ/мл)	18,67 ±1,34	24,63 ±1,28*	28,94 ±2,73*	32,82 ±2,57*	36,05 ±3,47*

Примечание. \* – Различия с контрольной группой достоверны при уровне значимости  $p < 0,05$ .

Параллельно с этим развиваются процессы, связанные с энергодефицитом, нарушением внутриклеточного гомеостаза, активацией свободнорадикального окисления, накоплением интермедиатов, в частности малонового диальдегида – токсичного соединения, способного вызвать перекрестную сшивку и полимеризацию компонентов мембран, тем самым нарушив ионный транспорт, активность мембранно-связанных ферментов, рецепторное связывание. Легко диффундируя через мембраны, МДА взаимодействует с азотистыми компонентами нуклеотидных оснований ДНК. Последнее объясняет, почему МДА является мутагенным, генотоксическим и канцерогенным соединением [17].

Определение концентрации МДА в сыворотке крови у лиц с НЗ позволило выявить изменения данного показателя в динамике в зависимости от длительности заболевания. Так, у пациентов I группы уровень МДА увеличивается на 32 %, II группы – на 55 %, III группы – на 76 %, у пациентов со стажем употребления наркотиков более 15 лет (IV группа) – на 93 %.

Наблюдаемые изменения могут свидетельствовать о том, что при постоянном действии экзогенного токсиканта на организм значительно ускоряются процессы ПОЛ, в результате чего происходит перенасыщение клетки конечными продуктами перекисного окисления липидов. Увеличение общего количества перекисей и МДА угнетает системы естественной детоксикации, вследствие чего можно ожидать развитие тканевой деструкции и органной недостаточности.

Важнейшая роль в поддержании стационарного уровня ПОЛ в крови принадлежит многоуровневой антиоксидантной системе (АОС). В состав АОС входят ферментативные (табл. 2) и неферментативные компоненты, характеризующиеся специфическим действием на различные звенья СРО. Ферментативная часть АОС включает глутатионредуктазу (ГР), глутатионпероксидазу (ГП) и каталазу, разрушающие  $H_2O_2$  и гидропероксиды, блокируя ПОЛ. Каталаза – гемсодержащий фермент – локализован



в цитоплазме клеток, пероксисомах, митохондриях и эндоплазматическом ретикулуме [26]. Наиболее выраженное подавление активности фермента (на 30 %) выявлено в IV группе лиц с НЗ.

Таблица 2

**Показатели активности ферментов антиоксидантной системы в цельной крови у здоровых и лиц с наркотической зависимостью**

Показатель, ед. изм.	Контр. группа (n=20)	Лица с наркотической зависимостью (стаж употребления, лет)			
		1-5 (n=20)	1-10 (n=20)	1-15 (n=20)	>15 (n=20)
Глутатионредуктаза (ГР) (мкМ НАДФ*Н/гНб/мин)	289,03 ±0,48	220,44 ±0,58*	200,18 ±0,83*	168,78 ±0,94*	153,07 ±0,72*
Глутатионпероксидаза (ГП) (мкмоль/мгНб/час)	54,16 ±0,26	17,18 ±0,11*	12,36 ±0,14*	10,39 ±0,10*	8,96 ±0,11*
Супероксиддисмутаза (СОД) (%)	48,85 ±0,41	43,80 ±0,57*	33,69 ±0,49*	27,05 ±0,42*	20,30 ±0,38*
Каталаза (%)	74,69 ±0,31	71,20 ±0,35*	69,44 ±0,19*	67,72 ±0,50*	50,44 ±0,74*

Примечание. \* – Различия с контрольной группой достоверны при уровне значимости  $p < 0,05$ .

Ведущее место в ферментативном звене АОС организма, в обеспечении защиты от повреждающего действия пероксидов разной природы принадлежит ГП. Она является одним из компонентов глутатионового антипероксидного комплекса, включающего глутатион, ГП и ГР [1]. При длительном воздействии наркотических веществ на организм ГП проявляет меньшую активность по сравнению с контрольной группой. Так, в I группе показатель не превышает 32 %, во II группе – 23 %, в III группе – 20 %, в IV группе – 17 %. Вероятно, это может быть связано со структурными изменениями молекулы фермента, вызванными окислительным стрессом и влиянием метаболитов наркотиков.

Также важна в АОС роль супероксиддисмутаза, осуществляющая дисмутацию  $O_2^-$  и регулирующая ПОЛ на стадии инициации. Активность этого фермента в динамике заболевания снижается, наиболее выраженные изменения выявлены в IV группе лиц с НЗ (58 %). Важным моментом эффективности ферментативного звена АОС является сбалансированность активности СОД, каталазы и пероксидаз. Полагают, что уровень активности внутриклеточных ферментативных АОС генетически детерминирован, причем избыточное накопление в клетках АФК и  $H_2O_2$  сопровождается депрессией участков генома, ответственного за активность внутриклеточных ферментативных АОС [23].

Основными компонентами неферментной АОС, представленными веществами экзогенного и эндогенного происхождения и непосредственно рекомбинирующими с АФК и продуктами ПОЛ или стерически препятствующими их проникновению в клеточные компарменты за счет

встраивания в структуру мембран, являются  $\alpha$ -токоферол, глутатион (GSH),  $\beta$ -каротиноиды, мочевины, цитрат, аскорбат [9]. Значение неферментативных низкомолекулярных антиоксидантов трудно переоценить, особенно в условиях окислительного стресса, когда возникает быстрое истощение конститутивного пула антиоксидантных ферментов за счет действия свободных радикалов, в то же время необходимо значительное время для их синтеза de novo [14, 26].

Восстановленный глутатион – мощный антиоксидант, обладающий полифункциональными свойствами, играет важную роль во многих внутриклеточных процессах, включая синтез белка, регуляцию и экспрессию генов клеточного цикла, обеспечивает формирование антиоксидантного потенциала в эритроцитах, кровяных клетках, тканях мозга, детоксикацию различных ксенобиотиков, в том числе наркотиков [27, 29].

Антиоксидантные свойства GSH определяются непосредственным взаимодействием с АФК, свободными радикалами и гидропероксидами, обеспечением функционирования глутатионзависимых ферментов (ГП, глутатион-S-трансферазы). Механизм защитного эффекта GSH связан с инактивацией высокореакционных кислородных и органических свободных радикалов вследствие переноса на них атомов водорода с молекулы тиола. Образующиеся активные частицы обладают меньшим повреждающим эффектом по сравнению с радикалом GSH, у которого неспаренный электрон локализован на атоме углерода [1].

Содержание GSH незначительно падает, достигая достоверных различий в сравнении с контролем при употреблении наркотиков более 10 лет. Эти изменения соответствуют изменениям активности ГР (табл. 3).

Таблица 3

**Показатели восстановленного глутатиона в цельной крови у здоровых и лиц с наркотической зависимостью**

Показатель, ед. изм.	Контр. группа (n=20)	Лица с наркотической зависимостью (стаж употребления, лет)			
		1-5 (n=20)	1-10 (n=20)	1-15 (n=20)	>15 (n=20)
GSH (моль/г Hb)	5,56 ±0,27	5,43 ±0,85	5,28 ±0,29	5,11 ±0,62*	4,97 ±0,42*

Примечание. \* – Различия с контрольной группой достоверны при уровне значимости  $p < 0,05$ .

**Заключение.** Согласно полученным результатам при хронической наркотической интоксикации у лиц с НЗ, имеющих разный стаж употребления наркотиков (5, 10, 15 и свыше 15 лет), прогрессивно нарастает картина оксидантного стресса, связанная с нарушением прооксидантно-антиоксидантного равновесия. Это выражается в увеличении общей концентрации пере-

кисей, малонового диальдегида и значительном снижении активности ферментов антиоксидантной защиты.

Равновесие изучаемой системы является важнейшим условием поддержания окислительного гомеостаза, представляющего собой сбалансированное действие противоположно направленных процессов, работающих в динамичном режиме в условиях, предъявляющих организму различные функциональные требования. Если первоначально фиксированные нами изменения можно рассматривать в рамках реализации механизмов адаптации, то дальнейшие изменения в условиях продолжающегося употребления мощных экзогенных токсикантов ведет к изменениям метаболизма, нарастанию аномальных метаболитов, эндотоксикоза, что является фактором риска и реализации патогенетических предпосылок развития органной и полиорганной патологии.

#### Л и т е р а т у р а

1. Агарков А. А., Попова Т. Н. Глутатионредуктазная система и окислительный стресс. – М.: LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co. KG, 2010. – 167 с.
2. Бохан Н. А., Благов Л. Н., Кургак Д. И. Коморбидность опиоидной наркомании и алкоголизма у больных молодого возраста: клинические варианты двойного диагноза // Журн. неврологии и психиатрии. – 2012. – Т. 112, вып. 2. – С. 17–24.
3. Бохан Н. А., Мандель А. И., Воеводин И. В., Ветлугина Т. П., Иванова С. А. Клинико-патодинамические паттерны формирования опиоидной наркомании (региональный аспект) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2003. – № 3 (29). – С. 24.
4. Бохан Н. А., Иванова С. А. Окислительный стресс при алкоголизме: возможности метаболической коррекции на этапе формирования ремиссии // Наркология. – 2010. – Т. 9, № 10. – С. 45–49.
5. Бохан Н. А., Патышева Е. В., Прокопьева В. Д., Кисель Н. И. Антиоксидантные ферменты крови больных алкоголизмом при микроволновой резонансной терапии // Наркология. – 2010. – № 4. – С. 82–84.
6. Бохан Н. А., Иванова С. А., Мандель А. И., Жернова Е. В., Кисель Н. И. Когнитивные функции и процессы апоптоза у больных алкоголизмом: эффекты метаболической коррекции // Наркология. – 2012. – № 6 (114). – С. 51–56.
7. Белоглазова С. И. Метаболические факторы формирования пневмоний у лиц с наркотической зависимостью: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Владивосток, 2007. – 22 с.
8. Вартанян Ф. Е., Шаховский К. П. Наркомании и сопутствующие им инфекционные заболевания // Аддиктология. – 2005. – № 1. – С. 78–80.
9. Бисалиев Р. В. и др. Анализ причин смертности больных опиоидной наркоманией // Наркология. – 2006. – № 11. – С. 59–61.
10. Ветлугина Т. П., Бохан Н. А. Механизмы реализации терапевтического эффекта иммуномодулятора галавита при комплексной терапии алкоголизма // Наркология. – 2005. – Т. 4, № 10. – С. 40–44.
11. Ветлугина Т. П., Бохан Н. А., Матафонова Е. В. Иммуногематологическая характеристика больных опиоидной наркоманией на этапах синдрома отмены // Наркология. – 2010. – Т. 9, № 12. – С. 41–46.
12. Внуков В. В., Милютин Н. П., Овсянников М. В., Панченко Л. Ф. Особенности развития окислительного стресса при опиоидной наркомании // Клиническая наркология. – 2007. – № 2. – С. 22–24.
13. Ельков А. Н., Лужников Е. А., Гольдфарб Ю. С. Современные подходы к изучению патогенеза эндотоксикоза при острых экзогенных отравлениях // Анестезиология и реаниматология. – 2005. – № 6. – С. 19–25.
14. Зенков Н. К., Ланкин В. З., Меньшикова Е. Б. Окислительный стресс. Биохимические и патофизиологические аспекты. – М.: Наука, 2001. – 343 с.
15. Иванец Н. Н., Кошкина Е. А., Киржанова В. В. и др. Смертность больных наркоманией в Российской Федерации. Анализ данных федерального статистического наблюдения // Вопросы наркологии. – 2008. – № 3. – С. 105–118.
16. Иванова С. А., Ветлугина Т. П., Бохан Н. А., Эпштейн О. И. Иммунология аддиктивных расстройств: механизмы психонейроиммуномодуляции // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2002. – № 1. – С. 50–57.
17. Козлов В. А. и др. Ситуация с героиновой наркоманией в Российской Федерации // Наркология. – 2005. – № 11. – С. 31–36.
18. Марипов А. М., Лужников Е. А., Гольдфарб Ю. С. Эндотоксикоз при острых экзогенных отравлениях (обзор литературы) // Токсикологический вестник. – 2004. – № 5. – С. 2–8.
19. Наркология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 21–31.
20. Прокопьева В. Д., Бохан Н. А., Молькина Л. Г., Патышева Е. В., Ярыгина Е. Г., Козлова И. Л., Ляшенко Г. П. Коррекция метаболических нарушений больных алкоголизмом с помощью природного дипептида карнозина // Вопросы наркологии. – 2007. – № 5. – С. 17–22.
21. Филиппенко П. С. и др. Особенности поражения легких и сердца на фоне наркомании // Вопросы наркологии. – 2008. – № 5. – С. 38–47.
22. Хасина М. Ю., Молочников В. О., Махачкеева Т. А., Хасина М. А., Полякова Н. В., Ульянов И. Г., Лукьянов П. А. Элементный состав крови и активность металлозависимого ферментативного звена антиоксидантной защиты у лиц с наркотической зависимостью // Вопросы наркологии. – 2011. – № 2. С. 105–112.
23. Чеснокова Н. П., Понукалина Е. В., Бизенкова М. Н. Молекулярно-клеточные механизмы инактивации свободных радикалов в биологических системах // Успехи современного естествознания. – 2006. – № 7. – С. 29–36.
24. Bokhan N. A., Baturin E. V. Gender heteronomy of the formation of heroin addiction in adolescents // Neuroscience and Behavioral Physiology. – 2011. – V. 41, № 7. – P. 710–714.
25. Bokhan N. A., Mandel A. I., Gusamov R. R. Mental and behavioral disorders in substance use among adolescents under conditions of the far north // Alaska medicine. – 2006. – V. 49, № 2. – Suppl. – P. 251–254.
26. Poot M. et al. De novo synthesis of glutathione is required for both entry into and progression through the cell cycle // J. Cell. Physiol. – 1995. – V. 163. – P. 555–560.
27. Bashir K. et al. Expression and enzyme activity of glutathione reductase is upregulated by Fe-deficiency in graminaceous plants // Plant. Mol. Biol. – V. 65. – 2007. – P. 277–284.
28. Prokop'eva V. D., Bohan N. A., Johnson P., Boldyrev A. A. Effect of carnosine and its n-acetyl derivative on the stability of erythrocytes in patients with alcoholism during a bstinence // Биомедицинская химия. – 1998. – Т. 44, № 5. – С. 474–478.
29. Gerard-Monnier D., Chaudiere J. Metabolism and antioxidant function of glutathione // Pathol. Biol. (Paris). – 1996. V. 44. – P. 77–85.
30. Tang A. M., Smit E., Semba R. D. et al. Improved antioxidants status among HIV-infected injecting drug users on potent antiretroviral therapy // J. Acquir. Immune. Defic. Syndr. – 2000. – V. 23. – P. 321–326.

31. Whitehead G. S., Burch L. H., Berman K. G., Piantadosi C. A., Schwartz D. A. Genetic basis of murine responses to hyperoxia-induced lung injury // *Immunogenetics*. – 2006. – V. 58, № 10. – P. 793–804.
  32. Zhou J., Si P., Ruan Z. et al. Primary studies on heroin abuse and injury induced by oxidation and lipoperoxidation // *Clin. Med. J.* – 2001. – V. 114. – P. 297–302.
- Транслитерация русских источников*
1. Agarkov A. A., Popova T. N. Glutathion reductase system and oxidative stress. – M. : LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co. KG, 2010. – 167 s.
  2. Bohan N. A., Blagov L. N., Kurgak D. I. Opioid addiction and alcoholism comorbidity in young patients: clinical variants of dual diagnosis // *Zhurn. nevrologii i psikiatrii*. – 2012. – T. 112, vyip. 2. – S. 17–24.
  3. Bohan N. A., Mandel A. I., Voevodin I. V., Vetlugina T. P., Ivanova S. A. Clinical-pathodynamic patterns of opioid addiction formation (regional aspect) // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2003. – N 3 (29). – S. 24.
  4. Bohan N. A., Ivanova S. A. Oxidative stress in alcoholism: possibilities of metabolic correction at remission formation stage // *Narkologiya*. – 2010. – T. 9, N 10. – S. 45–49.
  5. Bohan N. A., Patyisheva E. V., Prokopeva V. D., Kisel N. I. Antioxidative ferments of blood in alcoholic patients during microwave resonance therapy // *Narkologiya*. – 2010. – N 4. – S. 82–84.
  6. Bohan N. A., Ivanova S. A., Mandel A. I., Zhernova E. V., Kisel N. I. Cognitive functions and apoptosis processes in alcoholic patients: effects of metabolic correction // *Narkologiya*. – 2012. – N 6 (114). – S. 51–56.
  7. Beloglazova S. I. Metabolic factors of pneumonia in drug addicted patients: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – Vladivostok, 2007. – 22 s.
  8. Vartanyan F. E., Shahovskiy K. P. Drug addictions and accompanying infectious diseases // *Addiktologiya*. – 2005. – N 1. – S. 78–80.
  9. Bisaliev R. V. i dr. Analysis of causes of mortality among patients with opium addiction // *Narkologiya*. – 2006. – N 11. – S. 59–61.
  10. Vetlugina T. P., Bohan N. A. Mechanisms of realization of therapeutic effect of immunomodulator galavit during complex therapy of alcoholism // *Narkologiya*. – 2005. – T. 4, N 10. – S. 40–44.
  11. Vetlugina T. P., Bohan N. A., Matafonova E. V. Immunohematological characteristic of patients with opium addiction at withdrawal syndrome stage // *Narkologiya*. – 2010. – T. 9, N 12. – S. 41–46.
  12. Vnukov V. V., Milyutina N. P., Ovsyannikov M. V., Panchenko L. F. Peculiarities of development of oxidative stress in opium addiction // *Klinicheskaya narkologiya*. – 2007. – N 2. – S. 22–24.
  13. Elkov A. N., Luzhnikov E. A., Goldfarb Yu. S. Modern approaches to study of pathogenesis of endotoxiosis during acute exogenous intoxications // *Anesteziologiya i reanimatologiya*. – 2005. – N 6. – S. 19–25.
  14. Zenkov N. K., Lankin V. Z., Menshikova E. B. Oxidative stress. Biochemical and pathophysiological aspects. – M. : Nauka, 2001. – 343 s.
  15. Ivanets N. N., Koshkina E. A., Kirzhanova V. V. i dr. Mortality of patients with drug addiction in Russian Federation. Analysis of data of federal statistical observation // *Voprosy narkologii*. – 2008. – N 3. – S. 105–118.
  16. Ivanova S. A., Vetlugina T. P., Bohan N. A., Epshteyn O. I. Immunobiology of addictive disorders: mechanisms of psychoneuroimmunomodulation // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2002. – N 1. – S. 50–57.
  17. Kozlov V. A. i dr. Situation with heroin addiction in Russian Federation // *Narkologiya*. – 2005. – N 11. – S. 31–36.
  18. Maripov A. M., Luzhnikov E. A., Goldfarb Yu. S. Endotoxiosis in acute exogenous intoxications (literature review) // *Toksikologicheskiy vestnik*. – 2004. – N 5. – S. 2–8.
  19. Addiction Psychiatry: national guideline / pod red. N. N. Ivantsa, I. P. Anohinoy, M. A. Vinnikovoy. – M. : GEOTAR-Media, 2008. – S. 21–31.
  20. Prokopeva V. D., Bohan N. A., Molkina L. G., Patyisheva E. V., Yaryigina E. G., Kozlova I. L., Lyashenko G. P. correction of metabolic disturbances in alcoholic patients with natural dipeptide carnosine // *Voprosy narkologii*. – 2007. – N 5. – S. 17–22.
  21. Filippenko P. S. i dr. Peculiarities of lung and heart impairment against the background of drug addiction // *Voprosy narkologii*. – 2008. – N 5. – S. 38–47.
  22. Hasina M. Yu., Molochnikov V. O., Mahachkeeva T. A., Hasina M. A., Polyakova N. V., Ulyanov I. G., Lukyanov P. A. Elementary composition of blood and activity of metal-dependent enzymatic link of antioxidant defense in persons with rug dependence // *Voprosy narkologii*. – 2011. – N 2. S. 105–112.
  23. Chesnokova N. P., Ponukalina E. V., Bizenkova M. N. Molecular-cellular mechanisms of inactivity of free radicals in biological systems // *Uspehi sovremennogo estestvoznaniya*. – 2006. – N 7. – S. 29–36.

# КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.891:577.95:616-056:616-084  
ББК Р64-14-17-18

## СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ И ДЕЗАДАПТАЦИЯ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИ- ЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ (ИТОГИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕМЫ НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009—2012 гг.)

Аксенов М. М.<sup>\*</sup>, Гычев А. В.,  
Белокрылова М. Ф., Семке В. Я.,  
Ветлугина Т. П., Никитина В. Б.,  
Перчаткина О. Э., Рудницкий В. А.,  
Левчук Л. А., Костин А. К.

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

Материал исследований – кровь (ДНК, сыворотка, плазма, лимфоциты, нейтрофилы, эритроциты). Объект исследования – пациенты с непсихотическими психическими расстройствами, находящиеся на лечении в отделении пограничных состояний клиники ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН – всего 1230 человек, в том числе: 1) включенные в группы для проведения молекулярно-генетических, биохимических, иммунологических исследований (350 чел.); 2) ликвидаторы последствий аварии на Чернобыльской АЭС (460 чел.); 3) пациенты с расстройством адаптации, соматоформными расстройствами (420 чел.). Кроме того, обследованы безработные, имеющие официальный юридический статус в службе занятости (1 200 чел.). **Ключевые слова:** стрессоустойчивость, непсихотические психические расстройства, экологический стресс, дезадаптация, реабилитация, психонейроиммунологические, молекулярно-биологические и генетические исследования.

**STRESS RESISTANCE AND DESADAPTATION IN NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS (RESULTS OF COMPLEX THEME OF RESEARCH WORK OF Mental Health Research Institute SB RAMSCI, 2009—2012).** Aksenov M. M., Gychev A. V., Belokrylova M. F., Semke V. Ya., Vetlugina T. P., Nikitina V. B., Perchatkina O. E., Rudnitsky V. A., Levchuk L. A., Kostin A. K. *Mental Health Research Institute SB RAMSci. 634014, Tomsk, Aleutskaya Street, 4.* Material of investigations was blood (DNA, serum, plasma, lymphocytes, neutrophils, erythrocytes). Object of investigation were patients with non-psychotic mental disorders under treatment at Borderline States Department of Clinic of Mental Health Research Institute SB RAMSci – 1230 persons, including: 1) included into groups for carrying out of molecular-genetic, biochemical, immunological investigations (n=350); 2) liquidators of consequences of the accident at Chernobyl Atomic Power Station (n=460); 3) patients with adjustment disorders,

<sup>\*</sup> Аксенов Михаил Михайлович, д.м.н., проф., в.н.с. отделения пограничных состояний. Телефон (3822)723221. [tax1957@mail.ru](mailto:tax1957@mail.ru)

somatoform disorders (n=420). In addition, unemployed individuals with official juridical status at employment service have been examined (n=1 200). **Key words:** stress resistance, non-psychotic mental disorders, ecological stress, desadaptation, rehabilitation, psychoneuroimmunological, molecular-biological and genetic investigations.

Стресс и проблема совладания со стрессом, столь актуальная в условиях глобальных изменений в макросоциуме и повседневной трансформации микросоциума, предъявляющих высокие требования к индивиду в плане толерантности к эмоциональным и физическим нагрузкам, традиционно имеет решения в трех направлениях: организационном, медицинском и психологическом [1, 2]. Разрабатываемые реабилитационные программы для пациентов, страдающих непсихотическими психическими расстройствами (НППР), в возникновении которых прослеживается психогенное влияние, включают комплекс мероприятий, учитывающих разнонаправленность воздействий и помощи [3].

Исследования, проведенные в рамках комплексной темы НИР «Стрессоустойчивость и дезадаптация при непсихотических психических расстройствах» за период 2009—2012 гг., позволили проследить особенности личностного реагирования пациентов на стрессовые ситуации, приводящие к возникновению пограничных психических расстройств, и оценить вклад конституционально-биологических и социально-психологических факторов в формирование коморбидных, связанных со стрессом психических расстройств и соматических заболеваний.

Многообразие и специфика стресс-факторов, в результате действия которых человек оказывается в стрессовом состоянии, отражены в типологии, объединяющей психо-социальный, экологический, психогенный, онто-генетический, экзистенциальный, аддиктивный кризисы [4, 5, 6]. Новым социальным вызовом является комбинированный характер воздействия на человека и связанная с этим необходимость изучения вопросов психологической безопасности в структуре психического здоровья населения, в частности проживающего в условиях риска техногенно-экологической угрозы [7]. Структурные и содержательные параметры стрессовой ситуации отличаются от оптимальных и обуславливают повышение психической напряженности в виде эмоционального или информационного стресса и приводят к мобилизации адаптационных ресурсов субъекта ситуации.

В рамках медицинской парадигмы рассматриваются возможные формы реагирования на стресс человеком, его переживающим, в том числе: формирование психосоматической патологии, аддиктивного поведения или психических расстройств. Ориентированные в данном на-

правления исследования, проведенные сотрудниками ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, выявили ряд закономерностей и тенденций, представленных в настоящей статье. В контексте изучения воздействия макросоциальных стрессовых факторов на психическое здоровье популяции были изучены взаимосвязи показателей распространенности пограничной психической патологии с характеристиками социально-экономического благополучия в Сибири [8] и качеством жизни как системным показателем уровня стрессоустойчивости [9].

Анализ болезненности НППР в Сибирском федеральном округе во взаимосвязи с уровнями безработицы и бедности позволил выявить некоторые тенденции (рис. 1).

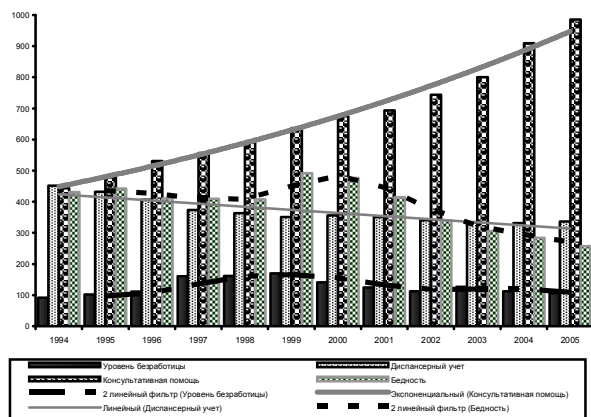


Рис. 1. Болезненность НППР и безработица в СФО

Динамика численности безработных за период 1994—2005 гг. имеет полиномиальный характер: с 1994 г. уровень безработицы растет, достигая максимальных значений в 1997—1999 гг. (16, 16,2 и 17 %). С 2000 г. количество безработных уменьшается, возвращаясь в 2005 г. (10,6 %) к уровню 1995 г. (10,5 %). Количество больных, состоящих на диспансерном учете, за этот период прогрессивно снижается (тренд имеет линейный характер) – с 452,0 на 100 тысяч в 1994 г. до 366,8 на 100 тысяч в 2005 г.

Это явление отражает общероссийскую тенденцию, выражающую изменения в принципах диспансеризации больных психическими расстройствами. Количество больных, обратившихся за консультативной помощью, напротив, увеличивается в соответствии с экспоненциальной зависимостью – с 452 на 100 тысяч трудоспособного населения в 1994 г. до 985,9 в 2005 г. Показатель бедности изменяется волнообразно: в 1994 г. он составляет 43,1 %, затем следует уменьшение до 40,7 % в 1997 г. С 1998 г. уровень бедности повышается, достигая максимума в 1999 г. (49,2 %), после чего линейно уменьшается до минимального значения за весь период в 2005 г. – 25,7 %. В период роста безработицы можно выделить сильную

положительную связь между уровнем безработицы и числом больных, получающих консультативную помощь. Можно предположить, что эти контингенты (безработные и больные) прямо связаны неслучайными причинно-следственными отношениями, или, что более вероятно, макроэкономические факторы, детерминирующие экономический кризис (спад производства, невыплата заработной платы, дефицит социальной поддержки со стороны государства), способствуют как росту безработицы, так и, независимо от этого, увеличению количества больных, обратившихся за консультативной помощью. Обратная пропорциональная зависимость с количеством больных, состоящих на диспансерном учете, отражает особенности реорганизации психиатрического сервиса в настоящее время.

Для периода спада безработицы характерна отрицательная взаимосвязь между количеством больных и уровнем безработицы ( $r=-0,78$ ;  $p=0,06$ ), что свидетельствует о том, что количество безработных и количество больных, обратившихся за консультативной помощью, определяется независимо действующими факторами. Взаимосвязь между уровнем бедности и количеством больных, состоящих на диспансерном учете ( $r=0,82$ ;  $p=0,04$ ), также определяется различными факторами.

Анализ заболеваемости НППР в СФО во взаимосвязи с уровнем безработицы и бедности позволил выявить следующее.

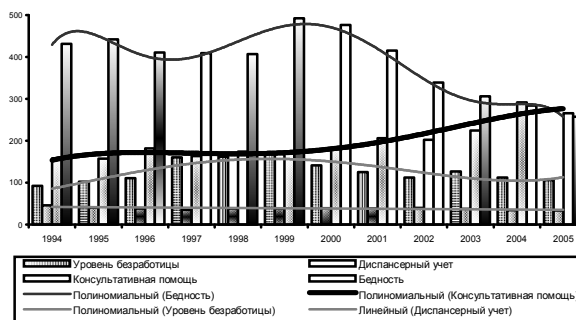


Рис. 2. Заболеваемость НППР в СФО

Число больных, взятых на диспансерный учет за этот период, незначительно снижается – с 46,1 на 100 тысяч в 1994 г. до 33,8 на 100 тысяч в 2005 г. Число больных, обратившихся за консультативной помощью, повышается в соответствии с нелинейной зависимостью – с 158,1 на 100 тысяч трудоспособного населения в 1994 г. до 291,9 на 100 тысяч в 2005 г. Результаты корреляционного исследования взаимосвязи между основными показателями заболеваемости НППР, безработицей и уровнем бедности принципиально не отличаются от таковых, полученных при изучении болезненности. Для объяснения полученных результатов можно предположить следующее: во-первых, официальные

показатели болезненности не учитывают всего количества больных в популяции и уровень регистрируемой безработицы далек от реального. Во-вторых, пребывание в состоянии вынужденной незанятости в большей степени способствует формированию психических нарушений донозологического уровня, которые не попадают в поле зрения психиатра.

Взаимосвязи контингентов больных пограничными состояниями с уровнем бедности и денежными доходами территорий Сибири и Дальнего Востока имеют различия. Так, корреляции числа больных органическими НППР с бедностью и денежными доходами, так же как всего класса психических расстройств, следующие: в Сибири эти связи отрицательны с бедностью ( $r=-0,56$ ;  $p<0,05$ ), на Дальнем Востоке – с денежными доходами ( $r=-0,49$ ;  $p<0,1$ ), здесь же аналогичная зависимость и с невротическими, соматоформными расстройствами ( $r=-0,54$ ;  $p<0,05$ ).

С уровнем бедности населения в Сибири установлена отрицательная связь с 3 из 5 рассматриваемых нами форм пограничной патологии: при органических ( $r=-0,56$ ;  $p<0,05$ ), аффективных расстройствах ( $r=-0,49$ ;  $p<0,1$ ) и расстройствах зрелой личности и поведения у взрослых ( $r=-0,75$ ;  $p<0,05$ ). На Дальнем Востоке корреляции аффективной и соматоформной патологии имеют положительный знак ( $r=0,56$ ;  $p<0,05$  и  $r=0,58$ ;  $p<0,1$ ).

Таким образом, для территорий Сибири при различных формах пограничных состояний более характерна отрицательная взаимосвязь с параметрами бедности населения, в то время, как на Дальнем Востоке значимые связи положительны. Следовательно, связь бедности населения в Сибири и на Дальнем Востоке с числом больных некоторыми формами пограничной патологии имеет противоположную направленность: если, например, при аффективных расстройствах снижение бедности приведет в Сибири к увеличению числа зарегистрированных больных, то на территориях Дальнего Востока эффект будет противоположный. При невротических и соматоформных расстройствах уровень бедности не будет влиять на число зарегистрированных больных, а улучшение благосостояния может привести к сокращению соматоформных расстройств. В то же время, в отличие от Дальневосточного региона, большее число взрослых с расстройствами личности и поведения будет обращаться к помощи психиатров по мере улучшения их материального благосостояния – снижения уровня бедности.

Таким образом, социометрические характеристики населения, такие как безработица, бедность и денежные доходы, неоднозначно взаимосвязаны с уровнем пограничной патоло-

гии в Сибири и на Дальнем Востоке. Учет этих различий может быть использован в оптимизации психиатрического сервиса отдельных территорий этих регионов.

Устойчивость к воздействию стресса определяется индивидуально-типологическими особенностями иммунной реактивности, других гомеостатических систем организма, а также этнокультуральными стереотипами личностного реагирования на стресс [10, 12]. Анализ литературных данных [11, 13, 14] показывает недостаточную изученность защитно-адаптивного комплекса как системного образования, включающего уровни психологической защиты и совладания. Учитывая также данные по взаиморегуляции нервной и иммунной систем [16, 17, 18], исследования взаимосвязи психологических и иммунологических защитных механизмов и их динамики на разных этапах формирования социально-стрессовых расстройств представляют несомненный интерес в плане выявления ресурсов индивидуальной устойчивости и уязвимости к стрессогенным факторам.

В последние десятилетия среди стрессовых психотравмирующих ситуаций особое место занимают локальные военные конфликты. Боевой стресс является дестабилизирующим, предпатологическим состоянием, ограничивающим функциональный резерв организма, увеличивающим риск дезинтеграции психической деятельности и выраженных соматовегетативных и иммунных нарушений [19, 20, 21, 22, 23, 24].

Данные изучения клинко-иммунологических закономерностей течения посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) в рамках выполнения темы 2009—2012 гг. опубликованы нами ранее [23, 24, 25]. Показано, что в группе пациентов с ПТСР по сравнению со здоровыми лицами в иммунограмме достоверно снижено количество Т-лимфоцитов – CD3<sup>+</sup>-фенотипа (60,00 и 66,90 %,  $p=0,0001$ ), Т-хелперов/индукторов – CD4<sup>+</sup>-фенотипа (34,00 и 37,38 %,  $p=0,0001$ ), цитотоксических Т-лимфоцитов – CD8<sup>+</sup>-фенотипа (23,00 и 25,05 %,  $p=0,0001$ ) и NK-клеток (8,00 и 9,96 %,  $p=0,0461$ ). Повышено число лимфоцитов с маркерами поздней активации – HLADR<sup>+</sup>-фенотипа (19,00 и 16,97 %,  $p=0,0001$ ). Изучение одной из стадий процесса апоптоза выявило достоверное повышение по сравнению с контролем у пациентов содержания лимфоцитов с Fas-рецепторами готовности к апоптозу CD95 (18,00 и 12,13 %,  $p=0,0001$ ).

В гуморальном звене иммунитета повышены уровень циркулирующих иммунных комплексов – ЦИК (98,0 и 91,0 усл. ед.,  $p=0,0427$ ) и концентрация сывороточного иммуноглобулина IgM (1,43 и 1,21 г/л,  $p=0,0014$ ). Концентрация IgG достоверно ниже контрольных значений (14,23 и 16,98 г/л,  $p=0,0001$ ).

Активация оксидантных систем нейтрофилов у больных ПТСР проявляется в повышении показателей восстановления нитросинего тетразолия под влиянием супероксидных радикалов в спонтанном варианте НСТ-теста (14,00 и 0,20; в контроле – 12,37 % и 0,16;  $p=0,0062$ ).

Исследование гормонального статуса у пациентов с ПТСР выявило достоверное повышение по сравнению с контролем уровней кортизола (796,00 и 391,10 нмоль/л;  $p=0,0001$ ), тироксина – Т4 (136,13 и 127,69 нмоль/л при  $p=0,0001$ ) и тиреотропного гормона – ТТГ (2,34 и 1,34 мкМЕ/мл;  $p=0,001$ ).

На основе экспериментально-психологического исследования по опроснику «Индекс жизненного стиля» для пациентов с ПТСР и здоровых мужчин выделен определенный защитный блок. В группе здоровых мужчин ведущими механизмами психологической защиты (МПЗ) были компенсация, отрицание, интеллектуализация. Менее выражены реактивные образования, замещение, регрессия. У пациентов с ПТСР на первом месте по выраженности стоит вытеснение, на втором – интеллектуализация и замещение. Минимально, по сравнению с группой здоровых мужчин, выражена компенсация.

Анализ взаимосвязей между психологическими защитными механизмами и параметрами иммунитета у здоровых и пациентов с ПТСР показал, что обследованные группы различаются как по количеству статистически достоверных корреляционных связей, так и по их силе и структуре (табл. 1).

Т а б л и ц а 1  
Психологические показатели у больных с разным течением ПТСР

Показатель	Тип течения ПТСР Me (LQ – UQ)		p
	Острое / подострое (n=20)	Затяжное (n=23)	
Отрицание	61,0 (39,0—84,0)	73,0 (73,0—84,0)	0,0833
Вытеснение	63,0 (42,0—76,0)	69,0 (69,0—77,0)	0,1335
Регрессия	35,0 (6,0—80,0)	53,0 (50,0—52,0)	0,1458
Компенсация	37,0 (37,0—78,0)	53,0 (53,0—56,0)	0,2590
Проекция	27,0 (7,0—90,0)	69,0 (69,0—72,0)	0,0001
Замещение	65,0 (37,0—77,0)	67,0 (65,0—67,0)	0,0299
Интеллектуализация	76,0 (42,0—87,0)	69,0 (69,0—76,0)	0,6844
Реактивные образования	39,0 (19,0—61,0)	66,0 (66,0—76,0)	0,0001
Общая защита	45,6 (33,9—55,3)	64,9 (54,5—64,9)	0,0001
Реактивная тревожность	46,0 (42,0—52,0)	46,0 (44,0—51,0)	0,7128
Личностная тревожность	51,0 (44,0—53,0)	46,0 (44,0—47,0)	0,0001

В группе здоровых установлено 4 корреляционных связи, по силе взаимодействия характеризующихся как слабые ( $0,20 < r_s < 0,29$ ). В корреляционные взаимосвязи вовлечены такие способы психологической защиты, как компенсация, проекция, интеллектуализация и реактивные образования.

В группе больных ПТСР между иммунологическими и психологическими показателями выявлено 14 корреляций. Наиболее активными в интеграционных процессах являлись Т-хелперы/индукторы ( $CD4^+$ -фенотипа), ЦИК и показатели фагоцитоза (ФИ). Среди способов психологических защит наибольшее количество взаимосвязей с показателями иммунитета образуют механизмы вытеснение и компенсация. На втором месте по вовлеченности в психонейроиммунное взаимодействие выступают механизмы отрицание, интеллектуализация и реактивные образования.

Исследованы иммуногормональные и психологические параметры у пациентов с острым/подострым и затяжным течением ПТСР. Выявлены статистически достоверные переменные: Т-хелперы-индукторы ( $CD4^+$ ), натуральные клетки-киллеры ( $CD16^+$ ), тиреотропный гормон (ТТГ) и гормоны щитовидной железы (Т3 и Т4); показатель общей защиты (среднее арифметическое всех МПЗ), вносящие наибольший вклад в развитие затяжного течения ПТСР.

В целом на основе анализа клинических, иммунобиологических, экспериментально-психологических данных выявлены наиболее значимые факторы стрессоустойчивости/стрессоуязвимости, позволяющие прогнозировать затяжное течение невротических, связанных со стрессом расстройств.

Проведено комплексное исследование гормональных показателей, генетических маркеров и мотивационных характеристик при измененных процессах адаптации. Исследование гормональных показателей выявило, что для лиц с расстройствами адаптации с преобладанием депрессивных реакций характерен высокий уровень концентрации кортизола, снижение содержания ДГЭАС и соотношения ДГЭАС/кортизол на фоне снижения концентрации Т3 и Т4<sub>св</sub> и повышения уровня ТТГ. Для пациентов с диссоциативными расстройствами характерна повышенная концентрация Т3, Т4<sub>св</sub> и ТТГ при физиологических концентрациях кортизола, ДГЭАС и соотношения ДГЭАС/кортизол [27].

Генотипирование по генам серотонинового обмена показало ассоциацию локуса T102C гена рецептора серотонина типа 2A 5-HT<sub>2A</sub> с расстройствами адаптации с преобладанием депрессивных реакций и локуса A-1438-G этого же гена с диссоциативными (конверсионными) расстройствами. Лица с расстройствами адаптации с преобладанием депрессивных реакций характеризуются повышенными частотами аллеля L локуса 5'-HTTLPR гена переносчика серотонина 5-HTT [28]. Лица с диссоциативными расстройствами отличаются повышенными частотами аллеля 12 локуса VNTR-17 гена 5-HTT [29].

Исследование мотивационной сферы личности по шкале оценки потребности в достижениях выявило, что для пациентов с НППР и психически здоровых лиц характерны в основном низкий уровень мотивации достижения. По шкале мотивации одобрения для большинства пациентов и здоровых лиц характерен низкий уровень, с возрастом значения повышаются, появляются средний и высокий уровни мотивации одобрения [30].

Корреляционный анализ показал, что в группе лиц с расстройствами адаптации статистически значимые взаимосвязи малочисленны (рис. 3а).

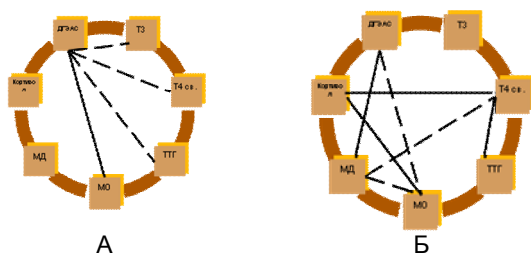


Рис. 3. Структура взаимосвязей гормональных показателей и мотивационных характеристик у пациентов с расстройствами адаптации с преобладанием депрессивных реакций (а) и лиц с диссоциативными (конверсионными) расстройствами (б). Корреляции: (---) – отрицательные, (—) – положительные.

Показанная вовлеченность ДГЭАС в корреляционные взаимосвязи с тиреоидными гормонами и мотивацией одобрения свидетельствует о ключевой роли этого стероидного гормона в сохранении определенного уровня психической адаптации, а также о формировании и проявлении симптомов психической дезадаптации с преобладанием депрессивной симптоматики.

В группе лиц с диссоциативными расстройствами появляются многочисленные взаимосвязи между параметрами на разных уровнях (рис. 3б). Выявленная сопряженность между гормональными показателями и характеристиками мотивационной сферы обусловлена нарушением баланса, характерного для психической адаптации, напряжением и переходом системы на новый уровень функционирования, который выходит за рамки физиологического.

На основе современных методов математической статистики создали биолого-математические модели развития НППР. Методом факторного анализа выявили комплексные гормональные факторы, независимо влияющие на проявление психического расстройства. Фактор 1 сочетает в себе значения кортизола, ДГЭАС и ТТГ. Фактор 2 включает тиреоидные гормоны – Т3 и Т4<sub>св.</sub> В развитии расстройств адаптации с преобладанием депрессивных реакций большее значение имеет фактор 1, а в формирование диссоциативных расстройств более значимый вклад вносит фактор 2.

Методом бинарной логистической регрессии определили, что в формировании и проявлении расстройства адаптации с преобладанием депрессивных реакций и диссоциативного расстройства статистически значимый вклад вносит ТТГ и ДГЭАС [31]. Уравнение регрессии выглядит следующим образом:  $z=0,91 \text{ ТТГ} - 0,001 \text{ ДГЭАС} + 0,977$ . Чем ближе значение  $z$  к нулю, тем больше вероятность развития у данного индивида диссоциативного (конверсионного) расстройства, чем ближе полученное значение к 1, тем больше вероятность развития расстройства адаптации с преобладанием депрессивных реакций. С помощью этого метода можно рассчитать вероятность развития НППР в зависимости от концентраций гормонов:  $p=1/1+e^{-z}$ . Если значение  $p$  меньше 0,5, то предполагают, что психическое расстройство не наступит, в противном случае предполагается развитие НППР.

В результате проведенного комплексного исследования выявлены факторы, участвующие в формировании системы психической адаптации, а также предрасположенности к НППР и обуславливающих определенный паттерн реагирования в состоянии психической дезадаптации. Состояние психической дезадаптации обусловлено не столько дезорганизацией биологических механизмов психической деятельности или нарушением межличностных отношений личности, сколько нарушениями функциональных возможностей всей адаптированной системы организма в целом (гормональными, генетическими и мотивационно-потребностными особенностями).

#### Литература

1. Рудницкий В. А., Семке В. Я. Основные экологические факторы и психическое здоровье // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 1. – С. 128–130.
2. Семке В. Я., Гуткевич Е. В., Иванова С. А. Психосоциальные и биологические факторы психической дезадаптации (на модели невротических расстройств). – Томск, 2008. – 204 с.
3. Гычев А. В. Организация, формы и методы психопрофилактической помощи безработным // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 1. – С. 108–111.
4. Гычев А. В., Рахмазова Л. Д., Кононова М. Е. Психическое здоровье и безработица: социокультуральные аспекты причинно-следственных соотношений // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3. – С. 88–91.
5. Аксенов М. М., Семке В. Я., Белокрылова М. Ф., Курьянова 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 клинико-динамические характеристики кризисных состояний при пограничных нервно-психических расстройствах // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 5. – С. 9–15.
6. 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.



7. Семке В. Я., Бохан Т. Г., Богомаз С. А., Гердт Ю. В. Психологическая безопасность в структуре психического здоровья населения, проживающего в условиях риска техногенно-экологической угрозы // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 1 (64). – С. 57–62.
  8. Гычев А. В., Артемьев И. А. Пограничные нервно-психические расстройства и социальная нестабильность // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 4. – С. 67–69.
  9. Семке В. Я., Богомаз С. А., Бохан Т. Г. Качество жизни молодежи народов Сибири как системный показатель уровня стрессоустойчивости // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 2. – С. 94–98.
  10. Иванова С. А., Гуткевич Е. В., Семке В. Я., Рядовая Л. А., Ракитина Н. М., Перчаткина О. Э., Епанчинцева Е. М. Методологические подходы к оценке биологических факторов психической дезадаптации (на примере невротических расстройств) : методические рекомендации. – Томск, 2006. – 33 с.
  11. Ошаев С. А., Стоянова И. Я. Сравнительный анализ механизмов совладания и архаических форм психологической защиты у больных с невротическими нарушениями // Сибирский психологический журнал. – 1999. – № 10. – С. 77.
  12. Семке В. Я., Бохан Н. А., Галактионов О. К. Очерки этнопсихологии и этнопсихотерапии / под ред. акад. РАМН В. Я. Семке. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 1999. – 157 с.
  13. Lecic-Tosevski D, Vukovic O, Stepanovic J. Stress and personality // Psychiatrike. – 2011. – Oct.–Dec. – V. 22 (4). – P. 290–297.
  14. Jakšić N., Brajković L., Ivezić E., Topić R., Jakovljević M. The role of personality traits in posttraumatic stress disorder (PTSD) // Psychiatria Danubina. – 2012. – V. 24, № 3. – P. 256–266.
  15. Стоянова И. Я., Семке В. Я., Бохан Н. А. Прагматические образования в адаптивно-защитной системе у больных с психическими расстройствами непсихотического спектра и в норме. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2009. – 134 с.
  16. Ветлугина Т. П., Иванова С. А., Семке В. Я., Корнетов Н. А. Фармакологическая модель анализа взаимодействия нервной и иммунной систем // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2000. – Т. 129. – Приложение 1. – С. 47.
  17. Крыжановский Г. Н., Акмаев И. Г., Магаева С. В., Морозов С. Г. Нейроиммуноэндокринные взаимодействия в норме и патологии. – М.: Мед. кн., 2010. – 287 с.
  18. Ivanova S. A., Semke V. Ya., Vetlugina T. P., Rakitina N. M., Kudyakova T. A., Simutkin G. G. Signs of apoptosis of immunocompetent cells in patients with depression // Neuroscience and Behavioral Physiology. – 2007. – V. 37, № 5. – P. 527–530.
  19. Семке В. Я., Епанчинцева Е. М., Аксенов М. М. Динамика посттравматического стрессового расстройства // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 4. – Приложение. – С. 251–253.
  20. Семке В. Я., Рудницкий В. А., Епанчинцева Е. М., Ошаев С. А., Ветлугина Т. П., Никитина В. Б. Сравнительная характеристика влияния интенсивных психотравм различной природы (на примере экологической катастрофы и боевого стресса) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 6. – С. 89–93.
  21. Аксенов М. М., Семке В. Я., Ветлугина Т. П., Белокрылова М. Ф., Гуткевич Е. В., Иванова С. А., Никитина В. Б., Епанчинцева Е. М. Клиническая динамика пограничных нервно-психических расстройств // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3. – С. 13–16.
  22. Наров М. Ю., Семке В. Я., Аксенов М. М. Ранняя диагностика и психотерапевтическая коррекция ПТСР как профилактика коморбидной алкогольной аддикции у комбатантов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – № 1. – С. 69–71.
  23. Никитина В. Б., Ветлугина Т. П., Семке В. Я., Епанчинцева Е. М., Якутенок Л. П. Патент (ru) 2310202 С1. Способ прогнозирования течения посттравматических стрессовых расстройств. – Оpubл. Бюл. № 31. – 10.11.2007.
  24. 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.
  25. Никитина В. Б. Роль иммунных механизмов в клинической динамике посттравматических стрессовых расстройств // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 3. – С. 14–16.
  26. Никитина В. Б., Ветлугина Т. П., Семке В. Я., Епанчинцева Е. М., Якутенок Л. П. Патент (ru) 2421728 С1. Способ прогнозирования неблагоприятного течения посттравматического стрессового расстройства. – Оpubл. Бюл. № 17. – 20.06.2011.
  27. Иванова С. А., Гуткевич Е. В., Левчук Л. А., Вялова Н. М., Епанчинцева Е. М., Перчаткина О. Э., Лебедева В. Ф., Семке В. Я. Новая медицинская технология диагностики течения невротических расстройств на основе определения гормональных показателей // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – № 3. – С. 10–11.
  28. Левчук Л. А., Иванова С. А., Гуткевич Е. В., Шмиголь М. В., Семке В. Я. Серотонин сыворотки крови у больных с расстройствами адаптации с преобладанием депрессивных реакций // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 6. – С. 13–16.
  29. Рядовая Л. А., Гуткевич Е. В., Лаверушина О. М., Иванова С. А., Семке В. Я. Изучение полиморфных вариантов гена рецептора серотонина типа 2A 5-HTR2A при пограничных психических расстройствах // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – № 4. – С. 12–15.
  30. Рядовая Л. А., Гуткевич Е. В., Стоянова И. Я., Иванова С. А. Полиморфизм генов серотонинового обмена и мотивационно-потребностная сфера личности // Вестник ТГПУ. – Вып. 3 (81) – С. 49–53.
  31. Иванова С. А., Левчук Л. А., Гуткевич Е. В., Семке В. Я. Стероидные и тиреоидные гормоны: возможности применения в прогнозировании течения невротических расстройств // Психиатрия. – 2010. – № 3. – С. 18–22.
- Транслитерация русских источников*
1. Rudnitskiy V. A., Semke V. Ya. Basic ecological factors and mental health // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. – 2008. – N 1. – S. 128–130.
  2. Semke V. Ya., Gutkevich E. V., Ivanova S. A. Psychosocial and biological factors of mental disadaptation (on the model of neurotic disorders). – Tomsk, 2008. – 204 s.
  3. Gyichev A. V. Organization, forms and methods of psychopreventive help for unemployed people // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. – 2011. – N 1. – S. 108–111.
  4. Gyichev A. V., Rahmazova L. D., Kononova M. E. Mental health and unemployment: socio-cultural aspects of cause-effect ratios // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. – 2006. – N 3. – S. 88–91.
  5. Aksekov 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. Typology, constitutional-biological and clinical-dynamic characteristics of crisis states in borderline neuropsychiatric disorders // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. – 2009. – N 5. – S. 9–15.
  6. Aksekov M. M., Semke V. Ya., Vetlugina T. P., Perchatkina O. E., Didenko A. V., Nikitina V. B., Gyichev A. V., Rudnitskiy V. A. Clinical dynamic of stress resistance in neurotic mental disorders // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. – 2011. – N 4. – S. 11–19.

7. Semke V. Ya., Bohan T. G., Bogomaz S. A., Gerdt Yu. V. Psychological safety in structure of mental health of population living under conditions of manmade ecological threat risk // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2011. – N 1 (64). – S. 57–62.
8. Gyichev A. V., Artemev I. A. Borderline neuropsychiatric disorders and social instability // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2009. – N 4. – S. 67–69.
9. Semke V. Ya., Bogomaz S. A., Bohan T. G. Quality of life of youth of peoples of Siberia as a systemic index of level of stress resistance // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2012. – N 2. – S. 94–98.
10. Ivanova S. A., Gutkevich E. V., Semke V. Ya., Ryadovaya L. A., Rakitina N. M., Perchatkina O. E., Epanchintseva E. M. Methodological approaches to assessment of biological factors of mental disadaptation (on example of neurotic disorders): methodical recommendations. – Tomsk, 2006. – 33 s.
11. Oshaev S. A., Stoyanova I. Ya. Comparative analysis of coping mechanisms and archaic forms of psychological defense in patients with neurotic disturbances // *Sibirskiy psihologicheskij zhurnal*. – 1999. – N 10. – S. 77.
12. Semke V. Ja., Bohan N. A., Galaktionov O. K. Sketches of ethnopsychology and ethnopsychotherapy / pod red. akad. RAMN V. Ja. Semke. – Tomsk: Izd-vo Tom. un-ta, 1999. – 157 s.
13. Stoyanova I. Ya., Semke V. Ya., Bohan N. A. Pralological formations in adaptive-defensive system in patients with mental disorders of non-psychotic spectrum and in norm. – Tomsk : Izd-vo «Ivan Fedorov», 2009. – 134 s.
14. Vetlugina T. P., Ivanova S. A., Semke V. Ya., Kornetov N. A. Pharmacological model of analysis of interaction of nervous and immune systems // *Byulleten eksperimentalnoy biologii i meditsiny*. – 2000. – T. 129. – Prilozhenie 1. – S. 47.
15. Kryzhanovskiy G. N., Akmaev I. G., Magaeva S. V., Morozov S. G. Neuroimmunoendocrine interactions in norm and pathology. – M. : Med. kn., 2010. – 287 s.
16. Ivanova S. A., Semke V. Ya., Vetlugina T. P., Rakitina N. M., Kudyakova T. A., Simutkin G. G. Signs of apoptosis of immunocompetent cells in patients with depression // *Neuroscience and Behavioral Physiology*. – 2007. – V. 37, N 5. – P. 527–530.
17. Semke V. Ya., Epanchintseva E. M., Aksenov M. M. Dynamic of posttraumatic stress disorder // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2006. – N 4. – Prilozhenie. – S. 251–253.
18. Semke V. Ya., Rudnitskiy V. A., Epanchintseva E. M., Oshaev S. A., Vetlugina T. P., Nikitina V. B. Comparative characteristic of influence of intensive psychotrauma of various nature (on example of ecological disaster and combat stress) // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2009. – N 6. – S. 89–93.
19. Aksenov M. M., Semke V. Ya., Vetlugina T. P., Belokrylova M. F., Gutkevich E. V., Ivanova S. A., Nikitina V. B., Epanchintseva E. M. Clinical dynamic of borderline neuropsychiatric disorders // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2006. – N 3. – S. 13–16.
20. Narov M. Yu., Semke V. Ya., Aksenov M. M. Early diagnosis and psychotherapeutic correction of PTSD as a prevention of comorbid alcoholic addiction in combatants // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2007. – N 1. – S. 69–71.
21. Nikitina V. B., Vetlugina T. P., Semke V. Ya., Epanchintseva E. M., Yakutenok L. P. Patent (ru) 2310202 C1. Way of prediction of course of posttraumatic stress disorders. – Opubl. Byul. N 31. – 10.11.2007.
22. Nikitina V. B., Vetlugina T. P., Aksenov M. M., Epanchintseva E. M. Secondary immune deficiency as a risk factor of development of protracted course of neurotic, stress-related disorders // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2008. – N 1. – S. 43–47.
23. Nikitina V. B. Role of immune mechanisms in clinical dynamic of posttraumatic stress disorders // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2009. – N 3. – S. 14–16.
24. Nikitina V. B., Vetlugina T. P., Semke V. Ya., Epanchintseva E. M., Yakutenok L. P. Patent (ru) 2421728 C1. Way of prediction of adverse course of posttraumatic stress disorder. – Opubl. Byul. N 17. – 20.06.2011.
25. Ivanova S. A., Gutkevich E. V., Levchuk L. A., Vyalova N. M., Epanchintseva E. M., Perchatkina O. E., Lebedeva V. F., Semke V. Ya. New medical technology of diagnosis of course of neurotic disorders based on identification of hormonal indices // *Mezhdunarodnyy zhurnal prikladnykh i fundamentalnykh issledovaniy*. – 2012. – N 3. – S. 10–11.
26. Levchuk L. A., Ivanova S. A., Gutkevich E. V., Shmigol M. V., Semke V. Ya. Serotonin of serum of blood in patients with adjustment disorders with predominance of depressive reactions // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2011. – N 6. – S. 13–16.
27. Ryadovaya L. A., Gutkevich E. V., Lavrushina O. M., Ivanova S. A., Semke V. Ya. Study of polymorphic variants of receptor of gene of serotonin of type 2A 5-HTR2A in borderline mental disorders // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2007. – N 4. – S. 12–15.
28. Ryadovaya L. A., Gutkevich E. V., Stoyanova I. Ya., Ivanova S. A. Polymorphism of genes of serotonin metabolism and motivation-need area of personality // *Vestnik TGPU*. – 2009. – Vyip. 3 (81). – S. 49–53.
29. Ivanova S. A., Levchuk L. A., Gutkevich E. V., Semke V. Ya. Steroid and thyroid hormones: possibilities of application in prediction of course of neurotic disorders // *Psichiatriya*. – 2010. – N 3. – S. 18–22.

УДК 616.895.8:57

ББК Р645.090-14-16-17-18

## БИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ШИЗОФРЕНИИ (ИТОГИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕМЫ НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009—2012 гг.)

Семке А. В.<sup>\*</sup>, Ветлугина Т. П.,  
Рахмазова Л. Д., Иванова С. А.,  
Счастный Е. Д., Федоренко О. Ю.,  
Лобачева О. А., Гуткевич Е. В.,  
Корнетова Е. Г., Даниленко О. А.

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

Проведено изучение молекулярно-генетических, психонейроиммунологических и метаболических механизмов клинической динамики и формирования социальной адаптации больных эндогенными психическими заболеваниями. Изучена роль протеинов семейства киназ в патофизиологических процессах при шизофрении. Разработана концепция дисбаланса Th1/Th2 факторов иммунной защиты с изучением полиморфизма генов цитокинов. Определены особенности психонейроиммунотуляции в клинической динамике и формировании вариантов социальной адаптации при эндогенных расстройствах. Изучено влияние длительной терапии больных шизофренией атипичными нейролептиками на систему иммунитета. Разработаны методы патогенетической диагностики нарушений адаптации, способов терапии и реабилитации больных эндогенными психическими расстройствами. **Ключевые слова:** больные эндогенными психическими заболеваниями, биологические (молекулярно-генетические, психонейроиммунологические и метаболические механизмы) клинической динамики и формирования социальной адаптации.

**BIOLOGICAL AND CLINICAL-SOCIAL MECHANISMS OF DEVELOPMENT OF SCHIZOPHRENIA (RESULTS OF COMPLEX THEME OF RESEARCH WORK OF MENTAL HEALTH RESEARCH INSTITUTE SB RAMSCI, 2009—2012).** Semke A. V., Vetlugina T. P., Rakhmazova L. D., Ivanova S. A., Schastnyy E. D., Fedorenko O. Yu., Lobacheva O. A., Gutkevich E. V., Kornetova E. G., Danilenko O. A. *Mental Health Research Institute SB RAMSci. 634014, Tomsk, Aleutskaya Street, 4.* Study of molecular-genetic, psychoneuroimmunological and metabolic mechanisms of clinical dynamic and formation of social adaptation of patients with endogenous mental diseases has been conducted. Role of proteins of kinase family in pathophysiological processes in schizophrenia has been studied. Concept of imbalance of Th1/Th2 factors of the immune protection with study of polymorphism of cytokine genes has been developed. Peculiarities of psychoneuroimmunomodulation in clinical dynamic and formation of variants of social adaptation in endogenous disorders have been identified. Influence of long therapy of schizophrenic patients with atypical neuroleptics on system of the immunity has been studied. Methods of pathogenetic diagnosis of disturbances of adaptation, ways of therapy and rehabilitation of patients with endogenous mental disorders have been developed. **Key words:** patients with endogenous mental diseases, biological (molecular-genetic, psychoneuroimmunological and metabolic) mechanisms of clinical dynamic and formation of social adaptation.

<sup>\*</sup> Семке Аркадий Валентинович, д.м.н., проф., зав. отд. эндогенных расстройств. Тел.: (83822)723151.

В патогенезе эндогенных расстройств значительную роль играет совокупность биопсихосоциальных характеристик [1, 2, 3], определяющих широкий диапазон показателей распространенности шизофрении, клинической динамики адаптационных характеристик у пациентов, страдающих этим тяжелым душевным заболеванием, в том числе и на территориях Сибирского региона. Возникновение заболевания в молодом, трудоспособном, социально активном возрасте, хроническое течение, высокий процент инвалидизации стимулируют специалистов к разработке новых лекарственных препаратов, более эффективных методов лечения и реабилитации [4, 5]. Между тем до настоящего времени не разработаны дифференцированные реабилитационные программы, учитывающие адаптационные особенности больных, обусловленные сочетанием биологических, психологических, социальных показателей. Все это определило актуальность исследования, проводимого в ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН в последние годы.

**Цель** исследования – изучение молекулярно-генетических, психонейроиммунологических и метаболических механизмов клинической динамики и формирования социальной адаптации больных эндогенными психическими заболеваниями.

За 4-летний период в рамках темы НИР проведено изучение клинико-генеалогических и молекулярно-генетических факторов патогенеза эндогенных психических расстройств на основе лонгитудинального семейного исследования и анализа полиморфизмов генов, участвующих в регуляции процессов метаболической дезадаптации и нейромедиаторного обмена; изучение роли протеинов семейства киназ в патофизиологических процессах при шизофрении; разработка концепции дисбаланса Th1/Th2 факторов иммунной защиты с изучением полиморфизма генов цитокинов; исследование особенностей психонейроиммунотуляции в клинической динамике и формировании вариантов социальной адаптации при эндогенных расстройствах; изучение влияния длительной (более 0,5 года) терапии больных шизофренией атипичными нейролептиками на систему иммунитета; изучение роли социально-демографических факторов в формировании когорт больных эндогенными психическими заболеваниями; разработка эффективных методов патогенетической диагностики нарушений адаптации, способов терапии и реабилитации больных эндогенными психическими расстройствами; исследование клинико-динамических, клинико-биологических и социально-адаптационных закономерностей эндогенных расстройств.

**Объект** исследования – популяции больных эндогенными психическими заболеваниями, проживающих в регионе Сибири, и показатели их болезненности, заболеваемости, инвалидности; пациенты и их родственники; биологический материал (кровь) 200—250 больных шизофренией, шизотипическим, шизоаффективным расстройствами и их родственников.

**Методы:** клинико-эпидемиологический, клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, молекулярно-биологический, молекулярно-генетический, клинико-генеалогический, иммунологический и биохимический.

Большое значение приобретают региональные особенности конкретной территории, что может оказывать влияние на выявление психически больных, их обращаемость за специализированной помощью, а также на решение вопросов по оптимальной социально-трудовой адаптации пациентов, оказании им помощи разного уровня – от собственно медикаментозного лечения до уровня социальной поддержки.

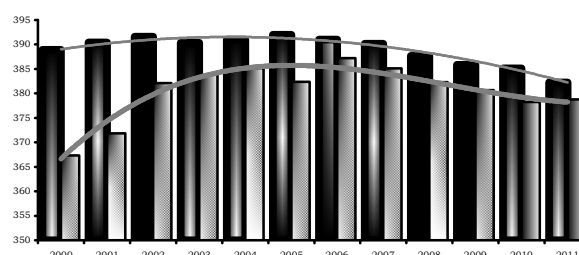
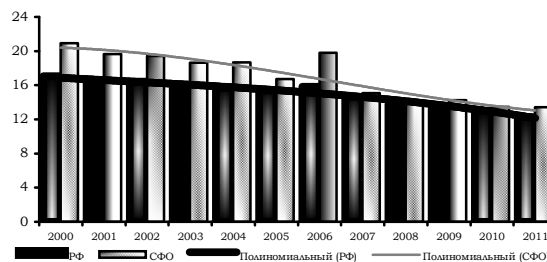
Данные статистической отчетности, результаты эпидемиологических исследований в различных регионах Сибири выявляют довольно значительные расхождения показателей распространенности психических заболеваний. Эта ситуация определяется многими факторами, среди которых существенное значение имеют ресурсы специализированной помощи, степень децентрализации её; отношение общества к проявлениям психического заболевания и к психиатрической службе; изменение организационных форм учета и собственно идентификации психического заболевания.

Без знания таких показателей, как распространенность психических заболеваний, вряд ли можно говорить о каких-либо программах по совершенствованию психиатрического сервиса. Стратегия и тактика формирования комплексных программ охраны и укрепления психического здоровья различных популяций должны предусматривать специфику «местных» условий, их изменчивость под влиянием социально-экономических, демографических, социокультурных факторов [6].

Многолетний мониторинг эпидемиологических показателей шизофренических расстройств в восточных регионах России наглядно демонстрирует более высокие показатели (по линиям полиномиального тренда) первичной заболеваемости шизофренией по РФ и СФО с тенденцией к снижению во второй половине анализируемого периода (рис. 1).

Сравнение динамики показателей общей заболеваемости шизофренией населения СФО и РФ свидетельствует об относительно равномерном и незначительном снижении данных по России, в то время как по СФО в течение первых 5 лет происходил интенсивный рост пока-

зателей с последующим постепенным снижением, не достигая значения данного показателя по России.



**Рис. 1.** Сравнительная динамика показателей первичной и общей заболеваемости шизофренией по РФ и СФО (на 100 тысяч населения)

Данные таблицы 1 свидетельствуют о широком диапазоне показателей первичной и общей заболеваемости шизофренией в населении различных административных территорий СФО. Обращает внимание факт наименьших значений данных показателей на территориях с табельным населением, представленным в основном группой центральных монголоидов.

Таблица 1

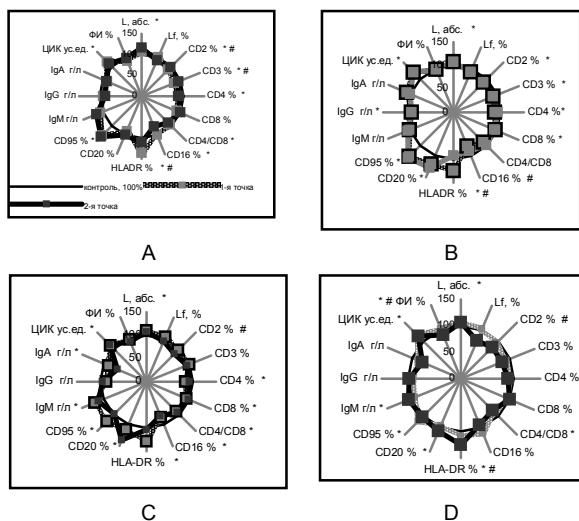
**Общая и первичная заболеваемость шизофренией в СФО**

Р. Алтай	195,2	Р. Хакасия	3,3
Р. Хакасия	265,4	Новосибирская обл.	3,8
Красноярский край	303,5	Р. Бурятия	4,4
Р. Бурятия	311,2	Р. Алтай	5,2
Алтайский край	333,4	Р. Тыва	5,7
Забайкальский край	341,1	Забайкальский край	7,9
Р. Тыва	344,4	Томская обл.	8,7
Кемеровская обл.	361,9	Омская обл.	9,8
Новосибирская обл.	390,3	Красноярский край	10,2
Томская обл.	402,7	Алтайский край	10,7
Иркутская обл.	443,9	Кемеровская обл.	13,9
Омская обл.	461,2	Иркутская обл.	18,6

Приоритетным направлением в настоящее время является исследование психонейроиммуномодуляции при шизофрении, изучение клинических и биологических факторов формирования адаптации больных шизофренией. Проведенные до настоящего времени исследования доказывают роль иммунных нарушений, дисбаланс продукции цитокинов в патогенезе шизофрении [7, 8, 9, 10, 11]. Разными исследователями установлено, что аллельный полиморфизм генов цитокинов и их промоторов может приводить как к повышению, так и к сниже-

нию уровня продукции иммунорегуляторного медиатора, что, в свою очередь, вызывает изменение выраженности определенных специфических иммунных реакций, регулируемых данным медиатором, и предрасположенность к развитию определенной иммунопатологии [12, 3, 14]. Поиск ассоциации полиморфизма генов цитокинов с шизофренией является актуальным для раскрытия роли нарушений психонейроиммунного взаимодействия в патогенезе заболевания.

Сравнительный анализ защитных иммунных механизмов и вариантов клинко-социальных приспособительных возможностей 108 больных шизофренией показал, что на фоне сохранения общего профиля иммунопатологии при шизофрении глубина иммунных нарушений повышалась по мере снижения компенсаторно-приспособительных возможностей пациентов. При этом выявлены достоверные различия между группами (рис. 2).

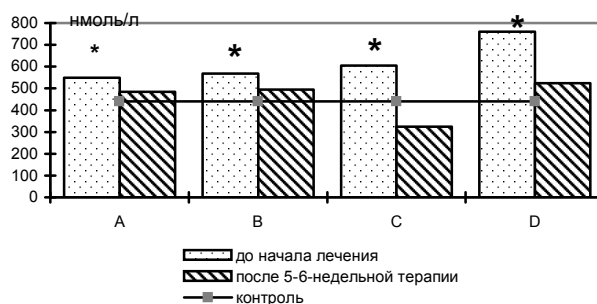


**Рис. 2. Динамика параметров иммунитета больных шизофренией с разными типами адаптации**

Примечание. А – интегративный; В – интравертный; С – экстравертный; D – деструктивный. \* – Достоверность значений в 1-й точке по отношению к контролю; N – достоверность между 1-й и 2-й точками.

Для интегративного варианта адаптации характерны повышение концентрации IgA и снижение IgG; для интравертного – повышение общего количества лимфоцитов, концентрации IgM, снижение концентрации IgG и фагоцитарной активности нейтрофилов. Экстравертный вариант отличался повышением общего количества лимфоцитов, снижением Т-хелперов/индукторов (CD4<sup>+</sup>), повышением концентрации IgM, снижением IgG, IgA и фагоцитарной активности нейтрофилов. Деструктивный тип адаптации характеризовался самыми низкими значениями параметров клеточного иммунитета, повышением концентрации IgM,

снижением концентрации IgA, фагоцитарной активности нейтрофилов, в этой группе отмечался и самый высокий уровень кортизола. Сравнительный анализ защитных иммунных механизмов и вариантов клинко-социальных приспособительных возможностей обследованных пациентов показал, что относительно благоприятными как в клиническом, так и в иммунологическом отношении являются интегративный и интравертный типы адаптации. Деструктивный тип адаптации с низкими показателями клинического и социального функционирования характеризуется наибольшим угнетением Т-звена иммунитета (рис. 2).



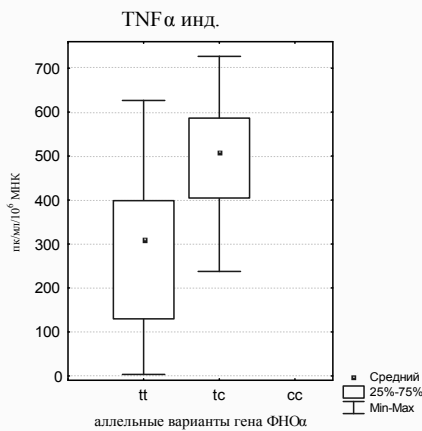
**Рис. 3. Динамика концентрации кортизола в крови больных шизофренией с разными типами адаптации**  
Примечание. А – интегративный; В – интравертный; С – экстравертный; D – деструктивный. \* – Достоверность значений в 1-й точке по отношению к контролю.

В динамике 6-недельного лечения концентрация кортизола в сыворотке крови снижалась (или имела тенденцию к снижению) во всех обследованных группах пациентов (рис. 3). Наименьшие изменения уровня кортизола отмечены у больных с деструктивным вариантом адаптации, которые характеризовались клинко-иммунологической устойчивостью к терапии с углублением Т-клеточного иммунодефицита.

В рамках совместного договора с ФГБУ «НИИ клинической иммунологии» СО РАМН (руководитель лаборатории молекулярной иммунологии – д. м. н., проф. С. В. Сенников) проведено изучение характера распределения генотипа (-1031T/C) фактора некроза опухоли альфа (TNF-α) в группах 211 больных шизофренией и 90 здоровых лиц и оценка степени ассоциированности данного генотипа с уровнем митогениндуцированной продукции иммунокомпетентными клетками и сывороточной концентрации TNF-α у больных шизофренией.

В исследованной группе больных шизофренией по сравнению с группой здоровых преобладали лица с генотипами TT (F=1,608, p=0,005) и CC (F=5,577, p=0,0001). Высокий уровень митогениндуцированной продукции TNFα мононуклеарными клетками больных шизофренией ассоциируется с генотипом TC в промоторном участке гена TNFα в точке -1031

( $p=0,0394$ ; рис. 4). Полученные предварительные данные предполагают необходимость дальнейших исследований полиморфизма генов цитокинов с определением значимых ассоциаций аллельных генотипов с шизофренией.



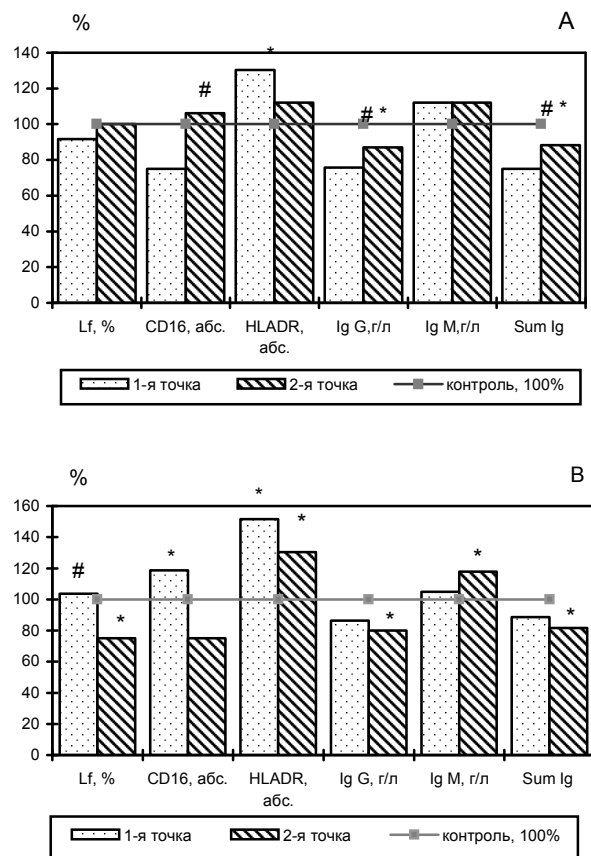
**Рис. 4. Митогениндуцированная продукция TNFα (ФНО в группах больных шизофренией с разными аллельными вариантами гена TNFα)**

В литературе накапливаются данные по сравнительному влиянию длительного применения типичных и атипичных антипсихотиков на гомеостатические системы организма [15, 16, 17, 18], однако влияние этих препаратов на иммунитет изучено недостаточно, эти данные немногочисленны и часто противоречивы.

Обследовано 48 больных, длительно принимавших поддерживающую терапию классическими антипсихотиками, которые после поступления в стационар в период обострения получали атипичные антипсихотики (АА) в течение 6 недель, и 19 человек, принимавших поддерживающую терапию АА не менее 6 месяцев, которые после поступления в стационар в период обострения заболевания продолжали получать АА по адекватным психическому состоянию схемам. В результате проведенного исследования получены новые данные о влиянии длительного лечения классическими и атипичными антипсихотиками на показатели крови и иммунитет. Менее значимый дефект Т-клеточного звена иммунитета и более выраженная позитивная динамика иммунобиологических параметров в процессе терапии в стационаре выявлены у пациентов с длительным (более 6 месяцев) сроком лечения только атипичными антипсихотиками. Показана также необходимость мониторинга уровня пролактина и аминотрансфераз в процессе длительной терапии больных шизофренией атипичными нейролептиками.

Проведенное ранее комплексное клинико-иммунологическое исследование выявило нарушение функционирования системы иммунитета, которое характеризуется дисбалансом иммунорегуляторных Th1/Th2 цитокинов с усилением Th2-иммунного ответа и является од-

ним из ключевых механизмов психонейроиммунных нарушений при шизофрении; патогенетически обоснована технология иммунокоррекции при этом заболевании [19]. При включении препарата анаферона в комплекс лечения 20 больных шизофренией выявлена позитивная динамика иммунологических показателей (повышение количества натуральных киллеров CD16<sup>+</sup>, лимфоцитов с маркерами поздней активации HLADR, концентрации IgG, суммарной концентрации иммуноглобулинов, рис. 5) и обнаружен более выраженный терапевтический эффект по сравнению с группой пациентов (19 чел.), принимавших плацебо.



**Рис. 5. Динамика иммунологических показателей в процессе комплексной терапии больных шизофренией с включением анаферона (А) и плацебо (В)**  
Примечание. \* – достоверность по отношению к контролю. # – Достоверность между 1-й и 2-й точками

Отмечена более благоприятная динамика показателей по шкале AIMS как маркера экстрапиримидных нарушений, отражающего патологические непреднамеренные движения. Значительное и существенное улучшение психического состояния по шкале CGI отмечалось в 1,3 раза чаще, чем в группе больных, принимавших плацебо (17 – 85,0 % и 12 – 63,0 %).

Позитивная динамика иммунологических показателей и заметный терапевтический эффект, достигнутые в ходе лечения больных ши-

зофренией при подключении анаферона к стандартной терапии, подтверждают участие сверхмалых доз антител к гамма-интерферону в общих механизмах психонейроиммунотуляции и положительную роль данного препарата в оптимизации нарушенного при шизофрении нейроиммунного взаимодействия.

Тесная связь между повышенной дофаминергической нейротрансмиссией и нарушением функционирования нейрональных калиевых KCNQ каналов рассматривается в аспекте современной парадигмы шизофрении [20, 21]. Для открытия KCNQ каналов требуется фосфатидилинозитол 4,5-бисфосфат, который образуется при участии фосфатидилинозитол-4-фосфат-5-киназы тип 2 альфа (PIP5K2A) [22]. Показана ассоциация между мутацией (N251S)-PIP5K2A и шизофренией [23, 24].

Нами исследовано влияние PIP5K2A киназы и ее мутантной формы (N251S)-PIP5K2A на активность нейрональных калиевых KCNQ каналов. Установлена активация PIP5K2A киназой нейрональных калиевых KCNQ каналов и их угнетение мутантной формой (N251S)-PIP5K2A [25]. Выявленное снижение активности нейрональных калиевых KCNQ каналов при мутации (N251S)-PIP5K2A способствует повышению возбудимости дофаминергических нейронов, увеличению дофаминергической нейротрансмиссии и развитию психотических симптомов [26]. Выявленное снижение активности нейрональных EAAT3 глутаматных транспортеров способствует нарушению захвата внеклеточного глутамата, что приводит к развитию нейротоксичности и десенситизации рецепторов [27].

Результаты последних исследований доказывают важную роль нейростероида дегидроэпиандростерона сульфата (ДГЭАС) в патологии и лечении шизофрении [28]. Нейростероиды являются единственными гуморальными факторами, концентрация которых в сыворотке коррелирует с концентрацией в мозге. Нами проведены исследования концентрации ДГЭАС в сыворотке крови у больных шизофренией в зависимости от пола и длительности заболевания [29, 30].

Обнаружены низкие концентрации ДГЭАС у больных шизофренией по сравнению со здоровыми лицами, как в общей группе, так и после разделения по полу. У мужчин концентрация ДГЭАС выше, чем у женщин, как в группе контроля, так и в группе пациентов. Существенное уменьшение концентрации ДГЭАС в сыворотке крови обнаружено в группе больных шизофренией мужчин с продолжительностью заболевания уже от 1 года до 3 лет. В группе больных шизофренией женщин достоверное уменьшение концентрации ДГЭАС выявлено при продолжительности заболевания более 3 лет. Таким образом, длительность шизофрени-

ческого процесса коррелирует со снижением концентрации ДГЭАС в сыворотке крови больных шизофренией.

Низкие концентрации ДГЭАС способствуют гипофункции NMDA рецепторов, развитию когнитивной дисфункции. Кроме того, снижение концентрации ДГЭАС через ослабление активности нейрональных калиевых KCNQ каналов приведет к повышению возбудимости дофаминергических нейронов и увеличению дофаминовой нейротрансмиссии, что способствует развитию психотических симптомов, выраженность которых связана с когнитивной дисфункцией (рис. 6).

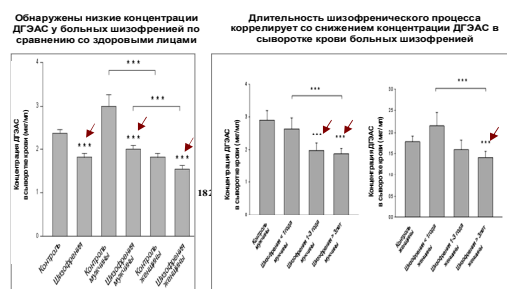


Рис. 6. Роль нейростероида ДГЭАС при шизофрении

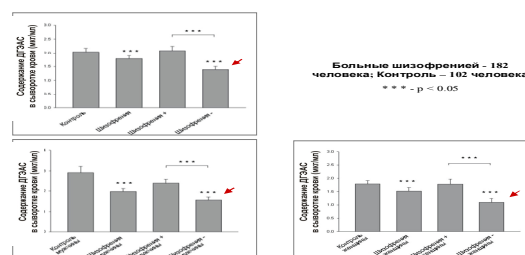


Рис. 7. Концентрация ДГЭАС в сыворотке крови у больных шизофренией в зависимости от преобладания позитивной или негативной симптоматики

В последнее время большую актуальность приобретают исследования шизофрении с позиций дихотомического подхода [31]. В зависимости от особенностей течения шизофренического процесса пациенты были разделены на две подгруппы: с преобладанием позитивной либо негативной симптоматики. У больных шизофренией с преобладанием негативной симптоматики концентрации ДГЭАС значительно ниже по отношению как к здоровым лицам, так и к пациентам с преобладанием позитивной симптоматики (рис. 7).

Превентивное направление в современных условиях приобретает новое научно-организационное содержание и опирается на ряд принципов, одним из которых является признание семьи пациента активным участником психосоциореабилитационного процесса, направленного на сохранение (или восстанов-

ление) различных форм адаптации больного в микро- и макросоциуме [32]. У большинства пациентов сохраняются семьи, более 80 % больных после выписки из стационара возвращаются в семьи, т. е. создаются условия для реализации адаптационных возможностей. Семья рассматривается как группа, имеющая свои собственные потребности, права и обязанности, которые, с одной стороны, обусловлены заболеванием пациента, а с другой стороны, выходят за его пределы. При этом родственники принимают сознательный выбор в том, насколько они готовы быть ресурсом для пациента. Семьи имеют право решать, что все её члены совместно и каждый в отдельности будут делать для решения проблем, какие обязанности семья примет на себя. Наилучшие результаты достигаются, когда пациент и его семья являются не пассивными участниками, а активными партнерами в оказании помощи наряду с профессионалами. Внимание различных специалистов, как консультантов, должно быть направлено на создание оптимальной микросоциальной сети, т. е. сообщества лиц, прежде всего родственников, оказывающих поддержку пациентам. Работа с семьей должна строиться на интеграции разнообразных форм семейных интервенций и опираться на более дифференцированный подход к ближайшему окружению с учетом особенностей каждой отдельной семьи с целью повышения уровня семейного функционирования как базовой «мишени» психосоциальных вмешательств.

Качество жизни (КЖ) и социальное функционирование пациентов взаимосвязаны с фасадной психопатологической симптоматикой. Так, у пациентов истероэкстравертивной подгруппы, отличающихся более высоким социальным функционированием, выявлен наибольший параллелизм между субъективной оценкой и объективными показателями КЖ, высокий уровень притязаний и максимальные возможности для их осуществления [33, 34]. Тогда как пациенты истероинтравертивной подгруппы с наиболее высоким уровнем диссоциации между объективными показателями их КЖ и их субъективной оценкой, имеющие высокий уровень притязаний и отказывающиеся от выполнения даже возможных социально полезных функций, испытывают значительную фрустрацию в связи с невозможностью осуществить свои желания и в результате нередко оказываются дезадаптированы в социуме.

Полученные с помощью прогностической таблицы данные позволяют определить наиболее вероятный вариант дальнейшего течения заболевания и риск возникновения таких социально неблагоприятных факторов, как самостигматизация, ипохондрические и аддиктивные формы поведения, а в конечном счете бо-

лее дифференцированно подойти к реабилитации пациентов с истероформными расстройствами в структуре заболевания, а также повысить их адаптационные возможности за счет достижения более высокого уровня комплаентности (92,4 %), улучшения семейно-трудовых взаимоотношений (75,0 %), урежения рецидивов (66,0 %). Применение комплексных реабилитационных программ, включающих психофармакотерапию, назначаемую с учетом особенностей истероформных проявлений, различные методы психотерапевтического и психосоциального воздействия (в зависимости от варианта истероформных нарушений) с вовлечением в реабилитационный процесс не только больного, но и членов его семьи, показало значительную эффективность (по шкале CGI) у 75,0 % пациентов основной группы [35].

Больные шизотипическим расстройством неравномерно оценивали свою удовлетворенность разными сферами жизни: достоверно выше других оценивали духовную сферу и ниже – удовлетворенность психологической сферой. Фасадная психопатологическая симптоматика оказывала влияние на КЖ пациентов с шизотипическим расстройством: у пациентов с фасадной психопатоподобной симптоматикой удовлетворенность психологической сферой была статистически значимо выше, чем у пациентов с аффективной, сенестоипохондрической и обсессивно-компульсивной симптоматикой. У пациентов с фасадной сенестоипохондрической симптоматикой выявлен достоверно наименьший суммарный показатель КЖ, связанного со здоровьем. Минимально среди всех сфер жизни в этой группе пациентов была оценена сфера независимости; в группе с фасадной обсессивно-компульсивной симптоматикой минимально среди всех сфер жизни была оценена психологическая. Выявлено отсутствие параллелизма между нарастанием тяжести психического состояния пациентов с шизотипическим расстройством и ухудшением КЖ. Среди совокупности социальных факторов, влияющих на КЖ, наиболее значимыми явились семейные (семейное положение и состав семьи): наибольшую удовлетворенность демонстрируют пациенты, состоящие в браке и имеющие детей. В меньшей степени выявлено влияние образовательного и трудового статусов на КЖ пациентов с шизотипическим расстройством. Параллелизм между адаптационными характеристиками и показателями КЖ по большинству сфер наблюдался при интегративном типе адаптации. У пациентов с интравертным и экстравертными типами адаптации достоверное отличие показателей качества жизни выявлялось по сравнению с группой пациентов с интегративным типом адаптации: показатели были ниже по субсфере «подвижность» и выше по суб-



сфере «отрицательные эмоции» в группе с интравертным типом адаптации и ниже по субсферам «подвижность», «личные отношения», «физическая безопасность и защищенность» в группе с экстравертным типом адаптации.

Таким образом, в ходе исследования в рамках темы НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН «Биологические и клиничко-социальные механизмы развития эндогенных психических заболеваний» получены новые данные о функциональных нарушениях регуляции нейрональных калиевых KCNQ каналов и глутаматных EAAT3 транспортеров мутантной, ассоциированной с шизофренией (N251S)-PIP5K2A киназой. Установленная сопряженность параметров иммунитета с вариантами клиничко-социальной адаптации больных шизофренией позволяет заключить, что иммунная реактивность является важным фактором, оказывающим влияние на приспособительные возможности пациентов и уровень их социального функционирования. Установлена частота распределения генотипов -1031T/C TNF $\alpha$  в группе больных шизофренией. Получены новые данные о влиянии длительного лечения классическими и атипичными антипсихотиками на показатели крови и иммунитет. Разработана патогенетически обоснованная комплексная терапевтическая программа с включением препарата анаферона, содержащего антитела к гамма-интерферону человека в сверхмалых дозах, направленная на оптимизацию нарушенного нейроиммунного взаимодействия и повышение адаптационных возможностей пациентов.

Полученные сведения могут быть использованы (и уже используются) в научных исследованиях по проблеме шизофрении, в практическом здравоохранении, в системе преподавания психиатрии в медицинских институтах. Анализ полученных теоретических и практических результатов исследования позволяет сформулировать систему взглядов на проблему адаптацогенеза у больных шизофренией и составить основу практических рекомендаций по вопросам прогноза терапии и профилактики нарушений социальной адаптации больных на разных этапах течения заболевания. Комплексные реабилитационные программы для больных шизофренией, использующие современные методы психофармакотерапии, иммунокоррекции, психотерапии и социальной поддержки, доказали свою эффективность и положительное влияние на адаптацию больных.

#### Л и т е р а т у р а

1. Семке А. В., Рахмазова Л. Д., Лобачева О. А., Иванова С. А., Гуткевич Е. В. Клинические и биологические факторы формирования адаптации больных шизофренией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2006. – № 3. – С. 17–21.
2. Семке А. В., Ветлугина Т. П., Иванова С. А., Рахмазова Л. Д., Гуткевич Е. В., Лобачева О. А., Корнетова Е. Г. Биопсихосоциальные основы и адаптационно-компенсаторные механизмы шизофрении в регионе

- Сибири // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009. – № 5. – С. 15–20.
3. Семке А. В., Ветлугина Т. П., Иванова С. А., Рахмазова Л. Д., Корнетова Е. Г., Федоренко О. Ю., Лобачева О. А. Биологические и клиничко-социальные механизмы развития эндогенных психических заболеваний // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4. – С. 19–23.
  4. Красильников Г. Т., Дресвянников В. Л., Бохан Н. А. Коморбидные аддиктивные расстройства у больных шизофренией // Наркология. – 2002. – № 6. – С. 24–31.
  5. Семке А. В., Ветлугина Т. П., Иванова С. А., Евсеев С. В., Кабанов С. О., Лобачева О. А. Терапия пациентов с резидуальной шизофренией атипичным нейрореплетиком сероквелем // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – Т. 6, № 4. – С. 168.
  6. Рахмазова Л. Д., Семке А. В., Очирова И. Б. Распространенность шизофрении в Бурятии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 3. – С. 18–20.
  7. Андросова Л. В., Секирина Т. П., Кушнер С. Г. и др. Система интерлейкинов у больных шизофренией // Журн. невропатологии и психиатрии – 2004. – Вып. 2. – С. 43–47.
  8. Лобачева О. А., Найденова Н. Н., Ветлугина Т. П. Цитокины при шизофрении // Патогенез. – 2006. – Т. 4, № 1. – С. 59–60.
  9. Чехонин В. П., Осколкова С. Н., Фастовцев Г. А. и др. Сравнительный количественный анализ про- и противовоспалительных цитокинов у больных параноидной шизофренией // XV съезд психиатров России : материалы съезда. – М., 2010. – С. 394.
  10. Na K. S., Kim Y. K. Monocytic, Th1 and Th2 cytokine alterations in the pathophysiology of schizophrenia // Neuropsychobiology. – 2007. – V. 56, № 2–3. – P. 55–63.
  11. Kawashima S. Expression of the inflammatory cytokine mRNA in patients with schizophrenia treated with quetiapine // J. European College of Neuropsychopharmacology. – 2009. – V. 19. – Suppl. 3. – P. 539.
  12. Сенников С. В., Силков А. Н., Козлов В. А. Аппельные варианты и изоформы цитокинов в диагностике и патогенезе иммунопатологических состояний // Иммунология. – 2002. – № 4. – С. 243–250.
  13. Schwarz M. J., Krönig H., Riedel M., Dehning S., Douhet A., Spellmann I., Ackenheil M., Möller H. J., Müller N. IL-2 and IL-4 polymorphisms as candidate genes in schizophrenia // Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. – 2006. – V. 256 (2). – P. 72–76.
  14. Arion D., Unger T., Lewis D. A., Levitt P., Mirmics K. Molecular evidence for increased expression of genes related to immune and chaperone function in the prefrontal cortex in schizophrenia // Biol. Psychiatry. – 2007. – V. 62 (7). – P. 711–721.
  15. Мосолов С. Н., Рывкин П. В., Сердитов О. В. и др. Метаболические побочные эффекты современной антипсихотической фармакотерапии // Социальная и клиничко-психиатрия. – 2008. – № 3. – С. 75–90.
  16. Цыганков Б. Д., Агасарян Э. Г. Анализ эффективности и безопасности современных и классических антипсихотических препаратов // Журн. неврологии и психиатрии. – 2010. – Вып. 9. – С. 64–70.
  17. Leucht S., Komossa K., Rummel-Kluge C. et al. A head to head comparisons of second-generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia // Am. J. Psychiatry. – 2009. – V. 166. – P. 152–163.
  18. Levy R. L., Jeffery R. W., Langer S. L. et al. Maintenance-tailored therapy vs. standard behavior therapy for 30-month maintenance of weight loss // Prev. Med. – 2010. – V. 51, № 6. – P. 457–459.
  19. Ветлугина Т. П., Невидимова Т. И., Никитина В. Б., Лобачева О. А., Бохан Н. А., Семке В. Я. Патогенетическое обоснование технологии иммунокоррекции при психических расстройствах и болезнях зависимости // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 1. – С. 7–12.

20. Lang U. E., Puls I., Muller D. J., Strutz-Seebohm N., Gallinat J. Molecular mechanisms of schizophrenia // *Cell. Physiol. Biochem.* – 2007. – № 20. – P. 687–702.
21. 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. 12–17.
22. Di Paolo G., De Camilli P. Phosphoinositides in cell regulation and membrane dynamics // *Nature.* – 2006. – V. 443. – P. 651–657.
23. Stopkova P., Vevera J., Paclt I., Zukov I., Papolos D. F., Saito T., Lachman H. M. Screening of PIP5K2A promoter region for mutations in bipolar disorder and schizophrenia // *Psychiatr. Genet.* – 2005. – № 15. – P. 223–227.
24. Федоренко О. Ю., Рудиков Е. В., Гаврилова В. А., Боярко Е. Г., Семке А. В., Иванова С. А. Ассоциация (N251S)-PIP5K2A с расстройствами шизофренического спектра: исследование русской популяции Сибири // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* – 2013. – Т. 113, вып. 5. – С. 58–61.
25. Федоренко О. Ю., Иванова С. А., Семке А. В. Влияние фосфатидилинозитол-4-фосфат-5-киназы (тип 2 альфа) на активность нейрональных KCNQ калиевых каналов в ооцитах *Xenopus laevis* // *Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук.* – 2009. – № 2. – С. 59–64.
26. Fedorenko O., Strutz-Seebohm N., Henrion U., Ureche O. N., Lang F., Seebohm G., Lang U. E. A schizophrenia-linked mutation in PIP5K2A fails to activate neuronal M channels // *Psychopharmacology.* – 2008. – V. 199, № 1. – P. 47–54.
27. Fedorenko O., Tang C., Sopjani M., Föller M., Gehring E.-M., Strutz-Seebohm N., Ureche O. N., Lang F., Seebohm G., Ivanova S., Semke A., Lang U. E. PIP5K2A-dependent regulation of excitatory amino acid transporter EAAT3 // *Psychopharmacology.* – 2009. – V. 206, № 3. – P. 429–435.
28. Ritsner M. S. Pregnenolone, dehydroepiandrosterone, and schizophrenia: alterations and clinical trials // *CNS Neurosci. Ther.* – 2010. – Spring. – V. 16 (1). – P. 32–44.
29. 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, вып. 11. – С. 49–51.
30. Ivanova S. A., Semke A. V., Fedorenko O. Y. The correlation between schizophrenia duration and the serum concentration of dehydroepiandrosterone sulfate // *Neurochemical Journal.* – 2011. – V. 5, № 4. – P. 290–293.
31. Корнетов Н. А., Корнетова Е. Г., Семке А. В. Способ прогнозирования негативных клинических проявлений в течении шизофрении. – Патент на изобретение № 2188577. 2002.
32. Гуткевич Е. В., Семке В. Я., Семке А. В. Семья психически больного в системе социальных координат // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* – 2011. – № 1. – С. 71–76.
33. Даниленко О. А. Влияние истероформной симптоматики на течение и динамику социального статуса больных шизофренией и шизотипическим расстройством // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* – 2011. – № 2. – С. 22–26.
34. Семке А. В., Зинчук М. С. Негативные расстройства у больных параноидной шизофренией // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* – 2012. – № 4. – С. 29–33.
35. Семке А. В., Даниленко О. А. Истероформная симптоматика в структуре расстройств шизофренического спектра // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* – 2010. – № 6. – С. 14–16.
- Транслитерация русских источников*
1. Semke A. V., Rahmazova L. D., Lobacheva O. A., Ivanova S. A., Gutkevich E. V. Clinical and biological factors of formation of adaptation of patients with schizophrenia // *Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii.* 2006. – N 3. – S. 17–21.
  2. Semke A. V., Vetlugina T. P., Ivanova S. A., Rahmazova L. D., Gutkevich E. V., Lobacheva O. A., Kornetova E. G. Biopsychosocial bases and adaptive-compensator mechanisms of schizophrenia in region of Siberia // *Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii.* 2009. – N 5. – S. 15–20.
  3. Semke A. V., Vetlugina T. P., Ivanova S. A., Rahmazova L. D., Kornetova E. G., Fedorenko O. Yu., Lobacheva O. A. Biological and clinical-social mechanisms of development of endogenous mental diseases // *Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii.* – 2011. – N 4. – S. 19–23.
  4. Krasilnikov G. T., Dresvyannikov V. L., Bohan N. A. Comorbid addictive disorders in patients with schizophrenia // *Narkologiya.* – 2002. – N 6. – S. 24–31.
  5. Semke A. V., Vetlugina T. P., Ivanova S. A., Evseev S. V., Kabanov S. O., Lobacheva O. A. Therapy of patients with residual schizophrenia with atypical neuroleptic seroquel // *Psihiatriya i psihofarmakoterapiya.* – 2004. – T. 6, N 4. – S. 168.
  6. Rahmazova L. D., Semke A. V., Ochirova I. B. Prevalence of schizophrenia in Buryatiya // *Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii.* – 2012. – N 3. – S. 18–20.
  7. Androsova L. V., Sekirina T. P., Kushner S. G. i dr. System of interleukins in schizophrenic patients // *Zhurn. nevropatologii i psichiatrii* – 2004. – Vyip. 2. – S. 43–47.
  8. Lobacheva O. A., Naydenova N. N., Vetlugina T. P. Cytokines in schizophrenia // *Patogenez.* – 2006. – T. 4, N 1. – S. 59–60.
  9. Chehonin V. P., Oskolkova S. N., Fastovtsev G. A. i dr. Comparative quantitative analysis of pro- and anti-inflammatory cytokines in patients with paranoid schizophrenia // *XV s'ezd psichiatrov Rossii : materialy s'ezda.* – M., 2010. – S. 394.
  10. Sennikov S. V., Silkov A. N., Kozlov V. A. Allelic variants and izoforms of cytokines in diagnosis and pathogenesis of immunological states // *Immunologiya.* – 2002. – N 4. – S. 243–250.
  11. Mosolov S. N., Ryivkin P. V., Serditov O. V. i dr. Metabolic side effects of modern antipsychotic pharmacotherapy // *Sotsialnaya i kl-nicheskaya psichiatriya.* – 2008. – N 3. – S. 75–90.
  12. Tsygankov B. D., Agasaryan E. G. Analysis of efficacy and safety of modern and classical antipsychotic medication // *Zhurn. nevrologii i psichiatrii.* – 2010. – Vyip. 9. – S. 64–70.
  13. Vetlugina T. P., Nevidimova T. I., Nikitina V. B., Lobacheva O. A., Bohan N. A., Semke V. Ya. Pathogenetic background of technology of immunocorrection in mental disorders and illnesses of dependence // *Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii.* – 2013. – N 1. – S. 7–12.
  14. Ivanova S. A., Fedorenko O. Yu., Smirnova L. P., Semke A. V. Search for biomarkers and development of pharmacogenetic approaches to person-centered therapy of schizophrenic patients // *Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii.* – 2013. – N 1. – S. 12–17.
  15. Fedorenko O. Yu., Rudikov E. V., GavriloVA V. A., Boyarko E. G., Semke A. V., Ivanova S. A. Association of (N251S)-PIP5K2A with schizophrenic spectrum disorders: investigation of Russian population of Siberia // *Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S. S. Korsakova.* – 2013. – T. 113, vyip. 5. – S. 58–61.
  16. Fedorenko O. Yu., Ivanova S. A., Semke A. V. Influence of phosphatidylinositol-4-phosphate-5-kinase (type 2 alpha) on activity of neuronal KCNQ potassium channels of oocytes *Xenopus laevis* // *Byulleten Sibirskogo otdeleniya Rossiyskoy akademii meditsinskih nauk.* – 2009. – N 2. – S. 59–64.

29. Ivanova S. A., Fedorenko O. Ju., Semke A. V. Content of dehydroepiandrosterone sulphate in blood as an index of prognosis of efficacy of therapy in residual schizophrenia // Zhurn. nevrologii i psikiatrii . – 2010. – Т. 110, вып. 11. – С. 49—51.
31. Kornetov N. A., Kornetova E. G., Semke A. V. Way of prediction of negative clinical manifestations in course of schizophrenia – Patent na izobretenie N 2188577. 2002.
32. Gutkevich E. V., Semke V. Ya., Semke A. V. Family of mental patient in system of social coordinates // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2011. – N 1. – С. 71—76.
33. Danilenko O. A. Influence of hysteroform symptoms on course and dynamic of social status of patients with schizophrenic disorder // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2011. – N 2. – С. 22—26.
34. Semke A. V., Zinchuk M. S. Negative disorders in patients with paranoid schizophrenia // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2012. – N 4. – С. 29—33.
35. Semke A. V., Danilenko O. A. Hysteroform symptoms in structure of schizophrenic spectrum disorders // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2010. – N 6. – С. 14—16.

УДК 616.891.2:612.662.9-055.2  
ББК Р645.093.35-32

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ У ПАЦИЕНТОК С ИСТЕРИЧЕСКИМ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОМ**

**Лукьянова Е. В.\* , Бохан Н. А.**

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

В статье рассматривается клиническая характеристика непсихотических психических расстройств и определена их взаимосвязь с климактерическим синдромом у пациенток с истерическим симптомокомплексом. **Ключевые слова:** непсихотические психические расстройства, климакс у женщин, климактерическая истерия, истерический симптомокомплекс.

**INTERRELATIONSHIP OF NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS WITH CLIMACTERIC MANIFESTATIONS IN FEMALE PATIENTS WITH HYSTERIC SYMPTOM COMPLEX.** Lukyanova E. V., Bokhan N. A. Tomsk, «Mental Health Research Institute» SB RAMSci. 634014, Tomsk, Aleutskaya Street, 4. In the article clinical characteristic of non-psychotic mental disorders is considered, and their interrelationship with climacteric syndrome in female patients with hysteric symptoms complex has been identified. **Key words:** non-psychotic mental disorders, climax in women, climacteric hysteria, hysteric symptom complex.

**Материал и методы.** *Объектом исследования* явились пациентки, пролеченные в отделении пограничных состояний ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН в 2008—2012 гг., либо медицинская документация (журналы учета больных, архивные амбулаторные карты, истории болезни пациенток, пролеченных в указанный период в отделении). Из данной выборки сформирована группа из 127 пациенток климактерического возраста. *Инструмент исследования* – «Базисная карта пациентки климактерического возраста с истерическим симптомокомплексом, выявленным в структуре непсихотических психических расстройств».

Критерии включения: 1) возраст от 40 до 60 лет (соответствует границам климактерического периода со сдвигами нейрогуморальной регуляции [БМЭ, 1989]); 2) наличие диагностированного НППР и истерического симптомокомплекса; 3) сочетание аффективных расстройств с соматоформными, диссоциативными, конверсионными; 4) наличие соматической патологии, включая климактерические, нейроэндокринные нарушения. Критерии исключения: 1) эндогенные расстройства; 2) зависимость от ПАВ; 3) органическое по-

\* Лукьянова Елена Владимировна, врач 1-го психиатрического отделения (пограничных состояний), заочный аспирант НИИПЗ. Тел.: 83822723214, моб.: 89069594316, e-mail: lucyanova0804@sibmail.com

ражение ЦНС; 4) тяжелая декомпенсированная соматическая патология на момент поступления. Отбор производился случайным методом, по мере обращения. Пациентки обследованы клинико-психопатологическим, клинико-динамическим и математико-статистическим методами с соблюдением этических принципов.

Выделено 3 группы пациенток: 1) со слабо выраженным (до 10 баллов) климактерическим синдромом (КС); 2) с умеренным (от 10 до 20 баллов) КС; 3) с выраженным (более 20 баллов) КС. К основной группе отнесены 93 пациентки с выраженным КС; к группе сравнения – 34 женщины со слабо выраженным (5) и умеренным (29) КС. Оценка КС производилась по сумме набранных баллов на основе опросника из 20 вопросов относительно нейровегетативных, обменно-эндокринных, психоэмоциональных расстройств. Диагнозы верифицированы по МКБ-10. Расстройства адаптации (F43) – 47; органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (F06.6) – 30; расстройства личности (F60) – 11; тревожные расстройства (F41) – 9; соматоформные расстройства (F45) – 7; органическое тревожное расстройство (F06.4) – 7; сочетанное органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (F06.6) и расстройство адаптации (F43) – 6; агорафобия (F40) – 3; органическое аффективное расстройство (F06.3) – 2; органическое диссоциативное расстройство (F06.5) – 2; диссоциативные расстройства (F44) – 2; аффективные расстройства (депрессивный эпизод легкой степени тяжести, дистимия) (F3) – 1.

Уже до менопаузы многих женщин беспокоят климактерические симптомы. Длительность КС зависит от уровня стрессоустойчивости, защитно-адаптационного потенциала и возрастает под воздействием психогенных факторов. Наряду с заболеваниями эндокринной, сердечно-сосудистой, опорно-двигательной систем часты психические нарушения в виде возбудимости, повышенного психоэмоционального реагирования, инсомний, лабильности эмоций, импульсивности. Развиваются ипохондрия, страх неизлечимой болезни, инволюционный невроз.

Врачи поликлиник и женских консультаций, не имеющие психиатрической подготовки, не понимают пациенток с такими неврозоподобными состояниями и оценивают их как «истеричек», упрекая в «неправильном» поведении, оставляя без помощи. Возникшее неврозоподобное состояние может переходить в более тяжелые психотические (бредовые, депрессивные и иные) состояния. Больные инволюционной депрессией после многолетнего течения иногда показывают хороший исход с восстановлением трудоспособности; чаще – значительное улучшение со снижением или утратой трудоспособности [1].

К проявлениям КС относятся приливы жара и потливость (их выраженность и частота варьируют от единичных случаев до 30 раз в сутки), повышение АД, вегетативно-сосудистые кризы. Характер психических нарушений зависит от тя-

жести вегетативных проявлений и усиливается в связи с истерическим личностным радикалом. При тяжелом течении КС наблюдаются слабость, утомляемость, раздражительность, нарушения сна, депрессивная симптоматика.

*Взаимообусловленность НППР с тяжестью КС у пациенток с истерическим симптомокомплексом.* Изучены клинико-психопатологические характеристики пациенток с НППР климактерического возраста с истерическим симптомокомплексом, в частности количественная и качественная характеристики индивидуально-личностной реакции на наступление климакса.

Достоверно чаще ( $p < 0,001$ ) у пациенток имело место напряжение адаптивных механизмов с отдельными болезненными проявлениями: 65 – 51,18 %: основная группа (далее ОГ) – 56,99 %, группа сравнения (далее ГС) – 35,29 %. Классическое понимание напряжения адаптивных механизмов в ответ на действие раздражающих или повреждающих факторов среды идентично понятию «стресса» (Selye G., 1960). Далее в порядке снижения частоты встречаемости следовали пациентки с болезненным состоянием, вызванным климаксом (37 – 29,13 %: ОГ – 29,03 %, ГС – 29,41 %), с затяжным болезненным состоянием с тенденцией к развитию (17 – 13,39 %: ОГ – 13,98 %, ГС – 11,77 %). Болезненное состояние можно охарактеризовать как астенический синдром с утомляемостью, раздражительностью, чувством разбитости, с переживаниями за состояние своего здоровья и жизни. Минимальны случаи с психологическим уровнем переживаний (близким к нормативному), с адаптацией к климаксу, конструктивным поведением (5 – 3,94 %: ОГ – 0 %, ГС – 14,71 %) и случаи с болезненной реакцией с тенденцией к саморедукции (3 – 2,36 %: ОГ – 0 %, ГС – 8,82 %).

Достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) выявлялись сочетанные расстройства (психовегетативные и диссомнические) (65 – 51,18 %: ОГ – 56,99 %, ГС – 35,29 %). С меньшей частотой встречались психовегетативные расстройства (39 – 30,71 %: ОГ – 27,96 %, ГС – 38,24 %) (по другой терминологии вегетососудистая дистония, соматоформные расстройства, вегетативный невроз, органический невроз) в виде приступообразных болей головных, в области сердца, в животе, а также другие симптомы, по поводу которых пациентки обращались к терапевтам и неврологам. В некоторых случаях признаки ВСД перерастали в панические атаки с приступами тяжелой тревоги (паники). Далее следовали диссомнические расстройства с остановкой дыхания во сне, повышением АД по утрам, дневной сонливостью, с двигательными расстройствами во сне (синдром «беспокойных ног») (18 – 14,17 %: ОГ – 10,75 %, ГС – 23,53 %). Зарегистрированы обменно-эндокринные нарушения в виде нарастания массы тела, отеков из-за задержки жидкости, изменения пищевого поведения с повышением или снижением аппетита (10 – 7,87 %: ОГ – 10,75 %, ГС – 0 %). В единичных случаях встречались боли в суставах, артрит, остеопороз, связанные с дефицитом эстрогенов и вызываю-

щие снижение трудоспособности (1 – 0,79 %: ОГ – 1,08 %, ГС – 0,0 %), когнитивные нарушения в виде снижения работоспособности, продуктивности деятельности, скорости переключения, нарушения памяти (1 – 0,79 %: ОГ – 1,08 %, ГС – 0,0 %), сексуальные расстройства в виде аноргазмии при сохраненном или повышенном половом влечении (1 – 0,79 %: ОГ – 0 %, ГС – 2,94 %).

Ж. М. Charcot для обозначения дегенеративных заболеваний (в первую очередь истерии) было введено понятие «невропатическая семья». С детских лет проявлявшие истерические черты пациентки, испытывая дефицит родительской любви, конструировали модель поведения или «желаемой болезни», чтобы обрести внимание родных и окружающих. При изучении состава их собственных семей достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) выявлено проживание пациенток с супругом (55 – 43,31 %: ОГ – 46,24 %, ГС – 35,29 %). С меньшей частотой в порядке убывания встречались проживание с супругом и детьми (37 – 30,71 %: ОГ – 27,96 %, ГС – 32,35 %), в одиночестве (21 – 16,54 %: ОГ – 16,13 %, ГС – 17,65 %), со взрослыми детьми (14 – 11,02 %: ОГ – 9,67 %, ГС – 14,71 %). Проживание вне семьи косвенно влияло на повышение тревожности пациенток.

Семейные взаимоотношения пациенток достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) были дисгармоничными (86 – 67,71 %: ОГ – 70,97 %, ГС – 58,82 %). Более чем в 3 раза реже зарегистрированы гармоничные отношения (25 – 19,69 %: ОГ – 13,98 %, ГС – 35,29 %), более чем в 5 раз реже – безразличный стиль (16 – 12,60 %: ОГ – 15,05 %, ГС – 5,89 %).

Зачастую нарушенные семейные отношения определялись сексуальной дисгармонией. Сексуально-психологические отношения лиц истерического круга определяются как пассивно-безразличная и агрессивно-наступательная установки. Женщины обвиняли супругов в неумении доставить им удовольствие, «довести до оргазма», указывали на их мнимую половую несостоятельность, тем самым создавая и впоследствии закрепляя комплекс вины, стигматизируя их как несостоявшихся половых партнеров [2].

Выявленная психическая патология у обследованных пациенток достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) характеризовалась невротическим развитием (72 – 56,69 %: ОГ – 65,59 %, ГС – 32,35 %). В климактерическом периоде соматогенные и психогенные факторы образуют типичные и своеобразные симптомокомплексы, например, «инволюционный невроз» [3]. Психические расстройства невротического уровня в климаксе проявляются астеническим, сенестопатическо-ипохондрическим, тревожно-депрессивным, истерическим вариантами [4]. Примерно в 3 раза реже пациентки не страдали психогенным заболеванием на момент наступления климакса (23 – 18,11 %: ОГ – 12,90 %, ГС – 32,35 %). Более чем в 3,5 раза реже обнаружено невротическое состояние (20 – 15,75 %: ОГ – 16,13 %, ГС – 14,71 %) и в 6 раз реже – невротическая реакция (12 – 9,45 %: ОГ – 5,38 %, ГС – 20,59 %).

Реакции женщин на климакс неоднозначны: у каждой пятой (20 %) пассивная реакция с принятием его как неизбежности; у 15 % реакция невротическая – в виде «сопротивления» с нежеланием принимать изменения, с нейропсихической симптоматикой; у 10 % – повышение социальной активности с критикой жалоб сверстниц. Адекватная реакция с приспособлением к возрастным нейрогормональным реакциям отмечается у 55 % женщин [5].

*Клинические взаимосвязи КС с течением НППР у пациенток с истерическим симптомокомплексом.* Около 2/3 пациенток имели ( $p < 0,05$ ) отягощенный акушерский анамнез (88 – 69,29 %: ОГ – 76,34 %, ГС – 50,00 %), в том числе мертворождения, выкидыши, преждевременные роды, патологические роды, осложненные аборт, воспалительные заболевания после абортов, кесарево сечение, операции на матке, нарушение менструального цикла, склерокистоз яичников, генитальный эндометриоз. Следовательно, акушерско-гинекологическая патология характеризовалась широким спектром осложнений беременности, родового или послеродового периодов, заболеваний женской половой сферы, эндокринной системы. Более чем в 2,2 раза реже акушерско-гинекологический анамнез у пациенток был неотягощенным, т. е. без особенностей (39 – 30,71 %: ОГ – 23,66 %, ГС – 50,00 %).

В качестве соматогенных триггеров, провоцирующих и поддерживающих психопатологические проявления инволюционной истерии, рассматриваются гормонально-зависимые гинекологические заболевания (миома матки, эндометриоз, киста яичника), для лечения которых более чем у трети (34,1 %) потребовалась экстирпация матки с придатками или гистерэктомия без придатков [6, 7].

Патология внутренних органов охватывала практически все классы внутренних болезней. Достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) встречалась полиморбидность, т. е. сочетанные формы (48 – 37,80 %: ОГ – 76,34 %, ГС – 50,00 %) с быстропрогрессирующим течением, осложнениями, жалобами астеновегетативного характера. Следующее место по частоте встречаемости занимали болезни системы пищеварения, печени и желчного пузыря (32 – 25,20 %: ОГ – 22,58 %, ГС – 32,35 %), запуску которых способствовали стрессовые воздействия и патогенетические факторы (например, гипоксия слизистой). Далее в порядке уменьшения следовали болезни эндокринной системы и обмена веществ, расстройства питания (17 – 13,39 %: ОГ – 12,90 %, ГС – 14,71 %), вызывающие истощение или ожирение; заболевания опорно-двигательной системы (11 – 8,66 %: ОГ – 8,6 %, ГС – 8,82 %) на фоне снижения женских половых гормонов; болезни системы кровообращения, кроветворения (8 – 6,30 %: ОГ – 8,6 %, ГС – 0,0 %), в их числе аритмии сердца, артериальная гипер- и гипотензия, атеросклероз, вегетососудистая дистония, инфаркт миокарда, ишемическая болезнь, кардиалгии, кардиомиопатии, нейроциркуляторная дистония и пр. У незначительной части пациенток патологии внутренних органов не выявлено (7 – 5,51 %: ОГ – 4,3 %, ГС – 0,0 %).

ГС – 8,82 %), но даже при физиологическом климаксе имели место вегетативные расстройства, носящие перманентный или пароксизмальный характер, с приливами, чувством жара и потливости. В единичных случаях обнаружены болезни системы дыхания с ощущением нехватки воздуха, затруднением дыхания (2 – 1,57 %: ОГ – 2,15 %, ГС – 0,0 %) и заболевания почек с нарушением их функций (2 – 1,57 %: ОГ – 2,15 %, ГС – 0,0 %).

В Справочнике по психосоматическим заболеваниям [8] описана клиническая картина КС с задержанием менструального цикла (урежение регул, олигоменорея); парестезиями, сенестопатиями, неприятными ощущениями в области сердца, желудка, подложечной области, суставах, зудом половых органов и промежности, приливами, неприятными ощущениями в области лица, во рту, общим недомоганием, плохим сном, снижением полового чувства, т. е. с процессами соматической инволюции, на протяжении которой подавленности, колебания настроения и депрессивные реакции более часты, чем в первой половине жизни.

Чаще зафиксировано сочетание психосоматической патологии (44 – 34,66 %: ОГ – 36,55 %, ГС – 29,41 %). С меньшей частотой – эссенциальная гипертензия (33 – 25,98 %: ОГ – 23,66 %, ГС – 32,35 %), развивающаяся, по данным литературы, у 60 % женщин в климаксе. Церебрально-сосудистая патология (ГБ, атеросклероз) может стать причиной развития сосудистой депрессии [9]. Далее следуют функциональные расстройства ЖКТ (17 – 13,39 %: ОГ – 23,66 %, ГС – 32,35 %), ЯБЖ и 12-перстной кишки (11 – 8,66 %: ОГ – 10,75 %, ГС – 2,94 %), сахарный диабет, гипертериоз (4 – 3,15 %: ОГ – 3,23 %, ГС – 2,94 %), бронхиальная астма (2 – 1,57 %: ОГ – 1,08 %, ГС – 2,94 %), ревматоидный артрит (2 – 1,57 %: ОГ – 2,15 %, ГС – 0,00 %), нейродермит, аллергия (2 – 1,57 %: ОГ – 2,15 %, ГС – 0,00 %). Отсутствие психосоматических заболеваний встречалось в 3,6 раза реже, чем их сочетание (12 – 9,45 %: ОГ – 7,53 %, ГС – 14,71 %).

Описывается острый абдоминальный тип с признаками «острого живота» и послеоперационными рубцами после неоднократных лапаротомий [10]. Этот вариант синдрома Мюнхгаузена наиболее част и диагностически прост, так как при внешнем драматическом проявлении «заболевания» диагностические процедуры (анализы крови) указывают на отсутствие острой абдоминальной патологии. В эту же группу относят пациентов с функциональной гастралгией, напоминающей клинику язвенной болезни, и даже прободную язву желудка.

По эпидемиологическим данным, при инволюционной истерии среди эндокринных нарушений преобладают гипо- и гипертиреоз, сахарный диабет [11]. Около трети пациенток (28,2 %) имеют патологию щитовидной железы, характерную для инволюции [7]. О. Э. Перчаткина и др. [12] описывают «атипичную» астму как проявление «истерического комка» с непроходимостью воздуха в легкие, ощущением препятствия на пути проникновения воздуха (в верхней трети грудной клетки, как «зажатость» дыхания

внутри или сдавлением снаружи, невозможность иногда совершить глубокий дыхательный акт или «закованность» грудной клетки. Б. А. Волель [13] считает, что при инволюционной истерии с явлениями органического невроза доминируют соматоформные симптомокомплексы, имитирующие в зависимости от «выбора органа» соматическую патологию.

S. E. Jelliffe (1923), автор психодинамической концепции патогенеза психосоматических расстройств, подчеркивал значимость конституциональной обусловленности, т. е. наследственного предрасположения.

Менее чем в половине случаев (51 – 40,16 %: ОГ – 31,18 %, ГС – 64,71 %) наследственная отягощенность психической патологией отсутствовала. Далее по мере уменьшения частоты встречаемости следовала отягощенность патохарактерологическими чертами личности (37 – 29,13 %: ОГ – 33,33 %, ГС – 17,65 %). Воспитание по типу «кумира семьи» также формировало патохарактерологические черты: самолюбование, эгоцентризм, стремление привлечь к себе внимание, нарушения адаптации в среде сверстников, избирательность контактов, ориентация на поведение взрослых, чтобы выглядеть значительнее. Истерические черты с детства проявлялись капризностью, раздражительностью, склонностью к агрессии [14].

Реже встречалась отягощенность алкоголизмом (19 – 14,96 %: ОГ – 16,13 %, ГС – 11,76 %). Алкогольную истерию (Толковый словарь психиатрических терминов, 1995) мы рассматривали в классическом понимании: как вариант изменения личности с театральностью поведения, стремлением привлечь внимание окружающих, бахвальством, тягой к преувеличениям, позерству, лживостью вплоть до псевдологии. В опьянении истериоды проявляют демонстративность, иногда склоны преувеличивать свою алкоголизацию. Далее следовала отягощенность патологией внутренних органов (11 – 8,66 %: ОГ – 11,83 %, ГС – 0,00 %), другими психическими расстройствами (6 – 4,73 %: ОГ – 4,3 %, ГС – 5,88 %), суицидами (3 – 2,36 %: ОГ – 3,23 %, ГС – 0,00 %). При инволюционной истерии указывают на коморбидность аффективных расстройств с психопатическими проявлениями – приступами агрессии, озлобленности, отчаяния, манипулятивным поведением, суицидальным шантажем [15].

Асинхрония развития вызывает акцентуации личности (Leonhard K., 1968) или акцентуации характера (Личко А. Е., 1977): недифференцированные страхи, патологическое фантазирование, примитивные реакции протеста с истериодным компонентом, синдромы дисморфомании, анорексии, булимии и др. Ещё А. Е. Личко (1977) разграничил истериодно-неустойчивую, лабильно-истериодную, эпилептоидно-истерическую психопатию.

Достоверно чаще ( $p < 0,001$ ) зафиксирован эпилептоидный тип (93 – 73,23 %: ОГ – 78,48 %, ГС – 58,82 %). По сравнению с ним более чем в 5,5 раза реже отмечался астеноневротический тип (17 – 13,39 %: ОГ – 10,75 %, ГС – 20,59 %). С одинаковой частотой в целом встречались лабильный (4 – 3,15 %: ОГ – 1,08 %, ГС – 8,82 %) и неустойчивый (4

– 3,15 %: ОГ – 2,15 %, ГС – 5,89 %) типы. С минимальной частотой зарегистрированы: отсутствие акцентуации (2 – 1,57 %: ОГ – 2,15 %, ГС – 0,00 %), психастенический (2 – 1,57 %: ОГ – 1,08 %, ГС – 2,94 %), истероидный (2 – 1,57 %: ОГ – 2,15 %, ГС – 0,00 %), гипертимный (1 – 0,79 %: ОГ – 1,08 %, ГС – 0,00 %), циклоидный (1 – 0,79 %: ОГ – 0,00 %, ГС – 2,94 %), сенситивный (1 – 0,79 %: ОГ – 1,08 %, ГС – 0,00 %) типы.

С детско-подросткового возраста пациентки выделялись истероидным складом личности с театральностью поведения в мимике, жестах, речи, чтобы произвести впечатление, привлечь к себе внимание. Имели место нарушения речи, икота, рвота, спазм мышц глотки и пищевода. В единичных случаях демонстрировали «ребячливое» поведение, не соответствующее их истинному возрасту. Достоверно чаще ( $p < 0,001$ ) определялись сочетанные формы нарушений поведения (69 – 54,34 %: ОГ – 59,14 %, ГС – 41,18 %). В 4,3 раза реже имела место гиперкомпенсация (16 – 12,60 %: ОГ – 10,75 %, ГС – 17,64 %), По В. Я. Семке (1988), при компенсации вторичные характерологические особенности соответствуют типу ВНД; при истерической психопатии среди гиперкомпенсаций встречаются отказ от собственных убеждений, подчинение мнению авторитетных лиц, холодность, надменность, менторство, склонность к усложненным мыслительным конструкциям. С такой же частотой встречались увлечения (16 – 12,60 %: ОГ – 11,83 %, ГС – 14,71 %) в виде хобби эгоцентрического типа, позволявшего покрасоваться перед другими. В незначительной части наблюдений нарушения поведения в анамнезе отсутствовали (12 – 9,45 %: ОГ – 7,53 %, ГС – 14,71 %). В порядке уменьшения частоты встречаемости далее следовали: реакции отказа (6 – 4,72 %: ОГ – 5,38 %, ГС – 2,94 %); группирования (3 – 2,36 %: ОГ – 3,23 %, ГС – 0,00 %); оппозиции (2 – 1,57 %: ОГ – 1,07 %, ГС – 2,94 %); имитации (2 – 1,57 %: ОГ – 1,07 %, ГС – 2,94 %); самоизоляции (1 – 0,79 %: ОГ – 0,00 %, ГС – 2,94 %). У истероидных подростков сохраняются детские реакции оппозиции (из-за утраты внимания родных, потери роли семейного кумира), имитации (оригинальность в одежде, вызывающая манера поведения), группирования со сверстниками со стремлением к исключительному положению в группе.

Патохарактерологическое формирование обусловлено хронической психотравматизацией и неправильным воспитанием, в результате чего отклонения характера, сочетаясь, образуют «патохарактерологический синдром» (Ковалев В. В., 1968). Достоверно чаще ( $p < 0,001$ ) основным патохарактерологическим формированием личности был истерический вариант (115 – 90,55 %: ОГ – 95,70 %, ГС – 76,48 %). Лишь в единичных наблюдениях встречались варианты: тормозимый (4 – 3,15 %: ОГ – 1,08 %, ГС – 8,82 %), аффективно-возбудимый (3 – 2,36 %: ОГ – 0,00 %, ГС – 8,82 %), смешанный (3 – 2,36 %: ОГ – 2,14 %, ГС – 2,94 %), эпилептоидный (1 – 0,79 %: ОГ – 0,00 %, ГС – 2,94 %), циклоидный (1 – 0,79 %: ОГ – 1,08 %, ГС – 0,00 %).

В систематике психопатий Г. Е. Сухаревой (1959) к задержанному развитию с дисгармоническим инфантилизмом относятся неустойчивые, истероидные, лгуны и фантасты, частично возбудимые. В своей работе мы придерживались классификации П. Б. Ганнушкина (1933) с выделением 9 типов психопатий: конституционально-возбужденные, циклотимики, эмотивно-лабильные; астеники; шизоиды; параноики; эпилептоиды; истерические характеры (истерики и патологические лгуны); неустойчивые; антисоциальные; конституционально-глупые. Для психопатии истерической характерны эгоизм, желание быть центром вселенной, неискренность и сценичность поведения, подчеркнутая демонстративность слов и поступков, постоянная смена желаний и планов, высокая степень внушаемости. Наиболее часто встречался истерический тип с конверсиями (59 – 46,46 %: ОГ – 50,54 %, ГС – 25,29 %), немного реже наблюдался истерический импрессионный тип (49 – 38,58 %: ОГ – 38,71 %, ГС – 38,24 %). Далее с низкой частотой зафиксированы типы: мозаичный (5 – 3,94 %: ОГ – 5,38 %, ГС – 0,00 %), тормозимый с ипохондрией (4 – 3,15 %: ОГ – 3,23 %, ГС – 2,94 %), лабильно-неустойчивый (3 – 2,36 %: ОГ – 1,08 %, ГС – 5,88 %), тормозимый с астенией (2 – 1,57 %: ОГ – 0,00 %, ГС – 5,88 %), истерический с псевдологией (2 – 1,57 %: ОГ – 0,00 %, ГС – 5,88 %), возбудимый (1 – 0,79 %: ОГ – 0,00 %, ГС – 2,94 %), циклоидный (1 – 0,79 %: ОГ – 1,08 %, ГС – 0,00 %), эпилептоидный (1 – 0,79 %: ОГ – 0,00 %, ГС – 2,94 %).

Пациентки уже преморбидно были предрасположены к формированию истерического симптомокомплекса, кристаллизующегося под воздействием психогенных обстоятельств. Н. Д. Лакосина (1967) выделила этапы невротического развития: I этап – с депрессивной и астенодепрессивной симптоматикой, II этап – с характерологическими изменениями личности с преобладанием истерических черт либо взрывчатости, в дальнейшем с ипохондрическим и дисфориями либо с астеническим синдромом со склонностью к навязчивостям. О. П. Вишневская [16] считает основным фактором патохарактерологического развития личности микросоциально-педагогическую запущенность, нарушенные отношения в семье, несформированность социально приемлемых потребностей. Нами достоверно чаще ( $p < 0,001$ ) зафиксировано патохарактерологическое развитие (82 – 64,57 %: ОГ – 59,14 %, ГС – 41,18 %). В 4,3 раза реже зарегистрирована психопатия (19 – 14,95 %: ОГ – 12,91 %, ГС – 20,59 %). По МКБ-10 истерическая психопатия относится к группе «истерических расстройств», имеющих дихотомию: 1) с преобладанием сенситивности, мягкости, вкрадчивости и конверсионными симптомами как защиты от внешней среды; 2) со стеничностью, грубостью, эпитимностью тенденций, кверулянтностью и даже мстительностью, эгоизмом. Далее с небольшим отрывом следовали: невротическое развитие (17 – 13,39 %: ОГ – 8,60 %, ГС – 26,47 %), акцентуации (9 – 7,09 %: ОГ – 2,15 %, ГС – 20,59 %).

Изучая этиопатогенетический механизм возникновения НППР, достоверно чаще ( $p < 0,001$ ) обнаружена краевая (приобретенная, нажитая) личностная аномалия, вызванная психогенно травмирующими факторами, например: неправильное воспитание, жестокость родителей (80 – 64,52 %: ОГ – 65,59 %, ГС – 61,29 %). Реже зарегистрированы другие формы психопатий: ядерная или конституциональная, развивающаяся уже в раннем возрасте (20 – 16,63 %: ОГ – 12,90 %, ГС – 25,81 %); органическая – как следствие органического поражения ЦНС (17 – 13,71 %: ОГ – 15,05 %, ГС – 9,68 %), сочетанная (7 – 5,64 %: ОГ – 6,46 %, ГС – 3,22 %).

При изучении сдвигов характера по возрастным периодам достоверно чаще ( $p < 0,001$ ) таковые выявлены в зрелом периоде (123 – 96,85 %: ОГ – 96,77 %, ГС – 97,06 %), практически у всех пациентов. По мнению И. И. Черниченко, В. А. Губина [5], климактерический синдром – уникальная клиническая модель для исследования психосоматических соотношений, так как наряду с физиологическими сдвигами наблюдаются изменения поведения, выражающиеся психоэмоциональными и нейровегетативными расстройствами и связанные с болезненным реагированием на «потерю молодости», что накладывает отпечаток на особенности личности женщин. На другие возрастные периоды: юношеский (2 – 1,57 %: ОГ – 2,15 %, ГС – 0,00 %), подростковый (1 – 0,79 %: ОГ – 1,08 %, ГС – 0,00 %), детский (1 – 0,79 %: ОГ – 0,00 %, ГС – 2,94 %) прихотились единичные наблюдения.

Как считает Т. А. Караваева [17], истерический симптомокомплекс обусловлен и социально-экономическими факторами; поощряемые социальные достижения, завышенные притязания, ревнивое отношение к успехам окружающих, не подкрепленные личностными возможностями пациентов, приводят к формированию патохарактерологических сдвигов со склонностью к эгоцентризму, инфантилизму, потворствующему отношению к себе, постоянному желанию быть признанным и в центре внимания.

Так как преморбид определяет базисные черты и тип личности до возникновения психического расстройства, его оценка важна в диагностике, прогнозе и при выборе методов терапии и реабилитации. В связи с этим определяли преобладание сенсibiliзирующих (причинных) факторов, при этом сенсibiliзацию мы рассматривали как уязвимость в отношении определенного рода воздействий. С большей частотой наблюдалась социогенная сенсibiliзация (44 – 34,65 %: ОГ – 33,33 %, ГС – 38,24 %). Примерно с одинаковой частотой встречались соматогенно-органическая сенсibiliзация (32 – 25,20 %: ОГ – 24,73 %, ГС – 26,47 %), сочетание факторов сенсibiliзации (31 – 24,40 %: ОГ – 29,04 %, ГС – 11,76 %). Реже других выявлена личностная сенсibiliзация (20 – 15,75 %: ОГ – 12,90 %, ГС – 23,53 %).

В климактерическом периоде инволюционные процессы репродуктивной системы имеют следующие этапы: 1) пременопауза (от 2 лет до 1 года) – от снижения функции яичников до наступле-

ния менопаузы; 2) перименопауза – пременопауза и 2 года после последней менструации; 3) менопауза – через 12 месяцев после отсутствия менструации; 4) постменопауза – до полного выключения функции яичников. При изучении характера климактерического периода выяснилось, что достоверно ( $p < 0,001$ ) преобладали впервые начавшиеся гормональные изменения в предменопаузе, т. е. от 40 до 46 лет, продолжительностью от 2–6 до 10 лет (80 – 62,99 %: ОГ – 67,74 %, ГС – 50,00 %). В 1,8 раза реже выявлена менопауза в 49–50 лет с отсутствием менструаций не менее 1 года (80 – 62,99 %: ОГ – 67,74 %, ГС – 50,00 %). В единичных наблюдениях встречались ранний климакс (2 – 1,57 %: ОГ – 2,15 %, ГС – 0,00 %) и волнообразное течение, продлевающее климакс на 4–5 лет (1 – 0,79 %: ОГ – 0,00 %, ГС – 2,94 %). Психоэмоциональные нарушения как неотъемлемая часть КС наблюдаются у 85 % женщин в менопаузе [18].

Неблагоприятность климактерического периода обусловлена тем, что депрессии, с одной стороны, сопутствуют климактерию, с другой – аффективные расстройства влекут за собой эндокринную дисфункцию и способствуют удлинению сроков пременопаузы и постменопаузы [19]. Изменения психики в менопаузе отражают психологические особенности, образ жизни, образование, характер труда, личностные проблемы этого возраста и не связаны со снижением уровня эстрогенов [20].

Авторами [5] определены реакции женщин на наступление климакса: 20 % – пассивная с принятием его как неизбежности, 15 % – невротическая в виде сопротивления и нежелания принимать происходящие изменения (болезненное реагирование на «потерю молодости»), 10 % – повышение социальной активности и критика жалоб сверстниц, 55 % – адекватная реакция с приспособлением к возрастным нейрогормональным изменениям. Исследование нами личностного реагирования пациенток на наступление климакса показало достоверное ( $p < 0,001$ ) преобладание неустойчивости настроения, ранимости, утомляемости, раздражительности, обидчивости (85 – 66,93 %: ОГ – 70,97 %, ГС – 55,88 %). В 3,8 раза реже зафиксировано обращение к врачам, формирование ипохондрической установки (22 – 17,32 %: ОГ – 18,28 %, ГС – 14,17 %), реже встречалось отношение к климаксу как к естественному процессу (18 – 14,17 %: ОГ – 8,60 %, ГС – 29,41 %). Недоверие к врачам, поиск нетрадиционных способов лечения выявлено сравнительно редко (2 – 1,58 %: ОГ – 2,15 %, ГС – 0,00 %).

Женщины с перименопаузальными расстройствами обращаются за помощью к специалистам из-за полиморфной симптоматики, но не все врачи могут им помочь [5]. Это так называемый синдром Брике (Briquet P., 1859), характерный для полисимптомных форм истерии с частым обращением больных к врачам разного профиля, требованиями медикаментозного и хирургического лечения, неопределенными или драматическими медицинскими историями, обилием жалоб и де-



монстрируемых симптомов, каждого из которых было бы достаточно, чтобы больной умер, стремлением получить медицинское разъяснение этих симптомов. Авторы [21] характеризуют ипохондрическое развитие личности тревожным самонаблюдением с преувеличенным вниманием к своему соматическому состоянию, драматизацией даже легкого недомогания, потребностью в сочувствии, внимании, частыми обращениями за медицинской помощью. Нами обнаружено достоверное ( $p < 0,001$ ) преобладание самостоятельного, активного обращения к врачу (69 – 54,33 %: ОГ – 49,46 %, ГС – 67,65 %). В 1,4 раза реже зафиксировано вынужденное обращение, связанное с нарастанием проявлений климакса (48 – 37,80 %: ОГ – 43,01 %, ГС – 23,53 %). Последнее место занимало обращение пассивное, по настоянию родственников (10 – 7,87 %: ОГ – 7,53 %, ГС – 8,82 %).

Инволюционная истерия квалифицируется на синдромальном уровне как комплекс психопатологических расстройств: истерически окрашенные соматизированные (конверсии, психалгии, телесные фантазии); легко или умеренно выраженные расстройства депрессивного спектра в сочетании с сенсорной гиперестезией (слабость, плаксивость, несдержанность, бессонница); патохарактерологические проявления (демонстративность, склонность к преувеличениям, драматизации, «эмансипации от действительности») [7]. Высказывается мнение, что при миоме матки, эндометриозе или сочетанной патологии в предоперационном периоде на астеническом фоне формировались реакции личности на предстоящую операцию в виде тревожного, астеноипохондрического, астенодепрессивного и конверсионного синдромов; у 11,4 % женщин состояние после операции оценивалось как «психически здоровые» или «субклинические состояния», у 88,6 % диагностировались пограничные психические расстройства: тревожный, депрессивный, ипохондрический, конверсионный и астенический синдромы [22]. Нами среди синдромальных вариантов нозогенных реакций отмечено достоверное ( $p < 0,001$ ) преобладание тревожно-депрессивного варианта (44 – 34,65 %: ОГ – 34,41 %, ГС – 35,29 %). Далее в порядке снижения частоты встречаемости следовали варианты: астенический (25 – 19,69 %: ОГ – 19,35 %, ГС – 20,59 %), ипохондрический (20 – 15,75 %: ОГ – 17,21 %, ГС – 11,76 %), тревожно-фобический (15 – 11,81 %: ОГ – 10,75 %, ГС – 14,71 %), истеродистимический (12 – 9,44 %: ОГ – 10,75 %, ГС – 5,89 %), диссоциативный (11 – 8,66 %: ОГ – 7,53 %, ГС – 11,76 %). К нозогенным факторам относят нарастание угрозы выявления тяжелых хронических заболеваний с высокопотенциальным летальным исходом и страхом перед «недугами старости» [23].

Субъективно-психологическая составляющая заболевания соответствует понятию «внутренней картины болезни», характеризующейся комплексом чувствований, представлений и знаний о своем заболевании самим больным. Субъективные представления о болезни связаны с процессами само-

сознания, зачастую психологические проблемы осознаются поверхностно и даже отрицаются пациентами. С другой стороны, психогении субъективно воспринимаются как угроза здоровью, социальному, семейному или материальному благополучию. Оценка субъективного отношения к сути заболевания показала, что пациентки достоверно ( $p < 0,001$ ) чаще считали себя больными сочетанной патологией, т. е. соматически и нервно (57 – 44,88 %: ОГ – 51,61 %, ГС – 26,46 %). В 2 раза реже встречалась оценка себя как соматически больной (28 – 22,05 %: ОГ – 24,73 %, ГС – 14,71 %), в 2,5 раза реже – как нервнобольной (22 – 17,32 %: ОГ – 9,68 %, ГС – 38,24 %). Часть пациенток затруднялась с квалификацией заболевания (17 – 13,39 %: ОГ – 11,83 %, ГС – 17,65 %).

Субъективные и объективные характеристики психических состояний являются характеристиками одного и того же объекта, полное изучение которого, исходя из единства внутреннего и внешнего, невозможно без привлечения тех и других [24], значит, субъективные данные о чувствах и переживаниях субъекта также имеют научную ценность. В соответствии с субъективной оценкой психического состояния пациентки достоверно ( $p < 0,001$ ) чаще считали, что на момент наступления климакса у них уже имелось нервно-психическое расстройство (57 – 44,88 %: ОГ – 46,24 %, ГС – 41,18 %). В 1,8 раза реже зарегистрировано утверждение, что именно с наступлением климакса развилось нервно-психическое расстройство (31 – 24,41 %: ОГ – 21,51 %, ГС – 32,35 %). В 3,5 раза реже пациентки высказывались, что соматическое неблагополучие развилось вторично – на «нервной» почве (16 – 12,60 %: ОГ – 13,97 %, ГС – 8,83 %). Лишь незначительное число пациенток не связывает имеющиеся соматические и нервно-психические расстройства с климаксом (12 – 9,45 %: ОГ – 8,60 %, ГС – 11,76 %). Минимальное количество пациенток считают свое душевное состояние нормальным, отрицают серьезные переживания из-за климакса (7 – 5,51 %: ОГ – 5,38 %, ГС – 5,88 %) либо полагают, что переживания, связанные с климаксом, достигают уровня болезненного расстройства (4 – 3,15 %: ОГ – 4,30 %, ГС – 0,00 %).

Тяжесть соматического состояния субъективно оценивалась пациентками по параметрам: головные боли, боли в области сердца, живота, позвоночника и другой локализации, нарушения процессов памяти, эмоций, влечений, сна. На основании этих параметров делалось заключение о тяжести соматического состояния. Пациентки достоверно ( $p < 0,001$ ) чаще считали свое соматическое состояние тяжелым (46 – 36,22 %: ОГ – 40,86 %, ГС – 23,53 %). С небольшим отрывом следовали пациентки, оценивавшие свое состояние как среднюю степень тяжести (41 – 32,28 %: ОГ – 31,18 %, ГС – 35,29 %). Часть пациенток все же полагала, что, несмотря на тяжесть состояния здоровья, им можно помочь (24 – 18,90 %: ОГ – 17,20 %, ГС – 23,53 %). Ещё меньшее число пациенток затруднялись в квалификации своего со-

стояния (10 – 7,88 %: ОГ – 9,68 %, ГС – 2,94 %). Число пациенток, считавших свое состояние легким, оказалось минимальным (6 – 4,72 %: ОГ – 1,08 %, ГС – 14,71 %).

Соматические маски часто вуалируют суть выявляемого НППР. Обследованными нами пациентки были склонны к символизации соматических симптомов, зачастую не желали признавать, что в их основе лежит внутренний конфликт. Ещё А. Jakubik (1979) в связи с подобными конверсиями предложил понятие «истерические расстройства чувствительно-двигательной сферы». Соматоневрозы проявляются соматической симптоматикой и имеют 3 формы – конверсионная истерия, органоневрозы и психосоматические заболевания. Поэтому для верной интерпретации течения НППР мы учитывали имеющиеся у пациенток расстройства соматической сферы, обострившиеся климактерическим синдромом.

Таким образом, показана взаимосвязь течения НППР с тяжестью и длительностью климактерического синдрома. Под воздействием хронического стресса, вызванного биологическим старением организма и усиленного социально-психологическими факторами в климактерическом возрасте, обостряется характер НППР, вызывая снижение качества жизни и требуя, соответственно, создания научно обоснованных комплексных профилактико-охранительных программ по укреплению психического здоровья женщин.

#### Л и т е р а т у р а

- Сметанников П. Г., Хорошинина Л. П. Особенности развития и клинического течения астенического расстройства в геронтологической практике // Астенические расстройства в терапевтической практике : рук-во по диагностике и лечению / под ред. А. В. Шаброва, С. Л. Соловьевой. – СПб., 2010.
- Шайдукова Л. К. Истерические депривационные манипуляции: механизмы, феноменология, коррекция // Неврологический вестник им. В. М. Бехтерева (Казань). – 2013. – Т. XLV, № 1. – С. 94–99.
- Авербух Е. С., Телешевская М. Э. Неврозы и неврозоподобные состояния в позднем возрасте. – Л. : Медицина, 1976. – 158 с.
- Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. Невротические расстройства в период климакса // Неврология и психосоматическая медицина. – М. : МЕДпресс-информ, 2002.
- Черниченко И. И., Губин В. А. Психотерапия в коррекции психосоматического статуса при патологическом течении климактерического периода // Журн. неврологии и психиатрии. – 2006. – Вып. 12. – С. 63–65.
- Поляковская Т. П. К типологической дифференциации инволюционной истерии // Материалы XV съезда психиатров России (9–12 ноября 2010 г.). – М., 2010. – С. 175.
- Поляковская Т. П. Инволюционная истерия : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2011. – 22 с.
- Бочанова Е. В. и др. Психосоматические заболевания: полный справочник / под ред. Ю. Ю. Елисеева. – М. : Эксмо, 2003. – 605 с.
- Дзеружинская Н. А. Климактерические маски аффективных расстройств у женщин пожилого возраста // Рос. психиатр. журн. – 2002. – № 6. – С. 8–10.
- Маршлов В. В. Синдром Мюнхгаузена // Журн. неврологии и психиатрии. – 2002. – Вып. 4. – С. 49–51.
- Nanette K., Wenger M. International position paper on women's health and menopause: a comprehensive approach. – Bethesda, 2002. – P. 02–3284.
- Перчаткина О. Э., Семке В. Я., Аксенова О. В. Клинические особенности гипервентиляционного синдрома у пациентов с истерическими состояниями // Акт. вопросы психиатрии и наркологии : тез. докл. XIV науч. отчет. сес. НИИ ПЗ СО РАМН (Томск, 7 октября 2009 г.) / под ред. В. Я. Семке. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2009. – Вып. 14. – С. 76–78.
- Волель Б. А. Инволюционная истерия: аспекты клини- ки, психосоматические корреляции, терапия // Психи- ческие расстройства в общей медицине. – 2007. – № 3. – С. 50–54.
- Распономарева О. В. Патоморфоз истерического рас- стройства личности (судебно-психиатрический аспект) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – 24 с.
- Волель Б. А., Яньшина Т. П. Инволюционная истерия в рамках динамики расстройств личности // Журн. неврологии и психиатрии. – 2004. – Вып. 11. – С. 47–54.
- Вишневецкая О. П. Динамика патохарактерологического развития личности (по данным отдаленного катамнеза) : автореф. дис. ... к.м.н. – Томск, 2007. – 23 с.
- Караваева Т. А. Изменение психотерапевтических и реабилитационных стратегий при лечении невротиче- ских расстройств в условиях социально-экономических перемен // Обозрение психиатрии и ме- дицинской психологии им. Бехтерева. – 2010. – № 1.
- Ниаури Д. А., Петрова Н. Н., Чанышева О. Т., Гробова О. В. Психоземotionalные расстройства у женщин в постменопаузе и методы их коррекции // Журн. аку- шерства и женских болезней. – 2001. – Т. 1, № 4. – С. 90–95.
- Тювина Н. А. Психические нарушения у женщин в пе- риод климактерия. – М. : Изд-во «Крон-Пресс», 1996. – 224 с.
- Балан В. Е., Тювина Н. А., Балабанова В. В. Психиа- трический аспект климактерического синдрома. Клиника и лечение // Акушерство и гинекология. – 1991. – № 3. – С. 19–21.
- Батурин К. А., Яньшина Т. П., Троснова А. П., Добро- вольский А. В. Соматические проявления при инволю- ционной истерии // Психические расстройства в общей медицине. – 2006. – № 1. – С. 23–27.
- Павлова Е. В., Ширяев О. Ю. К вопросу о динамике психического состояния женщин на различных этапах гистерэктомии // Социальная и клиническая психиа- трия. – 2004. – Вып. 2. – С. 89–92.
- Будза В. Г., Антохин Е. Ю. Психогенные факторы невротических расстройств в позднем возрасте // Обозре- ние психиатрии и медицинской психологии им. Бехте- рева. – 2005. – Т. 2. – № 1.
- Ганзен В. А., Юрченко В. Н. Системный подход к ана- лизу, описанию и экспериментальному исследованию психических состояний человека // Психические со- стояния / под ред. А. А. Крылова. – Л., 1981.

#### Транслитерация русских источников

- Smetannikov P. G., Horoshinina L. P. Peculiarities of de- velopment and clinical course of asthenic disorder in geri- atric practice // Astenicheskie rasstroystva v terapevti- cheskoj praktike : ruk-vo po diagnostike i lecheniyu / pod red. A. V. Shabrova, S. L. Solovevoy. – SPb., 2010.
- Shaydukova L. K. Hysteri- c deprivation manipulations: mechanisms, phenomenology, correction // Nevrologi- cheskiy vestnik im. V. M. Behtereva (Kazan). – 2013. – Т. XLV, N 1. – S. 94–99.
- Averbuh E. S., Teleshevskaya M. E. Neuroses and neuro- sis-like states in late life. – L. : Meditsina, 1976. – 158 s.
- Mendelevich V. D., Soloveva S. L. Neurotic disorders in period of climax // Nevrozologiya i psihosomaticheskaya meditsina. – M. : MEDpress-inform, 2002.
- Chernichenko I. I., Gubin V. A. Psychotherapy in correc- tion of psychosomatic status in pathological course of cli- macteric period // Zhurn. nevrologii i psihiatrii. – 2006. – Vyip. 12. – S. 63–65.

6. Polyakovskaya T. P. About typological differentiation of involuntional hysteria // Materialy XV s'ezda psikiatrov Rossii (9—12 noyabrya 2010 g.). – M., 2010. – S. 175.
7. Polyakovskaya T. P. Involuntional hysteria: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – M., 2011. – 22 s.
8. Bochanova E. V. i dr. Psychosomatic diseases: polnyi spravochnik / pod red. Yu. Yu. Eliseeva. – M.: Eksmo, 2003. – 605 s.
9. Dzeruzhinskaya N. A. Climacteric masks of affective disorders in elder women // Ros. psikiatr. zhurn. – 2002. – N 6. – S. 8—10.
10. Marilov V. V. Munchausen's syndrome // Zhurn. nevrologii i psikiatrii. – 2002. – Vyip. 4. – S. 49—51.
11. Nanette K., Wenger M. International position paper on women's health and menopause: a comprehensive approach. – Bethesda, 2002. – P. 02—3284.
12. Perchatkina O. E., Semke V. Ya., Aksenova O. V. Clinical traits of hyperventilation syndrome in patients with hysteric states // Akt. voprosy psikiatrii i narkologii : tez. dokl. XIV nauch. otchet. ses. NII PZ SO RAMN (Tomsk, 7 oktyabrya 2009 g.) / pod red. V. Ya. Semke. – Tomsk : Izd-vo «Ivan Fedorov», 2009. – Vyip. 14. – S. 76—78.
13. Volel B. A. Involuntional hysteria: aspects of clinic, psychosomatic correlations, therapy // Psichicheskie rasstroystva v obschey meditsine. – 2007. – N 3. – S. 50—54.
14. Rasponomareva O. V. Pathomorphosis of hysteric personality disorder (forensic-psychiatric aspect): avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – M., 2002. – 24 s.
15. Volel B. A., Yanshina T. P. Involuntional hysteria within dynamic of personality disorders // Zhurn. nevrologii i psikiatrii. – 2004. – Vyip. 11. – S. 47—54.
16. Vishnevskaya O. P. Dynamic of pathocharacterological development of personality (according to data of follow-up study) avtoref. dis. ... k.m.n. – Tomsk, 2007. – 23 s.
17. Karavaeva T. A. Change of psychotherapeutic and rehabilitative strategies during treatment of neurotic disorders under conditions of social-economic reforms // Obzrenie psikiatrii i meditsinskoy psihologii im. Behtereva. – 2010. – N 1.
18. Niauri D. A., Petrova H. H., Chanyisheva O. T., Grobova O. V. Psychoemotional disorders in women during menopause and methods of correction // Zhurn. akusherstva i zenskih bolezney. – 2001. – T. L, N 4. – S. 90—95.
19. Tyuvina N. A. Mental disturbances in women in the period of climax. – M. : Izd-vo «Kron-Press», 1996. – 224 s.
20. Balan V. E., Tyuvina N. A., Balabanova V. V. Psychiatric aspect of climacteric syndrome. Clinic and treatment // Akusherstvo i ginekologiya. – 1991. – N 3. – S. 19—21.
21. Baturin K. A., Yanshina T. P., Trosova A. P., Dobrovolskiy A. V. Somatic manifestations in involuntional hysteria // Psichicheskie rasstroystva v obschey meditsine. – 2006. – N 1. – S. 23—27.
22. Pavlova E. V., Shiryaev O. Yu. About dynamic of mental state of women at various stages of hysterectomy // Sotsialnaya i klinicheskaya psikiat-riya. – 2004. – Vyip. 2. – S. 89—92.
23. Budza V. G., Antohin E. Yu. Psychogenic factors of neurotic disorders in late life // Obzrenie psikiatrii i meditsinskoy psihologii im. Behtereva. – 2005. – T. 2. – N 1.
24. Ganzen V. A., Yurchenko V. N. Systemic approach to analysis, description and experimental investigation of mental states of the individual // Psichicheskie sostoyaniya / pod red. A. A. Kryilova. – L., 1981.

УДК 616.895.87:616-058  
ББК Р645.090-354-18

## ВЛИЯНИЕ НЕГАТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ НА ДИНАМИКУ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Зинчук М. С.\* , Семке А. В.

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

Проведённое исследование позволило выявить следующие особенности больных параноидной шизофренией с выраженной негативной симптоматикой: наследственная отягощённость, преобладание тормозимых черт характера в преморбиде, среднее образование и отсутствие семьи к моменту начала заболевания. На момент осмотра большинство больных имеет группу нетрудоспособности, преобладает отрицательное или безразличное отношение к работе, низкий интерес и пассивность в межличностных контактах, формирование условно декомпенсированного и парциально декомпенсированного уровней адаптации, укрытие под опекой как основной тип индивидуальной компенсаторно-приспособительной защиты, деструктивный тип адаптации, гиперболизированный или недифференцированный характер внутренней адаптационной реакции, пассивная выжидательность окружения. **Ключевые слова:** шизофрения, негативные расстройства, адаптационно-компенсаторные механизмы.

**INFLUENCE OF NEGATIVE SYMPTOMS ON DYNAMIC OF SOCIAL STATUS OF PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA.** Zinchuk M. S., Semke A. V. *Mental Health Research Institute SB RAMSci. 634014, Tomsk, Aleutskaya Street, 4.* Conducted investigation has allowed revealing the following traits of patients with paranoid schizophrenia with severe negative symptoms: family history, predominance of inhibited traits of the character in premorbid, secondary education and absence of the family at the moment of onset of the disease. At the moment of examination, most patients have a group of disability, negative or indifferent attitude towards the work, low interest and passivity in interpersonal contacts, formation of relatively decompensating and partially decompensating levels of adaptation levels of adaptation, social withdrawal as a basic type of individual type of individual compensator-adjusted defense, destructive type of adaptation, hyperbolized or indifferent character of inner adaptive reaction and passive wait-and-see approach of the environment predominate. **Key words:** schizophrenia, negative disorders, adaptive-compensator mechanisms.

**Введение.** Доказано участие социальных, этнокультуральных и экологических факторов в развитии, рецидивировании и эксацербации психических расстройств [1–3], в том числе относящихся к психотическому уровню [4, 5]. В актуальной международной классификации болезней шизофрения является единственным расстройством, диагностические критерии которого включают нарушения социальной и профессиональной адаптации [6]. Возникновение последних преимущественно определяется структурой

\* Зинчук Михаил Сергеевич, м.н.с. отделения эндогенных расстройств. Тел.: (3822)738852, mzinchuk@mail.ru

и выраженностью негативных и паранегативных расстройств и некоторыми особенностями «фасадной» психопатологической симптоматики [7]. Последние десятилетия отмечены усилением интереса исследователей к факторам (в том числе коморбидным) [8], влияющим на социальное функционирование больных с расстройствами шизофренического спектра, изучению вклада в данные показатели «ядерных» негативных и паранегативных расстройств [9, 10].

**Цель** исследования – изучение влияния негативной симптоматики на динамику социального статуса пациентов, страдающих параноидной формой шизофрении.

**Материалы и методы.** Результаты работы основаны на исследовании, проведенном на базе отделения эндогенных расстройств ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН. *Объект* исследования – пациенты, проходившие стационарное лечение в 2007—2010 гг., состояние которых на момент обследования соответствовало диагностическим критериям параноидной шизофрении по МКБ-10. В качестве основных методов использовались: клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический, клинико-терапевтический, статистический. Инструментами исследования являлись: модифицированный вариант «Базисной карты, стандартизированного описания больного шизофренией и родственника» (БК) (Рицнер М. С., Логвинович Г. В., Корнетов Н. А., Красик Е. Д., Залевский Г. В., 1985); Шкала позитивных и негативных синдромов (PANSS).

В соответствии с критериями отбора в группу исследования вошли 120 пациентов с диагнозом «параноидная шизофрения».

**Результаты и обсуждение.** Для оценки выраженности позитивной и негативной симптоматики все пациенты были обследованы по шкале PANSS. В зависимости от выраженности негативной симптоматики пациенты были разделены на 2 группы. При формировании групп учитывались рекомендации для интерпретации шкалы PANSS, в соответствии с которыми интервал 61—65 баллов считается «выше среднего». В группу А вошло 66 человек, у которых показатели кластера негативных расстройств превышали 61 балл, остальные пациенты (54 человека) составили группу Б. Анализ полученных групп не выявил достоверных отличий по полу, однако на уровне тенденции всё же определялось преобладание мужчин в группе с большей выраженностью негативных расстройств. Средний возраст пациентов в исследуемых группах достоверно ( $p < 0,05$ ) отличался и составил в группе А  $33 \pm 10,1$  года, в группе Б –  $29 \pm 7,2$  года. Эта разница нашла подтверждение и в большей длительности заболевания у пациентов группы А ( $12,3 \pm 7,3$  года) по сравнению с пациентами группы Б ( $8,5 \pm 4,0$  года) ( $p < 0,001$ ).

Наследственная отягощенность является важным предиктором развития заболевания, свидетельствующим о базовой биологической уязвимости. Как в основной группе, так и в группе сравнения преобладали лица без наследственной отягощенности, однако в группе А их процент (37,8 %) ниже, чем в группе Б (59,3 %). В случае выявления наследственной отягощенности чаще всего в обеих группах это был родственник первой степени родства (в группе А – 33,3 % и 25,9 % – в группе Б). С близкой частотой в обеих группах встречались случаи болезни у дальнего родственника. Только в основной группе встречались ( $p > 0,05$ ) пациенты, у которых больны были как близкие, так и дальние родственники (7,6 %). У больных шизофренией прослеживается тесная связь негативных изменений, характеризующих дефект, с конституционально обусловленными, преморбидными особенностями. На рисунке представлен преморбидный склад личности пациентов.

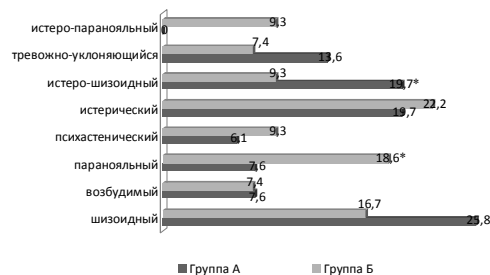


Рис. Преморбидный склад личности

В преморбидном складе пациентов группы А преобладали тормозимые черты характера, в то время как для пациентов группы Б более характерными были возбудимые. Последние, вероятно, обладали большим социальным потенциалом и способствовали развитию (хотя и достаточно специфичных) навыков общения.

Для многих пациентов начало заболевания сопровождается остановкой или значительным искажением развития, что делает достигнутый к этому моменту уровень социальной адаптации значимым предиктором будущей социализации и удовлетворённости качеством жизни. Важным фактором преморбидного периода является уровень профессионального образования: чем он выше, тем, как правило, сохраннее возможности социально-трудовой адаптации. На момент начала заболевания в обеих группах чаще встречались пациенты со средним образованием (в группе А – 34,9 % и 33,3 % – в группе Б). На уровне тенденции в группе Б чаще встречались лица со средним специальным образованием (33,3 и 21,2 %). Так же с близкой частотой встречались пациенты с высшим и незаконченным высшим образованием (13,6 и 16,7 %). Только среди пациентов группы А

( $p < 0,05$ ) встречались лица, которые смогли окончить школу лишь в индивидуально созданных условиях (12,1 %).

Анализ профессионального статуса пациентов до заболевания не выявил каких-либо достоверных различий: как в группе А, так и в группе Б преобладали учащиеся (66,6 и 68,5 %). Служащие, инженерно-технические рабочие, неквалифицированные рабочие встречались с близкой частотой.

Для больных шизофренией наличие собственной семьи к моменту начала заболевания является прогностически благоприятным фактором, косвенно отражающим достигнутую социальную компетентность [9]. Как в группе А (78,8 %), так и в группе Б (68,5 %) большинство пациентов к началу заболевания были холосты, однако на уровне тенденции в группе А такие пациенты всё-таки встречались чаще. Пациенты группы Б чаще были женаты (16,7 и 6,1 %) и только среди них встречались лица, проживающие в незарегистрированном браке (7,4 %). В группе А (15,1 %) чаще, чем в группе Б, выявлялись разведённые (6,1 %).

Т а б л и ц а 1  
Уровень социальной адаптации до заболевания

Уровень социальной адаптации	Группа А		Группа Б	
	абс.	%	абс.	%
Оптимально компенсированный	33	50	37	68,5
Компенсированный однонаправленный	5	7,6	4	7,4
Парциально компенсированный	28	42,4*	13	24,1
Всего	66	100	54	100

Примечание. \* –  $p < 0,05$ .

Как видно из таблицы 1, пациенты с оптимально компенсированным уровнем социальной адаптации чаще встречались в группе Б. Частота встречаемости компенсированного однонаправленного уровня социальной адаптации до заболевания была практически одинаковой в обеих группах, а парциально компенсированный уровень социальной адаптации достоверно ( $p < 0,05$ ) чаще встречался в группе А.

С целью оценки влияния негативных расстройств на динамику социального статуса пациентов, страдающих параноидной формой шизофрении, ниже будут приведены показатели на момент осмотра.

Количество пациентов, имеющих высшее образование, в обеих группах осталось прежним. Возросло количество пациентов в группе Б, имеющих неоконченное высшее образование (25,9 % по сравнению с 13,6 % в группе А). Все эти больные к началу заболевания уже имели среднее специальное образование и пытались получить высшее образование, однако так и не смогли этого сделать. Таким образом, можно говорить о существовавшей среди пациентов группы Б неудовлетворённости своим образованием и попытках его повысить, чего не было отмечено среди пациентов группы А.

За время болезни профессиональный статус пациентов претерпел существенные изменения. Так, на момент осмотра половина пациентов группы Б и 75,7 % пациентов группы А являлись инвалидами по психическому заболеванию. В группе Б чаще встречались лица, занятые неквалифицированным трудом (25,9 % в сравнении с 12,1 % в группе А), и только здесь встречались пациенты, продолжающие получать образование (16,7 %). При этом среди продолжавших работать отрицательно относились к работе 28,8 % пациентов группы А и 22,2 % пациентов группы Б; безразлично – 46,9 и 44,4 % соответственно, положительно – только 18,1 % пациентов группы А и 33,3 % пациентов группы Б.

Семья, будучи источником естественной социальной поддержки и способствуя преодолению явлений социальной депривации, связанных с болезнью, вносит значимый вклад в формирование более благоприятных типов адаптации пациентов, страдающих шизофренией [11, 12]. В группе А (81,8 %) достоверно ( $p < 0,05$ ) чаще, чем в группе Б (57,4 %), встречались холостые пациенты. Только в группе Б встречались пациенты, проживающие в официально незарегистрированном браке (16,7 %), и чаще на уровне тенденции – женатые (25,9 и 12,1 %). Все разведённые пациенты относились к группе А (6,1 %). Адекватная помощь оказывалась 36,4 % пациентов группы А и 25,9 % пациентов группы Б. Изоляция отмечалась в 21,2 % в группе А и в 9,3 % в группе Б, пассивное выжидание – у 34,8 % больных группы А и у 40,7 % больных группы Б, неадекватное ожидание успешности с открытым выражением негодования – у 7,6 % пациентов группы А и у 24,1 % пациентов группы Б.

Результаты анализа социального статуса на момент осмотра представлены в таблице 2.

Т а б л и ц а 2  
Уровень социальной адаптации на момент осмотра

Уровень социальной адаптации	Группа А		Группа Б	
	абс.	%	абс.	%
Оптимально компенсированный	0	0	5	9,3
Компенсированный однонаправленный	8	12,1	5	9,3
Парциально компенсированный	9	13,6	13	24,1
Условно компенсированный	8	12,1	9	16,7
Условно декомпенсированный	19	28,8	13	24,1
Парциально декомпенсированный	22	33,3	9	16,7
Декомпенсированный госпитальный	0	0	0	0
Всего	66	100	54	100

Все пациенты с оптимально компенсированным уровнем социальной адаптации были выявлены в группе Б. В таблице 2 показано, что в группе А чаще других встречались условно декомпенсированный и парциально декомпенсированный уровни социальной адаптации. Для группы Б были более характерны парциально и условно компенсированные уровни, и только

здесь встречались пациенты с оптимально компенсированным уровнем социальной адаптации.

Учитывая взаимодействия конституционально-преморбидных особенностей, степени и характера выраженности негативных расстройств в ремиссиях, измененных болезнью адаптационных возможностей личности и уровня социальной адаптации, определяли тип индивидуальной компенсаторно-приспособительной защиты пациентов и тип адаптации.

В обеих группах преобладал тип индивидуальной компенсаторно-приспособительной защиты «укрытие под опекой», однако среди пациентов группы А он встречался (69,7 %) чаще, чем среди пациентов группы Б (42,6 %). Особенностью данного типа является необходимость разносторонней внешней стимуляции и коррекции пациентов, возможность компенсации только при наличии постоянной опеки со стороны родных и психиатров. Одним из проявлений данного типа защиты явилось более частое стационарирование пациентов группы А. В группе А (18,2 %) чаще, чем в группе Б (9,3 %), встречалась индивидуальная компенсаторно-приспособительная защита по типу «экологической ниши», при которой наблюдалось формирование нового жизненного стереотипа с возможностью восстановления трудового и микросоциального статусов в случае наличия социального «убежища», создаваемого окружением на производстве и в семье. Данный вариант был условно благоприятным, позволяя при благожелательном отношении окружения и отсутствии изменений, «ломающих стереотипы» пациента, достаточно долго сохранять на приемлемом уровне социальный и семейный статусы.

Другой условно благоприятный тип индивидуальной компенсаторно-приспособительной защиты – «гуттаперчевая капсула». Этот вариант защиты достоверно ( $p < 0,05$ ) чаще встречался у пациентов группы Б (33,3 и 12,1 %). У пациентов с этим типом индивидуальной компенсаторно-приспособительной защиты социальная компенсация негативных расстройств происходит за счет «оболочки», которую больной создает вокруг себя и за пределы которой его функции и отношения не распространяются. Такой тип взаимоотношений между пациентом и его средой позволял длительно сохранять социальный статус на прежнем или несколько сниженном уровне. Интересным представляется тот факт, что все случаи защиты по типу «социальной оппозиции» были зарегистрированы в группе Б (14,8 %). Пациенты с данным типом индивидуальной компенсаторно-приспособительной защиты при сравнительной мягкости негативных расстройств находились в длительном конфликте с окружением, что, естественно, не способствовало сохранению семейного и профессио-

нального статусов. Все эти пациенты имели выраженные психопатоподобные расстройства. Последние явились результатом воздействия эндогенного процесса на личность с выраженными, достигающими уровня личностной патологии, истеро-возбудимыми чертами. В группе А развитию защиты по типу «социальной оппозиции» препятствовали более выраженные негативные и паранегативные расстройства.

Интегративный тип адаптации в группе Б встречался (42,6 %) чаще, чем в группе А (37,9 %). Деструктивный тип выявлялся более чем у половины пациентов группы А (54,5 %), в то время как в группе Б их количество не превышало трети (33,3 %). Для двух описанных выше типов адаптации был характерен параллелизм клинических и социальных показателей. Интравертный тип адаптации, для которого была характерна диссоциация между клиническими и социальными показателями в ущерб последним, достоверно ( $p < 0,01$ ) чаще регистрировался в группе Б (21,4 %) по сравнению с группой А (7,6 %). Ни в одной из групп на момент обследования не выявлялись пациенты с экстравертным типом адаптации. Полученные результаты демонстрируют формирование менее благоприятных типов адаптации у пациентов с более выраженной негативной симптоматикой.

Изучены виды внутренних адаптационных реакций. В 18,2 % случаев в группе А и в 33,3 % случаев в группе Б наблюдался игнорирующий (анозогностический, гипертонический) тип реакции с недооценкой и элементами игнорирования степени тяжести заболевания, завышенной оценкой собственной личности и здоровья, ригидным стремлением утвердиться на прежнем или более высоком социально-трудовом уровне, сохранением компонента «борьбы» в отношении к болезни.

При гиперболизированном (паническом, гипотоническом, атоническом) виде реакции у больных не наблюдалось способностей и стремлений к преодолению последствий болезни, активному приспособлению в новых условиях; психологическая приспособляемость носила фрустрационный характер либо полностью определялась содержанием и степенью выраженности психотических расстройств. С достоверным отличием ( $p < 0,05$ ) этот вариант чаще встречался в группе А (22,7 %), чем в группе Б (9,3 %).

Пластический (адекватный) тип реакции встречался в группе А (33,3 %) без достоверной разницы реже, чем в группе Б (40,7 %). Этот вариант характеризовали реалистическое отношение больных к действительности и активные попытки самокомпенсации в соответствии со степенью выраженности психопатологических расстройств, а также приверженность к соблюдению рекомендаций психиатров.

В группе А (25,8 %) на уровне тенденции чаще, чем в группе Б (16,7 %), встречался недифференцированный вид внутренней адаптационной реакции. Он характеризовался эгоцентрической направленностью психологической приспособляемости, гиперболизированной сверхценно искаженной с элементами фиксации и агравации самооценкой, активной адаптацией в сфере удовлетворения собственных потребностей и усилением иждивенческих установок.

Отношение к больному его окружения (внешние адаптационные реакции) также играет значительную роль в процессе формирования типов адаптации пациентов, страдающих параноидной формой шизофрении. Лояльный тип внешней реакции на пациентов несколько чаще встречался в группе А (36,4 %), чем в группе Б (25,9 %). При этом типе родственники правильно оценивали степень тяжести заболевания и долю своей ответственности за них, прислушивались к рекомендациям психиатров по организации семейных отношений и поддержанию социального статуса пациентов. У половины пациентов в обеих группах выявлялась пассивно-выжидательная реакция окружения, когда в основе отношений лежали безразличие к судьбе больного и тактика невмешательства в терапевтический процесс. Основные обязанности по лечению и социальному восстановлению при этом типе реакции родные возлагали на врачей, хотя формально от пациентов не отказывались. Экстремистская внешняя реакция с фактическим отказом от больного и стремлением любыми путями отправить его в стационар на уровне тенденции чаще встречалась в группе Б (24,1 %), чем в группе А (13,6 %). Такое соотношение было связано дискомфортом, вызываемым у окружения пациентами группы Б, оппозиционно настроенными в адрес родственников. Напротив, пациенты с выраженным негативными расстройствами в эмоционально-волевой сфере по типу выпадения скорее не замечались родственниками, и раздражение в их адрес реже достигало степени, характерной для части больных группы Б.

Полученные данные позволяют составить обобщенный портрет больного параноидной шизофренией с выраженной негативной симптоматикой. Этим пациентов отличает большая наследственная отягощенность, проявляющаяся расстройствами шизофренического спектра, как у близких, так и у дальних родственников. Преморбидный склад личности пациентов отличается преобладанием тормозимых черт характера (шизоидные, истерошизоидные, тревожно-уклоняющиеся). К моменту начала заболевания пациенты чаще имеют среднее образование, чаще холосты, проживают одни или с родителями. Анализ социального статуса на

момент обследования (давность заболевания 12,3±7,3 года) позволил сделать следующие выводы. Пациенты с выраженными негативными расстройствами, даже будучи неудовлетворены своим образованием и социальным статусом, капитулируют и не предпринимают попыток его повысить. Подавляющее большинство к этому времени имеет группу нетрудоспособности, но даже у продолжающих трудиться преобладает отрицательное или безразличное отношение к работе. Пациентов отличает низкий интерес к контактам, пассивность в контакте или их полное избегание. Большинство пациентов не состоят в браке. Отношение родственников к пациентам часто характеризуется изоляцией. Выраженные дефицитные расстройства негативно влияют на социальную адаптацию пациентов, приводя к формированию условно декомпенсированного и парциально декомпенсированного уровней адаптации. Укрытие под опекой становится самым частым типом индивидуальной компенсаторно-приспособительной защиты, приводя к прогрессивной утрате социальных навыков, оставлению попыток самостоятельного совладания с проблемами и, как следствие, к нарастанию паранегативных расстройств и неспособности пациентов адаптироваться в экстрагоспитальном мире. Сопоставление социального и клинического уровней адаптации позволило сделать вывод о том, что именно деструктивный тип адаптации является наиболее характерным для больных параноидной шизофренией с выраженными негативными расстройствами. Внутренняя адаптационная реакция носила гиперболизированный или недифференцированный характер, а внешняя характеризовалась пассивной выжидательностью окружения.

#### Л и т е р а т у р а

1. Семке А. В., Ветлугина Т. П., Иванова С. А., Рахмазова Л. Д., Корнетова Е. Г., Федоренко О. Ю., Лобачева О. А. Биологические и клиничко-социальные механизмы развития эндогенных психических заболеваний // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4. – С. 19–23.
2. Семке В. Я., Бохан Т. Г., Богомаз С. А., Гердт Ю. В. Психологическая безопасность в структуре психического здоровья населения, проживающего в условиях риска техногенно-экологической угрозы // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 1. – С. 57–62.
3. Семке В. Я., Бохан Н. А., Галактионов О. К. Очерки этнопсихологии и этнопсихотерапии / под ред. акад. РАМН В. Я. Семке. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 1999. – 157 с.
4. Семке А. В., Ветлугина Т. П., Иванова С. А., Рахмазова Л. Д., Гуткевич Е. В., Лобачева О. А., Корнетова Е. Г. Биопсихосоциальные основы и адаптационно-компенсаторные механизмы шизофрении в регионе Сибири // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 5. – С. 15–20.
5. Семке А. В., Иванова С. А., Логинов В. Н., Теровский С. С., Корнетова Е. Г. Способ прогнозирования эффективности лечения резидуальной шизофрении атипичным нейролептиком кветиапином. – Патент на изобретение RUS 2349918. – 19.11.2007.

6. Даниленко О. А. Влияние истероформной симптоматики на течение и динамику социального статуса больных шизофренией и шизотипическим расстройством // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 2. – С. 22–26.
  7. Семке А. В., Даниленко О. А. Истероформная симптоматика в структуре расстройств шизофренического спектра // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 6. – С. 14–16.
  8. Красильников Г. Т., Дресвянников В. Л., Бохан Н. А. Коморбидные аддиктивные расстройства у больных шизофренией // Наркология. – 2002. – № 6. – С. 24–31.
  9. Семке А. В., Зинчук М. С. Негативные расстройства у больных шизофренией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 4. – С. 29–33.
  10. Нечаева А. С., Семке А. В. Качество жизни пациентов с шизотипическим расстройством с разной фасадной психопатологической симптоматикой // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 5. – С. 41–44.
  11. Гуткевич Е. В., Семке А. В. Семейные механизмы адаптации при шизофренических расстройствах (на примере популяции сибирского региона) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 3. – С. 12–17.
  12. Семке А. В., Рахмазова Л. Д., Лобачева О. А., Иванова С. А., Гуткевич Е. В. Клинические и биологические факторы формирования адаптации больных шизофренией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3. – С. 17–21.
- Транслитерация русских источников*
1. Semke A. V., Vetlugina T. P., Ivanova S. A., Rahmazova L. D., Kornetova E. G., Fedorenko O. Yu., Lobacheva O. A. Biological and clinical-social mechanisms of development of endogenous mental diseases // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2011. – N 4. – S. 19–23.
  2. Semke V. Ya., Bohan T. G., Bogomaz S. A., Gerdt Yu. V. Psychological safety in structure of mental health of population living under conditions of risk of man-made-ecological threat // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2011. – N 1. – S. 57–62.
  3. Semke V. Ja., Bohan N. A., Galaktionov O. K. Sketches of ethnopsychology and ethnopsychotherapy / pod red. akad. RAMN V. Ja. Semke. – Tomsk: Izd-vo Tom. un-ta, 1999. – 157 s.
  4. Semke A. V., Vetlugina T. P., Ivanova S. A., Rahmazova L. D., Gutkevich E. V., Lobacheva O. A., Kornetova E. G. Biopsychosocial bases and adaptive-compensator mechanisms of schizophrenia in region of Siberia // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2009. – N 5. – S. 15–20.
  5. Semke A. V., Ivanova S. A., Loginov V. N., Terovskiy S. S., Kornetova E. G. Way of prediction of efficacy of treatment of residual schizophrenia with atypical neuroleptic quetiapine. – Patent na izobretenie RUS 2349918. – 19.11.2007.
  6. Danilenko O. A. Influence of hysteroform symptoms on course and dynamic of social status of patients with schizophrenia and schizotypal disorder // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2011. – N 2. – S. 22–26.
  7. Semke A. V., Danilenko O. A. Hysteroform symptoms in structure of disorders of schizophrenic spectrum // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2010. – N 6. – S. 14–16.
  8. Krasilnikov G. T., Dresvyannikov V. L., Bohan N. A. Comorbid addictive disorders in patients with schizophrenia // Narkologiya. – 2002. – N 6. – S. 24–31.
  9. Semke A. V., Zinchuk M. S. Negative disorders in patients with schizophrenia // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2012. – N 4. – S. 29–33.
  10. Nechaeva A. S., Semke A. V. Quality of life of patients with schizotypal disorder with various façade psychopathological symptoms // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2009. – N 5. – S. 41–44.
  11. Gutkevich E. V., Semke A. V. Family mechanisms of adaptation in schizophrenic disorders (on example of population of Siberian region) // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2012. – N 3. – S. 12–17.
  12. Semke A. V., Rahmazova L. D., Lobacheva O. A., Ivanova S. A., Gutkevich E. V. Clinical and biological factors of formation of adaptation of patients with schizophrenia // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2006. – N 3. – S. 17–21.



# КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

УДК 616.89-008.441.13:576.8.095.52

ББК Р645.021-1-13-8

## БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ, КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА АДДИКТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ В РАЗЛИЧНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ГРУППАХ (ИТОГИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕМЫ НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009—2012 ГГ.)

Мандель А. И.<sup>\*</sup>, Артемьев И. А.,  
Ветлугина Т. П., Иванова С. А.,  
Невидимова Т. И., Прокопьева В. Д.,  
Аболонин А. Ф., Шушпанова Т. В.

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

Представлен клинико-эпидемиологический анализ наркологической ситуации в административных территориях Арктического Севера, Сибири и Дальнего Востока. Проанализированы распространенность и первичная заболеваемость психическими (в том числе наркологическими) расстройствами среди населения сельских районов Севера Сибири за 2001—2010 гг. Проживание в условиях Арктического Севера и северных территорий Сибири влияет на клинический полиморфизм алкоголизма в зависимости от этнической принадлежности больного. Проверена и подтверждена гипотеза сенсорной предрасположенности к формированию аддиктивного поведения на разных контингентах лиц подростково-юношеского возраста. Нарушение гендерной самоидентификации и болевой чувствительности повышает риск формирования наркотической зависимости с участием цитокинового звена нейроиммунопатологии. Выявление признаков иммунологической недостаточности и высокого уровня агрессивности использовано для разработки экспресс-метода прогноза стойкости ремиссии у осужденных в условиях пенитенциарных учреждений. Объяснен один из молекулярных механизмов купирования окислительного стресса препаратом севитин в комплексной реабилитации больных алкоголизмом. Доказано влияние препарата галодиф на синтез нейроактивных стероидов, что значимо для развития эффективных методов терапии. Получены новые результаты о влиянии микроволновой резонансной терапии на перекисное окисление липидов, карбонилирование белков плазмы крови и эритроцитов больных алкоголизмом в состоянии абстиненции. Доказана эффективность препаратов ремаксол и реамберин, обладающих антиоксидантным/антигипоксантным действием и гепатопротективной активностью в процессе общей детоксикации и нормализации метаболизма при формировании ремиссии у больных

<sup>\*</sup> Мандель Анна Исаевна, д.м.н., профессор, в.н.с. отд-я аддиктивных состояний. Тел.: (382-2)444780. E-mail: anna-mandel@mail.ru

алкоголизмом. **Ключевые слова:** алкоголизм, наркомания, распространенность, коморбидность, созависимость, делинквентность, пенитенциарная изоляция, клинический полиморфизм, психонейроиммунопатология, апоптоз, окислительный стресс, бензодиазепиновые рецепторы, терапия, ремиссия, реабилитация.

**BIOLOGICAL PREDICTORS, CLINICAL-PATHOGENETIC MECHANISMS OF FORMATION AND PREVENTION OF ADDICTIVE STATES IN VARIOUS SOCIAL GROUPS.** Mandel A. I., Artemyev I. A., Vetlugina T. P., Ivanova S. A., Nevidimova T. I., Prokopyeva V. D., Abolonin A. F., Shushpanova T. V. *Mental Health Research Institute SB RAMSci. 634014, Tomsk, Aleutskaya Street, 4.* Clinical-epidemiological analysis of substance use situation in various administrative territories of Arctic North, Siberia and Far East has been introduced. Analysis of prevalence and new sickness rate with mental (including substance use) disorders among population of rural districts of North of Siberia for 2001—2010 has been carried out. Living under conditions of Arctic North and northern territories of Siberia exerts influence on clinical polymorphism of alcoholism depending on ethnicity of the patient. Hypothesis of sensory predisposition to formation of addictive behavior on various contingents of adolescents and youth has been checked and confirmed. Disturbance of gender self-identification and pain sensitivity increases risk of formation of drug addiction with participation of cytokine link of neuroimmunopathology. Revealing of signs of immunological deficiency and high level of aggressiveness has been used for elaboration of express-method of prognosis of persistence of remission in convicts under conditions of penitentiary institutions. One of molecular mechanisms of oxidative stress stopping with preparation Sewitin in complex rehabilitation of alcoholic patients has been explained. Influence of medication Galodif on synthesis of neuroactive steroids that is significant for development of effective methods of therapy has been proved. New results about influence of microwave resonance therapy on peroxidation of lipids, carbonylation of proteins of blood plasma and erythrocytes of alcoholic patients in state of withdrawal have been obtained. Efficacy of medications Remaxol and Reamberin possessing antioxidant/antihypoxant action and hepatoprotective activity in the process of total detoxification and normalization of metabolism during formation of remission in suffering from alcoholism persons has been proved. **Key words:** alcoholism, drug addiction, prevalence, delinquency, penitentiary isolation, clinical polymorphism, psychoneuroimmunopathology, apoptosis, oxidative stress, benzodiazepine receptors, therapy, remission, rehabilitation.

В настоящее время отмечены стабильно высокие показатели напряженности наркологической ситуации, связанной с распространением тяжелых и ассоциированных форм алкоголизма и наркоманий [1], возрастающим удельным весом смертности, обусловленной употреблением алкоголя и наркотиков в структуре общей смертности населения [2]. При этом «...высока динамичность современной наркологической ситуации, интенсивно происходит формирование новых форм аддиктивного поведения, переход из одной в другую» [3]. Рассматривая тенденции развития любого социально детерминированного процесса, нельзя не изучать комплексное взаимодействие изучаемого явления — в нашем случае наркологическую ситуацию — с факторами (в том числе этнокультуральными), оказывающими прямое и опосредованное влияние на объект изучения [4, 5].

Реабилитационная направленность современной наркологии предопределяет необходимость выделения критериев, основанных на

клинико-психологическом, нейрофизиологическом, иммунологическом статусе больного, для создания однотипных терапевтических групп с дифференцированным лечебным подходом для каждого больного [6]. Анализ научных исследований аддиктивных состояний выявляет дискутируемые проблемы, связанные с их распространенностью, патоморфозом, клинико-психологическими закономерностями динамики, влияющих на эффективность реабилитационных мероприятий. В соответствии с целью – установление психонейроиммунологических закономерностей, механизмов метаболической дезадаптации при формировании алкоголизма и наркоманий; разработка дифференцированной терапии и профилактики в условиях различных институтов социализации – в рамках комплексной темы НИР за 2009–2012 гг. выполнялось изучение: механизмов патологической интеграции иммунной и сенсорных систем при аддиктивных состояниях; механизмов формирования дисбаланса про- и антиоксидантных систем и процесса апоптоза клеток периферической крови и нейронов в условиях окислительного стресса при алкоголизме; модуляторной активности стероидных, тиреоидных и тропных гормонов на бензодиазепиновые рецепторы периферического типа тромбоцитов при алкоголизме; распространенности социально значимых психических и поведенческих расстройств в результате злоупотребления ПАВ; разработка методов терапии и реабилитации наркологических больных на основе метаболической (природными антиоксидантами, антигипоксантами, нейропептидами), антиконвульсивной терапии, биологических эффектов электромагнитного излучения миллиметрового диапазона нетепловой интенсивности.

Клинико-эпидемиологический анализ наркологической ситуации в регионах РФ свидетельствует о значительных колебаниях распространенности наркоманий, достигающих 30-кратной величины. Ранжирование территорий по уровню превалентности наркоманий показало, что при общероссийском показателе 250,0 на 100 тысяч населения только в Самарской области и Краснодарском крае указанная величина составляет соответственно 685,0 и 481,6. Показатели, превышающие 0,5 % численности населения, имеют место в 6 из 22 субъектов Федерации Сибири и Дальнего Востока: в Томской области – 502,4; Кемеровской – 552,2; Тюменской – 513,7; Иркутской – 501,5; Новосибирской – 519,2; Ханты-Мансийском АО – 653,8.

В СФО выявлены высокие показатели смертности вследствие отравления наркотиками: в Кемеровской, Омской и Новосибирской областях число умерших от отравлений наркотиками на 100 тысяч населения составляет 27,7, 19,3 и 18,1 соответственно; в Краснояр-

ском крае – 13,1 (в РФ – 5,8). Уровень распространенности наркоманий на 1/3 территорий Сибири и Дальнего Востока превосходит аналогичные показатели, сложившиеся в европейской части России [3, 4].

Установлена этнотерриториальная гетерогенность формирования алкогольной зависимости у коренного населения Сибири [7], в том числе в полиэтнических субпопуляциях циркумполярной зоны северо-восточных регионов России [8]. Проживание в условиях Арктического Севера оказывает влияние на прогрессивность ранних форм зависимости от ПАВ [9] и формирование клинического полиморфизма алкогольных психозов в зависимости от этнической принадлежности больного. Алкогольный галлюциноз чаще диагностируется у якутов (65,7 %), алкогольный делирий – у представителей славянского населения (56,7 %). У якутов не выявлено связи полиморфизма этанолметаболизирующих ферментов со склонностью к алкоголизму [10].

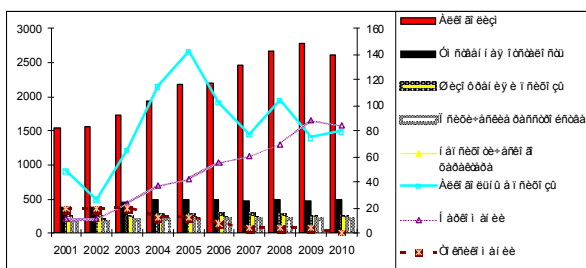
Проанализирована распространенность алкоголизма в национальных АО северных территорий Сибири – Ханты-Мансийском, Ямало-Ненецком, Эвенкийском, Таймырском, Корякском и Чукотском в сравнении с распространенностью алкоголизма в национальных округах Забайкальского края, расположенных в южной части Сибири – Усть-Ордынском и Агинском. Количество зарегистрированных больных алкоголизмом в приарктических округах значительно выше, нежели в южных (18, 22, 28, 32, 54, 20 и 12, 8 на 1000 населения). Распространенность алкоголизма по национальным округам имеет западно-восточный вектор – на западных территориях (Ханты-Мансийский и Ямало-Ненецкий АО) показатели алкоголизма втрое ниже, чем на восточных (Корякский АО) – 18, 22 и 54 на 1000 населения [8].

Исследованы особенности наркологической ситуации в Республике Тыве (коренное население – тувинцы, в том числе тувинцы-тоджинцы, один из малочисленных народов Севера). На наркологическом учете состоит 3,2 % населения трудоспособного возраста, регистрируется рост заболеваемости наркологическими расстройствами «новой волны», а также рост алкоголизма, определяющий структуру региональной наркологической ситуации.

Выражена неравномерность показателей распространенности алкоголизма в отдельных кожунах (районах) республики, перманентный рост женского алкоголизма, соотношение больных алкоголизмом мужчин и женщин – 1,3:1. Первое обращение за медицинской помощью связано с развитием алкогольного психоза или коморбидными соматическими заболеваниями. Особенностью наркологической ситуации в Республике Тыве является сочетанное упот-

ребление коренными жителями алкоголя и каннабиса, быстрый темп формирования алкогольной зависимости в молодом возрасте [11]. В этой связи социальное значение приобретает актуальность междисциплинарного изучения проблемы качества жизни молодежи народов Сибири как системного показателя уровня стрессоустойчивости вообще, в частности антинаркотической [12].

Проанализированы распространенность и первичная заболеваемость психическими (в том числе наркологическими) расстройствами среди сельского населения Севера Сибири за 2001—2010 гг. [13]. За 10-летний период первичная заболеваемость в детском и подростковом населении в диагностических группах «психические расстройства непсихотического характера» выросла в 8 раз, «умственная отсталость» – в 4 раза. Показатели распространенности алкоголизма в 2010 г. по сравнению с 2001 г. возросли на 69,5 %, алкогольных психозов – на 63,9 %, синдрома зависимости от наркотических веществ – более чем в 7 раз. Первичная заболеваемость алкоголизмом среди женского населения выросла на 24,3 % (рис. 1).



**Рис. 1. Учетная болезненность психическими расстройствами среди сельского населения, состоящего на диспансерном учете, в 2001—2010 гг. (на 100000 населения)**

Изучена смертность среди сельского населения в отдаленных районах Западной Сибири (приравненных к районам Крайнего Севера) за 10-летний период (2001—2010 гг.) с использованием официальной медицинской документации для регистрации случаев смерти. Доля умерших от причин, связанных с употреблением алкоголя, составила 25,8 %.

В возрастном диапазоне от 15 до 29 лет причиной смерти в 35,6 % случаев явились самоубийства. Лишь 20,7 % умерших от отравления этанолом и причин, связанных с употреблением алкоголя, были учтены наркологической службой. Показатели смертности от отравления этанолом в сельском поселении за 2005—2009 гг. превысили в среднем в 4,1 раза аналогичные показатели по РФ [14].

В лаборатории клинической психонейроиммунологии впервые сформулирована и подтверждена гипотеза сенсорной предрасполо-

женности к формированию аддиктивного поведения на различных контингентах лиц подростково-юношеского возраста. Определены признаки, представляющие потенциальный риск для возникновения первичного патологического влечения к психоактивным веществам – это ранние симптомы пикацизма, повышенная потребность в сенсорной стимуляции, клинические признаки иммунологической недостаточности (рис. 2).



**Рис. 2. Вклад клинико-иммунофизиологических показателей в формирование первичного патологического влечения к ПАВ на разных диагностических этапах**

При изучении основных психонейроиммунологических закономерностей формирования аддиктивных состояний и предрасположенности к зависимости показано, что нарушение гендерной самоидентификации в сочетании с изменением болевой чувствительности может быть фактором риска формирования наркотической зависимости с участием цитокинового звена нейрориммунопатологии. Выявлены показатели воспаления с участием иммунных механизмов у лиц с первичным патологическим влечением к психоактивным веществам: повышение СОЭ, уровней иммуноглобулина М, интерлейкина-6 [15], указывающие на возможность вовлечения цитокин-опосредованных механизмов формирования патологического влечения к опиоидам [16]. Выделены основные параметры иммуногематологического профиля больных опийной наркоманией на этапах синдрома отмены [17].

Одной из задач лаборатории клеточных и молекулярно-биологических исследований явилось изучение процессов апоптоза лимфоцитов периферической крови на клеточном и рецепторном уровнях у больных алкоголизмом [18]. Нарушение апоптоза лимфоцитов отражает реакцию организма на внешние воздействия как психоземotionalного характера, так и воздействие экзогенных токсических факторов [19]. Усиление показателей клеточной гибели лимфоцитов у больных алкоголизмом на-

блюдается на фоне повышения концентрации кортизола в сыворотке крови. При проведении корреляционного анализа выявлены корреляции экспрессии маркера апоптоза с концентрацией кортизола при алкоголизме. Выявлена положительная корреляция «кортизол – CD95», подтверждающая роль кортикостероидов в регуляции экспрессии маркера апоптоза на лимфоцитах периферической крови. У больных алкоголизмом обнаружено достоверное увеличение концентрации кортизола по сравнению с контрольной группой. Повышение уровня кортизола обусловлено хронической интоксикацией и может быть приравнено к состоянию длительного сильного стресса [20]. Выявлены корреляции экспрессии маркера апоптоза с концентрацией кортизола при алкоголизме.

В экспериментальных пробах *in vitro* показана однонаправленная реакция лимфоцитов периферической крови здоровых лиц и лиц с алкогольной зависимостью на действие гипертермии и преднизолона. Изучена конформационная устойчивость лактатдегидрогеназы лейкоцитов у здоровых мужчин разного возраста [21]. Выявлены особенности влияния этанола и индукторов окислительного стресса на иммунокомпетентные клетки периферической крови. Установлено, что для больных алкоголизмом характерна повышенная чувствительность к индуцированному апоптозу (табл. 1).

Таблица 1

**Влияние индукторов апоптоза (гипертермии, преднизолона и этанола) на показатели иммунокомпетентных клеток периферической крови больных алкоголизмом и здоровых лиц в нагруженных пробах *in vitro***

Условия опыта	Доля лимфоцитов с фрагментированным ядром, %	
	Здоровые лица	Больные алкоголизмом
Без инкубации	1,87 (1,48-2,10)	4,44 (3,27-5,61)*
Инкубация при 20° С	2,98 (2,86-3,27) <sup>+</sup>	5,41 (3,02-9,26)*
Инкубация при 20° С + преднизолон	3,28 (2,27-5,08) <sup>+</sup>	7,40 (4,28-12,5)*
Инкубация при 41° С	5,56 (3,34-8,95) <sup>##</sup>	7,19 (2,89-10,26)
Инкубация при 41° С + преднизолон	4,54 (1,41-9,09)	6,38 (3,84-7,04)
Инкубация при 20° С + этанол	4,17 (2,61-7,02) <sup>+</sup>	3,21 (2,11-4,80)

Примечание. \* –  $p < 0,05$  по сравнению с клетками здоровых лиц; <sup>##</sup> –  $p < 0,05$  по сравнению с инкубацией в тех же условиях при 20° С; <sup>+</sup> –  $p < 0,05$  по сравнению со спонтанным апоптозом (без инкубации).

При выявлении гормональных особенностей коморбидного аддиктивного и агрессивного поведения обнаружена тенденция к росту уровней тестостерона, кортизола и дегидроэпиандростерона у лиц с агрессивным поведением; концентрация кортизола у алкогользависимых лиц,

находящихся в условиях пенитенциарной системы, выше по сравнению с контрольной группой больных алкоголизмом [22].

Проведенный в рамках изучения формирования аддиктивного и агрессивного отклоняющегося поведения анализ распространенности и структуры употребления ПАВ подростками «группы риска» показал высокую степень сопряженности аддиктивного и противоправного поведения: 86,7 % несовершеннолетних правонарушителей регулярно употребляют алкоголь, 66,7 % – каннабис, 21,2% – психостимуляторы, 51,4 % – ингалянты, 32,3 % – наркотики внутривенно. Изучение предложения наркотических веществ показало, что активно предлагали наркотические средства 46,7 % несовершеннолетних, из них лично пробовали тяжёлые наркотики 30,5 % [23]. В клинической динамике опиоидной наркомании у больных мужского пола установлена актуальность выявления и коррекции сексуальных дисфункций [24].

В результате комплексных междисциплинарных исследований систематизированы гендерные клиничко-социальные и онтогенетические паттерны формирования синдрома зависимости у лиц с коморбидными психическими расстройствами [25], выявлена клиническая коморбидность психоневрологических проявлений алкоголизма у женщин [26], показаны психологические закономерности формирования зависимости и созависимости у женщин из аддиктивных семей [27]. Выявлена роль прагматических образований в адаптивно-защитной системе у больных психическими расстройствами непсихотического спектра и в норме [28]. При международной (российско-американской) коллаборации научных исследований определена клиническая целесообразность континуальных форм противорецидивной терапии при наблюдении больных алкоголизмом с коморбидной фтизиатрической органопатологией [29]. При разработке программ реабилитации определены клинические показания и установлена эффективность аудиовизуально-вибротактильной стимуляции в амбулаторной терапии патологического влечения к этанолу при ассоциированных формах алкоголизма [30], в том числе для коррекции психовегетативных нарушений при женском алкоголизме на этапе формирования ремиссии [31]. Установлена эффективность амбулаторного анонимного противоалкогольного лечения [32].

Выявлен высокий уровень коморбидной психической патологии у зависимых от наркотиков взрослых осужденных и подростков [33]. Диагноз коморбидной психической патологии в виде органического расстройства смешанного генеза (30,0 %), расстройств личности (9,3 %), умственной отсталости (14,7 %) установлен у 54,0 % несовершеннолетних осужденных, зависимых от

наркотиков. У несовершеннолетних зависимых от каннабиноидов и опиоидов преобладает органическое расстройство смешанного генеза (35,2 %). У несовершеннолетних с полинаркотической зависимостью в 24,3 % случаев диагностировано органическое расстройство смешанного генеза, умственная отсталость – в 22,0 %. У взрослых осужденных, зависимых от опиоидов, диагностированы органическое расстройство смешанного генеза (27,8 %), расстройства личности (9,7 %), умственная отсталость (3,4 %).

Изменение иммунологических и гематологических показателей отражает развитие латентного воспалительного процесса, иммунологической недостаточности, которые в определенной степени влияют на характер течения ремиссии у осужденных с наркотической зависимостью. Клинические признаки иммунологической недостаточности в виде инфекционного или аллергического синдромов имеются у 47,2 % осужденных, причем треть случаев сопряжена с вирусными гепатитами, что определяет целесообразность терапевтического применения иммуномодуляторов [34].

Особенностью ремиссии наркотической зависимости в пенитенциарных условиях является её вынужденный характер, связанный с отсутствием доступа к наркотикам. При вынужденной ремиссии происходит сублимация первичного патологического влечения к наркотикам в викарные формы аддиктивного поведения: чифиризм (наиболее интенсивный вариант викарного злоупотребления, являющийся токсикологической и психопатологической характеристикой трансформации патологического влечения к наркотикам), немедицинское употребление анальгетиков и транквилизаторов.

Разработанные с учетом пенитенциарных условий комплексные программы терапии и реабилитации включают терапевтические, образовательные, социальные, психологические блоки и профессиональное обучение в системе замкнутого цикла. Одновременное применение индивидуальных и групповых форм психотерапевтической работы с использованием гештальттерапии, когнитивно-поведенческой, позитивной и клиенто-центрированной психотерапии позволяет добиться стойкой ремиссии.

Для завершающего этапа реабилитации необходимо создание специализированных центров постпенитенциарной реабилитации освобождающихся с использованием способа оценки риска рецидива синдрома зависимости после вынужденного воздержания от наркотиков у несовершеннолетних лиц мужского пола [35].

При алкоголизме патологические изменения включают не только повреждающие мембранотропные эффекты этанола на клетки и ткани [36, 37], усугубляя течение коморбидной патологии [38], но могут затрагивать многие из фи-

зиологических и биохимических процессов [39]. Меры по их устранению (патогенетическая терапия) являются наиболее эффективными в том случае, если они направлены на восстановление нормального функционирования, прежде всего лимитирующего и включающего наиболее медленные звенья метаболизма и патогенеза [40].

Антиоксидантная терапия может служить важным дополнением к стандартной схеме лечения больных алкогольной зависимостью [41]. Одним из перспективных антиоксидантов является природный дипептид карнозин, эффективность которого продемонстрирована на клетках различных тканей при различных патологических состояниях [42, 43]. Для выяснения молекулярных механизмов, обеспечивающих положительный клинический эффект карнозина (препарат севитин) у больных алкоголизмом, проведено исследование влияния карнозина на белки и липиды плазмы крови человека при повреждении их этанолом *in vitro*. Полученные результаты показывают, что инкубация крови человека с этанолом *in vitro* приводит к окислительной модификации белков и липидов плазмы крови. При этом карнозин способен быть протектором этих макромолекул от данной модификации [44]. Карнозин эффективно снижает выраженность окислительного стресса в организме пациентов с алкогольной зависимостью, о чем свидетельствует достоверное снижение продуктов перекисного окисления липидов и карбониллов белков в плазме крови больных, принимавших севитин. Препарат может служить важным дополнением к стандартной схеме лечения в наркологической практике в комплексной реабилитации больных алкоголизмом на этапе формирования ремиссии [45].

Среди других медикаментозных методов коррекции метаболических нарушений при алкоголизме клиническую актуальность приобретает изучение терапевтической эффективности отечественных препаратов реамберин и ремаксол. Данные о применении реамберина у больных алкогольным абстинентным синдромом свидетельствуют о том, что препарат изменяет состояние системы регуляции гомеостаза на всех её уровнях за счёт выраженного антигипоксического эффекта, быстрой общей детоксикации и улучшения метаболизма. Использование препарата реамберин в терапии абстинентного синдрома у больных алкоголизмом с коморбидным экзогенно-органическим поражением головного мозга обеспечивает значительное улучшение динамики основных соматовегетативных и психопатологических расстройств позволяет снизить медикаментозную нагрузку, повысить эффективность лечения и нормализовать метаболический фон в качестве предпосылки формирования ремиссии [46].

Комплексное исследование эффективности препарата ремаксол при алкоголизме у больных с коморбидным поражением печени выявило, что под действием препарата происходят компенсация патологических проявлений со стороны гастроинтестинальной системы (улучшение биохимических показателей) и редукция соматовегетативной симптоматики с последующей нормализацией вегетативных, аффективных, идеаторных и поведенческих компонентов патологического влечения к алкоголю. Положительную динамику в состоянии больного при включении в комплексную терапию препарата ремаксол определяет восстановление печеночного метаболизма [47].

Существенным вкладом в развитие новых немедикаментозных терапевтических стратегий для коррекции окислительного стресса при алкоголизме явилось исследование влияния микроволновой резонансной терапии (МРТ) на перекисное окисление липидов и карбонилирование белков) плазмы крови и эритроцитов больных алкоголизмом в состоянии абстиненции. Для больных алкоголизмом характерна активация окислительного стресса и снижение активности антиоксидантных ферментов в эритроцитах периферической крови, обусловленное токсическим действием метаболитов этанола на мембраны, что было нами показано в предыдущих исследованиях [36–38]. Полученные результаты демонстрируют способность МРТ нормализовать повышенную у больных алкоголизмом в состоянии абстиненции проводимость  $Ca^{2+}$ -активируемых  $K^+$ -каналов эритроцитов. МРТ оказывает регулирующее влияние на ферментативную антиоксидантную систему защиты организма у больных алкогольной зависимостью [11, 48].

Перспективное значение в качестве предпосылок для разработки новых антикрейвинговых препаратов при лечении алкоголизма имеют полученные в лаборатории нейробиологии данные о том, что бензодиазепиновые рецепторы (БДР) являются мишенью молекулярного действия алкоголя на ЦНС и могут быть вовлечены в один из основных механизмов формирования влечения к алкоголю и развития алкоголизма. Выявленные изменения БДР «периферического» типа (ПБДР) тромбоцитов и уровней стероидных гормонов у больных алкоголизмом отражают нарушение регуляции функционирования бензодиазепиновой рецепторной системы и синтеза нейроактивных стероидов как одного из основных механизмов развития алкогольной зависимости. Выявлено, что галодиф оказывает модулирующее действие на содержание уровней стероидных гормонов, снижая уровень кортизола и повышая содержание прогестерона и тестостерона в крови у пациентов (табл. 2).

Т а б л и ц а 2  
Уровни стероидных гормонов в плазме крови у больных алкоголизмом и здоровых добровольцев

Тип гормона	Больные алкоголизмом		Контр. группа (здоровые добровольцы) (n=20)
	до терапии галодифом (n=36)	после терапии галодифом (n=33)	
Кортизол, нмоль/л	661,31±108,27*	478,52±97,13	491,59±68,23
Прогестерон, нмоль/л	2,65±0,32*	4,28±0,63	3,99±0,54
Тестостерон, нмоль/л	17,45±1,48*	25,65±1,19	26,16±1,29

Использование препарата галодиф в качестве лечебного средства, имеющего воздействие на модуляцию БДР, уровни нейроактивных стероидных гормонов, улучшающего нейромедиацию ГАМК и ингибиторную функцию в ЦНС, обеспечивает новые фармакотерапевтические подходы к лечению алкогольной зависимости, абстинентного синдрома и формированию ремиссий, оказывая эффективное воздействие на подавление алкогольной мотивации [49].

Таким образом, в результате комплексных исследований установлены психонейроиммунологические закономерности, механизмы метаболической дезадаптации при формировании алкоголизма и наркоманий; разработаны методы ранней диагностики, дифференцированной терапии и профилактики аддиктивных состояний в условиях различных институтов социализации. В перспективе в рамках профильных научно-медицинских платформ планируются следующие направления: многоуровневый мониторинг и прогностическая оценка этнотерриториальных параметров и моделей потребления психоактивных веществ, факторов риска формирования зависимости и агрессивного поведения аддиктов среди населения Сибири, Дальнего Востока и Крайнего Севера; разработка инновационных терапевтических технологий при болезнях зависимости, включающих клинико-биологическое и психолого-социальное воздействие; исследование предикторов эффективности программ психосоциального сопровождения зависимых лиц на этапах долгосрочной реабилитации.

#### Л и т е р а т у р а

1. Бохан Н. А., Благов Л. Н., Кургак Д. И. Коморбидность опиоидной наркомании и алкоголизма у больных молодого возраста: клинические варианты двойного диагноза // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. – Т. 112, вып. 2. – С. 17–24.
2. Бохан Н. А., Иванов А. А., Мандель А. И. Региональная динамика и исходы заболеваемости алкогольными психозами // Наркология. – 2012. – № 8 (128). – С. 38–44.
3. 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.
4. 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.

5. Семке В. Я., Бохан Н. А., Галактионов О. К. Очерки этнопсихологии и этнопсихотерапии / под ред. акад. РАНН В. Я. Семке. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 1999. – 157 с.
6. Клименко Т. В. Состояние наркологической службы в РФ и способы ее оптимизации // Наркология. – 2009. – № 11. – С. 20–23.
7. Бохан Н. А., Мандель А. И., Пешковская А. Г., Бадырғы И. О., Асланбекова Н. В. Этнотерриториальная гетерогенность формирования алкогольной зависимости у коренного населения Сибири // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2013. – № 6. – Т. 113, вып. 2. – С. 9–14.
8. Артемьев И. А. Алкоголизм в полиэтнических субпопуляциях циркумполярной зоны северо-восточных регионов России // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 3. – С. 32–35.
9. Bokhan N. A., Mandel A. I., Gusamov R. R. Mental and behavioral disorders in substance use among adolescents under conditions of the far north // Alaska medicine. – 2006. – Т. 49, № 2. – Suppl. – С. 251–254.
10. Бохан Н. А., Матвеева Н. П., Хоютанова Н. В., Томский М. И. и др. Клинико-патобиологические закономерности формирования алкоголизма у коренного населения Неспублики Саха (Якутия): результаты и перспективы междисциплинарных исследований // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 3. – С. 21–28.
11. Бадырғы И. О., Бохан Н. А., Мандель А. И., Монгуш Ч. К., Пешковская А. Г. Медико-социальные показатели наркологической ситуации среди населения Республики Тыва // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 3. – С. 29–32.
12. Семке В. Я., Богомаз С. А., Бохан Т. Г. Качество жизни молодежи народов Сибири как системный показатель уровня стрессоустойчивости // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 2. – С. 94–98.
13. 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. – Т. 21, № 4. – С. 40–46.
14. Бохан Н. А., Мандель А. И., Кузнецов В. Н. Алкогольная смертность в отдаленных сельских районах Западной Сибири // Наркология. – 2011. – № 9. – С. 43–47.
15. Кокконова Д. Н., Батухтина Е. И., Невидимова Т. И., Найденова Н. Н., Ветлугина Т. П., Редченко, Е. М., Ткач А. Ф., Бохан Н. А. Особенности продукции цитокинов при формировании психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 3. – С. 10–13.
16. Батухтина Е. И., Невидимова Т. И., Ветлугина Т. П., Бохан Н. А. Цитокин-опосредованные механизмы формирования патологического влечения к опиоидам // Наркология. – 2013. – № 4(136). – С. 35–40.
17. Ветлугина Т. П., Бохан Н. А., Матафонова Е. В. Иммуногематологическая характеристика больных опийной наркоманией на этапах синдрома отмены // Наркология. – 2010 – Т. 9, № 12. – С. 41–46.
18. Иванова С. А., Вялова Н. М., Жернова Е. В., Бохан Н. А. Спонтанный и индуцированный *in vitro* апоптоз лимфоцитов и нейтрофилов у лиц с алкогольной зависимостью // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2010. – Т. 149, № 02. – С. 209–212.
19. Ivanova S. A., Semke V. Ya., Vetlugina T. P., Rakitina N. M., Kudyakova T. A., Simutkin G. G. Signs of apoptosis of immunocompetent cells in patients with depression // Neuroscience and Behavioral Physiology. – 2007. – Т. 37, № 5. – С. 527–530.
20. Бохан Н. А., Иванова С. А., Мандель А. И., Жернова Е. В., Кисель Н. И. Когнитивные функции и процессы апоптоза у больных алкоголизмом: эффекты метаболической коррекции // Наркология. – 2012. – № 6 (114). – С. 51–56.
21. Федоренко О. Ю., Бохан Н. А., Иванова С. А. Конформационная устойчивость лактатдегидрогеназы лейкоцитов у здоровых мужчин разного возраста // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2012. – Т. 154, № 7. – С. 52–55.
22. 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.
23. Невидимова Т. И., Бохан Н. А., Ветлугина Т. П., Батухтина Е. И., Кокконова Д. Н. Способ диагностики предрасположенности юношей к злоупотреблению психоактивными веществами. – Патент № 2372031 РФ. Оpubл. 10.11.2009. Бюл. № 31.
24. Бохан Н. А., Евсеев В. Д., Мандель А. И. Сексуальные дисфункции в клинике опиоидной наркомании // Наркология. – 2012. – № 9 (129). – С. 61–65.
25. Bokhan N. A., Baturin E. V. Gender heteronomy of the formation of heroin addiction in adolescents // Neuroscience and Behavioral Physiology. – 2011. – Т. 41, № 7. – С. 710–714.
26. 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.
27. Бохан Н. А., Стоянова И. Я., Мазурова Л. В. Психология зависимости и созависимости у женщин из аддитивных семей. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2011. – 120 с.
28. Стоянова И. Я., Семке В. Я., Бохан Н. А. Пралогические образования в адаптивно-защитной системе у больных с психическими расстройствами непсихотического спектра и в норме. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2009. – 134 с.
29. Shin S., Mathew T., Yanova G., Fitzmaurice G., Livchits V., Yanov S., Strelis A., Mishustin S., Bokhan N., Lastimoso Ch., Connery H., Hart J., Greenfield S. Alcohol consumption among men and women with tuberculosis in Tomsk, Russia // Cent. Eur. J. Public Health. – 2010. – N 18 (3). – P. 132–138.
30. Афтанас Л. И., Бохан Н. А., Аболонин А. Ф., Анкудинова И. Э., Евсеев В. Д., Кисель Н. И. Аудиовизуально-вибротактильная стимуляция в амбулаторной терапии патологического влечения к этанолу при ассоциированных формах алкоголизма // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 5 (68). – С. 7–12.
31. Афтанас Л. И., Бохан Н. А., Мандель А. И., Аболонин А. Ф., Анкудинова И. Э., Кургак Д. И. Эффективность аудиовизуально-вибротактильной стимуляции для коррекции психоэмоциональных нарушений при женском алкоголизме на этапе формирования ремиссии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 4 (73). – С. 47–53.
32. Кривулин Е. Н., Бохан Н. А., Шакуров Ф. З. Анонимное амбулаторное противоалкогольное лечение. – Магнитогорск: МаГУ, 2010. – 166 с.
33. Гусев С. И., Бохан Н. А., Мандель А. И., Каган Е. С. Модель прогноза ремиссии наркотической зависимости в условиях пенитенциарных учреждений // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 5. – С. 48–52.
34. Ветлугина Т. П., Бохан Н. А. Механизмы реализации терапевтического эффекта иммуномодулятора галавита при комплексной терапии алкоголизма // Наркология. – 2005. – № 10. – С. 40–45.
35. Невидимова Т. И., Гусев С. И., Мандель А. И., Бохан Н. А., Батухтина Е. И., Кокконова Д. Н. Способ оценки риска рецидива синдрома зависимости после вынужденного воздержания от наркотиков у несовершеннолетних лиц мужского пола. Патент № 2438587 РФ. Оpubл. 10.01.2012. Бюл. № 1.
36. Tyulina O. V., Boldyrev A. A., Prokopieva V. D., Dodd R. D., Hawkins J. R., Wilson D. O., Johnson P., Clay S. W. In vitro effects of ethanol, acetaldehyde and fatty acid ethyl esters on human erythrocytes // Alcohol and Alcoholism. – 2002. – Т. 37, № 2. – P. 179–186.

37. Tyulina O. V., Boldyrev A. A., Prokopieva V. D., Johnson P. Erythrocyte and plasma protein modification in Alcoholism: a possible role of acetaldehyde // *Biochimica et Biophysica Acta (BBA) Molecular Basis of Disease*. – 2006. – Т. 1762, № 5. – С. 558–563.
38. Prokopieva V. D., Sitozhevskii A. V., Bokhan N. A., Johnson P. The role of the erythrocyte membrane and cytoskeleton in Ca<sup>2+</sup>-induced hyper-polarization in alcoholism and diabetes // *Biological and Biomedical Reports*. – 2012. – 2 (3). – P. 149–158.
39. Tyulina O. V., Boldyrev A. A., Huentelman M. J., Johnson P., Prokopieva V. D. Does ethanol metabolism affect erythrocyte hemolysis? // *Biochimica et Biophysica Acta*. – 2001. – Т. 1535, № 1. – С. 69–77.
40. Иванова С. А., Ветлугина Т. П., Бохан Н. А., Эпштейн О. И. Иммунобиология аддиктивных расстройств: механизмы психонейроиммуномодуляции // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. – 2002. – № 1. – С. 52–60.
41. Бохан Н. А., Иванова С. А. Окислительный стресс при алкоголизме: возможности метаболической коррекции на этапе формирования ремиссии // *Наркология*. – 2010. – № 10 (106). – С. 45–50.
42. Prokopieva V. D., Bohan N. A., Johnson P., Abe H., Boldyrev A. A. Effects of carnosine and related compounds on the stability and morphology of erythrocytes from alcoholics // *Alcohol & Alcoholism*. – 2000. – V. 35, No. 1. – P. 44–48.
43. Nevidimova T. I., Prokop'eva V. D., Naidenova N. N., Bokhan N. A., Tyulina O. V. Effect of carnosine on immunocompetent cells from alcoholic patients // *Bulletin of Experimental Biology and Medicine*. – 2004. – Т. 138, № 3. – P. 255–258.
44. Ярыгина Е. Г., Прокопьева В. Д., Бохан Н. А. Защита карнозином белков и липидов плазмы крови человека от повреждающего действия этанола // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. – 2011. – № 2 (65). – С. 12–13.
45. 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 журн.* – 2010. – Т. 25, № 4. – Вып. 1. – С. 84–88.
46. Бохан Н. А., Мандель А. И., Аболонин А. Ф., Ляшенко Г. П., Кисель Н. И., Молькина Л. Г., Бойко А. С., Иванова С. А. Реамберин в комплексной терапии абстинентного синдрома у больных алкоголизмом // *Клиническая медицина*. – 2012. – Т. 90, № 11. – С. 57–62.
47. Бохан Н. А., Аболонин А. Ф., Анкудинова И. Э., Мандель А. И. Применение ремасола в комплексной терапии постабстинентных расстройств у больных алкоголизмом с коморбидным поражением печени // *Терапевтический архив*. – 2012. – Т. 84, № 10. – С. 51–56.
48. Бохан Н. А., Патышева Е. В., Прокопьева В. Д. Влияние микроволновой резонансной терапии на Ca<sup>2+</sup>-зависимую калиевую проницаемость мембран эритроцитов больных алкоголизмом // *Наркология*. – 2010. – № 6. – С. 26–29.
49. Шушпанова Т. В., Семке В. Я., Бохан Н. А., Новожеева Т. П. и др. Эффективность оригинального антиконвульсанта галодифа у больных с компульсивным влечением к алкоголю, ассоциированным с изменением уровней стероидных гормонов // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. – 2012. – № 3. – С. 65–71.
- Транслитерация русских источников
1. Bohan N. A., Blagov L. N., Kurgak D. I. Comorbidity of opioid addiction and alcoholism in patients of young age: clinical variants of dual diagnosis // *Zhurn. nevrologii i psichiatrii im. S. S. Korsakova*. – 2012. – Т. 112, вып. 2. – С. 17–24.
2. Bohan N. A., Ivanov A. A., Mandel A. I. Regional dynamic and outcomes of sickness rate with alcohol psychoses // *Narkologiya*. – 2012. – N 8 (128). – С. 38–44.
3. Koshkina E. A. Sickness rate with mental and behavioral disorders associated with substance use in Russian Federation for 5 years // *Voprosy narkologii*. – 2011. – N 1. – С. 17–27.
4. Bohan N. A., Artemev I. A., Mandel A. I. Clinical-epidemiological analysis of influence of selective indicators of level of life on prevalence of alcoholism and drug addiction // *Psihicheskoe zdorove*. – 2010. – N 1. – С. 9–13.
5. Semke V. Ya., Bohan N. A., Galaktionov O. K. Sketches of ethnopsychology and ethnopsychotherapy / pod red. akad. RAMN V. Ya. Semke. – Tomsk: Izd-vo Tom. un-ta, 1999. – 157 s.
6. Klimenko T. V. State of addictological service in Russian Federation and ways of its optimization // *Narkologiya*. – 2009. – N 11. – С. 20–23.
7. Bohan N. A., Mandel A. I., Peshkovskaya A. G., Badyirgyi I. O., Aslanbekova N. V. Ethnoterritorial heterogeneity of formation alcohol dependence in native population of Siberia // *Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S. S. Korsakova*. – 2013. – N 6. – Т. 113, вып. 2. – С. 9–14.
8. Artemev I. A. Alcoholism in poly-ethnic subpopulations of circumpolar zone of north-eastern regions of Russia // *Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii*. – 2012. – N 3. – С. 32–35.
10. Bohan N. A., Matveeva N. P., Hoyutanova N. V., Tomskiy M. I. i dr. Clinical-pathobiological regularities of formation of alcoholism in native population of Republic of Sakha (Yakutia): results and perspectives of interdisciplinary research // *Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii*. – 2012. – N 3. – С. 21–28.
11. Badyirgyi I. O., Bohan N. A., Mandel A. I., Mongush Ch. K., Peshkovskaya A. G. Medico-social indices of substance abuse situation among population of Republic Tyva // *Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii*. – 2012. – N 3. – С. 29–32.
12. Semke V. Ya., Bogomaz S. A., Bohan T. G. Quality of life of youth of peoples of Siberia as a systemic index of level of stress resistance // *Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii*. – 2012. – N 2. – С. 94–98.
13. Bohan N. A., Mandel A. I., Kuznetsov V. N. Prevalence of mental disorders among population of rural municipality of North of Siberia: basic tendencies and prediction // *Sotsialnaya i klinicheskaya psichiatriya* – 2011. – Т. 21, N 4. – С. 40–46.
14. Bohan N. A., Mandel A. I., Kuznetsov V. N. Alcohol mortality in remote rural districts of West Siberia // *Narkologiya*. – 2011. – N 9. – С. 43–47.
15. Kokonova D. N., Batuhtina E. I., Nevidimova T. I., Naydenova N. N., Vetlugina T. P., Redchenkova, E. M., Tkach A. F., Bohan N. A. Peculiarities of cytokine production during formation of mental and behavioral disorders caused by substance use // *Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii*. – 2009. – N 3. – С. 10–13.
16. Batuhtina E. I., Nevidimova T. I., Vetlugina T. P., Bohan N. A. Cytokine-mediated mechanisms of formation of craving for opioids // *Narkologiya*. – 2013. – N 4(136). – С. 35–40.
17. Vetlugina T. P., Bohan N. A., Matafonova E. V. Immunohematological characteristic of patients with opium addiction at stages of withdrawal syndrome // *Narkologiya*. – 2010 – Т. 9, N 12. – С. 41–46.
18. Ivanova S. A., Vyalova N. M., Zhernova E. V., Bohan N. A. Spontaneous and induced in vitro apoptosis of lymphocytes and neutrophils in persons with alcohol dependence // *Byulleten eksperimentalnoy biologii i meditsiny*. – 2010. – Т. 149, N 02. – С. 209–212.
20. Bohan N. A., Ivanova S. A., Mandel A. I., Zhernova E. V., Kisel N. I. Cognitive functions and processes of apoptosis in patients with alcoholism: effects of metabolic correction // *Narkologiya*. – 2012. – N 6 (114). – С. 51–56.
21. Fedorenko O. Yu., Bohan N. A., Ivanova S. A. Conformational persistence of lactatdehydrogenase of leucocytes in healthy men of various age // *Byulleten eksperimentalnoy biologii i meditsiny*. – 2012. – Т. 154, N 7. – С. 52–55.



22. Gavrilova V. A., Ivanova S. A., Gusev S. I., Trofimova M. V., Bohan N. A. Neurosteroids dehydroepiandrosterone and its sulfate in persons with personality disorder, convicted for serious violent crimes // *Byulleten eksperimentalnoy biologii i meditsiny*. – 2012. – T. 154, N 7. – S. 100–104.
23. Nevidimova T. I., Bohan N. A., Vettugina T. P., Batuhtina E. I., Kokonova D. N. Way of diagnostic of predisposition of young boys to substance abuse. – Patent N 2372031 RF. Opubl. 10.11.2009. Byul. N 31.
24. Bohan N. A., Evseev V. D., Mandel A. I. Sexual dysfunctions in clinic of opioid addiction // *Narkologiya*. – 2012. – N 9 (129). – S. 61–65.
26. Bohan N. A., Mandel A. I., Ankudinova I. E., Treskova I. A., Kisel N. I. Clinical comorbidity of psychoneurological manifestations of alcoholism in women // *Narkologiya*. – 2011. – N 10 (118). – S. 36–41.
27. Bohan N. A., Stoyanova I. Ya., Mazurova L. V. Psychology of dependence and co-dependence in women from addictive families. – Tomsk: Izd-vo «Ivan Fedorov», 2011. – 120 s.
28. Stoyanova I. Ya., Semke V. Ya., Bohan N. A. Pralogical formations in adaptive-defensive system in patients with mental disorders of non-psychotic spectrum and in norm. – Tomsk: Izd-vo «Ivan Fedorov», 2009. – 134 s.
30. Aftanas L. I., Bohan N. A., Abolonin A. F., Ankudinova I. E., Evseev V. D., Kisel N. I. Audiovisual-vibrotactile stimulation of in outpatient therapy of craving for ethanol in associated forms of alcoholism // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2011. – N 5 (68). – S. 7–12.
31. Aftanas L. I., Bohan N. A., Mandel A. I., Abolonin A. F., Ankudinova I. E., Kurgak D. I. Efficacy of audiovisual-vibrotactile stimulation for correction of psychovegetative disturbances in female alcoholism at stage of formation of remission // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2012. – N 4 (73). – S. 47–53.
32. Krivulin E. N., Bohan N. A., Shakurov F. Z. Anonymous outpatient antialcohol treatment. – Magni-togorsk: MaGU, 2010. – 166 s.
33. Gusev S. I., Bohan N. A., Mandel A. I., Kagan E. S. Model of prediction of remission of substance dependence under conditions of penitentiary institutions // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2009. – N 5. – S. 48–52.
34. Vettugina T. P., Bohan N. A. Mechanisms of realization of therapeutic effect of immunomodulator galavit during complex therapy of alcoholism // *Narkologiya*. – 2005. – N 10. – S. 40–45.
35. Nevidimova T. I., Gusev S. I., Mandel A. I., Bohan N. A., Batuhtina E. I., Kokonova D. N. Way of assessment of risk of relapse of dependence syndrome after forced abstinence from drugs in male adolescents. Patent N 2438587 RF. Opubl. 10.01.2012. Byul. N 1.
40. Ivanova S. A., Vettugina T. P., Bohan N. A., Epshteyn O. I. Immunobiology of addictive disorders: mechanisms of psychoneuroimmunomodulation // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2002. – N 1. – S. 52–60.
41. Bohan N. A., Ivanova S. A. Oxidative stress in alcoholism: possibilities of correction at stage of formation of remission // *Narkologiya*. – 2010. – N 10 (106). – S. 45–50.
44. Yarygina E. G., Prokopeva V. D., Bohan N. A. Protection by carnosin of proteins and lipids of human blood plasma against damaging effect of ethanol // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2011. – N 2 (65). – S. 12–13.
45. Yarygina E. G., Prokopeva V. D., Arzhanik M. B., Molkina L. G., Bohan N. A. Randomized placebo-controlled investigation of efficacy of application of sevetin in patients with alcoholism at stage of formation of remission // *Sibirskiy meditsinskiy zhurn.* – 2010. – T. 25, N 4. – Vyip. 1. – S. 84–88.
46. Bohan N. A., Mandel A. I., Abolonin A. F., Lyashenko G. P., Kisel N. I., Molkina L. G., Boyko A. S., Ivanova S. A. Reamberin in complex therapy of abstinent syndrome in patients with alcoholism // *Klinicheskaya meditsina*. – 2012. – T. 90, N 11. – S. 57–62.
47. Bohan N. A., Abolonin A. F., Ankudinova I. E., Mandel A. I. Application of remaxol in complex therapy of postwithdrawal disorders in patients with alcoholism with comorbid liver impairment // *Terapevticheskiy arhiv*. – 2012. – T. 84, N 10. – S. 51–56.
48. Bohan N. A., Patyisheva E. V., Prokopeva V. D. Influence of microwave resonance therapy on Ca<sup>2+</sup>-dependent potassium permeability of membranes of erythrocytes of alcoholics // *Narkologiya*. – 2010. – N 6. – S. 26–29.
49. Shushpanova T. V., Semke V. Ya., Bohan N. A., Novozheeva T. P. i dr. Efficacy of original anticonvulsant galodif in patients with compulsive craving for alcohol associated with change of levels of steroid hormones // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2012. – N 3. – S. 65–71.

УДК 616.89-008.441.13-055.1-055.2  
ББК Р645.021-3-5-9

## КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА И ТЕРАПИЯ АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА ПРИ АЛКОГОЛИЗ- МЕ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Кривулин Е. Н.<sup>\*1</sup>, Мингазов А. Х.<sup>1</sup>,  
Анкудинова И. Э.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Южно-Уральский ГМУ» МЗ России  
454092, Челябинск, ул. Воровского, 64

<sup>2</sup> ФГБУ «НИИ физиологии и фундаментальной медицины»  
СО РАМН  
630117, Новосибирск, ул. Арбузова, 6

С целью изучения алкогольного абстинентного синдрома (ААС) у лиц позднего (старше 60 лет) возраста проведено комплексное клиническое обследование 462 больных мужского (n=391) и женского (n=71) пола с алкогольной зависимостью (МКБ-10: F10.2–10.7). По признаку возраста первичного обращения к наркологу (до или после 60 лет) в каждой группе выделены больные соответственно с ранним или поздним началом алкоголизма. Для мужчин с поздним началом алкоголизма характерны относительно меньшая выраженность проявлений синдрома отмены с отдельными соматовегетативными нарушениями в виде тремора и цефалгий на фоне тревожного аффекта. Для женщин типичен ААС с выраженными аффективными расстройствами в виде тревоги, перемежающейся с агитацией в сочетании с соматовегетативными расстройствами. Выявленные особенности ААС у данного контингента больных требуют дифференцированных лечебных и профилактических мероприятий. **Ключевые слова:** алкоголизм, позднее и раннее начало, мужчины и женщины позднего возраста, синдром отмены.

**CLINICAL DYNAMIC AND THERAPY OF WITHDRAWAL SYNDROME IN ALCOHOLISM IN MEN AND WOMEN AT LATER AGE.** Krivulin E. N.<sup>1</sup>, Mingazov A. Kh.<sup>1</sup>, Ankudinova I. E.<sup>2</sup> <sup>1</sup>«South-Ural State Medical University» MH of Russia. 454092, Chelyabinsk, Vorovsky's Street, 64. <sup>2</sup>Physiology and Basic Medicine Research Institute SB RAMSci. 630117, Novosibirsk, Arbuzov's Street, 6. In order to study alcohol withdrawal syndrome (AWS) in persons at later age (more than 60 years), complex clinical investigation of 462 patients (391 men and 71 women) with alcohol dependence (ICD-10: F10.2–10.7) has been carried out. According to sign of age of primary seeking for addiction psychiatrist (before or after 60 years) in every group, patients with early or late onset of alcoholism respectively have been distinguished. For men with late onset of alcoholism relatively lesser severity of withdrawal syndrome manifestations with some somatovegetative disturbances in the kind of tremor and cephalgia against the background of anxious affect is typical. For women, AWS with severe affective disorders in the kind of anxiety, intermittent with agitation combined with somatovegetative disorders is typical. Revealed traits of AWS in this contingent of patients require differentiated treatment and preventive measures. **Key words:** alcoholism, late and early onset, men and women at later age, withdrawal syndrome.

\* Кривулин Евгений Николаевич, д.м.н., проф. каф. психиатрии ФП и ДПО, krivulin74@mail.ru, телефон моб.: +79049476730

**Актуальность.** Потребление психоактивных веществ (ПАВ) на протяжении последних десятилетий приняло большие масштабы с ростом этнотерриториальных показателей алкогольной смертности [6, 9], что определило социальную необходимость модернизации программ неотложной наркологической помощи, в том числе в общесоматической практике [5, 23]. В связи с постарением населения, накоплением или формированием алкогольной зависимости у лиц позднего возраста эта проблема становится современной реальностью. Значительная распространенность зависимости от ПАВ в разные возрастные периоды диктует необходимость дальнейшего изучения психопатологии [2] и разработки гендерно-дифференцированных [20] профилактических и реабилитационных мероприятий [20], прежде всего с учетом высокой частоты и актуальности коморбидных психоневрологических расстройств в старших возрастных группах населения [7].

В научной литературе исследовательский интерес к данной проблеме концентрируется на выделении комплекса факторов риска и патобиологических предпосылок формирования поздней динамики алкоголизма [4], изучении клинико-динамических особенностей [13] и исходной гетерогенности алкогольной зависимости у мужчин и женщин этой возрастной группы [1, 8], роли иммунобиологических [12], гендерных [11], персонологических [17], этнокультуральных [16] и психосоциальных факторов [14] на течение и фенотипическое оформление алкоголизма в старших возрастных группах.

Клинически актуальную группу коморбидных нарушений у пожилых потребителей алкоголя составляют энцефалопатии [4, 7], происхождение которых в этих случаях имеет неоднозначную природу, проявляя связь с сосудистыми факторами, обостряющимися на фоне алкогольной интоксикации, развивающимися следственные резидуальных нарушений со стороны ЦНС [3], которые в значительной степени облегчают развитие алкогольной энцефалопатии с резидуально-органической и психоорганической симптоматикой, определяя назначение широкого спектра ноотропной терапии. Клиническое значение приобретает снижение ресурсов компенсации окислительного стресса [19], связанных с ним процессов апоптоза и других системных повреждающих эффектов хронической интоксикации этанолом на клетки [24] и ткани [15]. Важным аспектом дифференцированной терапии является проведение иммунокоррекционных [10] и антиоксидантных [21] мероприятий, обусловленных необходимостью компенсировать прогредиентный характер при алкоголизме у пожилых лиц заболеваний печени [18], признаков вторичного иммунодефицита [12] и окислительного стресса [22].

Однако, несмотря на многоаспектность исследований алкогольной зависимости у лиц позднего возраста, недостаточно изученными остаются сравнительные клинические проявления алкогольной зависимости у мужчин и женщин позднего возраста с поздним и ранним началом и связанная с этим проблема модернизации индивидуальных терапевтических стратегий.

**Цель исследования.** Изучить клинические особенности синдрома отмены у мужчин и женщин позднего возраста с алкоголизмом при позднем и раннем вариантах клинической манифестации заболевания для определения принципов дифференцированной терапии.

**Материал и методы.** Проведено комплексное клиническое (клинико-анамнестическое, клинико-психопатологическое и клинико-динамическое) обследование 462 больных мужского и женского пола, проходивших лечение в наркологических стационарах 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). 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). Дифференциальный подход к клинико-динамическим особенностям алкоголизма позднего возраста показал, что как в мужской, так и в женской группах часть пациентов впервые обратились к наркологу после 60 лет, другая часть больных проходили противоалкогольное лечение ранее 60-летнего рубежа. С учетом данного критерия в каждой гендерной группе выделены по две группы наблюдения: 1-я (мужчины, n=129) и 3-я (женщины, n=43) группы – пациенты с алкоголизмом с поздним началом (впервые обратившиеся к наркологу после 60 лет), 2-я (n=262) и 4-я (n=28) группы – пациенты с алкогольной зависимостью с ранним началом (проходившие лечение до исполнения 60 лет).

**Результаты исследования.** С целью изучения синдрома отмены у мужчин и женщин позднего возраста с поздним и ранним началом алкогольной зависимости на 3-й день стационарного лечения использовалась шкала клинической оценки алкогольного синдрома отмены (CIWA). Результаты исследования представлены в таблице 1.

Анализ данных отдельных признаков алкогольного синдрома отмены по группам исследования на 3-й день стационарного лечения показал, что как в 1-й, так и во 2-й группе жалоб на рвоту или тошноту выявлено не было. У женщин 3-й группы в незначительном числе случаев встречалась легкая тошнота без рвоты (0,33±0,49), что было связано со значительным превышением средней суточной дозы алкоголя.

В 4-й группе данный признак встречался достоверно чаще, достигая 2,48±1,83 балла (подкапывающая тошнота с позывами на рвоту).

Таблица 1

**Клиническая оценка алкогольного синдрома отмены у мужчин и женщин позднего возраста**

Симптом абстиненции	Мужчины		Женщины	
	1-я группа (n=129)	2-я группа (n=262)	3-я группа (n=43)	4-я группа (n=28)
	M±m			
Тошнота/Рвота	0	0	0,33±0,49	2,48±1,83
Тремор	2,46±1,14	2,27±1,03	2,33±1,24	3,96±1,72**
Пароксизмальная потливость	0,46±0,51	1,64±1,05	1,89±1,08*	1,92±1,19
Тревога	2,08±1,26	1,77±0,87	2,17±1,1	3,52±1,45**
Ажитация	0,35±0,49	0	2±1,14	3,04±1,74**
Тактильные нарушения	0,69±0,84	0,59±0,59	2,28±1,02	1,28±0,79**
Слуховые нарушения	0,35±0,56	0,09±0,29	0,89±0,96	0,64±0,81
Визуальные нарушения	0,31±0,47	0,09±0,29	0,61±0,7	0
Головная боль	1±0,69	0,68±0,57	2,06±0,25*	3,48±1,08**
Ориентировка и нарушение ясности сознания	1,12±0,99	1,27±0,98**	1,39±0,85	0,08±0,28
Результат CIWA	8,81±3,93	8,41±2,36	15,94±4,58*	20,4±6,35**

Примечание. \* –  $p_{1-3} < 0,05$ ; \*\* –  $p_{2-4} < 0,05$ .

Как у мужчин, так и у женщин наблюдался умеренный тремор вытянутых рук либо легкий, не видный глазом тремор, ощущаемый при приставлении кончиков пальцев врача к кончикам пальцев больного. Значимых различий в проявлении данного симптома при сравнении 1-й и 3-й групп выявлено не было (2,46±1,14 и 2,33±1,24 балла). У женщин, страдающих алкоголизмом позднего возраста с ранним началом, достоверно чаще, чем у мужчин с данной патологией, встречался умеренный тремор вытянутых рук (3,96±1,72 и 2,27±1,03,  $p < 0,05$ ).

Во всех 4 подгруппах в большинстве наблюдений пароксизмальная потливость не наблюдалась либо была выражена незначительно в виде повышенной влажности ладоней. Данный признак достоверно чаще встречался у женщин, страдающих алкоголизмом позднего возраста с поздним началом, в сравнении с мужчинами, страдающими той же патологией (1,89±1,08 и 0,46±0,51,  $p < 0,05$ ).

Значимые межгрупповые различия в проявлении тревоги были выявлены при сравнении мужчин и женщин с алкоголизмом позднего возраста с ранним началом (1,77±0,87 и 3,52±1,45;  $p < 0,05$ ). У женщин чаще встречалась умеренная тревожность с попытками усиленного самоконтроля. Тревогу можно было заподозрить по проявлению неусидчивости, желанию поскорее закончить разговор, заламыванию пальцев рук, частым перекурам. Значимых различий в проявлении данного симптома у мужчин и женщин с алкоголизмом позднего возраста с поздним началом не выявлено (2,08±1,26 и 2,17±1,1).

У женщин обеих подгрупп достоверно чаще ( $2,1 \pm 1,14$  и  $3,04 \pm 1,74$ ), чем у мужчин ( $0,35 \pm 0,49$  и 0), наблюдались беспокойство и суетливость, особенно на фоне угасания психотической симптоматики, но не достигающие до крайних степеней ажитации (7 баллов). В единичных случаях пациенты 1-й группы на высоте абстиненции старались выйти из палаты, ходили по коридору, жаловались на беспокойство.

Легкие тактильные нарушения в виде онемения и покалывания кончиков пальцев рук, онемения конечностей достоверно чаще встречались у женщин ( $2,28 \pm 1,02$  и  $1,28 \pm 0,79$ ) по сравнению с мужчинами с алкоголизмом с поздним ( $0,69 \pm 0,84$ ;  $p < 0,05$ ) и ранним ( $0,59 \pm 0,59$ ;  $p < 0,05$ ) началом и свидетельствовали о периферической невропатии.

Как мужчины, так и женщины с равной частотой жаловались на плохую переносимость резких и громких звуков. В единичных случаях у женщин с алкоголизмом с поздним началом наблюдалась умеренно выраженная галлюцинозоподобная симптоматика, сопровождающаяся гиперacusией и слуховыми иллюзиями ( $0,89 \pm 0,96$  балла).

Визуальные нарушения у мужчин и женщин встречались относительно редко. Чаще, чем в других группах ( $0,61 \pm 0,7$ ), легкие визуальные нарушения в виде повышенной чувствительности к яркому свету наблюдались у женщин с алкогольной зависимостью с поздним началом, а также умеренно выраженные гипнагогические и гипнапомпические зрительные галлюцинации в анамнезе.

Значимых различий в показателях нарушений ориентировки и ясности сознания при сравнении показателей 1-й и 3-й групп выявлено не было. Мужчины с алкоголизмом с ранним началом достоверно чаще, чем женщины с аналогичной патологией ( $1,27 \pm 0,98$  и  $0,08 \pm 0,28$ ,  $p < 0,05$ ), были дезориентированы в дате (не более чем на 2—3 календарных дня). Дезориентировка в месте или личности на момент обследования не наблюдалась. Женщины достоверно чаще, чем мужчины, страдали легкой и умеренной головной болью ( $2,06 \pm 0,25$  и  $3,48 \pm 1,08$  и  $1 \pm 0,69$  и  $0,68 \pm 0,57$ ). Особенно выражены эти нарушения у мужчин и женщин с ранним началом алкоголизма ( $p < 0,05$ ).

Согласно шкале клинической оценки алкогольного синдрома отмены (ААС) выделяют различные степени тяжести состояния по количеству набранных по шкале баллов: < 10 баллов – легкое состояние отмены, не требующее медикаментозного лечения; 10—20 баллов – умеренно выраженное состояние отмены; > 20 баллов – выраженное состояние отмены.

Суммарные результаты клинической оценки ААС по группам наблюдения свидетельствуют, что состояние отмены достоверно тяжелее про-

текало у женщин по сравнению с мужчинами. У мужчин 1-й и 2-й групп общая сумма баллов по шкале CIWA соответствовала легкому состоянию отмены (до 10 баллов), у женщин с поздним началом алкоголизма – умеренно выраженному состоянию отмены, у женщин с ранним началом алкогольной зависимости в равной степени часто наблюдалась умеренно выраженная и тяжелая абстинентная симптоматика. Максимальные значения суммарных результатов CIWA у женщин с ранним началом алкоголизма были обусловлены выраженной ажитацией и цефалгической симптоматикой.

Полученные данные свидетельствуют, что для мужчин, страдающих алкогольной зависимостью позднего возраста с поздним началом, характерны легкий либо умеренный тремор рук, редко встречающаяся пароксизмальная потливость, тактильные нарушения в виде жжения, покалывания, онемения пальцев рук и ног, редко встречающиеся слуховые нарушения в виде гиперacusии, визуальные нарушения в виде плохой переносимости яркого света, легкая и умеренная головная боль, нарушения ориентировки во времени на 2—3 календарных дня.

Для страдающих алкогольной зависимостью мужчин позднего возраста с ранним началом типично легкое либо умеренно выраженное состояние отмены, проявляющееся легким и умеренным тремором конечностей, легкой либо умеренной тревогой с пароксизмальной потливостью, редко встречающимися и мало выраженными тактильными, слуховыми или визуальными нарушениями, легкой головной болью и нарушениями ориентировки во времени на 1—3 календарных дня.

Для страдающих алкогольной зависимостью женщин позднего возраста с поздним началом характерно умеренно выраженное состояние отмены, проявляющееся легкой тошнотой без рвоты, умеренным тремором, легкой пароксизмальной потливостью, умеренной и легкой тревогой или ажитацией в виде повышенной двигательной активности, легкими тактильными, слуховыми и визуальными расстройствами, умеренной головной болью, дезориентировкой в дате на 2 календарных дня.

Для женщин с алкогольной зависимостью позднего возраста с ранним началом в структуре ААС типичны тошнота с позывами на рвоту либо легкая тошнота без рвоты, умеренно выраженный тремор конечностей, легкая пароксизмальная потливость, умеренная либо выраженная тревожность, умеренная суетливость, легкие тактильные и слуховые нарушения, умеренная и выраженная цефалгия, редко встречающаяся дезориентировка во времени.

В целом сравнительный анализ клинических проявлений алкогольного синдрома отмены у мужчин и женщин с поздним и ранним нача-

лом зависимости показал, что для мужчин с поздним началом алкоголизма характерны относительно более легкие проявления синдрома отмены с отдельными соматовегетативными нарушениями в виде тремора и цефалгий на фоне тревожного аффекта. Для женщин сданной патологией типичен ААС с умеренно выраженными аффективными расстройствами в виде тревоги, перемежающейся с ажитацией, в сочетании с пароксизмальной потливостью, парестезиями, гиперестезией и головными болями.

Для мужчин позднего возраста с ранним началом алкоголизма в структуре ААС свойственна тревога с тремором, пароксизмальной потливостью и легкими нарушениями ясности сознания и ориентировки, тогда как у женщин ААС протекает с умеренно выраженными аффективными расстройствами в сочетании с тремором, желудочно-кишечными нарушениями, абдоминальными и цефалгическими болями.

Таким образом, исходя из клинической реальности, выявленные особенности психических и системных нейровисцеральных расстройства в той или иной мере являются обязательными проявлениями хронической алкогольной интоксикации в позднем возрасте, сохраняющимися в абстиненции и в постабстинентном состоянии. Выявленные клинические проявления ААС требуют щадящего характера психофармакотерапии и активного дифференцированного воздействия на основе патогенетического выбора широкого спектра фармакологических средств (ноотропных, сосудистых препаратов, гепатопротекторов, антиоксидантов, иммуноактивных препаратов, адаптогенов и др.) для достижения оптимального терапевтического эффекта.

### Л и т е р а т у р а

1. *Альтшулер В. Б., Штырков А. Г.* К типологии женского алкоголизма: особенности заболевания у пациенток с эпилептоидными чертами характера // *Наркология*. – 2003. – № 5. – С. 29.
2. *Благов Л. Н.* Психопатологическая структура феномена «псевдоабстиненции» в клинике аддиктивного заболевания // *Наркология*. – 2010. – № 5. – С. 64–74.
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., Коробицина Т. В.* Коморбидность алкоголизма и терапевтической патологии в общей медицинской практике // *Психические расстройства в общей медицине*. – 2008. – № 3. – С. 11–17.
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., Мандель А. И., Трескова И. А.* Неврологические синдромы в наркологической практике: коморбидность, клиника, терапия // *Психическое здоровье*. – 2007. – № 2. – С. 41–46.
8. *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.
9. *Бохан Н. А., Мандель А. И., Пешковская А. Г., Бадырғы И. О., Асланбекова Н. В.* Этнотерриториальная гетерогенность формирования алкогольной зависимости у коренного населения Сибири // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. – 2013. – Т. 113, вып. 2. – С. 9–14.
10. *Ветлугина Т. П., Бохан Н. А.* Механизмы реализации терапевтического эффекта иммуномодулятора галавита при комплексной терапии алкоголизма // *Наркология*. – 2005. – № 10. – С. 40–45.
11. *Егоров А. Ю., Шайдукова Л. К.* Современные особенности алкоголизма у женщин: возрастной аспект // *Наркология*. – 2005. – № 9. – С. 49–55.
12. *Иванова С. А., Ветлугина Т. П., Бохан Н. А., Эпштейн О. И.* Иммунобиология аддиктивных расстройств: механизмы психонейроиммуномодуляции // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. – 2002. – № 1. – С. 52–55.
13. *Кривулин Е. Н., Мингазов А. Х., Бохан Н. А.* Диагностика и оценка динамики алкоголизма в позднем возрасте // *Журнал неврологии и психиатрии*. – 2013. – Т. 113, вып. 2. – С. 43–47.
14. *Мингазов А. Х., Кривулин Е. Н., Бохан Н. А.* Факторы формирования алкоголизма в позднем возрасте // *Неврологический вестник*. – 2012. – Т. XLIV, вып. 2. – С. 10–16.
15. *Семке В. Я., Мельникова Т. Н., Бохан Н. А.* Нейробиологические механизмы алкоголизма // *Журнал неврологии и психиатрии*. – 2002. – Т. 102, вып. 8. – С. 61–66.
16. *Семке В. Я., Бохан Н. А., Галактионов О. К.* Очерки этнопсихологии и этнопсихотерапии / под ред. акад. РАМН В. Я. Семке. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 1999. – 157 с.
17. *Семке В. Я., Бохан Н. А., Мандель А. И.* Персоналогический анализ в контексте систематики аддиктивных состояний // *Наркология*. – 2006. – № 1. – С. 60–66.
18. *Сиволап Ю. П.* Гепатопротекторы в наркологической практике // *Журнал неврологии и психиатрии*. – 2012. – Т. 112, вып. 2. – С. 49–50.
19. *Федоренко О. Ю., Иванова С. А., Бохан Н. А., Кусков М. В.* Особенности метаболизма иммунокомпетентных клеток периферической крови у больных алкоголизмом в процессе купирования абстинентного синдрома // *Вопросы наркологии*. – 2005. – № 3. – С. 46–51.
20. *Bokhan N. A., Baturin E. V.* Gender heteronomy of the formation of heroin addiction in adolescents // *Neuroscience and Behavioral Physiology*. – 2011. – V. 41, № 7. – P. 710–714.
21. *Nevidimova T. I., Prokop'eva V. D., Naidenova N. N., Bokhan N. A., Tyulina O. V.* Effect of carnosine on immunocompetent cells from alcoholic patients // *Bulletin of Experimental Biology and Medicine*. – 2004. – V. 138, № 3. – P. 255–258.
22. *Prokopieva V. D., Bohan N. A., Johnson P., Abe H., Boldyrev A. A.* Effects of carnosine and related compounds on the stability and morphology of erythrocytes from alcoholics // *Alcohol & Alcoholism*. – 2000. – V. 35, № 1. – P. 44–48.
23. *Shin S., Mathew T., Yanova G., Fitzmaurice G., Livchits V., Yanov S., Strelis A., Mishustin S., Bokhan N., Lastimoso Ch., Connery H., Hart J., Greenfield S.* Alcohol consumption among men and women with tuberculosis in Tomsk, Russia // *Cent. Eur. J. Public Health*. – 2010. – V. 18 (3). – P. 132–138.
24. *Tyulina O. V., Boldyrev A. A., Prokopieva V. D., Johnson P.* Erythrocyte and plasma protein modification in Alcoholism: a possible role of acetaldehyde // *Biochimica et Biophysica Acta (BBA)/Molecular Basis of Disease*. – 2006. – V. 1762, № 5. – P. 558–563.

## Транслитерация русских источников

1. Althuler V. B., Shtyirkov A. G. About typology of female alcoholism: traits of disease in female patients with epileptoid traits of the character // *Narkologiya*. – 2003. – N 5. – S. 29.
2. Blagov L. N. Psychopathological structure of phenomenon «pseudo-withdrawal» in clinic of addictive disease // *Narkologiya*. – 2010. – N 5. – S. 64–74.
3. Bohan N. A. Clinical-pathodynamic regularities and therapy of alcoholism with comorbid exogenous-organic brain impairment: avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. – Tomsk, 1996. – 46 s.
4. Bohan N. A. Clinical heterogeneity of alcoholism and comorbidity: paradigm of multi-axial conjugality of the problems // *Narkologiya*. – 2002. – N 2. – S. 31–37.
5. Bohan N. A., Korobitsina T. V. Comorbidity of alcoholism and therapeutic pathology in general medical practice // *Psihicheskie rasstroystva v obschey meditsine*. – 2008. – N 3. – S. 11–17.
6. Bohan N. A., Mandel A. I., Maksimenko N. N., Mihaleva L. D. Mortal outcomes in alcohol dependence // *Narkologiya*. – 2007. – N 12. – S. 31–35.
7. Bohan N. A., Mandel A. I., Treskova I. A. Neurologic syndromes in addictological practice: comorbidity, clinic, therapy // *Psihicheskoe zdorove*. – 2007. – N 2. – S. 41–46.
8. Bohan N. A., Mandel A. I., Ankudinova I. E., Treskova I. A., Kisel N. I. Clinical comorbidity of psychoneurologic manifestations of alcoholism in women // *Narkologiya*. – 2011. – N 10 (118). – S. 36–41.
9. Bohan N. A., Mandel A. I., Peshkovskaya A. G., Badyirgyi I. O., Aslanbekova N. V. Ethnoterritorial heterogeneity of formation of alcohol dependence in indigenous population of Siberia // *Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S. S. Korsakova*. – 2013. – T. 113, vyip. 2. – S. 9–14.
10. Vetlugina T. P., Bohan N. A. Mechanisms of realization of therapeutic effect of immunomodulator galavit during complex therapy of alcoholism // *Narkologiya*. – 2005. – N 10. – S. 40–45.
11. Egorov A. Yu., Shaydukova L. K. Modern traits of alcoholism in women: age aspect // *Narkologiya*. – 2005. – N 9. – S. 49–55.
12. Ivanova S. A., Vetlugina T. P., Bohan N. A., Epshteyn O. I. Immunobiology of addictive disorders: mechanisms of psychoneuroimmunomodulation // *Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii*. – 2002. – N 1. – S. 52–55.
13. Krivulin E. N., Mingazov A. H., Bohan N. A. Diagnostic and assessment of dynamic of alcoholism in later life // *Zhurnal nevrologii i psichiatrii*. – 2013. – T. 113, vyip. 2. – S. 43–47.
14. Mingazov A. H., Krivulin E. N., Bohan N. A. Factors of formation of alcoholism in later life // *Nevrologicheskiy vestnik*. – 2012. – T. XLIV, vyip. 2. – S. 10–16.
15. Semke V. Ya., Melnikova T. N., Bohan N. A. Neurobiological mechanisms of alcoholism // *Zhurnal nevrologii i psichiatrii*. – 2002. – T. 102, vyip. 8. – S. 61–66.
16. Semke V. Ja., Bohan N. A., Galaktionov O. K. Sketches of ethnopsychology and ethnopsychotherapy / pod red. akad. RAMN V. Ja. Semke. – Tomsk: Izd-vo Tom. un-ta, 1999. – 157 s.
17. Semke N. A., Bohan N. A., Mandel A. I. Personological analysis in the context of systematic of addictive states // *Narkologiya*. – 2006. – N 1. – S. 60–66.
18. Sivolap Yu. P. Hepatoprotectors in addictological practice // *Zhurnal nevrologii i psichiatrii*. – 2012. – T. 112, vyip. 2. – S. 49–50.
19. Fedorenko O. Yu., Ivanova S. A., Bohan N. A., Kuskov M. V. Traits of metabolism of immunocompetent cells of peripheral blood in patients with alcoholism in the process of stopping of the withdrawal syndrome // *Voprosy narkologii*. – 2005. – N 3. – S. 46–51.

УДК 616.891-099.11(571.55)

ББК Р645.021

## ВЛИЯНИЕ СЕЗОННЫХ МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ АЛКОГОЛЬНЫМИ ПСИХОЗАМИ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Сахаров А. В.<sup>\*1</sup>, Говорин Н. В.<sup>1</sup>, Немцов А. В.<sup>2</sup><sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Читинская ГМА» МЗ РФ  
672090, Чита, ул. Горького, 39-а<sup>2</sup> ФГБУ Московский НИИ психиатрии МЗ РФ  
107076, г. Москва, ул. Потешная, 3

В результате проведенного исследования установлен рост заболеваемости алкогольными психозами в весенне-летний период, несмотря на снижение смертности по причине отравлений алкоголем в эти месяцы. При этом увеличение числа алкогольных психозов хорошо коррелирует с ростом атмосферной температуры воздуха и снижением атмосферного давления и влажности воздуха. Предполагается, что погодные условия в летнее время увеличивают риск развития алкогольного психоза. Полученные результаты требуют дальнейшего анализа и возможного изучения влияния других климатических индикаторов на алкогольные психозы. **Ключевые слова:** алкоголизм, алкогольные психозы, климат, погодные условия.

**INFLUENCE OF WEATHER CONDITIONS ON THE INCIDENCE OF ALCOHOLIC PSYCHOSES IN CHITA. Sakharov A. V.<sup>1</sup>, Govorin N. V.<sup>1</sup>, Nemtsov A. V.<sup>2</sup>** <sup>1</sup> Chita State Medical Academy. 672090, Chita, Gorky's Street, 39-a. <sup>2</sup> Moscow Research Institute of Psychiatry. 107076, Moscow, Poteshnaya, 3. The study has found increase in the incidence of alcoholic psychoses in spring-summer period, despite the reduction in mortality due to alcohol poisoning in these months. The increase in the number of alcoholic psychoses well correlates with the growth in atmospheric air temperature and a decrease in atmospheric pressure and air humidity. It is assumed that the weather conditions in summer increase the risk of developing alcoholic psychoses. The obtained results require further analysis and it is worth to study the impact of other climate indicators on alcoholic psychoses. **Key words:** alcoholism, alcoholic psychoses, climate, weather conditions.

Очевидно, что динамика заболеваемости алкогольными психозами отражает динамику потребления алкоголя, при этом главным фактором заболеваемости является запойное пьянство в течение продолжительного периода времени [4]. В литературе представлено большое количество факторов, влияющих на алкогольную смертность [1, 3], потребление спиртного и обращаемость населения за территориальной наркологической помощью [2, 5].

\* Сахаров Анатолий Васильевич – к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии, тел.: 8-914-479-6543, e-mail: savt@list.ru

Говорин Николай Васильевич – Заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии, тел.: 8(3022)355300, e-mail: govorin-nik@yandex.ru

Немцов Александр Викентьевич – д.м.н., руководитель отделения информатики и системных исследований, тел.: 8(495) 963-25-31, e-mail: nemtsov33@gmail.com

В то же время в некоторых городах РФ выявлено несоответствие роста числа алкогольных психозов в летние месяцы общему снижению суммарного потребления алкоголя в этот период [6]. Описано также летнее увеличение смертности при алкогольных психозах, особенно в июле [1, 3]. Вместе с тем при изучении общей алкогольной смертности в отдаленных (приравненных к районам Крайнего Севера) сельских поселениях Западной Сибири основная доля умерших от причин, связанных с употреблением алкоголя, приходится на зимнее время и составляет 25,8 % [3].

При этом в европейской части России установлена следующая годовая цикличность заболеваемости алкогольными психозами: подъем в весенне-летний период в средней полосе и отсутствие таких изменений на севере (т. е. полярно-экваториальный температурный градиент роста алкогольных психозов с Севера на Юг) [7–9]. В Забайкальском крае аналогичных исследований не проводилось.

**Цель работы:** исследовать годовую динамику заболеваемости алкогольными психозами и изучить возможное влияние погодных условий на изменение этих показателей в Чите.

**Материалы и методы.** Заболеваемость алкогольными психозами оценивалась по обращаемости в Краевой наркологический диспансер за период с 2008 по 2012 г. Всего учтено 2244 случая. Мужчин среди госпитализированных было 75,2 %, женщин – 24,8 %; средний возраст составил  $39,7 \pm 0,26$  года. Среди общего числа алкогольных психозов 71,7 % пришлось на алкогольные делирии (F10.4), 28,0 % – на алкогольные галлюцинозы (F10.5), 0,3 % – на другие формы.

В исследовании не проводилось деление больных по гендерному признаку, на первичные и повторные алкогольные психозы, как в течение жизни, так и в текущем году. Нозологическое распределение психозов также не учитывалось.

Данные о погодных условиях за 2008–2012 гг. предоставлены Забайкальской гидрометеорологической службой. Анализировались показатели температуры воздуха (в градусах по Цельсию), показатели атмосферного давления (в мм рт. ст.) и показатели влажности (в %).

Для оценки взаимосвязи с величиной потребления алкоголя изучены данные по смертности населения Читы по причине отравлений алкоголем за 2008–2012 гг. Всего было зарегистрировано 738 таких случаев. Мужчины составили 69,5 %, женщины – 30,5 %; средний возраст –  $49,5 \pm 0,50$  года. Отравление этанолом диагностировано у 92,0 %, отравление суррогатами – у 8,0 %.

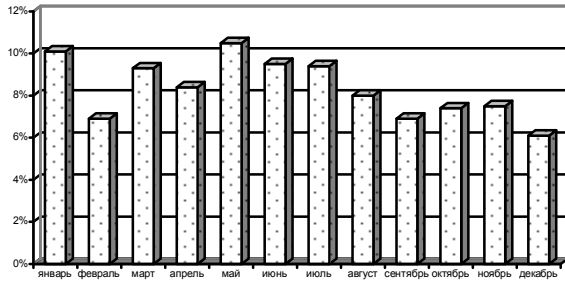
Из-за различия дней в месяцах (28–31) исходные месячные данные нормировались по продолжительности (30,42 дня). Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета прикладных статистических программ «Statistica 6.0» и пакета анализа Microsoft Excel. Она включала описание выборки, нахождение средней арифметической, среднеквадратического отклонения и ошибки средней арифметической, определялись частоты встречаемости признаков, группировка данных, статистическое сравнение выборочных долей вариант (ц-метод Р. Фишера). Взаимосвязь изучаемых параметров устанавливалась с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

**Результаты и обсуждение.** При анализе годовой динамики алкогольных психозов (рис. 1) первый максимум зарегистрирован в январе (9,9 % психозов), первый минимум имел место в феврале (7,3 %), второй максимум – в мае (10,3 %), снижение количества психозов происходило к сентябрю (7,1 %) и второй минимум зафиксирован в декабре (6,0 %). При парном сравнении значимыми оказались различия январь-февраль ( $p=0,0001$ ), февраль-май ( $p=0,0000$ ) и май-сентябрь ( $p=0,0000$ ).

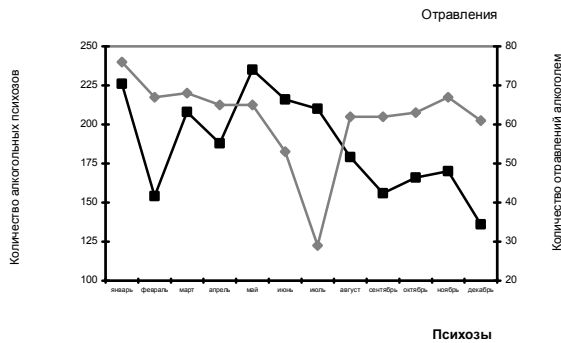
Годовая динамика смертности от отравлений алкоголем обнаружила максимум с ноября по март (от 9,1 до 10,3 %) при минимуме летом (3,9 % в июле). Таким образом, смерти при отравлении алкоголем, которые приблизительно отражают динамику потребления алкоголя, резко снизились в летние месяцы с минимумом в июле (различия май-июль значимо;  $p=0,0001$ ).

Корреляция смертности от отравлений алкоголем с алкогольными психозами составила всего +0,130. Нечеткость контрфазных отношений психозов и отравлений (рис. 2) может являться подтверждением более сложного генеза алкогольных психозов у больных алкоголизмом, связанного не только с величиной потребляемого алкоголя, при том условии, конечно же, что отравления достаточно точно отражают потребление. Но эта нечеткость может быть также отражением различия лагов двух явлений по отношению к потреблению. Однако несомненно, что рост количества алкогольных психозов в летнее время не может быть объяснен ростом потребления алкоголя.

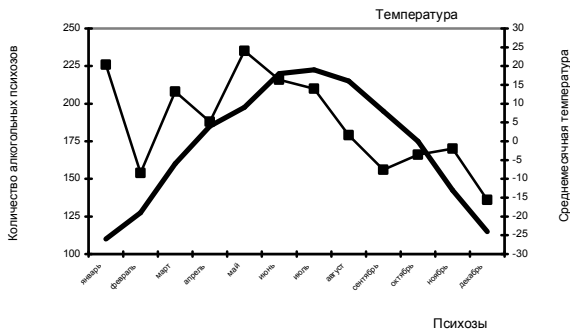
Поэтому следует изучать другие факторы, влияющие на развитие алкогольных психозов, в том числе понятным является обращение к климатическим показателям. Соотношение количества алкогольных психозов и погодных условий в Чите приведено на рисунках 3, 4, 5.



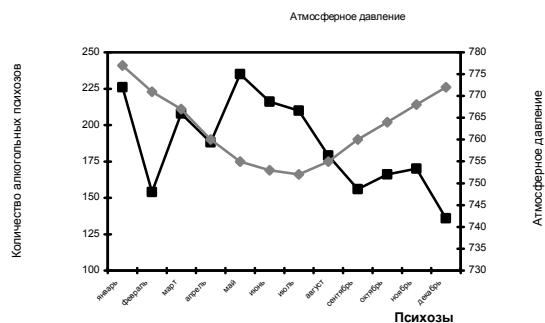
**Рис. 1. Помесячное распределение среднего количества зарегистрированных алкогольных психозов в Чите за 2008—2012 гг.**



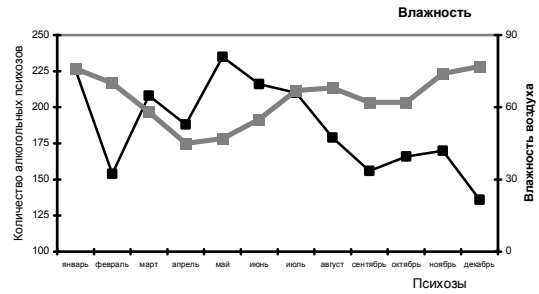
**Рис. 2. Помесячное распределение среднего количества алкогольных психозов и случаев смертности по причине отравлений алкоголем в Чите за 2008—2012 гг.**



**Рис. 3. Соотношение алкогольных психозов и средне-месячной температуры в Чите за 2008—2012 гг.**



**Рис. 4. Соотношение алкогольных психозов и атмосферного давления в Чите за 2008—2012 гг.**



**Рис. 5. Соотношение алкогольных психозов и влажности воздуха в Чите за 2008—2012 гг.**

В таблице 1 представлены результаты корреляционного анализа по Спирмену числа алкогольных психозов с погодными условиями в 2008—2012 гг. в Чите. При этом январский пик психозов, по всей вероятности, обусловлен новогодним многодневным пьянством и никак не связан с погодными условиями, поэтому из корреляционного анализа январские показатели в последующем были исключены.

**Таблица 1  
Корреляция числа алкогольных психозов с климатическими факторами в Чите в 2008—2012 гг. (по Спирмену)**

Показатель	Исходные данные (n=2244)		После исключения января (n=2018)	
	R	p	R	p
Температура	0,385	0,2170	+0,727	0,0112
Давление	-0,413	0,1825	-0,764	0,0062
Влажность	-0,448	0,1910	-0,700	0,0164

Таким образом, установлена позитивная корреляция количества алкогольных психозов с температурой воздуха и негативная – с величиной атмосферного давления и влажности воздуха.

**Заключение.** В результате проведенного исследования показано, что в Чите количество алкогольных психозов увеличивалось в летний период и снижалось в зимний, что коррелирует с изменением погодных условий и не связано с потреблением алкоголя.

Пока что трудно объяснить повышение риска алкогольных психозов в летнее время. Можно только предположить, что резкое обезвоживание организма и нарушение электролитного баланса, вызванное алкоголем во время запоя, усугубляется повышением температуры в летний период. Нельзя исключить также влияние других погодных факторов, таких, например, как падение парциального давления кислорода в результате повышения атмосферной температуры. Однако выделить какой-либо ведущий погодный фактор роста психозов невозможно, так как все исследованные показатели погоды жестко взаимосвязаны на основе газовых законов (например, уравнение Клайперона).

Это не отрицает того, что ведущим фактором развития алкогольных психозов является тяжелое пьянство больных алкогольной зависимостью, но погодные условия выступают, ве-



роятно, дополнительным патогенным фактором и повышают риск развития психоза. Полученные результаты требуют дальнейшего анализа и возможного изучения влияния других климатических индикаторов на алкогольные психозы.

#### Л и т е р а т у р а

1. Бохан Н. А., Мандель А. И., Максименко Н. Н., Михалева Л. Д. Смертельные исходы при алкогольной зависимости // Наркология. – 2007. – № 12. – С. 37–40.
2. Бохан Н. А., Мандель А. И., Пешковская А. Г., Бадырғы И. О., Асланбекова Н. В. Этнотерриториальная гетерогенность формирования алкогольной зависимости у коренного населения Сибири // Журнал неврологии и психиатрии С. С. Корсакова. – 2013. – Т. 113, вып. 2. – С. 9–14.
3. Бохан Н. А., Мандель А. И., Кузнецов В. Н. Алкогольная смертность в отдалённых сельских районах Западной Сибири // Наркология. – 2011. – Т. 10, № 9. – С. 43–47.
4. Бохан Н. А., Иванов А. А., Мандель А. И. Региональная динамика и исходы заболеваемости алкогольными психозами // Наркология. – 2012. – № 8 (128). – С. 38–44.
5. Насташинская Л. М. Сезонные ритмы летальности больных острыми алкогольными психозами // Эпидемиологические исследования в неврологии и психиатрии. – 1982. – № 2. – С. 187–188.
6. Немцов А. В., Нечаев А. К. Факторы заболеваемости алкогольными психозами // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – № 6. – С. 68–77.
7. Немцов А. В. Периодичность заболеваемости алкогольными психозами. Сообщение 1. Бытовые факторы // Наркология. – 2008. – № 11. – С. 28–35.
8. Немцов А. В. Периодичность заболеваемости алкогольными психозами. Сообщение 2. Климатический фактор // Наркология. – 2008. – № 12. – С. 42–50.
9. Немцов А. В. и др. Полярно-экваториальный температурный градиент и заболеваемость алкогольными психозами // Наркология. – 2009. – № 4. – С. 33–37.

#### Транслитерация русских источников

1. Bohan N. A., Mandel A. I., Maksimenko N. N., Mihaleva L. D. Mortal outcomes in alcohol dependence // Narkologiya. – 2007. – N 12. – S. 37–40.
2. Bohan N. A., Mandel A. I., Peshkovskaya A. G., Badyrlygi I. O., Aslanbekova N. V. Ethnoterritorial heterogeneity of formation of alcohol dependence in indigenous population of Siberia // Zhurnal neurologii i psichiatrii S. S. Korsakova. – 2013. – T. 113, vyip. 2. – S. 9–14.
3. Bohan N. A., Mandel A. I., Kuznetsov V. N. Alcohol mortality in remote rural districts of West Siberia // Narkologiya. – 2011. – T. 10, N 9. – S. 43–47.
4. Bohan N. A., Ivanov A. A., Mandel A. I. Regionalnaya dinamika i ishody zaboлеваemosti alkoholnyimi psihozami // Narkologiya. – 2012. – N 8 (128). – S. 38–44.
5. Nastashinskaya L. M. Seasonal rhythms of lethality of patients with acute alcohol psychoses // Epidemiologicheskie issledovaniya v neurologii i psichiatrii. – 1982. – N 2. – S. 187–188.
6. Nemtsov A. V., Nechaev A. K. Factors of sickness rate with alcohol psychoses // Sotsialnaya i klinicheskaya psichiatriya. – 1996. – N 6. – S. 68–77.
7. Nemtsov A. V. Periodicity of sickness rate with alcohol psychoses. Report 1. Everyday factors // Narkologiya. – 2008. – N 11. – S. 28–35.
8. Nemtsov A. V. Periodicity of sickness rate with alcohol psychoses. Report 2. Climatic factor // Narkologiya. – 2008. – N 12. – S. 42–50.
9. Nemtsov A. V. i dr. Polar-equatorial temperature gradient and sickness rate with alcohol psychoses // Narkologiya. – 2009. – N 4. – S. 33–37.

УДК 616.89-008.441.13-055.1-055.2

ББК Р645.021-1-35-9

## ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ АЛКОГОЛИЗМА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ПРИ РАННЕМ И ПОЗДНЕМ НАЧАЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Мингазов А. Х.<sup>\*1</sup>, Кривулин Е. Н.<sup>1</sup>, Анкудинова И. Э.<sup>2</sup>, Асланбекова Н. В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Южно-Уральский ГМУ» МЗ России 454092, Челябинск, ул. Воровского, 64

<sup>2</sup> ФГБУ НИИ физиологии и фундаментальной медицины СО РАМН 630117, Новосибирск, ул. Арбузова, 6

<sup>3</sup> РГКП «РНПЦ медико-социальных проблем наркомании» 140008, РК, Павлодар, ул. Кутузова, 200

Для выделения факторов риска формирования алкогольной зависимости у мужчин и женщин позднего (старше 60 лет) возраста проведено комплексное клиническое обследование 462 больных алкогольной зависимостью (по МКБ-10 рубрики F10.2–10.7) мужского и женского пола. Из них мужчин – 391, женщин – 71 человек, старше 60 лет. По признаку первичного обращения к наркологу после 60 или до 60 лет выделено по 2 группы среди больных мужского и женского пола. Установлено, что алкогольная зависимость у лиц позднего возраста имеет отличительные факторы риска, участвующие в формировании алкоголизма у мужчин и женщин позднего возраста. **Ключевые слова:** алкоголизм, позднее и раннее начало, поздний возраст, гендерный аспект, факторы риска.

**RISK FACTORS OF FORMATION OF ALCOHOLISM IN MEN AND WOMEN OF LATER AGE GROUPS DURING EARLY AND LATE ONSET OF DISEASE.** Mingazov A. Kh.<sup>1</sup>, Krivulin E. N.<sup>1</sup>, Ankudinova I. E.<sup>2</sup>, Aslanbekova N. V.<sup>3</sup> <sup>1</sup>«South-Ural State Medical University» MH of Russia. 454092, Chelyabinsk, Vorovsky's Street, 64. <sup>2</sup>Physiology and Basic Medicine Research Institute SB RAMSci. 630117, Novosibirsk, Arbutov's Street, 6. <sup>3</sup>«RSPC of Medico-Social Problems of Drug Addiction». 140008, RK, Pavlodar, Kutuzov's Street, 200. In order to reveal risk factors of formation of alcohol dependence in men and women of later age (more than 60 years), complex clinical examination of 462 patients with alcohol dependence (according to ICD-10, F10.2–10.7) of male and female sexes has been carried out. Out of them there were male – 391, female – 71 persons older than 60 years. According to sign of primary seeking for addiction psychiatrist after or before 60 years, two groups among male and female sexes each have been distinguished. It has been identified that alcohol dependence in persons of later age has distinctive risk factors participating in formation of alcoholism. **Key words:** alcoholism, late and early onset, later age, gender aspect, risk factors.

**Актуальность.** Изучение факторов риска формирования алкоголизма позднего возраста с поздним и ранним началом у мужчин и женщин является актуальной проблемой возрастной наркологии [16, 18]. Она отражает новые клинические вызовы в связи с ростом мужского и жен-

\* Мингазов Андрей Ханифович, к.м.н., ассистент каф. психиатрии ФП и ДПО. Тел. мобильный: +79048195179. E-mail: mingazovah74

ского наркотизма [17] и нарастанием социально значимых процессов старения населения [19, 24], снижением его персонологических [8], иммунобиологических [9] и других факторов системной стрессоустойчивости [5], сохранением напряженности алкогольной ситуации в пожилом возрасте [4, 23] при нарастании удельного веса ассоциированных форм алкоголизма и коморбидной патологии в наркологической [3], психиатрической [12] и общей медицинской сети [27].

В формировании клинической гетерогенности алкогольной зависимости участвует комплекс нейробиологических [21], индивидуально-психологических [20], а также социально-демографических, этнотерриториальных и других психосоциальных факторов [2, 19]. Существенное значение приобретает модифицирующее влияние преморбидной или фоновой экзогенно-органической психопатологической и соматоневрологической симптоматики [7], которые определяют клинические особенности алкогольной зависимости [6, 13] и влияют на предпосылки реализации токсикогенных эффектов этанола [26, 28] у данной категории больных. Гендерные особенности алкоголизма, по мнению ряда авторов, характеризуются универсальностью болезненного процесса [11, 22], его уникальностью у женщин [1, 16] с описанием специфичности клинической коморбидности психоневрологических проявлений алкоголизма [7].

Некоторые отечественные исследователи свидетельствуют, что на формирование алкогольной зависимости у лиц позднего возраста, как у мужчин, так и у женщин, в значительной степени оказывают культурный уровень, образовательный ценз и профессия [14, 15]. В исследовании А. Ю. Егорова [10] была отмечена исходная гетерогенность групп, в состав которых входили лица с ранним началом алкоголизма и продолжающие злоупотреблять во второй половине жизни и больные с собственно поздним алкоголизмом. Н. Annis, S. Sklar, A. Moser (1998) установили влияние персональных факторов 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, хронические стрессы, пример пьющих друзей) на течение алкоголизма в пожилом возрасте. Несмотря на многоаспектность исследований алкогольной зависимости позднего возраста, недостаточно изученными остаются гендерные факторы и патогенетические механизмы, участвующие в формировании алкогольной зависимости позднего возраста с поздним и ранним началом.

**Цель исследования.** Выделить факторы риска, участвующие в формировании алкоголизма с поздним и ранним началом у мужчин и женщин позднего возраста.

**Материал и методы.** Проведено комплексное клиническое (клинико-anamnestическое, клинико-психопатологическое и клинико-динамическое) обследование 462 больных мужского и женского пола, проходивших стационарное наркологическое лечение 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)». Было выделено 2 группы наблюдения: группа мужчин (n=391) старше 60 лет (средний возраст  $65,5 \pm 5,2$  года) и группа женщин (n=71) позднего возраста (средний возраст  $64,9 \pm 4,2$  года). Дифференциальный подход к клинико-динамическим особенностям алкоголизма позднего возраста показал, что часть пациентов в мужской и женской группах впервые обратилась к наркологу после 60 лет, другая часть больных проходила противоалкогольное лечение ранее 60-летнего рубежа. С учетом данного критерия в каждой гендерной группе выделены по две группы наблюдения: 1-я (мужчины, n=129) и 3-я (женщины, n=43) группы – впервые обратившиеся к наркологу после 60 лет, 2-я (n=262) и 4-я (n=28) группы – обратившиеся до исполнения 60 лет.

**Результаты исследования.** С целью выделения факторов риска, участвующих в формировании алкогольной зависимости с поздним и ранним началом у мужчин и женщин позднего возраста, проведен анализ типичных социально-демографических, медико-биологических и психосоциальных факторов по группам исследования. Анализ частоты типичных социально-демографических факторов, создающих преморбидную почву для развития алкогольной зависимости с поздним и ранним началом у мужчин и женщин позднего возраста, представлен на рисунке 1.

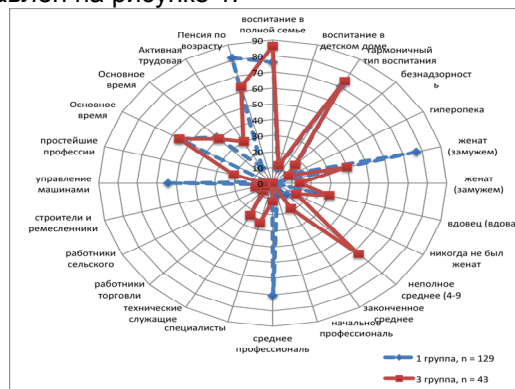


Рис. 1. Частота типичных социально-демографических факторов, участвующих в формировании алкоголизма с поздним началом у мужчин и женщин позднего возраста

К числу патогенных социально-демографических мишеней у лиц мужского и женского пола с поздним началом алкогольной зависимости в сфере семейных отношений независимо от пола относились воспитание гармоничное (70,5 и 74,4 %), безнадзорное (17,1 и 16,3 %) или гиперопекаемое (12,4 и 9,3 %) воспитание в полной семье (76,0 и 86,1 %) или характерное для мужчин – в условиях детского дома (10,1 и 2,3 %;  $p < 0,05$ ).

Семейное положение у пациентов мужского пола в преморбиде определялось супружескими отношениями (76,7 и 39,5 %;  $p < 0,05$ ). Пациентки женского пола в преморбиде были вдовами (30,2 и 23,3 %), никогда не выходили замуж (14 и 0 %;  $p < 0,05$ ) или были замужем повторно (14,0 и 0 %;  $p < 0,05$ ). Выявлено, что образование у большинства мужчин было средним (70,5 и 11,6 %;  $p < 0,05$ ) и у 7,5 % – начальным. Тогда как у 62,8 % женщин против 10,1 % мужчин ( $p < 0,05$ ) образование было неполным или законченным средним (18,6 и 6,2 %;  $p < 0,05$ ). Типичными профессиями для мужчин являлись водитель транспортного средства (54,3 и 4,7 %;  $p < 0,05$ ) или работник сельского хозяйства (7,0 и 4,6 %), а для женщин – работа в качестве специалистов (25,5 и 1,5 %;  $p < 0,05$ ), технических служащих (23,3 и 0,7 %;  $p < 0,05$ ), работников торговли (7,0 и 1,5 %;  $p < 0,05$ ), строителей (9,3 и 3,7 %;  $p < 0,05$ ) или других простейших профессий (20,9 и 3,0 %;  $p < 0,05$ ). После выхода на заслуженный отдых главным источником существования для большинства больных была пенсия по возрасту (81,4 и 62,8 %). Треть мужчин продолжили активную трудовую деятельность в пенсионном возрасте. Мужчины и женщины основное время предпочитали проводить в семейном кругу (55,8 и 55,8 %) либо в одиночестве (41,1 и 39,5 %).

Таким образом, к общим социально-демографическим характеристикам мужчин и женщин с алкоголизмом позднего возраста с поздним началом в преморбиде относятся воспитание и проживание в формально гармоничных или деструктивных семьях или в одиночестве. Типичными для мужчин в преморбиде являются сохраненные семейные отношения, низкий образовательный ценз, профессии водителя или работника сельского хозяйства и основной источник существования – пенсия. Для женщин в преморбиде характерны отсутствие или повторные браки, неполное или среднее образование, простейшие специальности или работа квалифицированными специалистами, техническими служащими или работниками торговли и продолжение активной трудовой деятельности в пенсионный период.

Как следует из рисунка 2, типичными социально-демографическими характеристиками лиц мужского и женского пола, страдающими

алкогольной зависимостью позднего возраста с ранним началом, как у мужчин, так и у женщин, явилось безнадзорное воспитание в детском возрасте (63,8 и 67,9 %). При этом мужчины достоверно чаще, чем женщины, воспитывались в полной семье (59,9 и 21,4 %;  $p < 0,05$ ), в трети случаев – в условиях гармоничного воспитания (30,9 и 25,0 %;  $p < 0,05$ ). Женщины значительно чаще, чем мужчины, воспитывались в неполной семье (42,9 и 22,2 %;  $p < 0,05$ ) либо в детском доме (35,7 и 17,9 %;  $p < 0,05$ ). Гиперопека в обеих подгруппах встречалась одинаково редко (не превышала 10,0 %).

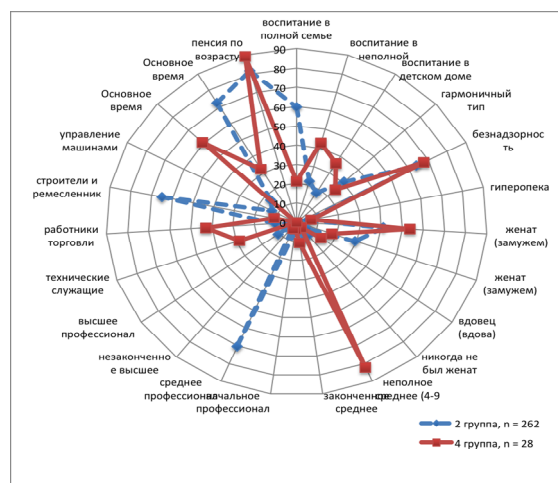
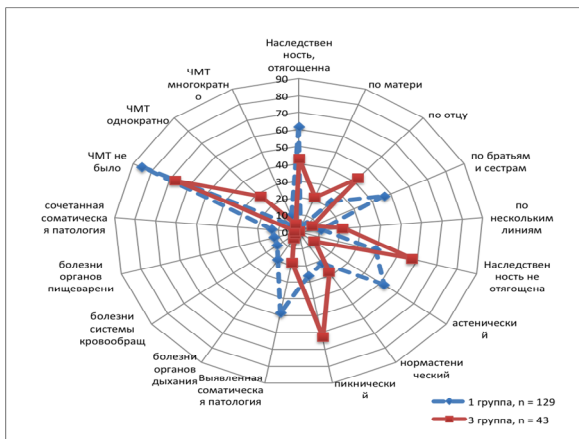


Рис. 2. Частота типичных социально-демографических факторов, участвующих в формировании алкоголизма с ранним началом у мужчин и женщин позднего возраста

В большинстве случаев мужчины и женщины на момент обследования находились в браке. Однако однократный брак достоверно чаще встречался у женщин (53,6 и 41,2 %;  $p < 0,05$ ), повторный брак – у мужчин (29,4 и 17,9 %;  $p < 0,05$ ). Причиной семейного одиночества у женщин чаще всего являлось вдовство (14,3 и 5,7 %;  $p < 0,05$ ), у мужчин – полное отсутствие брачных отношений в течение жизни (8,8 и 3,5 %;  $p < 0,05$ ).

В большей части случаев у женщин встречалось неполное среднее образование (82,1 и 9,5 %;  $p < 0,05$ ), у мужчин – среднее профессиональное (70,2 и 3,6 %;  $p < 0,05$ ) либо высшее (10,7 и 0 %;  $p < 0,05$ ) профессиональное образование. Женщины значительно чаще, чем мужчины, работали в сфере торговли (42,9 и 9,9 %;  $p < 0,05$ ) либо техническими служащими (28,6 и 1,5 %;  $p < 0,05$ ). Среди мужчин чаще встречались строители, ремесленники (64,9 и 10,7 %;  $p < 0,05$ ), а также водители транспорта и работники механизированных предприятий (13,0 и 0 %;  $p < 0,05$ ). В сфере микросоциальных отношений женщины достоверно чаще проводили основное время с семьей (60,7 и 16,8 %;  $p < 0,05$ ), мужчины – в одиночестве (72,5 и 32,2 %;  $p < 0,05$ ).

Таким образом, из вышесказанного можно сделать следующие выводы: на формирование алкогольной зависимости позднего возраста с ранним началом у мужчин оказывают влияние такие социально-демографические факторы, как безнадзорность, семейные конфликты, следствием которых являются повторные (либо многократные) браки, а также полное отсутствие брачных отношений в течение жизни, среднее профессиональное образование, род профессий, связанный со строительством, ремеслом и управлением механизмами. На формирование алкоголизма позднего возраста с ранним началом у женщин оказывали влияние такие социально-демографические факторы, как воспитание в неполной семье либо детском доме, безнадзорность, вдовство либо конфликтные отношения в браке (со страхом одиночества), неполное среднее образование, низкоквалифицированный труд.



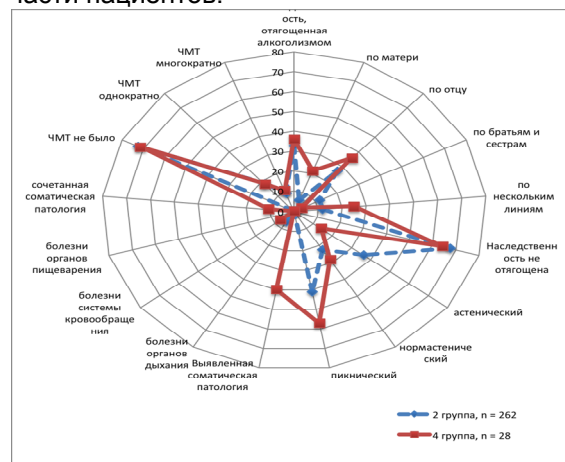
**Рис. 3. Частота типичных медико-биологических факторов, участвующих в формировании алкоголизма с поздним началом у мужчин и женщин позднего возраста**

Анализ частоты встречаемости типичных медико-биологических факторов (рис. 3), участвующих в формировании алкоголизма позднего возраста с поздним началом, выявил, что мужчины достоверно чаще, чем женщины, имели наследственность, отягощенную алкоголизмом (61,2 и 42,8 %;  $p < 0,05$ ), в особенности по линии братьев и сестер (46,5 и 7,1 %;  $p < 0,05$ ). У женщин чаще встречалась наследственность, отягощенная по линии матери (21,4 и 2,3 %;  $p < 0,05$ ), линии отца (42,8 и 23,3 %;  $p < 0,05$ ), а также по нескольким линиям (57,2 и 38,8 %;  $p < 0,05$ ). Факт отсутствия наследственной отягощенности чаще встречался у женщин (57,2 и 38,8 %;  $p < 0,05$ ). Соматогенная патология чаще выявлялась у мужчин (48,8 и 18,4 %;  $p < 0,05$ ) в виде болезней органов дыхания (19,4 и 4,7 %;  $p < 0,05$ ), кровообращения (13,2 и 2,3 %;  $p < 0,05$ ), пищеварения (12,4 и 0 %;  $p < 0,05$ ). Также чаще у мужчин встречалась сочетанная соматическая патология (13,2 и 2,3 %;  $p < 0,05$ ). Однократные

травмы головного мозга чаще встречались у женщин (27,9 и 4,6 %;  $p < 0,05$ ), многократные – у мужчин (10,1 и 4,7 %;  $p < 0,05$ ); при этом в значительном большинстве случаев, как у мужчин, так и у женщин, травмы головного мозга отсутствовали (85,3 и 67,4 %).

Мужчины в половине случаев наблюдения имели астенический тип телосложения (51,9 %), что в 5 раз превышало встречаемость данного признака у женщин (9,3 %), большинство из них имели пикнический (62,8 %) либо нормастенический (27,9 %) тип телесной конституции. В свою очередь среди мужчин пикники и нормастеники встречались достоверно реже (26,4 и 21,7 %).

Типичными медико-биологическими факторами, принимавшими участие в развитии алкогольной зависимости с поздним началом у мужчин, являются отягощенная алкоголизмом наследственность по линии братьев и сестер, премоурбидные соматогенные воздействия вследствие болезней органов дыхания, кровообращения, пищеварения, многократных ЧМТ либо сочетанной патологии, а также астенический тип телесной конституции. У женщин такими факторами являются отягощенная наследственность наркологической патологией по линии родителей, пикнический тип телосложения и травматическое поражение головного мозга у части пациентов.

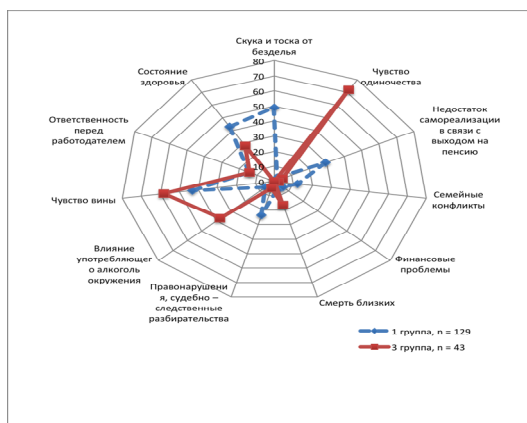


**Рис. 4. Частота типичных медико-биологических факторов, участвующих в формировании алкоголизма с ранним началом у мужчин и женщин позднего возраста**

Согласно данным рисунка 4, у мужчин, страдающих алкоголизмом позднего возраста с ранним началом, достоверно чаще по сравнению с женщинами встречались отягощенная наследственность по линии братьев и сестер (11,8 и 3,6 %;  $p < 0,05$ ), соматическая патология (53,0 и 40,0 %;  $p < 0,05$ ), в особенности болезни органов кровообращения (24,0 и 7,1 %;  $p < 0,05$ ), пищеварения (13,0 и 0 %;  $p < 0,05$ ), а также сочетанная соматическая патология (21,0 и 10,7 %;  $p < 0,05$ ). У женщин чаще встречалась наследственность, отягощенная по линии матери (21,4 и 5,7 %;

$p < 0,05$ ), отца (35,7 и 26,7 %;  $p < 0,05$ ), а также по нескольким линиям (25,0 и 11,8 %;  $p < 0,05$ ). Болезни органов дыхания у женщин встречались более чем в 4 раза чаще (28,6 и 6,1 %;  $p < 0,05$ ). Травматическое поражение головного мозга встречалось в 1/3 случаев, как у мужчин, так и у женщин, с равной частотой однократных (18,3 и 17,9 %;  $p < 0,05$ ) и многократных (9,2 и 10,7 %;  $p < 0,05$ ) травм. Среди мужчин чаще, чем у женщин, встречались астеники (36,3 и 14,3 %;  $p < 0,05$ ), среди женщин – пикники (57,2 и 41,2 %;  $p < 0,05$ ) и нормастеники (28,6 и 22,5 %;  $p < 0,05$ ).

Таким образом, наибольшее влияние на формирование алкоголизма позднего возраста с ранним началом у мужчин оказывали такие медико-биологические факторы, как отягощенная алкоголизмом наследственность по линии братьев и сестер, соматическая патология в виде болезней органов кровообращения и пищеварения, сочетанное поражение этих систем, а также астенический тип конституции. У женщин такими факторами явились отягощенная наследственность по линии родителей, а также по нескольким линиям, болезни органов дыхания и пикнический тип телосложения.

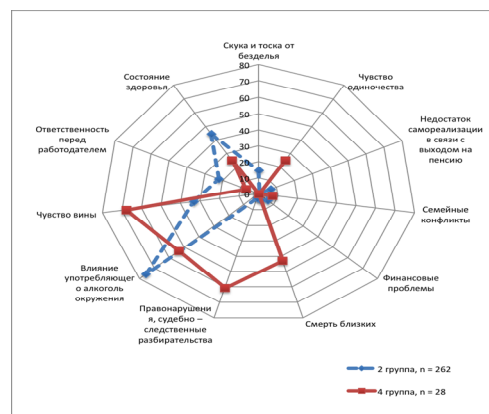


**Рис. 5. Типичные психосоциальные факторы, участвующие и препятствующие формированию алкоголизма с поздним началом у мужчин и женщин позднего возраста**

Типичными психосоциальными факторами, участвующими в формировании алкогольной зависимости позднего возраста с поздним началом (рис. 5), у мужчин являются скука и тоска от безделья (48,8 и 0 %;  $p < 0,05$ ), недостаток реализации в связи с выходом на пенсию (29,5 и 4,7 %;  $p < 0,05$ ), семейные конфликты (12,4 и 2,3 %;  $p < 0,05$ ), финансовые проблемы (6,2 и 0 %;  $p < 0,05$ ), негативное психоэмоциональное состояние, связанное с совершенными правонарушениями и судебными разбирательствами (23,3 и 4,7 %;  $p < 0,05$ ). У женщин такими факторами являются чувство одиночества (72,1 и 3,1 %;  $p < 0,05$ ), смерть близких (16,3 и 6,2 %;  $p < 0,05$ ) и влияние употребляющего алкоголь окружения (37,2 и 6,2 %;  $p < 0,05$ ). Типичными психосоциальными факторами, участвующими

в формировании алкоголизма с ранним началом (рис. 6), у мужчин являются скука и тоска от безделья (14,5 и 0 %;  $p < 0,05$ ), недостаток реализации в связи с выходом на пенсию (6,9 и 0 %;  $p < 0,05$ ), финансовые проблемы (6,1 и 0 %;  $p < 0,05$ ), негативное психоэмоциональное состояние, связанное с совершенными правонарушениями и судебными разбирательствами (75,6 и 53,6 %;  $p < 0,05$ ). У женщин такими факторами являются чувство одиночества (25,0 и 0,8 %;  $p < 0,05$ ), смерть близких (42,9 и 4,2 %;  $p < 0,05$ ), влияние употребляющего алкоголь окружения (60,7 и 2,7 %;  $p < 0,05$ ).

Анализ факторов риска формирования алкоголизма у мужчин и женщин позднего возраста с поздним и ранним началом выявил, что социально-демографические и медико-биологические факторы и индивидуально-личностные характеристики принимают участие в формировании неблагоприятной преморбидной почвы и клинко-психопатологическом оформлении наркологической патологии, а психосоциальные вредности способствуют дебюту и определяют дифференциальные клинко-динамические особенности алкогольной зависимости.



**Рис. 6. Типичные психосоциальные факторы, участвующие и препятствующие формированию алкоголизма с ранним началом у мужчин и женщин позднего возраста**

Наряду с типичными патогенными факторами, участвующими в формировании алкогольной зависимости с поздним и ранним началом у пациентов престарелого возраста, особый интерес представляет изучение факторов, препятствующих формированию алкогольной зависимости у мужчин и женщин позднего возраста.

Анализ факторов, препятствующих развитию алкогольной зависимости с поздним и ранним началом у мужчин и женщин позднего возраста (рис. 5, 6), свидетельствует, что чувство вины являлось одним из ведущих факторов, препятствующих развитию зависимости у мужчин 1-й группы (42,9 %), и основным фактором у женщин обеих групп, причем у женщин с ранним началом злоупотребления алкоголем (4-я группа) чаще, чем у женщин (3-я группа) с алкоголизмом с поздним началом (67,9 и 58,1 %;  $p < 0,05$ ).

Равнозначным по встречаемости фактором, сдерживающим потребление алкоголя пациентами 1-й группы, явилось состояние здоровья (42,9 %). Данный фактор был основным у мужчин 2-й группы (44,5 %). Ответственность перед работодателем, как основной сдерживающий фактор, встречалась относительно редко и, скорее всего, была вызвана желанием пациентов создать о себе впечатление как о хороших работниках. В сравнении с пациентами других групп наиболее часто данный фактор назывался мужчинами (2-й группы) с алкоголизмом с ранним началом (44,5 %).

Таким образом, исходя из вышеизложенных данных, можно сделать вывод о том, что для женщин с поздним и ранним формированием алкогольной зависимости наиболее весомой причиной снижения либо прекращения потребления алкоголя может стать чувство вины и страх осуждения близкими родственниками, в то время как для мужчин этот фактор является сдерживающим в значительно меньшем числе случаев. Для мужчин с алкоголизмом с поздним и ранним началом сокращение потребления алкоголя достоверно чаще связано с ухудшением своего состояния здоровья. Для четверти мужчин с алкоголизмом с ранним началом ответственность перед работодателем является причиной для отказа от алкоголя. Выявленные патогенные факторы риска формирования алкогольной зависимости у мужчин и женщин позднего возраста могут служить основой для разработки дифференцированных программ реабилитационно-профилактической помощи данному контингенту больных.

#### Л и т е р а т у р а

1. *Альтшулер В. Б.* Женский алкоголизм // Лекции по наркологии. – Изд-е 2-е / под ред. Н. Н. Иванца. – М. : Нолидж, 2000.
2. *Бохан Н. А., Мандель А. И., Пешковская А. Г., Бадьры И. О., Асланбекова Н. В.* Этнотерриториальная гетерогенность формирования алкогольной зависимости у коренного населения Сибири // Журнал неврологии и психиатрии. – 2013. – Т. 113, вып. 2. – С. 9–14.
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., Максименко Н. Н., Михалева Л. Д.* Смертельные исходы при алкогольной зависимости // Наркология. – 2007. – № 12. – С. 31–35.
5. *Бохан Т. Г.* Системные детерминанты стрессоустойчивости в возрастном и этнопсихологическом контекстах // Сибирский психологический журнал. – 2007. – Вып. 25. – С. 180–186.
6. *Бохан Н. А., Семке В. Я.* Коморбидность в наркологии. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2009. – 510 с.
7. *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.
8. *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.
9. *Ветлугина Т. П., Бохан Н. А.* Механизмы реализации терапевтического эффекта иммуномодулятора галавита при комплексной терапии алкоголизма // Наркология. – 2005. – № 10. – С. 40–45.
10. *Егоров А. Ю., Шайдукова Л. К.* Современные особенности алкоголизма у женщин: возрастной аспект // Наркология. – 2005. – № 9. – С. 49–55.
11. *Клименко Т. В., Кирпиченко А. А.* Клинико-психологическая характеристика свойств личности мужчин и женщин с алкогольной зависимостью // Наркология. – 2007. – № 6. – С. 65–67.
12. *Красильников Г. Т., Дресвянников В. Л., Бохан Н. А.* Коморбидные аддитивные расстройства у больных шизофренией // Наркология. – 2002. – № 6. – С. 24–31.
13. *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. 53–56.
14. *Кривулин Е. Н., Мингазов А. Х., Бохан Н. А.* Диагностика и оценка динамики алкоголизма в позднем возрасте // Журнал неврологии и психиатрии. – 2013. – Т. 113, вып. 2. – С. 43–47.
15. *Мингазов А. Х., Кривулин Е. Н., Бохан Н. А.* Факторы формирования алкоголизма в позднем возрасте // Неврологический вестник. – 2012. – Т. XLIV, вып. 2. – С. 10–16.
16. *Сиволап 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.
17. *Надеждин А. В.* Возрастные особенности наркологических заболеваний // Руководство по наркологии / под ред. Н. Н. Иванца. – М. : Медпрактика-М, 2002. – Т. 1. – С. 408–422.
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., Галактионов О. К.* Очерки этнопсихологии и этнопсихотерапии / под ред. акад. РАН В. Я. Семке. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 1999. – 157 с.
20. *Семке Н. А., Бохан Н. А., Мандель А. И.* Персоналогический анализ в контексте систематики аддитивных состояний // Наркология. – 2006. – № 1. – С. 60–66.
21. *Семке В. Я., Мельникова Т. Н., Бохан Н. А.* Нейробиологические механизмы алкоголизма // Журнал неврологии и психиатрии. – 2002. – Т. 102, вып. 8. – С. 61–66.
22. *Семке В. Я., Одарченко С. С.* Проблема одиночества лиц пожилого возраста // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 4. – С. 115–118.
23. *Barry K. L., Oslin D. W., Blow F. C.* Alcohol problems in older adults: prevention and management. – Copyright© by Springer Publishing Company, Inc., 2001.
24. *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.
25. *Kennedy G. J.* Geriatric mental health care : a treatment guide for health professionals. – The Guilford Press, 2000.
26. *Prokopieva V. D., Bohan N. A., Johnson P., Abe H., Boldyrev A. A.* Effects of carnosine and related compounds on the stability and morphology of erythrocytes from alcoholics // *Alcohol & Alcoholism.* – 2000. – V. 35, № 1. – P. 44–48.
27. *Shin S., Mathew T., Yanova G., Fitzmaurice G., Livchits V., Yanov S., Strelis A., Mishustin S., Bokhan N., Lastimoso Ch., Connery H., Hart J., Greenfield S.* Alcohol consumption among men and women with tuberculosis in Tomsk, Russia // *Cent. Eur. J. Public Health.* – 2010. – V. 18 (3). – P. 132–138.
28. *Tyulina O. V., Boldyrev A. A., Prokopieva V. D., Johnson P.* Erythrocyte and plasma protein modification in Alcoholism: a possible role of acetaldehyde // *Biochimica et Biophysica Acta (BBA)/Molecular Basis of Disease.* – 2006. – V. 1762, № 5. – P. 558–563.

## Транслитерация русских источников

1. Altshuler V. B. Female alcoholism // *Lektsii po narkologii. – Izd-e 2-e / pod red. N. N. Ivantsa. – M. : Nolidzh, 2000.*
2. Bohan N. A., Mandel A. I., Peshkovskaya A. G., Badyirgyi I. O., Aslanbekova N. V. Ethnoterritorial heterogeneity of formation of alcohol dependence in indigenous population of Siberia // *Zhurnal nevrologii i psikiatrii. – 2013. – T. 113, vyip. 2. – S. 9–14.*
3. Bohan N. A. Clinical heterogeneity of alcoholism and comorbidity: paradigm of multi-axial conjugality of the problems // *Narkologiya. – 2002. – N 2. – S. 31–37.*
4. Bohan N. A., Mandel A. I., Maksimenko N. N., Mihaleva L. D. Mortal outcomes in alcohol dependence // *Narkologiya. – 2007. – N 12. – S. 31–35.*
5. Bohan T. G. Systemic determinants of stress resistance in age and ethnopsychological contexts // *Sibirskiy psihologicheskii zhurnal. – 2007. – Vyip. 25. – S. 180–186.*
6. Bohan N. A., Semke V. Ya. Comorbidity in addiction psychiatry. – Tomsk : Izd-vo Tom. un-ta, 2009. – 510 s.
7. Bohan N. A. Clinical-pathodynamic regularities and therapy of alcoholism with comorbid exogenous-organic brain impairment: avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. – Tomsk, 1996. – 46 s.
8. Bohan T. G., Peshkovskaya A. G. Difficulties in self-realization in subjective picture of life of patients with alcoholism // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2011. – N 2. – S. 34–40.*
9. Vetlugina T. P., Bohan N. A. Mechanisms of realization of therapeutic effect of immunomodulator galavit during complex therapy of alcoholism // *Narkologiya. – 2005. – N 10. – S. 40–45.*
10. Egorov A. Yu., Shaydukova L. K. Modern traits of alcoholism in women: age aspect // *Narkologiya. – 2005. – N 9. – S. 49–55.*
11. Klimenko T. V., Kirpichenko A. A. Clinical-psychological characteristic of traits of the personality of men and women with alcohol dependence // *Narkologiya. – 2007. – N 6. – S. 65–67.*
12. Krasilnikov G. T., Dresvyannikov V. L., Bohan N. A. Comorbid addictive disorders in patients with schizophrenia // *Narkologiya. – 2002. – N 6. – S. 24–31.*
13. Krivulin E. N., Mingazov A. H., Vlasov A. A., Yurkina N. V. Age clinical-dynamic traits of alcoholism of early and later life // *Narkologiya. – 2012. – N 5. – S. 53–56.*
14. Krivulin E. N., Mingazov A. H., Bohan N. A. Diagnostic and assessment of dynamic of alcoholism in later life // *Zhurnal nevrologii i psikiatrii. – 2013. – T. 113, vyip. 2. – S. 43–47.*
15. Mingazov A. H., Krivulin E. N., Bohan N. A. Factors of formation of alcoholism in later life // *Nevrologicheskiy vestnik. – 2012. – T. XLIV, vyip. 2. – S. 10–16.*
16. Sivolap Yu. P., Damulin I. V., Savchenkov V. A., Yanushkevich M. V., Pevtsov G. V. Gender differences in alcoholism and alcohol illness. Problem of female alcoholism // *Rukovodstvo po addiktologii / pod red. V. D. Mendelevicha. – SPb. : Rech, 2007. – S. 206.*
17. Nadezhdin A. V. Age traits of substance use diseases // *Rukovodstvo po narkologii / pod red. N. N. Ivantsa. – M. : Medpraktika-M, 2002. – T. 1. – S. 408–422.*
18. Semke V. Ya., Bohan N. A., Mandel A. I. Prevalence, pathomorphosis and clinical-psychological aspects of opium addiction in Tomsk Region // *Narkologiya. – 2002. – N 7. – S. 20–23.*
19. *Semke V. Ja., Bohan N. A., Galaktionov O. K. Sketches of ethnopsychology and ethnopsychotherapy / pod red. akad. RAMN V. Ja. Semke. – Tomsk: Izd-vo Tom. un-ta, 1999. – 157 s.*
20. Semke N. A., Bohan N. A., Mandel A. I. Personological analysis in context of systematic of addictive states // *Narkologiya. – 2006. – N 1. – S. 60–66.*
21. Semke V. Ya., Melnikova T. N., Bohan N. A. Neurobiological mechanisms of alcoholism // *Zhurnal nevrologii i psikiatrii. – 2002. – T. 102, vyip. 8. – S. 61–66.*
22. Semke V. Ya., Odarchenko S. S. Problem of loneliness of persons in the elderly // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2006. – N 4. – S. 115–118.*

# ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.89-053.6:575.191(571.1/5)+(571.6)  
ББК Р64-35-9+Р733

## ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ИНВАЛИДИЗИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РЕГИОНЕ СИБИРИ И ДАЛЬНОГО ВОСТОКА (ИТОГИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕМЫ НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009—2011 ГГ.)

Куприянова И. Е.<sup>\*</sup>, Рахмазова Л. Д.,  
Агарков А. А., Стоянова И. Я.,  
Солонский А. В., Гуткевич Е. В.,  
Дашиева Б. А., Карауш И. С.,  
Скороходова Т. Ф., Погорелова Т. В.,  
Чернышева К. Г.

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

В результате комплексных междисциплинарных исследований онтогенетических проблем психического здоровья систематизированы данные морфометрической оценки ангиогенеза эмбрионов, выявлены медико-генетические предпосылки и условия формирования психических расстройств у детей. Представлены данные по заболеваемости психическими расстройствами у детей в Томской области, изучена структура психических расстройств у детей с ограниченными возможностями здоровья (детский церебральный паралич, слабослышащие дети, дети с врожденными пороками сердца). Рассмотрены возможности реабилитации и профилактики выявленной патологии у данной категории детей. **Ключевые слова:** психическое здоровье детей и подростков, онтогенетическое развитие мозга, медико-генетические аспекты, дети с ограниченными возможностями здоровья, дети с врожденными пороками сердца.

MENTAL HEALTH OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH DISABLING DISEASES IN REGION OF SIBERIA AND FAR EAST (RESULTS OF COMPLEX THEME OF SCIENTIFIC RESEARCH OF «Mental Health Research Institute» SB RAMSCI, 2009—2011). Kupriyanova I. E., Rakhmazova L. D., Agarkov A. A., Stoyanova I. Ya., Solonky A. V., Gutkevich E. V., Dashieva B. A., Karaush I. S., Skorokhodova T. F., Pogorelova T. V., Chernysheva K. G. Mental Health Research Institute SB RAMSci. 634014, Tomsk, Aleutskaya Street, 4. As a result of complex interdepartmental investigations of ontogenetic problems of mental health, data of morphometric assessment of angiogenesis of embryos has been

<sup>\*</sup> Куприянова Ирина Евгеньевна, д.м.н., проф., зав. отд. профилактической психиатрии, Телефон: (3832)723824. E-mail: irinakupr@rambler.ru

systematized, medico-genetic preconditions and conditions of formation of mental disorders in children have been revealed. Data about sickness rate with mental disorders in children in Tomsk Region has been presented; structure of mental disorders in children with disabilities (cerebral palsy, children with hearing disorders, and children with atelocardia) has been studied. Possibilities of rehabilitation and prevention of revealed pathology in this category of children have been considered. **Key words:** mental health of children and adolescents, brain ontogenetic development, medico-genetic aspects, children with disabilities, children with atelocardia.

Одной из существенных тенденций современного развития общества, имеющих негативный характер, является ухудшение состояния здоровья детей и подростков. Возросла частота психодезадаптивных состояний (ПДАС), суицидов, асоциальных и антисоциальных форм поведения (проявлений агрессии и вандализма), нарушений психофизического развития [1, 2]. 20-летний мониторинг психического здоровья детей раннего возраста показал, что если в начале 80-х гг. на 100 малышей до 3 лет приходилось 9 детей с психическими нарушениями и 30 составляли «группу риска», то к концу 90-х гг. таких детей выявлялось 15,5 и 35,0 соответственно, что определяет актуальность дальнейшего развития *детско-подростковой психиатрии* [3, 4].

Современная методология и многообразие взглядов на психические расстройства обуславливают необходимость мультидисциплинарных исследований и актуальность использования новых системных подходов. Онтогенетическое развитие мозга тесно связано с множеством факторов, которые влияют на формирование синаптических контактов в процессе установления межнейронных взаимоотношений [5].

**Актуальность и необходимость** исследования медико-генетических аспектов формирования и фенотипического оформления психических расстройств детского возраста в социально-экологических условиях региона Сибири определяется прогнозируемой демографической ситуацией (увеличение детского и подросткового населения в популяции при повышении распространенности инвалидизирующих психических расстройств). Указанная ситуация усугубляется негативной динамикой этнотерриториальных [6, 7] и гендерных [8] показателей злоупотребления психоактивными веществами с ранней манифестацией коморбидных форм зависимости [9].

К числу значимых факторов, определяющих психическое состояние ребенка и его адаптацию, в полной мере можно отнести врожденные пороки развития (детский церебральный паралич, пороки развития сенсорной системы, врожденные пороки сердца). Врожденные пороки сердца и системы кровообращения регистрируются с частотой 0,7—0,8 %. Ежегодно в России рождается 20 000—22 000 детей с врожденными



пороками сердца (ВПС) с отчетливой тенденцией к увеличению данного показателя [10, 11]. Таким образом, анализ научных исследований выявляет ряд дискутируемых проблем, связанных с распространенностью, патоморфозом, клинико-психологическими закономерностями динамики психических расстройств у детей, особенностей патобиологического развития, генетической предрасположенности. Исходя из этого, **целью** явилось изучение патобиологических, клинических, психосоциальных закономерностей формирования психических расстройств в детско-подростковом возрасте.

Использование современных методов исследования позволило лаборатории нейробиологии разработать и внедрить метод компьютерно-морфометрической оценки параметров развивающегося мозга, в частности ангиогенеза. Установлено, что данные, полученные с помощью этого подхода, полностью сопоставимы с результатами измерений, проведенных с использованием программы анализа изображений Scion Image for Windows (based on the NIH mageon the Macintosh platform). Изучены особенности формирования структуры эмбриональных сосудов мозга на ранних стадиях его развития при алкоголизации матери. Компьютерно-морфометрическим методом установлено, что под влиянием пренатальной алкоголизации на 11-й и 12-й неделях развития происходит уменьшение средней площади сосудов мозга, а также снижение их количества в промежуточном слое коры мозга эмбрионов. Показано, что с 10-й недели развития начинается дифференцировка сосудов на артериальные и венозные. Алкоголизация материнского организма в период беременности может оказать значительное воздействие на динамику развития кровеносной системы эмбрионального мозга человека, что выражается в задержке развития эмбриональных сосудов растущего мозга [12].

Изучены генетико-демографические особенности, социально-репродуктивные и психологические характеристики семей с психически больными детьми с помощью анкетного опроса [13]. Всего исследовано 91 семья с 93 детьми в возрасте от 3 до 9 лет. Психическая патология у детей была представлена такими психическими расстройствами, как умственная отсталость, специфические расстройства речи и чтения, детский аутизм, гиперкинетические расстройства, тревожные, фобические расстройства и др. Программы мероприятий семейно-генетической превенции включали изменение структурно-ролевых аспектов жизнедеятельности семьи с учетом психологических, этнокультуральных [14], когнитивных особенностей детей и родителей, созданием образовательных программ и тренингов [15]; коррекцию

родительско-детских отношений с переходом от оценочной позиции с формированием личностной беспомощности у ребенка к выработке адекватных копинг-стратегий для решения семейных проблем [16].

Установлена распространенность, клинико-патобиологические закономерности развития, реабилитации и профилактики психических расстройств у детей в регионе Сибири [17, 18]. По количеству состоящих на учете детей с психическими расстройствами, также как и по первичной заболеваемости, Томскую область отличают самые высокие показатели (3728,7 на 100 000 человек детского населения в 2000 г. и 5719,6 – в 2008 г.). В 2007 г. этот показатель в Томской области достиг величины 6868,8 на 100 000 человек детского населения, превышая аналогичные данные по России в 2 раза (показатель по РФ – 3337,68) и в 6 раз по Бурятии, где показатель состоящих на учете больных равнялся 1893,95 на 100 000 человек детского населения.

Предпринято исследование психического здоровья детей с ограниченными возможностями здоровья, учащихся средней общеобразовательной школы № 60 социальной адаптации детей-инвалидов г. Улан-Удэ Республики Бурятия. Изучены мотивационная сфера и уровень тревожности у учащихся 5–9-х классов с диагнозом «детский церебральный паралич» (ДЦП), количество детей – 22 человека. Задержка нервно-психического развития наблюдалась у 31,8 % (7 чел.), асинхрония развития – у 59,1 % (13 чел.). Нозологическая структура нервно-психических расстройств представлена следующим образом: нарушение речевого развития – 22,7 % (5 чел.), нарушение психологического развития – 13,6 (3 чел.). Со школьной программой справляются 27,3 % (6 чел.), имели затруднения 68,2 % учащихся (15 чел.). Форма дезадаптивного поведения, болезненные переживания по поводу своего внешнего вида уводили детей от активной жизни. При проведении коррекционной работы уровень тревожности увеличивался, что свидетельствовало об эффективности и положительной динамике показателей, отражающих мотивацию.

На базе специализированной школы № 15 Томска исследован психический статус у детей с нарушением слуха. В 20 % случаев диагностировалась умственная отсталость (рубрики F70, F78, F79), в 72 % – нарушения психологического развития (F83, F81.3), в 8 % – нарушение активности и внимания (F90), у 10 % детей отмечалась норма интеллектуального развития. У большинства обследованных детей (90 %) имелись расстройства речевого развития (F80.8), обусловленные основным заболеванием (H90). Проводились индивидуальное консультирование детей и их родителей, индиви-

дуальная психотерапевтическая коррекция, при необходимости – психофармакотерапия [19]. Разрабатываются реабилитационные программы для повышения адаптационных возможностей, снижения уровня тревоги и повышения уровня качества жизни детей с нарушением слуха [20].

Проведено обследование 179 детей и подростков с врожденными пороками сердца (пороки бледного типа диагностированы у 155 пациентов, у 24 – пороки цианотичного типа) в возрасте от 4 месяцев до 18 лет, поступающих на оперативное лечение в отделение детской кардиологии НИИК СО РАМН. Лишь в 24,6 % случаев (44 ребенка) психических расстройств не выявлено. Психические нарушения диагностированы у 124 (69,3 %) детей и подростков, с достоверно большей частотой у мальчиков ( $p < 0,05$ ). Наибольшее число детей (109 – 60,9 %) имели пограничные (непсихотические) психические расстройства; у 15 детей (8,4 %) диагностирована умственная отсталость. Среди психических нарушений донозологический уровень составил 6,1 %, в 44,1 % случаев отмечалось сочетание нескольких пограничных психических расстройств.

Сравнительный анализ частоты и структуры психических расстройств у детей с пороками сердца и без таковых показал достоверно ( $p < 0,05$ ) большую частоту психической патологии в группе детей с ВПС. В структуре сочетанных психических нарушений у детей с ВПС преобладали более тяжелые органические расстройства со снижением когнитивных функций и выраженной церебральной симптоматикой. Более тяжелые нарушения с когнитивным снижением отмечены в группе детей при пороках сердца с цианозом синего типа в сравнении с пороками бледного типа. При этом органические психические расстройства наблюдались в 21,5 и 4,7 % случаев в соответствующих группах, с меньшей частотой зафиксирована умственная отсталость (в 14,3 и 0,8 %). Установлено увеличение доли органических астенических психических расстройств с нарастанием тяжести недостаточности кровообращения (17,7 % – при НК тяжелой степени и 2,8 % – при умеренной НК,  $p < 0,01$ ). Умственная отсталость чаще диагностировалась при тяжелой ЛГ, чем при ЛГ умеренной (3,4 и 0,9 %,  $p < 0,05$ ).

Рассматривая вопрос об аффективной патологии подросткового возраста, нельзя оставить без внимания группу психогенных расстройств, в структуре которой депрессия является довольно частым клиническим проявлением. Отмечено увеличение заболеваемости психогенными депрессиями у подростков, в генезе которых ведущая роль отводится неблагоприятным средовым факторам и индивидуальной личностной уязвимости [21].

Согласно данным, полученным в ходе обследования 61 подростка с расстройствами адаптации в возрасте от 14 до 18 лет на базе отдела детско-подростковой психиатрии «НИИПЗ» СО РАМН было установлено, что более чем в 25 % случаев нозологическая структура текущего расстройства соответствовала критериям пролонгированной депрессивной реакции. Наиболее часто (в 65,8 % случаев) психогенные депрессии были инициированы факторами социального стресса, среди которых наиболее значимыми были следующие: конфликтные отношения в школе (17,2 %), семье (16,8 %), недостаточное понимание и поддержка со стороны близких (10 %), значительные перемены в личной жизни, такие как смерть или болезнь близкого человека, развод родителей (10,0 %), смена места жительства (6,0 %), несогласие с новыми принципами жизни (5,9 %), необходимость проявления личной инициативы, ответственности, усидчивости (4,4 %). Примечательным является, что в 73,4 % случаев расстройство адаптации было вызвано сочетанием двух и более психогенно-травматизирующих факторов. При сопоставлении факторов социального стресса среди подростков и пола было установлено, что конфликты в школе у мальчиков значимо чаще (24,2 %) встречаются и участвуют в формировании расстройства адаптации, нежели у девочек (12,5 %) ( $p = 0,0001$ ). Необходимость проявления инициативы, ответственности и усидчивости у мальчиков (7,0 %) как фактор социального стресса встречается чаще, чем у девочек (2,3 %), при этом различия статистически значимы ( $p = 0,03$ ). Конфликты в школе у мальчиков встречаются значимо чаще (24,2 %) и участвуют в формировании расстройства адаптации, чем у девочек (12,5 %) ( $p = 0,0001$ ). Недостаточное понимание со стороны близких, нестабильные или конфликтные отношения в семье и в школе являются для подростка основными факторами социального стресса, наиболее часто вызывающими аффективный расстройство [22].

Существенное значение при осуществлении комплекса превентивных мероприятий среди детей и подростков приобретает профилактика формирования зависимого потребления ПАВ, в том числе пивной аддикции [20], а также социального сиротства [23], повышения качества жизни и индивидуальной стрессоустойчивости [24], учета культуральной специфики [25]. При оказании психологической помощи семьям с детьми с нарушениями психического развития необходимо иметь информацию об особенностях ролевого соответствия родителей, определяющих вклад семьи в психическое здоровье ребенка. Особенности родительского взаимодействия изучались в семьях детей дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью и общим нарушением речи [26].

Таким образом, мультидисциплинарное исследование семей детей с психическими расстройствами позволило изучить социально-репродуктивные характеристики и генетико-демографические особенности семей с психически больными детьми. В результате применения дифференцированных реабилитационных программ для детей с аффективной патологией, нарушениями адаптации, умственной отсталостью отмечено улучшение у 29,3 % детей и подростков, стойкое улучшение – у 10,3 %.

При наличии психических расстройств у детей с врожденными пороками сердца улучшение социальной адаптации с большей частотой регистрировалось у детей в группе реабилитации, чем в группе сравнения (64,5 и 22,2 %,  $p < 0,01$ ). Ухудшение социальной адаптации достоверно чаще произошло в группе детей, которым не проводилась реабилитация, чем у детей с реализованными реабилитационными программами (38,9 и 4,4 %,  $p < 0,001$ ).

Выявленные клинические особенности психопатологических нарушений в разных этнических группах определяются существующими в данной популяции позициями культуры, традициями и укладом жизни. В группе русских детей прослеживается тенденция в сторону преобладающего влияния социальных факторов и, как следствие, происходит увеличение показателей распространенности пограничных НПР. У бурят влияние биологических факторов также значимо, как и социальных.

Современные технологии реабилитации и профилактики психических расстройств у детей и подростков включают межведомственный принцип взаимодействия, активную работу с социальными государственными структурами, педагогами, родителями.

Создание для ребенка зоны психологического комфорта, психотерапевтическое и психокоррекционное сопровождение, психофармакологическое воздействие препаратами нового класса, повышающего адаптационные возможности организма, на всех этапах реабилитации способствует оптимальному развитию индивидуума.

#### Л и т е р а т у р а

1. Семке В. Я., Авдеев А. А., Бабушкина Л. У., Бохан Н. А. К проблеме клинко-патогенетического анализа и коррекции нарушений поведения подростков // Журнал неврологии и психиатрии. – 1982. – Вып. 10. – С. 15–17.
2. Краевец Е. Б., Бохан Т. Г., Шеренкова Е. П. Психологические особенности детей с различными вариантами низкорослости // Сибирский психологический журнал. – 2000. – № 12. – С. 51.
3. Чуркин А. А., Творогова Н. А. Психиатрическая помощь в Российской Федерации в 2005 г. // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 5. – С. 4–12.
4. Хритинин Д. Ф., Цыганков Б. Д., Барыльник Ю. Б. Медико-социальная адаптация безнадзорных несовершеннолетних с психическими расстройствами // XIV съезд психиатров России. – М., 2005. – С. 319.

5. Solonskii A. V., Logvinov S. V., Kutepova N. A. Development of brain vessels in human embryos and fetuses in conditions of prenatal exposure to alcohol // Neuroscience and Behavioral Physiology. – 2008. – V. 38 (4). – P. 373–376.
6. Бохан Н. А., Мандель А. И., Пешковская А. Г., Бадыр-гы И. О., Асланбекова Н. В. Этнотерриториальная гетерогенность формирования алкогольной зависимости у коренного населения Сибири // Журнал неврологии и психиатрии. – 2013. – Т. 113, вып. 2. – С. 9–14.
7. Bokhan N. A., Mandel A. I., Gusamov R. R. Mental and behavioral disorders in substance use among adolescents under conditions of the far north // Alaska medicine. – 2006. – V. 49, № 2. – Suppl. – P. 251–254.
8. Bokhan N. A., Baturin E. V. Gender heteronomy of the formation of heroin addiction in adolescents // Neuroscience and Behavioral Physiology. – 2011. – V. 41, № 7. – P. 710–714.
9. Бохан Н. А., Благов Л. Н., Кургак Д. И. Коморбидность опиоидной наркомании и алкоголизма у больных молодого возраста: клинические варианты двойного диагноза // Журн. неврологии и психиатрии. – 2012. – Т. 112, вып. 2. – С. 17–24.
10. Семке В. Я., Куприянова И. Е., Дашиева Б. А., Карауш И. С., Семенова Н. Ю. Психическое здоровье детей: клиническое и социальное исследование (обзор иностранной литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 3. – С. 71–76.
11. Куприянова И. Е., Дашиева Б. А., Карауш И. С. Клинико-психологические, биологические и социальные факторы риска развития психопатологических нарушений у детей с ограниченными возможностями здоровья // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 3. – С. 36–40.
12. Солонский А. В., Семке В. Я., Бохан Н. А., Логвинов С. В. Онтогенетические закономерности развития мозга плодов человека при алкоголизме матери // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 2 (59). – С. 9–17.
13. Гуткевич Е. В., Андрусенко И. В., Агарков А. А., Куприянова И. Е. Семьи детей с психическими расстройствами: социально-психологический, генетико-демографический и превентивный аспекты // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 1. – С. 33–40.
14. Бохан Т. Г., Галажинский Э. В., Мещерякова Э. И. Этнопсихологические, гендерные и возрастные особенности совладающего поведения подростков и юношей разных национальностей Сибирского региона // Сибирский психологический журнал. – 2005. – № 22. – С. 71–78.
15. Козлова Н. В., Бохан Т. Г. Акмеориентированные технологии в практике инновационного образования // Психология обучения. – 2010. – № 12. – С. 39–52.
16. Толмачева Ю. В., Бохан Т. Г. Диадный копинг родителей и детей дошкольного возраста // Сибирский психологический журнал. – 2011. – № 42. – С. 102.
17. Куприянова И. Е., Рахмазова Л. Д., Стоянова И. Я., Солонский А. В., Гуткевич Е. В., Агарков А. А., Скороходова Т. Ф., Насырова Р. Ф., Дашиева Б. А., Карауш И. С., Рудникович Т. В., Семенова Н. Ю. Клинико-патобиологические закономерности развития, реабилитации, профилактики психических расстройств у детей в регионе Сибири // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4. – С. 33–35.
18. 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.

19. Дашиева Б. А., Карауш И. С., Куприянова И. Е. Медико-психологическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 5. – С. 33–35.
  20. Куприянова И. Е., Дашиева Б. А., Карауш И. С. Актуальные вопросы и перспективы психолого-педагогического и медико-социального сопровождения процессов обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2011. – № 10. – С. 107–110.
  21. Агарков А. П., Агарков А. А., Логунцова О. Н. Научно-организационные проблемы оказания психоневрологической помощи в детско-подростковом возрасте // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2004. – № 3. – С. 37.
  22. Твердохлебова Н. В., Бохан Т. Г. Сформированность пивного аддиктивного поведения в зависимости от статуса идентичности, пола, возраста и образования // Вестник Сургутского государственного педагогического университета. – 2012. – № 6. – С. 140–143.
  23. Бохан Т. Г., Филоненко А. Л., Бабушкина О. Н. Особенности жизненного мира социальных сирот на этапе перехода от смыслового к ценностному сознанию // Вестник Томского государственного университета. – 2012. – № 363. – С. 167–171.
  24. Семке В. Я., Богомаз С. А., Бохан Т. Г. Качество жизни молодежи народов Сибири как системный показатель уровня стрессоустойчивости // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 2. – С. 94–98.
  25. Семке В. Я., Бохан Н. А., Галактионов О. К. Очерки этнопсихологии и этнопсихотерапии / под ред. акад. РАМН В. Я. Семке. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 1999. – 157 с.
  26. Агарков А. А., Глушко Т. В., Погорелова Т. В. Социальная адаптация лиц допризывного и призывного возрастов, страдающих умственных отсталостью // Сибирский медицинский журнал (г. Иркутск). – 2006. – № 5. – С. 72.
- Транслитерация русских источников*
1. Semke V. Ya., Avdeenko A. A., Babushkina L. U., Bohan N. A. About the problem of clinical-pathogenetic analysis and correction of adolescents' behavior disturbances // Zhurnal nevrologii i psichiatrii. – 1982. – Vyp. 10. – S. 15–17.
  2. Kravets E. B., Bohan T. G., Sherenkova E. P. Psychological traits of children with various variants of stunting // Sibirskiy psihologicheskij zhurnal. – 2000. – N 12. – S. 51.
  3. Churkin A. A., Tvorogova N. A. Psychiatric help in Russian Federation in 2005 // Rossiyskiy psichiatricheskij zhurnal. – 2006. – N 5. – S. 4–12.
  4. Hritinin D. F., Tsyigankov B. D., Baryilnik Yu. B. Medico-social adaptation of neglected children with mental disorders // XIV s'ezd psichiatrov Rossii. – M., 2005. – S. 319.
  5. Solonskii A. V., Logvinov S. V., Kutepova N. A. Development of brain vessels in human embryos and fetuses in conditions of prenatal exposure to alcohol // Neuroscience and Behavioral Physiology. – 2008. – V. 38 (4). – P. 373–376.
  6. Bohan N. A., Mandel A. I., Peshkovskaya A. G., Badyirgyi I. O., Aslanbekova N. V. Ethnoterritorial heterogeneity of formation of alcohol dependence in indigenous population of Siberia // Zhurnal nevrologii i psichiatrii. – 2013. – T. 113, vyp. 2. – S. 9–14.
  9. Bohan N. A., Blagov L. N., Kurgak D. I. Comorbidity of opioid addiction and alcoholism in patients of young age: clinical variants of dual diagnosis // Zhurn. nevrologii i psichiatrii. – 2012. – T. 112, vyp. 2. – S. 17–24.
  10. Semke V. Ya., Kupriyanova I. E., Dashieva B. A., Karaush I. S., Semenova N. Yu. Mental health of children: clinical and social investigation (review of foreign literature) // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. – 2011. – N 3. – S. 71–76.
  11. Kupriyanova I. E., Dashieva B. A., Karaush I. S. Clinical-psychological, biological and social risk factors of development of psychopathological disturbances in children with disabilities // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. – 2012. – N 3. – S. 36–40.
  12. Solonskiy A. V., Semke V. Ya., Bohan N. A., Logvinov S. V. Ontogenetic regularities of human fetus brain development during alcoholism of the mother // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. – 2010. – N 2 (59). – S. 9–17.
  13. Gutkevich E. V., Andrusenko I. V., Agarkov A. A., Kupriyanova I. E. Families of children with mental disorders: social-psychological, genetic-demographic and preventive aspects // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. – 2012. – N 1. – S. 33–40.
  14. Bohan T. G., Galazhinskiy E. V., Mescheryakova E. I. Ethno-psychological, gender and age traits of coping behavior of adolescents and young boys of various nationalities of Siberian Region // Sibirskiy psihologicheskij zhurnal. – 2005. – N 22. – S. 71–78.
  15. Kozlova N. V., Bohan T. G. Acme-oriented technologies in practice of innovative education // Psihologiya obucheniya. – 2010. – N 12. – S. 39–52.
  16. Tolmacheva Yu. V., Bohan T. G. Dyad coping of parents and children of preschool age // Sibirskiy psihologicheskij zhurnal. – 2011. – N 42. – S. 102.
  17. Kupriyanova I. E., Rahmazova L. D., Stoyanova I. Ya., Solonskiy A. V., Gutkevich E. V., Agarkov A. A., Skorohodova T. F., Nasyirova R. F., Dashieva B. A., Karaush I. S., Rudnikov T. V., Semenova N. Yu. Clinical-pathobiological regularities of development, rehabilitation, prevention of mental disorders in children in Region of Siberia // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. – 2011. – N 4. – S. 33–35.
  18. Aksenov M. M., Semke V. Ya., Belokrylova M. F., Kupriyanova I. E., Epanchintseva E. M., Veltugina 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. Typology, constitutional-biological and clinical-dynamic characteristics of crisis states in borderline neuropsychiatric disorders // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. – 2009. – N 5. – S. 9–15.
  19. Dashieva B. A., Karaush I. S., Kupriyanova I. E. Medico-psychological coaching of children with disabilities // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. – 2010. – N 5. – S. 33–35.
  20. Kupriyanova I. E., Dashieva B. A., Karaush I. S. Relevant questions and perspectives of psychological-pedagogical and medico-social coaching of processes of training and education of children with disabilities // Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta. – 2011. – N 10. – S. 107–110.
  21. Agarkov A. P., Agarkov A. A., Logunтова O. N. Scientific-organizational problems of rendering of psychoneurological help in childhood and adolescence // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. – 2004. – N 3. – S. 37.
  22. Tverдохлебова N. V., Bohan T. G. The formed beer addictive behavior depending on status of identity, sex, age and education // Vestnik Surgutskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta. – 2012. – N 6. – S. 140–143.
  23. Bohan T. G., Filonenko A. L., Babushkina O. N. Peculiarities of life world of social orphans at the stage of transition from semantic to value consciousness // Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. – 2012. – N 363. – S. 167–171.
  24. Semke V. Ya., Bogomaz S. A., Bohan T. G. Quality of life of youth of peoples of Siberia as a systemic index of level of stress resistance // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. – 2012. – N 2. – S. 94–98.
  25. Semke V. Ya., Bohan N. A., Galaktionov O. K. Sketches of ethnopsychology and ethnopsychotherapy / pod red. akad. RAMN V. Ya. Semke. – Tomsk: Izd-vo Tom. un-ta, 1999. – 157 s.
  26. Agarkov A. A., Glushko T. V., Pogorelova T. V. Social adaptation of persons of pre-draft and draft age suffering from mental retardation // Sibirskiy meditsinskiy zhurnal (g. Irkutsk). – 2006. – N 5. – S. 72.

# ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.89

ББК Р648

## НАРУШЕНИЯ УРОВНЕЙ РЕГУЛЯЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЮРИДИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ОГРАНИЧЕННОЙ ДЕЕСПОСОБНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Корзун Д. Н.<sup>\*</sup>, Ткаченко А. А.

ФГБУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского» Минздрава России  
119992, ГСП-2, Москва, Кропоткинский пер., 23

Анализируется вводимая в законодательство норма ограниченной дееспособности лиц с психическими расстройствами. Приводится модель соотношения уровней регуляции деятельности при принятии юридически значимых решений. Проводится анализ нарушения уровней регуляции деятельности при различных психических расстройствах с учетом этапа заболевания. Обосновываются модели ограниченной дееспособности, исходя из преобладающих нарушений целевого и смыслового уровней регуляции деятельности. **Ключевые слова:** судебно-психиатрическая экспертиза, ограниченная дееспособность, смысловой уровень регуляции деятельности, целевой уровень регуляции деятельности.

**DISTURBANCES OF LEVELS OF ACTIVITY REGULATION AND JURIDICAL CRITERION OF LIMITED LEGAL CAPACITY AS A CONSEQUENCE OF MENTAL DISORDERS.** Korzun D. N., Tkachenko A. A. «State Scientific V. P. Serbsky's Social and Forensic Psychiatry Center» of Ministry of Healthcare of Russia. 119992, GSP-2, Moscow, Kropotkinsky Lane, 23. Introduced into legislation norm of limited legal capacity of persons with mental disorders is analyzed. Model of ratio of levels of activity regulation during adoption of juridical significant decisions is introduced. Analysis of disturbance of levels of activity regulation in various mental disorders with account for stage of diseases is carried out. Models of limited legal capacity are based resulting from predominant disturbances of targeted and semantic levels of activity regulation. **Key words:** forensic psychiatric examination, limited legal capacity, semantic level of activity regulation, targeted level of activity regulation.

Реформирование законодательства в Российской Федерации, идущее по пути расширения прав лиц с психическими расстройствами, ставит новые экспертные задачи, которые требуют научного обоснования. Одной из наиболее значимых является норма ограниченной

дееспособности вследствие психического расстройства, которая в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 30.12.2012 № 302-ФЗ «О внесении изменений в главы 1, 2, 3 и 4 части первой Гражданского кодекса Российской Федерации» вступит в действие в марте 2015 г. Согласно новой редакции п. 2 ст. 30 Гражданского кодекса Российской Федерации, «гражданин, который вследствие психического расстройства может понимать значение своих действий и руководить ими лишь при помощи других лиц, может быть ограничен судом в дееспособности, в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством. Над ним устанавливается попечительство».

Попечители граждан, дееспособность которых ограничена вследствие психического расстройства, дают согласие на совершение тех сделок, которые граждане, находящиеся под попечительством, не вправе совершать самостоятельно, оказывают подопечным содействие в осуществлении ими своих прав и исполнении обязанностей, а также охраняют их от злоупотреблений со стороны третьих лиц. Попечители исполняют свои функции, учитывая мнение подопечного (ст. 33, 36 ГК РФ). На попечителя, таким образом, возложена функция помощника гражданина, ограниченного судом в дееспособности, которая может заключаться в разъяснении в доступной форме гражданину, ограниченному судом в дееспособности, юридически значимых ситуаций, неясных положений, в оказании помощи в принятии решения, в контроле за принимаемыми им решениями и исполнением обязательств. Кроме того, в обязанности попечителя входит заявление в суд ходатайства (при наличии достаточных оснований) об ограничении или лишении такого гражданина права самостоятельно распоряжаться своими доходами, а также в случае изменения психического состояния подачи заявления о восстановлении дееспособности либо признании гражданина недееспособным (п. п. 2–3 ст. 30 ГК РФ).

Правовая категория дееспособности (ст. 21 ГК РФ) включает в себя способность самостоятельно принимать юридически значимые решения и способность исполнять обязательства (взятые на себя и/либо накладываемые действующим законодательством). Законодательство не содержит дефиниции категории ограниченной дееспособности, выраженной в привычных формулах юридических (психологических) критериев. Тем не менее вводимая норма включает определенный диапазон социальной компетентности, который требует дифференциации с категорией дееспособности, с одной стороны, и недееспособности – с другой.

<sup>\*</sup> Корзун Дмитрий Николаевич, к.м.н., с.н.с. отделения эндогенных психозов. Телефон: 89269057730, e-mail: dnkk@yandex.ru

Ткаченко Андрей Анатольевич, д.м.н., проф., рук. отдела судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе. Тел.: 84956372262, e-mail: tkatchenko\_gnc@mail.ru

Между тем даже при выраженных формах психических расстройств юридически значимая активность человека, в частности реализация своих гражданских прав и исполнение обязательств, регулируется личностными образованиями [1]. Общие принципиальные закономерности психической деятельности и психически здоровых, и лиц с психическими расстройствами едины [2]. Это позволяет рассматривать нарушения регуляции деятельности у лиц, страдающих психическими расстройствами, исходя из теории принятия решений [3, 4] и теории деятельности [5]. Возможность применения психологической теории принятия решений в судебной психиатрии с разграничением нормативных и психопатологических механизмов принятия юридически значимых решений обоснована применительно к экспертизе дееспособности и сделкоспособности [6, 7]. Устоявшимся является подход, основанный на представлении об уровне регуляции деятельности [8].

В норме и смысловой, и целевой уровни регуляции деятельности действуют согласованно (рис.). Устойчивые личностные смысловые образования в зависимости от механизмов инициации деятельности могут играть различную роль: побудительную, направляющую, оценочную либо обусловить отказ от деятельности.

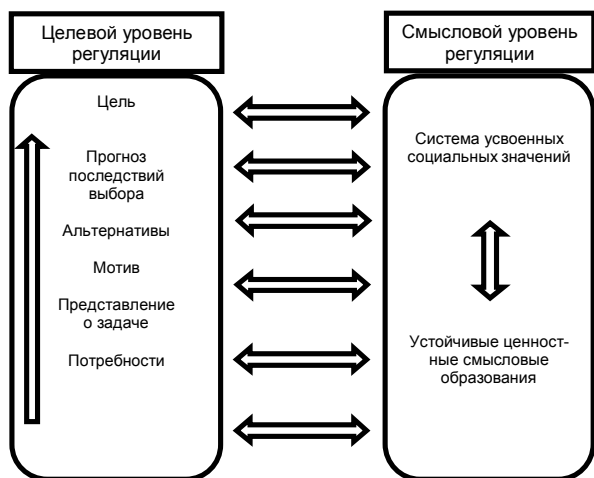


Рис. Соотношение уровней регуляции деятельности

На каждом этапе деятельности представление о решаемой юридически значимой задаче (проблемной ситуации), мотив, цель, альтернативы, прогнозируемые последствия выбора из альтернатив и риски сопоставляются с составляющими смысловой системы регуляции. При комплементарности смысла выполняемой деятельности усвоенным социальным значениям и устойчивым ценностным смысловым образованиям происходит последовательное осуществление деятельности, а конечном счете, достижение ее цели. Если смысл деятельности,

например, ее промежуточных результатов, не соответствует смысловой системе регуляции, возникает конфликтный личностный смысл, что ведет к коррекции выполняемой деятельности, отказу от нее либо через «решение задачи на смысл» приводит к перестройке иерархии ценностно-смысловых образований.

Психическое расстройство может приводить к нарушению различных звеньев регуляции юридически значимого поведения. Гипотезой исследования явилось предположение о неравномерном нарушении целевого и смыслового уровней регуляции деятельности в зависимости от нозологической принадлежности психического расстройства и этапа заболевания.

**Целью исследования** явилась разработка принципов экспертной оценки ограниченной дееспособности.

**Материал и методы.** Обследованы 92 подэкспертных, направленных на повторную судебно-психиатрическую экспертизу по гражданским делам об определении их дееспособности. Выбор материала исследования обусловлен тем обстоятельством, что на повторное экспертное обследование, как правило, направляются лица с пограничной, с экспертной точки зрения, психической патологией. Именно данный контингент и должен составить группу лиц, экспертный вывод об ограниченной дееспособности которых является высоко вероятным. Обследованы 50 мужчин и 42 женщины.

Распределение обследованных по диагнозам было следующим: 58,70 % составили больные с разными формами шизофрении, 18,48 % – органическими психическими расстройствами (в том числе органическим расстройством личности – 7,61 %, деменцией – 6,52 %, органическим бредовым (шизофреноподобным) расстройством – 4,35 %), 7,61 % – умственной отсталостью, 15,21 % пришлось на долю прочих наблюдений (расстройства личности, аффективные расстройства, неуточненные психические расстройства, психически здоровые).

Основными методами исследования были клиничко-психопатологический и статистический. 70,65 % больных были обследованы с помощью набора экспериментально-психологических методов обследования. Статистическая обработка полученных данных выполнялась по оригинальной карте обследования с помощью программы Statistika 6.0. Оценка достоверности сравниваемых показателей осуществлялась с использованием критерия Фишера. Статистически значимыми считались различия при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования.** У обследованных лиц с легкой умственной отсталостью (в возрасте от 25 до 32 лет), которые были направлены на судебно-психиатрическую экспертизу для восстановления их дееспособности, на первый план выступали малый запас общеоб-

разовательных знаний, снижение способности к обобщению, обстоятельность мышления, умеренное снижение памяти, замедленный темп психической деятельности. Несмотря на имеющуюся у них интеллектуальную недостаточность, обследованные хорошо ориентировались в бытовых вопросах. Достаточная развитость памяти, уровня обобщения позволяли им создавать представление о решаемой юридически значимой задаче, удерживать в памяти достаточное число альтернатив, оценивать выгоду или ущерб для себя и лиц близкого окружения в случае совершения тех или иных юридически значимых действий. Анализ их поведения выявил достаточную целенаправленность поведения: они настойчиво, последовательно добивались восстановления дееспособности, строили реальные планы относительно трудоустройства.

При этом обследованным были свойственны ограниченность круга интересов, облегченность, незрелость суждений, недостаточная сформированность представлений о принятых в обществе ценностях. При экспериментально-психологическом обследовании отмечались личностная незрелость, ориентация на мнение других лиц. Моделирование юридически значимых ситуаций в ходе клинического интервью выявляло зависимость принимаемого ими решения от направляющей помощи, что в целом говорит о несформированности иерархии личностно-смысловой сферы.

Таким образом, полученные результаты ( $p < 0,05$ ) позволяют говорить, что на определенном этапе эволютивной динамики умственной отсталости наблюдается опережение формирования целевого уровня регуляции юридически значимой деятельности в сравнении со смысловым.

Наблюдавшийся у лиц с органическим расстройством личности вследствие сосудистого заболевания головного мозга психоорганический синдром формировался после 60 лет и проявлялся заострением характерологических особенностей, повышенной раздражительностью, нетерпимостью, плаксивостью. Интеллектуально-мнестические расстройства характеризовались парциальностью нарушений и проявлялись снижением памяти на текущие события, обстоятельностью мышления с нарушением функций анализа, обобщения, невозможностью целостного охвата ситуации при правильном понимании ее деталей. Несостоятельность больных проявлялась при решении сложных задач, характеризующихся многоэтапностью, необходимостью одновременного учета нескольких факторов. Смысловая регуляторная система сохраняла свою функцию побуждения к деятельности. Безуспешность попыток таких больных осуществить целенаправленную ак-

тивность связана, главным образом, с нарушением функций кратковременной памяти. Неспособность удержать в памяти условия решаемой юридически значимой задачи, альтернативы, обуславливала нарушение целевого уровня регуляции поведения.

При этом у больных сохранялись устойчивые отношения с лицами значимого окружения, они давали однозначную оценку событиям, которые были доступны их пониманию, давали последовательные пояснения. Смысловая система регуляции поведения сохраняла свою иерархичность, что позволяло таким больным при разъяснении сложной ситуации принять юридически значимое решение в соответствии с сохраненными ценностными ориентациями. Очевидно, что для выполнения гражданских обязанностей такой больной также нуждается в помощи и контроле.

Проведенный анализ показал, что у больных с психоорганическим синдромом сосудистого генеза в первую очередь страдает целевая регуляторная система при относительной сохранности системы усвоенных социальных значений и устойчивых ценностно-смысловых образований ( $p < 0,05$ ). По мере течения заболевания расстройства памяти, нарастающая подозрительность могут приводить и к деформации смыслового уровня регуляции с вытеснением нормативных смысловых образований патологическими, которые обусловлены ожиданием враждебного отношения, параноидной настроенностью. Однако до тех пор, пока привнесенный патологический смысл подчинен устойчивым нормативным ценностно-смысловым образованиям, можно говорить о сохранности смыслового уровня регуляции деятельности. Распад обеих регуляторных систем наблюдается у больных, страдающих деменциями.

У больных с непрерывной формой параноидной шизофрении (13 наблюдений) с актуальными политематичными бредовыми переживаниями и галлюцинаторными расстройствами, очерченными аффективными синдромами (маниакальный, гипоманиакальный, депрессивный) отмечалось нарушение и смыслового (образование патологических смыслов выполняемой деятельности, искажение системы ценностно-смысловых образований), и целевого уровней регуляции деятельности (искаженное представление о юридически значимой ситуации, патологическая мотивация, аспонтанность), а также разобщение регуляторных систем (отсутствие критики).

Характер и выраженность дефицитарных расстройств у больных с параноидной формой шизофрении в состоянии ремиссии существенным образом варьировали.

У подгруппы больных (14 наблюдений) дефект по типу простого дефицита характеризовался нарушениями мышления в виде непоследовательности, малопродуктивности, резонерства, нарушениями актуализации прошлого опыта, недостаточностью побуждений, амбивалентностью, пассивностью, редукцией энергетического потенциала, выхолащенностью эмоциональной сферы. Данные психические расстройства обуславливали нарушение социальных когнитивных функций [9, 10] и дезадаптацию [11].

При анализе результатов клинической беседы и экспериментально-психологического исследования у всех больных удавалось проследить нарушение смыслового уровня регуляции деятельности. Наблюдалось искажение системы ценностно-смысловых образований за счет «выпадения смыслов», патологического смыслообразования. Нарушения системы устойчивых ценностно-смысловых образований, по видимому, объясняются тем, что в число обследуемых вошли больные с достаточно продолжительным течением заболевания (от 7 до 20 лет). Расстройства мышления обуславливали и нарушение целевого уровня регуляции за счет искаженного формирования представлений о проблемной ситуации, искажения мотивации деятельности, апатических расстройств, что нарушало принятие решений как на уровне целеполагания, так и целедостижения.

В отношении больных, у которых были нарушены и смысловая, и целевая регуляторные системы, выносилось экспертное решение о неспособности понимать значение своих действий и руководить ими.

У другой подгруппы больных приступообразно-прогредиентной шизофренией (16 наблюдений) негативные расстройства в период ремиссии исчерпывались нерезкими нарушениями мышления (непоследовательность, соскальзывания, рассуждательство), снижением побуждений, эмоциональной обедненностью. Наблюдалась эмоциональная неустойчивость, ипохондрические переживания, повышенная истощаемость, утомляемость. Нарушения смысловой сферы у этих больных характеризовались явлениями «выпадения» за счет эмоционального дефекта, диссоциацией, эгоцентрической перестройкой. При этом у больных сохранялась способность к созданию представлений о юридически значимых ситуациях, связанных с реализацией гражданских прав. В ситуации выбора они руководствовались реально-бытовыми мотивами, несмотря на некоторую пассивность, стремились, чтобы их мнение было учтено. Статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) отмечалась относительная сохранность целевого уровня регуляции при нарушенном смысловом.

При наличии в клинической картине ремиссии остаточных бредовых переживаний (параноидный тип ремиссий) критического отношения к перенесенному приступу не возникало. У больных выявлялись нарушения мышления в виде непоследовательности, паралогичности, склонности к рассуждательству, эмоциональная уплощенность. Нарушения смыслового уровня регуляции деятельности были связаны как с приданием патологического смысла текущим событиям, на которые распространялись болезненные переживания, так и с постепенной болезненной переработкой событий прошлой жизни, которым придавался новый, патологический смысл. Вместе с тем сохраняющиеся психотические симптомы не имели тесной связи с уровнем функциональной адаптации [12, 13], у больных не наблюдалось грубых операциональных нарушений мышления, сохранялся достаточный уровень побуждений, что позволяло им не только самостоятельно себя обслуживать, но и осуществлять на исполнительском уровне свои гражданские обязанности. В целом при параноидном типе ремиссий в большей мере нарушался смысловой уровень регуляции деятельности ( $p < 0,05$ ). При этом сохранялась вероятность принятия больным юридически значимого решения по продуктивным психопатологическим механизмам [7], что будет означать нарушение целевого уровня регуляции.

У больных с параноидальной формой шизофрении ведущим психопатологическим синдромом являлся высоко систематизированный сверхценный бред (ревности, преследования, реформаторства). Выявлялись негрубые нарушения мышления в виде обстоятельности, чрезмерной детализации, ригидность, инертность психических функций, своеобразие эмоциональной сферы. Длительное существование бредовых идей приводило к искажению устойчивых ценностно-смысловых образований, нарушению иерархии мотивов. Одними из главенствующих мотивов, направляющих деятельность больного, становятся мотивы, связанные с бредовыми переживаниями, которые в значительной степени вытесняют нормативные, однако не замещают их полностью. При выполнении деятельности, не затрагивающей комплекса болезненных переживаний, бредовые идеи не нарушали целевой уровень регуляции ( $p < 0,05$ ).

Вместе с тем не исключается ситуация, при которой в ходе совершения конкретного юридически значимого действия параноидальный бред приведет к нарушению регуляции деятельности как на смысловом, так и на целевом уровне. Параноидальный синдром может обусловить патологическую мотивацию конкретного правового действия, например, распоряжение имуществом в ущерб близкому родственнику, на которого



распространяется система болезненных построений. В этом случае окажется нарушенным и целевой уровень регуляции поведения.

Оценка дееспособности таких больных должна строиться на основе прогнозирования вероятности вовлеченности болезненных переживаний при реализации больным с паранойальным синдромом своих гражданских прав и исполнения обязанностей. По всей видимости, учитывая многообразие направлений деятельности, в которую может быть вовлечен гражданин в связи с осуществлением своих гражданских прав (заключение сделок, участие в выборах, трудовые отношения, несение налогового бремени и др.), наиболее адекватной мерой защиты больных с паранойальным синдромом является вводимая категория ограниченной дееспособности.

При псевдопсихопатической шизофрении выявлялись выраженная эмоциональная неустойчивость и конфликтность, сочетающиеся с нарастающей замкнутостью, отгороженностью. Отмечались немотивированные колебания настроения по депрессивному типу, квазипсихотические эпизоды с бредовыми идеями отношения, преследования. В ходе проведенного обследования отмечены нарушения мышления в виде непоследовательности, противоречивости суждений, нечувствительности к противоречиям, а также эмоциональная обедненность, эгоцентризм.

Нарушения смыслового уровня регуляции поведения были обусловлены дефицитарной симптоматикой и характеризовались перестройкой иерархии ценностных смысловых образований за счет нарастающего эгоцентризма, эмоционального оскудения. Психические расстройства у больных с псевдопсихопатической шизофренией при принятии юридически значимых решений не нарушали процесс целеполагания. У некоторых больных выявлялись нарушения регуляции на этапе целедостижения за счет волевых расстройств, снижения контроля.

В целом же нарушения мотивационно-личностной сферы были таковы, что в ходе реализации своих гражданских прав больные руководствовались эгоцентрической мотивацией, в то время как группоцентрические мотивы деятельности (интересы семьи, знакомых) теряли побудительную силу, переходили в разряд всего лишь знаемых, хотя и не исключались вовсе.

По-видимому, основой для дифференцированной экспертной оценки между экспертным выводом о дееспособности и ограниченной дееспособности больных псевдопсихопатической шизофренией должны являться волевые расстройства, которые обуславливают нарушения целевого уровня регуляции на этапе целедостижения.

На основании анализа клинического материала с позиций психологических теорий принятия решений и регуляции деятельности можно сделать **вывод** о том, что на определенном этапе течения психического заболевания в большей мере нарушается одна из регуляторных систем: при легкой умственной отсталости и шизофрении преобладает нарушение смыслового уровня регуляции деятельности, при органическом расстройстве личности сосудистого генеза – целевого. При этом возникает необходимость рассмотрения смыслового и целевого уровней регуляции с точки зрения их формирования и распада.

Таким образом, могут быть выделены две модели ограниченной дееспособности.

**Первая модель** – психические расстройства преимущественно нарушают смысловой уровень регуляции деятельности при относительно сохранном целевом (индивидуально-исполнительском). В этих случаях функция попечителя будет реализовываться за счет принятия за подэкспертного юридически значимых решений.

**Вторая модель** – при относительно сохранной системе устойчивых ценностно-смысловых образований и социальных значений нарушается целевой уровень регуляции деятельности на этапе целеполагания и/или целедостижения. В этом случае попечитель, разъясняя ограниченно дееспособному сложную ситуацию (многокомпонентную, динамическую задачу с риском), выполняет функцию упрощения решаемой задачи, что позволяет подопечному, опираясь на систему социальных значений и личностных смыслов, участвовать в принятии юридически значимого решения. В рамках данной модели ограниченной дееспособности в функции помощника будет входить контроль за реализацией принятого решения.

При обеих моделях ограниченной дееспособности попечитель, как и заложено в законодательстве, оказывает гражданину помощь в принятии решений о совершении сделок, которые он не может заключать самостоятельно, а также оказывает содействие в исполнении обязанностей.

#### Л и т е р а т у р а

1. Кудрявцев И. А. Комплексная судебно-психиатрическая экспертиза. – М., 1999. – 494 с.
2. Зейгарник Б. В. Патопсихология. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1986. – 287 с.
3. Козелецкий Ю. Психологическая теория решений / пер. с польск. Г. Е. Минца, В. Н. Поруса / под ред. Б. В. Бирюковой. – М.: «Прогресс», 1979. – 600 с.
4. Корнилова Т. В. Психология риска и принятия решений. – М.: Аспект-Пресс, 2003. – 286 с.
5. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. – 2-е изд. – М.: Политиздат, 1977. – 304 с.
6. Корзун Д. Н., Ткаченко А. А. Судебно-психиатрическая оценка механизмов принятия юридически значимых решений // Российский психиатрический журнал. – 2013. – № 1. – С. 11–17.

7. Корзун Д. Н., Ткаченко А. А. Психопатологические механизмы принятия юридически значимых решений // Российский психиатрический журнал. – 2013 – № 2. – С. 11–19.
8. Дозорцева Е. Г. Аномальное развитие личности у подростков с противоправным поведением. – М., 2004. – 351 с.
9. Kerr S. L., Neale J. M. Emotion perception in schizophrenia: Specific deficit or further evidence of generalized poor performance // J. Abnorm. Psychol. – 1993. – V. 102. – P. 312–318.
10. Pinkham A. E., Penn D. L., Perkins D., Lieberman J. Implications of the neural basis of social cognition for the study of schizophrenia // Am. J. Psychiatry. – 2003. – V. 160. – P. 185–194.
11. Penn D. L., Sanna L. J. Social cognition in schizophrenia: an overview // Schizophr. Bull. – 2008. – V. 34, № 3. – P. 408–411.
12. Carter C. S. Understanding the glass ceiling for functional outcome in schizophrenia // Am. J. Psychiatry. – 2006. – V. 163. – P. 356–358.
13. Heydebrand G., Weiser M., Rabinowitz J. et al. Correlates of cognitive deficits in first episode schizophrenia // Schizophr. Res. – 2004. – V. 68. – P. 1–9.

*Транслитерация русских источников*

1. Kudryavtsev I. A. Comprehensive forensic psychological and psychiatric examination. – Moskva, 1999. – 494 s.
2. Zeygarnic B. V. Pathopsychology. – Moskva, 1986. – 287 s.
3. Kozeletskiy Yu. The psychological theory of decision-making. – Moskva, 1979. – 600 s.
4. Kornilova T. V. Psychology of risk and decision-making. – Moskva, 2003. – 286 s.
5. Leontiev A. N. The activity. Consciousness. The personality. – Moskva, 1977. – 304 s.
6. Korzun D. N., Tkachenko A. A. Forensic psychiatric evaluation of any legal decision-making // Rossiyskiy psikiatricheskii zhurnal. – Moskva, 2013. – № 1. – S. 11-17.
7. Korzun D. N., Tkachenko A. A. Psychopathological mechanisms of making legally valid decisions // Rossiyskiy psikiatricheskii zhurnal. – Moskva, 2013. – № 2. – S. 11-19.
8. Dozortseva E. G. An anomalous development of personality in adolescents with unlawful conduct. – Moskva, 2004. – 351 s.

УДК 616.89-008.441.13:616-008.444.9:613.956  
ББК Р645.021-35-9+Ю936

## ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДОГЕ- НЕЗА ПРИ АДДИКТИВНЫХ СОСТОЯНИЯХ У ЛИЦ МОЛОДО- ГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНОЙ ИЗОЛЯЦИИ

Бецков А. С.<sup>1</sup>, Кривулин Е. Н.<sup>\*1</sup>,  
Юркина Н. В.<sup>1</sup>, Асланбекова Н. В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Южно-Уральский ГМУ» МЗ России  
454092, Челябинск, ул. Воровского, 64

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

Изучены патопсихологические особенности суицидогенеза у 86 осужденных молодого возраста с синдромом зависимости от психоактивных веществ в анамнезе. Выделены факторы риска формирования аутоагрессивного поведения у лиц с различными формами наркологической патологии, находящихся в условиях пенитенциарного учреждения. **Ключевые слова:** осужденные молодого возраста, наркологическая патология, аутоагрессивное поведение, суицидальные попытки, социальная изоляция, патопсихологические особенности.

**PATHOPSYCHOLOGICAL TRAITS OF SUICIDOGENESIS IN ADDICTIVE STATES IN PERSONS AT YOUNG AGE UNDER CONDITIONS OF SOCIAL ISOLATION.** Betskov A. S.<sup>1</sup>, Krivulin E. N.<sup>1</sup>, Yurkina N. V.<sup>1</sup>, Aslanbekova N. V.<sup>2</sup> <sup>1</sup> «South-Ural State Medical University» MH of Russia. 454092, Chelyabinsk, Vorovsky's Street, 64. <sup>2</sup> «RSPC of Medico-Social Problems of Drug Addiction». 140008, RK, Pavlodar, Kutuzov's Street, 200. Pathopsychological traits of suicidogenesis in 86 young convicts with substance dependence syndrome in history have been studied. Risk factors of formation of autoaggressive behavior in persons with various forms of substance use pathology under conditions of a penitentiary institution have been revealed. **Key words:** young convicts, substance use pathology, autoaggressive behavior, suicidal attempts, social isolation, and pathopsychological traits.

**Введение.** Напряженный характер медико-социальных показателей наркологической ситуации характеризуется ростом злоупотребления алкоголя [8] и накоплением наркозависимых среди подростков и молодежи [3], возрастанием женского наркотизма [6], подросткового пивного алкоголизма [22] и латентной наркотизации населения с вовлечением подростков из социально благополучных групп [3], а также увеличением удельного веса зависимых потребителей ПАВ среди осужденных и бездомных [1, 5]. При стабильном употреблении алкоголя в молодом возрасте [2] имеет место расширение спектра ПАВ – героин, дезоморфин, каннабиноиды, амфетамины, курительные смеси, лекарственные средства с возрастанием удельно-

<sup>\*</sup> Кривулин Евгений Николаевич, д.м.н., проф. каф. психиатрии ФП и ДПО, krivulin74@mail.ru, телефон моб.: +79049476730

го веса сенсорных нарушений в качестве предиктора аддиктивного поведения в молодом возрасте [17]. Приобретают клиническую и профилактическую актуальность этнотерриториальная специфика [9, 19] и новые паттерны формирования аддиктивных состояний [4, 18] – их гендерная гетерономность [23] и связь с пралогическими формами психологической защиты [21], низкой стрессоустойчивостью [20] и качеством жизни [18].

Активное внимание исследователей в связи с этим привлекает проблема коморбидности аддиктивных состояний [11], в том числе у лиц, находящихся в условиях пенитенциарной изоляции. При всей клинической актуальности соматоневрологической коморбидности ЧМТ [6] и МЛУ туберкулеза легких [16, 25] – при алкоголизме в общемедицинской сети, а также ВИЧ-инфекции и гепатита – при опийной наркомании особую социальную значимость в последние годы приобретает проблема психиатрической коморбидности в наркологии [10], прежде всего при сочетании аддиктивных состояний с личностными [19], аффективными [5], эндогенными [13] расстройствами, сексуальными дисфункциями [7] и суицидальным поведением [12].

Несмотря на общее снижение уровня самоубийств в России за последние годы, этот показатель по-прежнему остается на достаточно высоком уровне – до 21,4 на 100 тысяч населения, причем территориальные показатели суицидов среди молодежи по данным официальной статистики неуклонно растут – каждый двенадцатый подросток совершает попытку добровольного ухода из жизни (14).

Из доклада ФСИН России «О результатах и основных направлениях деятельности на 2010–2012 гг.»: растет количество лиц с повышенной агрессивностью и возбудимостью, с психическими отклонениями. Сегодня в местах лишения свободы содержится более 600 тысяч человек, склонных к различным формам деструктивного поведения – агрессии, конфликтам, членовредительству, суициду.

Суицидальное поведение – это стадийный и динамичный процесс, в котором суицидальная активность прогрессирует от начальных, малоосознаваемых внутренних форм, до практической реализации суицидальных действий. Важным условием стремительной суицидальной динамики является присутствие исключительного по силе, внезапно возникшего психотравмирующего фактора и индивидуальные преморбидные особенности личности, как правило, существующего в условиях ограниченной социальной (микросоциальной) поддержки [15]. В то же время у растущего контингента зависимых потребителей ПАВ, находящихся в условиях пенитенциарного учреждения, вопросы суи-

цидогенеза, его патопсихологических закономерностей до настоящего времени являются недостаточно изученными.

**Цель исследования** – выявить патопсихологические особенности, лежащие в основе суицидогенеза у лиц молодого возраста с наркологической патологией и аутоагрессивным поведением, находящихся в условиях пенитенциарного учреждения.

**Материал и методы.** Комплексному экспериментально-психологическому обследованию подверглось 86 осужденных мужского пола 18–25 лет с аутоагрессивным поведением в виде суицидальных попыток и наркологической патологией, которая к моменту обследования соответствовала рубрике МКБ-10 F1x.21 – «воздержание в условиях, исключаящих употребление». Согласно нозологической форме наркологической патологии, было выделено 3 группы обследования. В I группу (n=42) вошли осужденные с алкогольной зависимостью, во II группу (n=22) – осужденные с зависимостью от опиатов, III группу (n=22) составили полисубстантные потребители ПАВ. Статистическая обработка данных производилась с применением критерия Краскелла-Уоллиса, корреляционный анализ данных производился методом Пирсона. Использовались пакет программ MS Excel 2010 и Statistica 6.0. Уровень вероятности считался достоверным при  $p \leq 0,05$ .

**Обсуждение результатов.** В исследовании были использованы различные тестовые методики, отражающие основные патопсихологические предикторы суицидогенеза. Опросник уровня агрессивности Басса-Дарки позволял определить мотивационную агрессию как прямое проявление реализации присущих личности деструктивных тенденций. Тест самооценки уровня депрессии по шкале Цунга помогал определить уровень депрессии и степень депрессивного расстройства, как одного из возможных предикторов суицидогенеза. Шкалы теста диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Раймонда дали возможность выявить направленность субъективного контроля, характеристики самооценки и межличностных взаимоотношений. Тест оценки актуализации психологических защит Р. Плутчика позволил определить свойственные обследованным пациентам ведущие механизмы психологических защит, отражавшие основные способы психологического взаимодействия личности с реальностью, а также значимые зоны психологической травматизации личности, а уровень суицидального риска помогал выявить сформированность суицидальных намерений.

Данные экспериментально-психологического исследования по методу Басса-Дарки по группам обследования представлены в таблице 1.

Таблица 1  
Уровень агрессивности Басса-Дарки у осужденных с коморбидной наркологической и психической патологией с учетом зависимости от ПАВ

Характеристика	I группа (n=42)	II группа (n=22)	III группа (n=22)
	M±m баллы		
Физическая агрессия	7,0±1,9	7,0±2,0	7,3±2,8*
Косвенная агрессия	4,8±2,3	5,1±1,5*	4,9±1,7
Раздражение	5,6±2,6	6,3±2,9*	6,1±1,3
Негативизм	2,3±1,3	2,9±1,3	2,5±0,9
Обида	5,0±2,4	4,4±1,7	5,3±2,5*
Подозрительность	6,0±1,8	7,0±1,5*	6,1±1,7
Вербальная агрессия	8,0±1,7	8,4±2,8	7,6±2,4
Чувство вины	6,3±2,0*	5,3±2,1	5,2±1,5
Враждебность	11,1±4	11,4±2,9	11,5±3,4
Агрессивность	20,8±4,5	21,9±5,3	21±6,9

Примечание. \* – Достоверность  $p < 0,05$ .

Анализ данных таблицы 1 показал, что для пациентов I группы характерным было формирование чувства вины (6,3±2,0 против 5,3±2,1 и 5,2±1,5 во II и III группах,  $p=0,01$ ). Во II группе агрессивные реакции выражались в виде раздражения (6,3±2,9 против 5,6±2,6 и 6,1±1,3 в I и III группах,  $p=0,03$ ), подозрительности (7,0±1,5 против 6,0±1,8 и 6,1±1,7 в I и III группах,  $p=0,01$ ), для них типичным было проявление косвенной агрессии (5,1±1,5 против 4,8±2,3 и 4,9±1,7 в I и III группах,  $p=0,008$ ). В III группе определяющими были реакции обиды (5,3±2,5 против 5,0±2,4 и 4,4±1,7 в I и II группах,  $p=0,005$ ) и проявления физической агрессии (7,3±2,8 против 7,0±1,9 и 7,0±2,0 у осужденных в I и II группах,  $p=0,04$ ).

При анализе депрессивных реакций по шкале Цунга невротический характер депрессии встречался у 9,3 % пациентов I группы и в 4,7 % случаев в III группе наблюдения. У лиц с опийной наркоманией депрессивные реакции в процессе обследования не обнаружены.

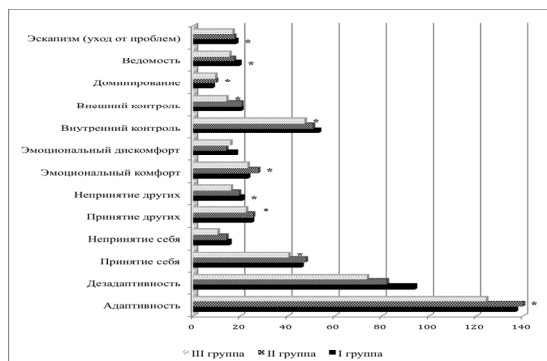


Рис. 1. Уровень адаптационного потенциала по группам обследования

Примечание. \* – Достоверность  $p < 0,05$ .

Уровень адаптационного потенциала согласно группам обследования характеризовался: у пациентов с алкогольной зависимостью типичными признаками были неприятие других (20,9±7,6 против 19,3±8,3 и 15,9±7,8 у лиц II и III

групп,  $p=0,05$ ), ведомость (19,5±9,8 против 17,2±6,7 и 15,3±6,9 у лиц II и III групп,  $p=0,05$ ) и эскапизм (18,2±6,0 против 17,3±7,3 и 16,6±6,6 у лиц II и III групп,  $p=0,05$ ). У пациентов с опийной наркоманией высокие значения определялись по шкалам адаптивности (139,8±26,4 против 136,8±26,7 и 124,2±29,5 у лиц I и III групп,  $p=0,05$ ), эмоционального комфорта (27,5±4,8 против 23,2±8,5 и 23,0±5,0 у лиц I и III групп,  $p=0,008$ ) и доминирования (9,6±5,3 против 8,2±4,2 и 9,3±2,9 у лиц I и III групп,  $p=0,005$ ). Для полисубстантных потребителей ПАВ были характерны низкие значения по шкалам принятия себя (40,3±11,2 против 45,9±9,4 и 47,7±8,3 у лиц I и II групп,  $p=0,01$ ) и принятия других (22,3±7,8 против 24,9±6,8 и 25,3±3,3 у лиц I и II групп,  $p=0,05$ ), внутреннего (47,2±10,7 против 53,3±10,3 и 50,7±16,2 у лиц I и II групп,  $p=0,04$ ) и внешнего (14,0±10,0 против 20,4±13,4 и 20,4±9,7 у лиц I и II групп,  $p=0,05$ ) контроля.

Исследование напряженности механизмов психологических защит методикой Плутчика–Келлермана–Конте выявило, что определяющей стратегией психологических защит в I группе являлась компенсация ( $r=0,88$ ,  $p < 0,001$ ), у испытуемых II группы – замещение ( $r=0,89$ ,  $p < 0,001$ ), в III группе – регрессия ( $r=0,8$ ,  $p < 0,001$ ).

Оценка суицидального риска по группам наблюдения представлена в таблице 2.

Таблица 2  
Суицидальный риск осужденных по группам наблюдения

Характеристика	Количество наблюдений		
	F10.21 (n=42)	F11.21 (n=22)	F19.21 (n=22)
	M±m	M±m	M±m
Демонстративность	4,9±2,0*	3,8±1,5	3,9±1,4
Аффективность	4,9±2,0*	4,0±1,7	4,1±1,8
Уникальность	3,6±2,1	2,6±1,5	3,4±1,9
Несостоятельность	3,8±2,2	3,9±2,1	3,6±2
Социальный пессимизм	4,7±1,4	5,2±1,5*	4,2±1,4
Слом культурных барьеров	3,8±2,0	3,4±1,9	3,2±1,9
Максимализм	2,3±2,5	2,4±2,9*	2,4±1,5
Временная перспектива	3,2±1,8	2,5±1,6	3,0±2,2
Антисуицидальный фактор	3,7±2,6	3,6±2,5	4,0±1,6

Примечание. \* – Достоверность  $p < 0,05$ .

При оценке суицидального риска по группам обследования (табл. 2) у осужденных I группы выявлялись черты демонстративности (4,9±2,0 против 3,8±1,5 и 3,9±1,4 во II и III группах,  $p=0,05$ ) и аффективности (4,9±2,0 против 4,0±1,7 и 4,1±1,8 во II и III группах,  $p=0,05$ ). У лиц II группы типичными чертами являлись социальный пессимизм (5,2±1,5 против 4,7±1,4 и 4,2±1,4 в I и III группах,  $p=0,007$ ) и максимализм (2,4±2,9 против 2,4±1,5 и 2,3±2,5 в I и III группах,  $p=0,05$ ). Для группы полисубстантных потребителей ПАВ при статистическом анализе показателей значимых различий не отмечалось.

Таким образом, комплексное патопсихологическое обследование лиц молодого возраста с аутоагрессивным поведением и наркологиче-

ской патологией, находящихся в условиях социальной изоляции, выявило ряд различий в их суицидогенезе. У испытуемых с алкогольной зависимостью в основе аутоагрессии лежало чувство вины с депрессивными реакциями в виде ситуативной и невротической депрессии, низкий адаптационный потенциал по типу непринятия других и эскапизма (ухода от проблем). Определяющим механизмом психологической защиты была компенсация, при которой личность стремится к социальной успешности с целью повышения самооценки и авторитета среди сверстников. Проявление суицидальности выражалось у них в желании привлечь внимание окружающих, манипулировать их сочувствием при доминировании эмоций над интеллектуальным контролем в оценке ситуации. Аутоагрессивные тенденции пациентов с опийной наркоманией проявлялись косвенной агрессией с повышенной раздражительностью и подозрительностью при высоком уровне адаптации к внешним условиям с достижением эмоционального комфорта и склонности к доминированию в группе. Ведущий защитный механизм по типу замещения проявлялся у них в разрядке подавленных эмоций, которые они направляли на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, что вызвали эти отрицательные эмоции и чувства. Восприятие мира как враждебного и инфантильный максимализм ценностных установок определяли суицидогенез у лиц данной группы.

В группе обследованных с полисубстантной зависимостью от ПАВ аутоагрессивное поведение реализовывалось в связи с невозможностью проявления физической агрессии на фоне переживания обиды при наличии невротических и ситуативных депрессивных реакций, дезадаптивного потенциала, проявляющегося в отрицании себя и других, низким уровнем внутреннего и внешнего контроля. Определяющим механизмом психологических защит являлся механизм регрессии. При этой форме защитной реакции личность, подвергающаяся действию фрустрирующих факторов, заменяет решение субъективно более сложных задач на относительно более простые и доступные в сложившихся ситуациях.

### Л и т е р а т у р а

1. *Альтшулер В. Б., Кравченко С. Л., Кашин А. В.* Алкоголизм у бездомных лиц: клинические и социально-демографические аспекты // *Наркология*. – 2010. – № 2. – С. 55–63.
2. *Альтшулер В. Б., Кравченко С. Л., Корольков А. И.* Различия больных алкоголизмом в объемах потребления алкоголя: причины и смысл // *Наркология*. – 2011. – № 6. – С. 56–65.
3. *Байдина В. А., Бохан Т. Г.* Анализ социальной ситуации развития подростков как основа проектирования антинаркотической профилактики в образовании // *Сибирский психологический журнал*. – 2010. – № 37. – С. 61–65.

4. *Благов Л. Н.* Психопатология коммуникации при аддитивном заболевании (на клиническом примере опиоидной наркомании) // *Наркология*. – 2012. – № 7. – С. 87–97.
5. *Бохан Н. А., Буторина Н. Е., Кривулин Е. Н.* Депрессивные реакции при пенитенциарной дезадаптации у подростков. – Челябинск : Изд-во «ПИРС», 2006. – 197 с.
6. *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.
7. *Бохан Н. А., Евсеев В. Д., Мандель А. И.* Сексуальные дисфункции в клинике опиоидной наркомании // *Наркология*. – 2012. – № 9 (129). – С. 61–65.
8. *Бохан Н. А., Иванов А. А., Мандель А. И.* Региональная динамика и исходы заболеваемости алкольными психозами // *Наркология*. – 2012. – № 8 (128). – С. 38–44.
9. *Бохан Н. А., Мандель А. И., Пешковская А. Г., Бадырғы И. О., Асланбекова Н. В.* Этнотерриториальная гетерогенность формирования алкогольной зависимости у коренного населения Сибири // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. – 2013. – Т. 113, вып. 2. – С. 9–14.
10. *Бохан Н. А., Семке В. Я.* Коморбидность в наркологии. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2009. – 510 с.
11. *Бохан Н. А., Усов Г. М., Титов Д. С., Чащина О. А.* Клинико-социальные и онтогенетические паттерны формирования синдрома зависимости у лиц с коморбидными психическими расстройствами // *Психическое здоровье*. – 2011. – № 6 (61). – С. 41–50.
12. *Зотов П. Б., Усманский М. С.* Клинические формы и динамика суицидального поведения // *Суицидология*. – 2011. – № 1. – С. 3–7.
13. *Красильников Г. Т., Дресвянников В. Л., Бохан Н. А.* Коморбидные аддитивные расстройства у больных шизофренией // *Наркология*. – 2002. – № 6. – С. 24–31.
14. *Кривулин Е. Н., Бочкарева И. Ю., Бецов А. С., Мингазов А. Х.* Суицидальное поведение больных алкогольной зависимостью в условиях крупного промышленного города Южного Урала (г. Магнитогорск) // *Суицидология*. – 2012. – № 3. – С. 37–41.
15. *Бульгина В. Г., Малкин Д. А.* Предикторы аутоагрессивного поведения осужденных с психическими расстройствами // *Судебная психиатрия. Пенитенциарная психиатрия и психология*. – 2009. – № 6. – С. 44–53.
16. *Марусин А. В., Степанов В. А., Спиридонова М. Г., Бохан Н. А., Мандель А. И., Харьков В. Н., Пельс Я. Р., Лузырев В. П.* Полиморфизм генов этанол-метаболизирующих ферментов ADH1B, ADH7 и CYP2E1, связь с риском развития алкоголизма, коморбидного с туберкулезом, в русской популяции Западно-Сибирского региона // *Медицинская генетика*. – 2006. – Т. 5, № 7. – С. 51–56.
17. *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.
18. *Семке В. Я., Богомаз С. А., Бохан Т. Г.* Качество жизни молодежи народов Сибири как системный показатель уровня стрессоустойчивости // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. – 2012. – № 2. – С. 94–98.
19. *Семке В. Я., Бохан Н. А., Галактионов О. К.* Очерки этнопсихологии и этнопсихотерапии / под ред. акад. РАН В. Я. Семке. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 1999. – 157 с.
20. *Семке Н. А., Бохан Н. А., Мандель А. И.* Персонологический анализ в контексте систематики аддитивных состояний // *Наркология*. – 2006. – № 1. – С. 60–66.
21. *Степанова И. Я., Семке В. Я., Бохан Н. А.* Пралогические образования как адаптивно-защитная система в аспекте психического здоровья // *Психическое здоровье*. – 2008. – № 12. – С. 11–17.

22. Твердохлебова Н. В., Бохан Т. Г. Структурно-содержательные характеристики самосознания у лиц юношеского возраста с разной выраженностью пивной аддикции // Сибирский психологический журнал. – 2011. – № 41. – С. 64–75.
  23. Bokhan N. A., Baturin E. V. Gender heteronomy of the formation of heroin addiction in adolescents // *Neuroscience and Behavioral Physiology*. – 2011. – V. 41, № 7. – P. 710–714.
  24. Bokhan N. A., Mandel A. I., Gusamov R. R. Mental and behavioral disorders in substance use among adolescents under conditions of the far north // *Alaska medicine*. – 2006. – V. 49, № 2. – Suppl. – P. 251–254.
  25. Shin S., Mathew T., Yanova G., Fitzmaurice G., Livchits V., Yanov S., Strelis A., Mishustin S., Bokhan N., Lastimoso Ch., Connery H., Hart J., Greenfield S. Alcohol consumption among men and women with tuberculosis in Tomsk, Russia // *Cent. Eur. J. Public Health*. – 2010. – V. 18 (3). – P. 132–138.
- Транслитерация русских источников*
1. Altshuler V. B., Kravchenko S. L., Kashin A. V. Alcoholism in homeless people: clinical and social-demographic aspects // *Narkologiya*. – 2010. – N 2. – S. 55–63.
  2. Altshuler V. B., Kravchenko S. L., Korolkov A. I. Differences of patients with alcoholism in amounts of alcohol consumption: causes and meaning // *Narkologiya*. – 2011. – N 6. – S. 56–65.
  3. Baydina V. A., Bohan T. G. Analysis of social situation of development of adolescents as a basis of planning of anti-drug prevention in education // *Sibirskiy psihologicheskiy zhurnal*. – 2010. – N 37. – S. 61–65.
  4. Blagov L. N. Psychopathology of communication in addictive disease (on clinical example of opioid addiction) // *Narkologiya*. – 2012. – N 7. – S. 87–97.
  5. Bohan N. A., Butorina N. E., Krivulin E. N. Depressive reactions during penitentiary disadaptation in adolescents. – Chelyabinsk: Izd-vo «PIRS», 2006. – 197 s.
  6. Bohan N. A. Clinical-pathodynamic regularities and therapy of alcoholism with comorbid exogenous-organic brain impairment: avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. – Tomsk, 1996. – 46 s.
  7. Bohan N. A., Evseev V. D., Mandel A. I. Sexual dysfunctions in clinic of opioid addiction // *Narkologiya*. – 2012. – N 9 (129). – S. 61–65.
  8. Bohan N. A., Ivanov A. A., Mandel A. I. Regional dynamic and outcomes of sickness rate with alcohol psychoses // *Narkologiya*. – 2012. – N 8 (128). – S. 38–44.
  9. Bohan N. A., Mandel A. I., Peshkovskaya A. G., Badyirgyi I. O., Aslanbekova N. V. Ethnoterritorial heterogeneity of formation of alcohol dependence in indigenous population of Siberia // *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova*. – 2013. – T. 113, vyip. 2. – S. 9–14.
  10. Bohan N. A., Semke V. Ya. Comorbidity in addiction psychiatry. – Tomsk: Izd-vo Tom. un-ta, 2009. – 510 s.
  11. Bohan N. A., Usov G. M., Titov D. S., Chaschina O. A. Clinical-social and ontogenetic patterns of formation of dependence syndrome in persons with comorbid mental disorders // *Psihicheskoe zdorove*. – 2011. – N 6 (61). – S. 41–50.
  12. Zotov P. B., Usmanskiy M. S. Clinical forms and dynamic of suicidal behavior // *Suitsidologiya*. – 2011. – N 1. – S. 3–7.
  13. Krasinikov G. T., Dresvyannikov V. L., Bohan N. A. Comorbid addictive disorders in patients with schizophrenia // *Narkologiya*. – 2002. – N 6. – S. 24–31.
  14. Krivulin E. N., Bochkareva I. Yu., Betskov A. S., Mingazov A. H. Suicidal behavior of patients with alcohol dependence under conditions of big industrial city of South Ural (city Magnitogorsk) // *Suitsidologiya*. – 2012. – N 3. – S. 37–41.
  15. Bulygina V. G., Malkin D. A. Predictors of auto-aggressive behavior of convicts with mental disorders // *Sudebnaya psikiatriya. Penitentsiarnaya psikiatriya i psihologiya*. – 2009. – N 6. – S. 44–53.
  16. Marusin A. V., Stepanov V. A., Spiridonova M. G., Bohan N. A., Mandel A. I., Harkov V. N., Pels Ya. R., Puzyrev V. P. Polymorphism of genes of ethanol-metabolizing enzymes ADH1B, ADH7 I CYP2E1, association with risk of development of alcoholism comorbid with tuberculosis in Russian population of West-Siberian Region // *Meditsinskaya genetika*. – 2006. – T. 5, N 7. – S. 51–56.
  17. Nevidimova T. I., Bohan N. A., Kokonova D. N., Barabanova O. N. Sensory disturbances as a risk factor of formation of addictive behavior in adolescence and youth // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2008. – N 1. – S. 89–93.
  18. Semke V. Ya., Bogomaz S. A., Bohan T. G. Quality of life of youth of peoples of Siberia as a systemic index of level of stress resistance // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2012. – N 2. – S. 94–98.
  19. Semke V. Ya., Bohan N. A., Galaktionov O. K. Sketches of ethnopsychology and ethnopsychotherapy / pod red. akad. RAMN V. Ya. Semke. – Tomsk: Izd-vo Tom. un-ta, 1999. – 157 s.
  20. Semke N. A., Bohan N. A., Mandel A. I. Personological analysis in context of systematic of addictive states // *Narkologiya*. – 2006. – N 1. – S. 60–66.
  21. Stoyanova I. Ya., Semke V. Ya., Bohan N. A. Pralogical formations as adaptive-defensive system in aspect of mental health // *Psihicheskoe zdorove*. – 2008. – N 12. – S. 11–17.
  22. Tverдохлебова Н. В., Бохан Т. Г. Структурно-содержательные характеристики самосознания у лиц юношеского возраста с разной выраженностью пивной аддикции // *Sibirskiy psihologicheskiy zhurnal*. – 2011. – N 41. – S. 64–75.

# ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

УДК 616. 89-02-022+616.97

ББК Р64-1-5-37

## ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Петрова Н. Н.<sup>\*</sup>, Чумаков Е. М.,  
Позняк А. Л., Сидорчук С. Н.

ФГОУ ВПО «Санкт-Петербургский ГУ»

199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7-9

В статье представлены первые результаты изучения особенностей психических расстройств при урогенитальной хламидийной инфекции. Обследовали 30 мужчин, пациентов амбулаторного инфекционного поликлинического звена. Показано доминирование аффективной (27 % обследованных) (тревожной, депрессивной) и астеноневротической (7 %) симптоматики. **Ключевые слова:** депрессия, тревога, астеноневротическая симптоматика, урогенитальная хламидийная инфекция, хламидиоз, синдром Рейтера.

**MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH THE UROGENITAL CHLAMYDIAL INFECTION.** Petrova N. N., Chumakov E. M., Pozniak A. L., Sydoruchuk S. N. Saint-Petersburg State University, faculty of Medicine. 199034, Saint-Petersburg, University Embankment, 7-9. This article presents the first results of the features of mental disorders in patients with the urogenital chlamydial infection. 30 men were studied in outpatient infectious polyclinics. The study found the dominance of affective (27 % of subjects) (anxiety, depressive) and asthenic-neurotic (7 %) symptoms. **Key words:** depression, anxiety, asthenic-neurotic symptoms, urogenital chlamydial infection, chlamydiosis, Reiter's disease.

**Введение.** Урогенитальный хламидиоз – заболевание, передающееся половым путём и вызываемое хламидиями (*Chlamydia trachomatis*), – одна из самых распространённых инфекций в мире. Заболеваемость хламидиозом в общей популяции, по некоторым исследованиям, достигает 8,1 %, причем отмечено увеличение числа больных в последние годы [1, 2].

\* Петрова Наталья Николаевна, д. м. н., проф., зав. каф психиатрии и наркологии медицинского факультета; тел. +791121126 07. petrova\_nn@mail.ru

Чумаков Егор Максимович, клин. ординатор каф. психиатрии и наркологии медицинского факультета. chumakovgor@gmail.com

Позняк Алексей Леонидович, д. м. н., проф. каф. инфекционных болезней ГБОУ ВПО «Северо-западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова МЗ РФ», тел. +79219379389.

Сидорчук Сергей Николаевич, к. м. н., старший преподаватель каф. инфекционных болезней (с курсом медицинской паразитологии и тропических заболеваний) ФГКВБОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова МО РФ». Тел. +79013002362. sergei\_sidorchuk@mail.ru

Одним из факторов заражения урогенитальной инфекцией является рискованное поведение, которое включает в себя занятие любой деятельностью, потенциально опасной для здоровья и жизни (экстремальный спорт, рискованное сексуальное поведение, употребление психоактивных веществ) [3]. В литературе имеются единичные публикации о коморбидности хламидиоза и депрессии в 15–39 % случаев [4, 5], а также о несколько большей частоте (17,5–44 %) тревожных расстройств у этой категории больных [5, 6].

**Целью** работы явилось изучение клинико-феноменологических особенностей психических расстройств у больных урогенитальной хламидийной инфекцией.

**Материалы и методы.** Обследовано 30 пациентов амбулаторного инфекционного поликлинического звена мужского пола в возрасте от 25 до 54 лет (средний возраст – 37,40±8,65 года). Ранее за психиатрической помощью пациенты не обращались.

Отбор пациентов осуществлялся на основании лабораторно подтверждённого (прямая иммунофлуоресценция, ПЦР, культуральный метод, ИФА) факта заражения хламидийной инфекцией. Клинико-психологическое обследование пациентов проводилось до начала терапии инфекционного заболевания с использованием психопатологического и психометрического методов. Для оценки депрессивной и тревожной симптоматики применяли объективную клиническую шкалу депрессии Гамильтона (HAM-D) и Госпитальную шкалу депрессии и тревоги (HADS). Оценку выраженности психопатологической симптоматики проводили с помощью опросника SLC-90, адаптированного Н. В. Тарабриной. Качество жизни пациентов определяли с помощью нозонеспецифического опросника SF-36. Сексуальную сферу изучали с помощью шкалы «Сексуальная функция мужская» (СФМ). Личностные особенности пациентов оценивали с помощью опросника «MINI-mult», адаптированного В. П. Зайцевым и являющегося сокращённым вариантом MMPI.

Статистическая обработка производилась в программе STATISTICA 5.5, достоверность различий оценивали по U-критерию Манна-Уитни.

**Результаты.** У 67 % обследованных больных была выявлена склонность к рискованному поведению в виде увлечения опасными видами спорта, регулярного превышения скорости на дороге, эпизодов агрессии в детском и юношеском возрастах. Более трети (37 %) пациентов подтвердили эпизоды употребления наркотиков в прошлом (каннабиноидов). Наличие зависимости от наркотиков, алкоголя не было выявлено ни в одном случае. У 67 % пациентов была установлена никотиновая зависимость. О бес-

порядочных половых связях в прошлом сообщили 24 % мужчин. 40 % обследованных пациентов имели в анамнезе неоднократные травмы головы, в том числе вследствие частых драк в детском и юношеском возрастах (27 %). В 23 % случаев черепно-мозговые травмы совпали с употреблением наркотиков. Все обследованные пациенты отрицали гомосексуальный опыт.

У 20 % больных хламидиоз был выявлен впервые, у 37 % – второй раз в жизни, у 43 % – в третий раз и более. В 33 % наблюдений заболевание осложнилось генерализацией инфекции (уретрокулоиновиальный синдром, или синдром Рейтера).

У большинства пациентов с рискованным поведением урогенитальный хламидиоз был выявлен повторно (70 %). Возраст первого заражения был достоверно ниже у пациентов с рискованным поведением по сравнению с остальными пациентами ( $27,18 \pm 8,49$  и  $34,7 \pm 7,63$  года соответственно;  $p < 0,05$ ). Возраст первого заражения у пациентов с повторно выявленным хламидиозом был ниже среднего возраста впервые выявленного заболевания ( $28,15 \pm 7,99$  и  $35,71 \pm 9,45$  года). При этом средний возраст пациентов с рискованным поведением и впервые выявленным хламидиозом был ниже возраста пациентов с повторным заражением ( $30,75 \pm 15,6$  и  $39 \pm 13,17$  года).

Наследственность психическими заболеваниями была отягощена в 7 % случаев. 2 пациента в прошлом перенесли очерченный депрессивный эпизод на фоне психотравмирующей ситуации (конфликтные отношения в семье, развод), сопровождавшейся суицидальными мыслями. Согласно самооценке больных по Госпитальной шкале, тревожные и депрессивные расстройства различного уровня встречались в 30 и 27 % наблюдений (табл. 1).

Таблица 1

**Выраженность симптомов депрессии и тревоги по данным HADS**

Клиническая выраженность симптоматики	Симптомы			
	депрессии		тревоги	
	% больных	сред. значение, баллы	% больных	сред. значение, баллы
Клинически выраженная симптоматика	7 %	$11,5 \pm 0,71$	10 %	$11,33 \pm 0,58$
Субклинически выраженная симптоматика	20 %	$9,0 \pm 0,89$	20 %	$9,17 \pm 0,98$
Нормативный показатель	73 %	$2,63 \pm 1,94$	70 %	$3,52 \pm 2,4$

Субъективно наиболее значимыми симптомами тревоги являлись неусидчивость ( $1,75 \pm 1,39$  балла по Госпитальной шкале), напряженность ( $1,25 \pm 0,46$ ), наличие беспокойных мыслей ( $1,25 \pm 0,71$ ), а наиболее значимыми симптомами депрессии – заторможенность ( $1,0 \pm 0,75$ ), вялость ( $1,0 \pm 0,95$ ).

Клинически психические нарушения были выявлены у 34 % больных, в том числе тревожного и депрессивного характера у 27 % больных. Еще у 7 % пациентов были диагностированы астеноневротические нарушения.

Результаты клинко-психопатологического обследования были подтверждены психометрическим методом. Показатель общего психического состояния (GSI) составил  $0,77 \pm 0,4$  и  $0,26 \pm 0,13$  балла соответственно ( $p < 0,01$ ), показатель проявления симптоматики (PSI) составил  $44,6 \pm 13,72$  и  $17,6 \pm 6,66$  балла соответственно ( $p < 0,01$ ). Согласно данным опросника SCL-90, полученные результаты достоверно различались в группе пациентов с психическими расстройствами и без них. В целом в структуре психических расстройств доминировали симптомы депрессии, тревоги и обсессивно-фобические расстройства (табл. 2). В наименьшей степени были выражены сверхценные сенситивные идеи отношения (явления межличностной сенситивности и враждебности согласно опроснику SCL-90).

Таблица 2

**Характеристика выраженности психопатологической симптоматики по данным SCL-90**

Показатель	Больные хламидиозом	
	с психическими расстройствами	без психических расстройств
Соматизация	$0,8 \pm 0,53$	$0,3 \pm 0,23$
Обсессивность-компульсивность	$1,04 \pm 0,39^*$	$0,28 \pm 0,15$
Межличностная сенситивность	$0,98 \pm 0,64$	$0,4 \pm 0,3$
Депрессия	$0,99 \pm 0,51^*$	$0,18 \pm 0,04$
Тревожность	$0,6 \pm 0,54^{**}$	$0,08 \pm 0,08$
Враждебность	$0,73 \pm 0,45$	$0,39 \pm 0,38$
Фобия	$0,2 \pm 0,18^{**}$	0
Паранойальные тенденции	$0,8 \pm 0,46$	$0,7 \pm 0,69$
Психотизм	$0,52 \pm 0,41$	$0,22 \pm 0,15$
Дополнительные вопросы	$0,77 \pm 0,39^*$	$0,11 \pm 0,1$
Общий индекс симптоматики (GSI)	$0,77 \pm 0,4^*$	$0,26 \pm 0,13$
Индекс проявления симптоматики (PSI)	$44,6 \pm 13,72^*$	$17,6 \pm 6,66$
Индекс выраженности дистресса (PDSI)	$1,49 \pm 0,29$	$1,29 \pm 0,23$

Примечание. \* –  $p < 0,01$ ; \*\* –  $p < 0,03$ .

В 13,3 % случаев выраженность депрессии не превышала легкой степени и составила  $8,1 \pm 5,8$  балла по шкале Гамильтона. В 6,7 % наблюдений выраженность депрессии достигала  $17,0 \pm 2,83$  балла. Клиническая картина депрессии характеризовалась преобладанием гипотимии, анергии и психической тревоги.

Обнаружено, что в структуре психических расстройств доминировали нозогенные расстройства в рамках реакции личности на заболевание (60 % больных). Эти состояния были диагностированы как расстройства адаптации и проявлялись тревожно-депрессивным синдромом. В клинической картине были выявлены гипотимия, навязчивые мысли о своём заболевании, инсомнические нарушения, страх не-



удачного исхода лечения, тревога. В переживаниях этих пациентов прослеживалось отражение психотравмирующей ситуации – факта заражения урогенитальной инфекцией с чувством вины. Соматогенный компонент психических расстройств выражался в наличии астении в виде вялости, быстрой утомляемости, повышенной раздражительности и быстрой истощаемости – гипостенический вариант астенического синдрома (20 % пациентов). Наличие эндогенной составляющей обусловили такие особенности клинической картины, как суточную динамику колебаний настроения и витальный компонент депрессии (20 % больных).

Достоверных различий выраженности психических расстройств между пациентами с генерализованным и неосложнённым хламидиозом, с первичным и вторичным заражением выявлено не было.

Нарушения сексуальной функции были выявлены у 37 % обследованных. У 23 % пациентов была нарушена ранняя стадия копулятивного цикла (первая триада СФМ), в 20 % случаев страдали объективные параметры полового акта (вторая триада СФМ), в 16 % случаев была снижена оценка половой активности (третья триада СФМ). В 17 % случаев присутствовали несколько типов нарушений сексуальной функции. Несмотря на то что объективные характеристики сексуальной функции в группах сравнения примерно совпадали (табл. 3), субъективные нарушения сексуальной функции достоверно чаще встречались при наличии психических расстройств (2,1±1,29 и 3,27±1,88 балла по СФМ,  $p<0,02$ ).

Таблица 3  
**Характеристика сексуальной функции**

Средние значения по триадам опросника СФМ				
Больные хламидиозом с психическими расстройствами	триада			показатель 4-й
	1-я	2-я	3-я	
Больные хламидиозом с психическими расстройствами	8,0±1,89	8,45±1,77	9,0±1,33	2,1±1,29*
Больные хламидиозом без психических расстройств	8,6±1,76	8,83±1,7	9,1±1,17	3,27±0,88

Примечание. \* –  $p<0,02$ .

Личностные особенности обследованных больных характеризовались некоторым преобладанием ипохондрических и психастенических черт. Больные психическими расстройствами отличались доминированием депрессивного, истерического и паранойяльного радикалов (табл. 4).

Пациентам с рискованным поведением в меньшей степени были свойственны депрессивные, истерические, психопатические, паранойяльные черты при наличии тенденции к большей выраженности гипоманиакального радикала ( $p=0,07$ ) по сравнению с пациентами, которым рискованное поведение было не свойственно. В сторону большей выраженности личностных особенностей гипертимного характера достоверно отличались пациенты с по-

вторным заражением инфекцией по сравнению с первичными больными (41,8±5,22 и 32,0±3,37 балла соответственно,  $p<0,05$ ).

Таблица 4  
**Характеристика особенностей личности больных**

Шкалы	Средние показатели по шкалам MINI-mult			
	Больные хламидиозом		Наличие рискованного поведения у больных	
	с психическими расстройствами	без психических расстройств	с рискованным поведением	без рискованного поведения
Ипохондрии (Hs)	49,2±4,6	49,5±5,26	49,2±4,6	49,5±5,26
Депрессии (D)	57,2±10,21*	40,5±9,15	42,2±12,34	52,75±18,45
Истерики (Hy)	54,0±6,36*	43,5±3,7	43,6±8,73	52,25±8,38
Психопатии (Pd)	45,4±11,67	47,5±7,68	41,0±8,09	53,0±7,07
Паранойяльности (Pa)	50,6±4,72*	39,0±6,22	39,6±8,32	48,75±10,01
Психастении (Pt)	52,8±13,22	50,25±8,5	49,6±8,38	54,25±14,15
Шизоидности (Se)	47,0±7,68	49,5±2,38	47,4±5,5	49,0±6,83
Гипомании (Ma)	38,0±6,67	36,75±7,63	41,0±6,63	33,0±3,56

Примечание. \* –  $p<0,05$ .

Психические расстройства соответствовали диагностическим критериям по МКБ-10: F32.1 – умеренный депрессивный эпизод (7 % обследованных); F43.20 – кратковременная депрессивная реакция (3,5 %); F43.22 – смешанная тревожная и депрессивная реакция (10 %); F43.28 – расстройства адаптации, другие специфические преобладающие симптомы (13,5 %).

Таблица 5  
**Характеристика связанного со здоровьем качества жизни по SF-36**

Показатель	Больные	
	с психическими расстройствами	без психических расстройств
Физическое функционирование	88,13±15,57	79,44±19,91
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием	56,25±39,53	72,22±31,73
Интенсивность боли	66,75±26,61	66,89±29,50
Общее состояние здоровья	56,13±22,05	54,89±17,65
Жизненная активность	58,13±21,70	65,0±13,91
Социальное функционирование	71,88±24,78	81,94±18,87
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	66,63±39,92	85,22±24,24
Психическое здоровье	61,87±14,84*	77,44±10,28

Примечание. \* –  $p<0,03$ .

Согласно результатам обследования с использованием опросника SF-36 были получены значимые различия в качестве жизни в зависимости от наличия психических расстройств. Показатель удовлетворенности психическим здоровьем был достоверно ниже у пациентов с психическими расстройствами. Выявлена тенденция к снижению качества жизни по пока-

зателям ролевого (будничного) функционирования, обусловленного эмоциональным и физическим состоянием. Оценка физического функционирования была выше в группе больных психическими расстройствами, что может быть объяснено меньшим количеством пациентов с генерализованным хламидиозом с синдромом Рейтера в группе психически больных по сравнению с группой сравнения (3 и 23 % соответственно,  $p < 0,01$ ) (табл. 5).

Качество жизни у больных с синдромом Рейтера было ниже по всем показателям шкалы SF-36 по сравнению с больными неосложнённым хламидиозом, но достоверное различие показано только относительно ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием – повседневная деятельность, значительно ограничивалась физическим состоянием пациентов ( $39,29 \pm 37,79$  и  $82,5 \pm 20,58$ ;  $p < 0,01$ ).

**Заключение.** Полученные данные свидетельствуют о значительной частоте лиц с рискованным поведением среди больных урогенитальной хламидийной инфекцией (67 %). Установлено, что для этих лиц характерно заражение хламидиозом в более молодом возрасте, выявлена тенденция к большему числу случаев реинфицирования. Показано, что группой риска в плане повторного заражения являются пациенты с акцентуацией личности по гипертимному типу, в связи с чем эти пациенты нуждаются в активной вторичной профилактике.

Установлена значительная частота психических расстройств, преимущественно тревожно-депрессивного характера, что соответствует данным, приведённым в литературе, о наличии аффективных нарушений у пациентов с урогенитальной хламидийной инфекцией [4, 5, 6,]. Результаты исследования позволили уточнить доминирующую роль нозогенного фактора в развитии психических расстройств при урогенитальной хламидийной инфекции.

Наличие психических расстройств усугубляет сексуальную дисфункцию за счет тревожно-ипохондрической фиксации на объективно имеющихся и частично обусловленных основным заболеванием сексуальных нарушениях. Наличие психических расстройств является дополнительным фактором, обуславливающим снижение качества жизни пациентов с урогенитальной хламидийной инфекцией по показателям удовлетворённости психическим здоровьем и будничным функционированием.

Полученные данные свидетельствуют о трудности своевременной верификации психических расстройств у данного контингента больных в связи с их недостаточной клинической очерченностью и значительной частотой нарушений донологического уровня. Характер психических расстройств указывает на необходимость комплексного (междисциплинарного) подхода к ведению пациентов с урогенитальной хламидийной инфекцией с участием психиатров-психотерапевтов.

#### Литература

1. *Datta S.* Chlamydia trachomatis trends in the United States among persons 14 to 39 years of age, 1999–2008 // *Sex. Transm. Dis.* – 2012. – № 39 (2). – P. 92–96.
2. *Lewis D.* The prevalence of Chlamydia trachomatis infection in Australia: a systematic review and meta-analysis // *BMC Infect Dis.* – 2012. – № 12. – P. 113–119.
3. *Michel G.* Clinique et recherche sur les conduites à risques chez l'adolescent // *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.* – 2006. – V. 54, № 1. – P. 62–76.
4. *Frost D.* Recognition of hypochondriasis in a clinic for sexually transmitted disease // *Genitourin Med.* – 1985. – № 61. – P. 133–137.
5. *Яковенко В. В. и др.* Психосоматические расстройства при болезни Рейтера // *Дерматология та венерология.* – 2002. – Т. 16, вып. 2. – С. 38–40.
6. *Мавров Г. И.* Психосексуальные аспекты урогенитальных инфекций у женщин // *Медицинские аспекты здоровья женщины.* – 2008. – № 3. – С. 3–14.

#### Транслитерация русских источников

5. *Yakovenko V. V. et al.* Psychosomatic disorders in Reiter's disease // *Dermatologiya i venerologiya.* – 2002. – V. 16, № 2. – P. 38–40.
6. *Mavrov G. I.* Psychosexual aspects of urogenital infections in women // *Psikhoseksual'nye aspekty zdorov'ya zhenshin.* – 2008. – № 3. – P. 3–14.

# ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

УДК 616.895.8-08-036.838

ББК Р64+Р11(2)

## ОРГАНИЗАЦИЯ АКТИВНОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СРЕДЫ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ

Волчкова Т. Ф.<sup>\*1</sup>, Дудкина О. В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Омская ГМА» Минздрава РФ  
644043, Омск, ул. Ленина, 12

<sup>2</sup> ГБУЗ «Специализированная КПБ» Министерства здравоохранения Краснодарского края  
350007, Краснодар, ул. Красная, 1

С целью оптимизации процесса реабилитации больных расстройствами шизофренического спектра в условиях дневного стационара создана активная терапевтическая среда, являющаяся дополнительной формой психокоррекционного воздействия и позволяющая в наиболее благоприятных условиях осуществлять весь комплекс психосоциальных вмешательств. Проведен сравнительный анализ результатов, который выявил лучшие показатели в основной группе больных, вовлеченных в лечебно-реабилитационные мероприятия в условиях активной терапевтической среды, по сравнению с пациентами контрольной группы, получавшими лишь биологическую терапию. **Ключевые слова:** активная терапевтическая среда, шизофрения, психосоциальная реабилитация, дневной стационар, терапия средой.

**ORGANIZATION OF ACTIVE THERAPEUTIC ENVIRONMENT IN A DAY HOSPITAL.** Volchkova T. F.<sup>1</sup>, Dudkina O. V.<sup>2</sup> Omsk State Medical Academy. 644043, Omsk, Lenin av., 12. *Specialized Clinical Psychiatric Hospital of Ministry of Healthcare of Krasnodar Krai. 350007, Krasnodar, Krasnaya Street, 1.* To optimize rehabilitation of schizophrenics in the day hospital, the active therapeutic environment has been created, which was an additional form of intervention, and to carry out in the most favorable conditions the whole complex of psychosocial interventions. The comparative analysis of the results shows better scores in patients who received treatment in the conditions of active therapeutic environment, in comparison with controls that received only biological therapy. **Key words:** active therapeutic environment, schizophrenia, psychosocial rehabilitation, day hospital, milieu-therapy.

**Введение.** В целостном контексте с вопросами этиопатогенеза шизофрении рассматривается и проблема адаптиогенеза больных шизофренией [8, 9], с определением вклада социальных факторов, наряду с клинко-биологическими, в адаптационные механизмы.

<sup>\*</sup> <sup>1</sup> Волчкова Татьяна Федоровна, заочный аспирант каф. психиатрии и медицинской психологии «ОГМА», врач-психиатр БУЗОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н. Н. Солодниковой». e-mail: ptf\_v@mail.ru

<sup>2</sup> Дудкина Ольга Васильевна, врач-психиатр.

Одной из главных причин дезадаптации и инвалидизации при шизофрении является нарушение социальных контактов. В последние 50 лет активно развивается социальная психиатрия, направленная на изучение роли социальных факторов в возникновении и течении психических заболеваний, а также взаимоотношений больных с их социальным окружением [4, 13]. Социальная психиатрия как научная дисциплина не имеет четких границ и находится на пересечении психиатрии, социологии и социальной психологии. Ее практической целью является выздоровление и реабилитация психически больного человека через оптимальную организацию социальной и лечебной среды. По мнению ряда авторов, формирование терапевтической среды, когда сотрудничеству между больными и персоналом придается первостепенное значение, является одной из наиболее сложных задач развития психиатрической службы [2, 6].

Терапевтическая среда в широком смысле – это сочетание самых различных мероприятий и воздействий на больного: географическое расположение больницы, ее архитектура, внутренняя структура, комфорт в отделениях и палатах, режим «открытых дверей», организация (желательно самими пациентами) кафе, пунктов продажи, парикмахерских, совместные развлечения, различные виды занятости и пр. В ином смысле – это скорее характер складывающихся и определенным образом направляемых взаимоотношений больного с окружающими его людьми – персоналом, другими пациентами, семьей [1, 7].

В ходе формирования терапевтической среды используются клинко-психологическая, медицинская (в том числе психофармакотерапия основного заболевания и коморбидных, в частности аддитивных расстройств) [5], социально-трудовая и другие интервенции [11, 14].

Эффективность терапевтической среды обеспечивается различными факторами: 1) демократической выработкой решений и распределением ответственности; 2) ясностью терапевтических программ, ролей и лидерства; 3) высоким уровнем взаимодействия между персоналом и пациентами; 4) малым размером отделений; 5) позитивными ожиданиями персонала; 6) высоким моральным уровнем персонала; 7) практической проблемной ориентацией лечебного коллектива [1, 7].

Особый интерес при оказании психиатрической помощи больным расстройствам шизофренического спектра представляет собой организация терапевтической среды в условиях дневных стационаров в связи с активным развитием полустационарных отделений и внебольничных видов помощи, в том числе непосредственно в сообществе [3, 12].

**Материалы и методы.** В рамках проведенного научного исследования, целью которого являлась разработка и внедрение комплексных дифференцированных организационных и лечебно-реабилитационных подходов к пациентам с расстройствами шизофренического спектра (РШС) в условиях дневного стационара, большое внимание было уделено проблеме организации активной терапевтической среды.

Основная группа больных (ОГ) получала лечение в условиях реабилитационного психиатрического дневного стационара (РДС), который является структурным подразделением БУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н. Н. Солодников». Отделение функционирует по принципу дневного стационара и рассчитано на 50 мест. Помимо проведения психофармакотерапии, в данном подразделении особое внимание уделяется разнообразным формам реабилитации лиц с хроническими психическими расстройствами [7].

Контрольная группа (КГ) в проведенном исследовании проходила лечение в условиях дневного стационара для взрослого населения той же клиники. В данном подразделении на первый план выступало назначение психофармакотерапии, а реабилитационные мероприятия, как правило, ограничивались индивидуальной психообразовательной работой и решением вопроса о трудоспособности (направление на медико-социальную экспертизу).

В структуру РДС входили кабинеты персонала (заведующего отделением, врачей, старшей медсестры, медсестры-координатора, специалистов по социальной работе), лекарственный кабинет, комнаты для групповой работы, кабинет психотерапии с мягкой зоной, зал для лечебной физкультуры, кабинет массажа, «клуб» (зал для пребывания пациентов в течение дня, организации досуговой и кружковой работы), зал трудовой терапии (швейный цех на 25 посадочных мест), палата, гардероб, санитарные комнаты, хозяйственные помещения.

Организация терапевтической среды реализовывалась через следующие базовые компоненты: 1) бригадный способ ведения пациентов с ведущей ролью врача-психиатра; 2) индивидуальное ведение пациентов (программа «case management»); 3) организация режима процессов лечения, психосоциальной реабилитации, трудовой занятости и досуга; 4) режим «открытых дверей»; 5) внешний вид сотрудников, оформление основных помещений; 6) программа «сопровождение после выписки»; 7) поощрение самостоятельности и инициативы больных.

Бригадный подход к ведению пациентов был выбран в связи с тем, что при его использовании каждый участник терапевтической команды должен воспринимать всю полноту информации о пациенте и окружающей его действи-

тельности в аспекте своей профессии, дополняя усилия других. При этом совместно принимается оптимальное решение, в результате обеспечивается воздействие на все уровни поражения – биологический, личностный и социальный.

В состав полипрофессиональной бригады РДС входили врачи-психиатры, психологи, специалисты по социальной работе, медицинские сестры, инструкторы лечебной физкультуры, массажисты, трудинструкторы. Ведущую роль в работе бригады играл врач-психиатр, определяя основное направление усилий специалистов в каждом конкретном случае.

Программа «Ведение индивидуального случая» («case management») подразумевала, во-первых, получение одним из участников полипрофессиональной бригады (менеджером) максимума информации о социальном функционировании пациента, качестве его жизни (в том числе путем посещения на дому); во-вторых, участие менеджера совместно с другими членами бригады в формулировке функционального диагноза, составлении реабилитационного маршрута и последующем мониторинге за посещением отделения, регулярностью приема препаратов, своевременностью оказания необходимой помощи, выполнением намеченного плана реабилитации. Менеджер продолжал осуществлять свои функции в тех случаях, когда пациент нуждался в помощи после выписки или поступал в РДС повторно.

Структурирование режимов лечения, психосоциальной реабилитации, трудовой занятости и досуга включало в себя:

- четкое соблюдение временных норм при проведении всех мероприятий (например, прием пищи в столовой с 8.00 до 8.30, с 12.00 до 12.30; обход в 9.30; выдача лекарств с 9.00 до 9.30, с 12.30 до 13.00; групповые занятия с 10.00 до 10.45, с 11.00 до 11.45, с 14.00 до 14.45; уборка помещений с 8.30 до 9.00, с 13.00 до 14.00 и т. п.);

- распределение тренинговых занятий по дням недели (групповые психообразовательные занятия с пациентами – вторник, четверг, групповые психообразовательные занятия с родственниками – среда, коммуникативные тренинги – вторник, четверг и т. д.);

- ежедневную смену видов досуга (понедельник – «караоке», вторник – просмотр телепередач и т. д.) и кружковых занятий (вторник, четверг – театральная студия, понедельник, среда, пятница – музыкальные занятия и т. п.).

Таким образом, ежедневная работа отделения имела четкую структуру, позволяющую организовать полную занятость пациентов во время пребывания в условиях реабилитационного психиатрического дневного стационара.

**Режим «открытых дверей».** Все пациенты поступали в отделение с согласия. Пациент или родственник мог в любое время подойти к сотрудникам для беседы, консультации. Вход и выход не ограничивались в течение дня. При этом существовал «ненавязчивый контроль», подразумевавший наблюдение за состоянием пациентов во время обхода, участия в кружковых и досуговых мероприятиях, тренингах. Все участники бригады (в том числе менеджеры) отслеживали регулярность получения и приема препаратов, посещения запланированных мероприятий психосоциальной реабилитации, объем контактов между пациентами и т. п.

Все сотрудники (за исключением медицинских сестер лекарственного кабинета, труднеструктуров) не носили белые халаты, каждый имел бэйдж с указанием Ф.И.О. и должности. Это позволяло облегчить формирование доверительных отношений, установить комплаенс. При этом общение с больными носило доброжелательно-директивный характер, без перехода на «ты», соблюдения основных норм общения сотрудников психиатрической клиники и пациентов. Помещения были оформлены в ярких жизнерадостных цветах (желтом, синем, розовом и т. п.). Кабинет психотерапии был обставлен мягкой мебелью, дополнен аквариумом. В «Клубе» организована постоянно обновляемая выставка работ пациентов; во всех помещениях находились комнатные растения и цветы.

Пациенты привлекались к уборке помещений, уходу за растениями, аквариумом, что способствовало формированию ответственного отношения к «среде отделения».

Программа «сопровождение после выписки» подразумевала оказание всех видов помощи, осуществляемых в отделении (кроме коррекции лечения) и после выписки под наблюдение участкового психиатра. При необходимости пациенты продолжали обслуживаться менеджером, могли посещать досуговые и кружковые программы, получить психологическую, инструментальную поддержку. Трудоустроившиеся больные получали психологическую помощь в рамках программы «Психологическое сопровождение работающих пациентов».

Поощрение самостоятельности и инициативы больных проявлялось в виде поддержания работы Совета самоуправления пациентов, который состоял из выбранных голосованием старосты, воспитателей, руководителей культурного, трудового и других секторов. Пациенты, проявившие инициативу, на общих ежемесячных собраниях награждались благодарственными письмами, дополнительными билетами для посещения культурно-досуговых центров.

**Результаты и обсуждение.** В проведенном исследовании было изучено комплексное влияние мероприятий психосоциальной реабилитации на больных РШС, путем двукратного обследования пациентов (на момент начала исследования и через 6—12 месяцев после окончания лечебных программ в дневных стационарах).

Был проведен анализ состояния пациентов в период наблюдения в амбулаторной сети между поступлениями в дневной стационар – регулярность посещений врача, продолжительность ремиссии, частота обострений и длительность госпитализаций в круглосуточный стационар, что отражено в таблицах 1, 2 и 3.

При сравнении полученных данных было выявлено, что независимо от формы болезни число лиц, самостоятельно обращающихся к участковому психиатру, увеличилось (с 35,2 до 48,8 %) (табл. 1).

Таблица 1  
**Регулярность посещения участкового психиатра больными РШС при первичном (1) и повторном (2) обследованиях**

Частота посещений		1			2		
		ОГ	КГ	Всего	ОГ	КГ	Всего
Обращается самостоятельно	n	23	21	44	41	20	61
	%	34,3	36,2	35,2	61,2	34,5	48,8
Обращается по вызову	n	23	22	45	23	24	47
	%	34,3	37,9	36,0	34,3	41,4	37,6
Отказывается от посещений	n	21	15	36	3	14	17
	%	31,4	25,9	28,8	4,5	24,1	13,6
Итого	n	67	58	125	67	58	125
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание. –  $\chi^2=31,55$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ; –  $\chi^2=21,00$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ .

Статистический анализ показал, что данный показатель улучшился преимущественно за счет пациентов основной группы, где при повторном исследовании число самостоятельно обращающихся к врачу было значительно выше ( $p<0,001$ ), тогда как при первичном обследовании эти показатели не имели достоверных различий. Больные контрольной группы чаще отказывались от посещения врача ( $p<0,001$ ).

Регулярность наблюдения в амбулаторной сети и прием поддерживающей психофармакотерапии позволяют длительно поддерживать состояние ремиссии, своевременно выявлять обострение и, как следствие, предупредить госпитализацию в круглосуточный стационар. Динамика указанных показателей представлена в таблице 2.

При сопоставлении данных, полученных на начальном и заключительном этапах исследования (табл. 2), было выявлено, что число пациентов, достигших ремиссии продолжительностью более 6 месяцев, уменьшилось с 95,2 до 66,4 %. Анализ этих показателей выявил, что основной вклад в отрицательную динамику внесли больные контрольной группы, достоверно чаще достигая ремиссии длительностью

менее 6 месяцев по окончании исследования ( $p < 0,001$ ). Ремиссии продолжительностью более 2 лет встречались достоверно чаще среди больных основной группы ( $p < 0,05$ ).

Таблица 2

**Средняя продолжительность ремиссий у больных РШС при первичном (1) и повторном (2) обследованиях**

Продолжительность ремиссии		1			2		
		ОГ	КГ	Всего	ОГ	КГ	Всего
Не наступали	n	12	7	19	0	0	0
	%	17,9	12,1	15,2	0	0	0
До 6 месяцев	n	21	17	38	12	20	32
	%	31,3	29,3	30,4	17,9	34,5	25,6
От 6 месяцев до 1 года	n	14	13	27	25	18	43
	%	20,9	22,4	21,6	37,3	31,0	34,4
От 1 года до 2 лет	n	17	16	33	21	16	37
	%	25,4	27,6	26,4	31,3	27,6	29,6
Более 2 лет	n	3	5	8	9	4	13
	%	4,5	8,6	6,4	13,5**	6,9**	10,4
Итого	n	67	58	125	67	58	125
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание. \* –  $\chi^2=12,19$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,001$ ; \*\* –  $\chi^2=6,78$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,05$ .

Продолжительность и частота госпитализаций являются важными показателями, отражающими результаты проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий, в связи с чем проведен их анализ (табл. 3).

Таблица 3

**Средняя продолжительность госпитализаций в круглосуточный стационар больных РШС при первичном (1) и повторном (2) обследованиях**

Длительность госпитализации		1			2		
		ОГ	КГ	Всего	ОГ	КГ	Всего
Не наступали	n	0	1	1	0	0	0
	%	0	1,7	0,8	0	0	0
Менее 30 дней	n	3	2	5	7	3	10
	%	4,5	3,4	4,0	10,5*	5,2*	8,0
31-60 дней	n	19	16	35	32	20	52
	%	28,4	27,6	28,0	47,8**	34,5**	41,6
61-90 дней	n	41	37	78	26	31	57
	%	61,2	63,8	62,4	38,8	53,4	45,6
Более 90 дней	n	4	2	6	2	4	6
	%	5,9	3,4	4,8	2,9	6,9	4,8
Итого	n	67	58	125	67	58	125
	%	10,0	100,0	100	100,0	100	100

Примечание. \* –  $\chi^2=5,70$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,05$ ; \*\* –  $\chi^2=7,83$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,01$ ;  $\chi^2$  (61 день и более) = 14,45;  $df=1$ ;  $p < 0,001$ .

Статистический анализ данных, представленных в таблице 3, обнаружил, что независимо от формы шизофрении, число пациентов, находящихся в стационаре менее 30 дней, увеличилось вдвое (за счет пациентов основной группы, в контрольной группе динамики не отмечено). Анализ различий между основной и контрольной группами выявил, что больные основной группы достоверно чаще находились в стационаре 60 дней и менее, чем больные контрольной группы ( $p < 0,001$ ).

При рассмотрении больных в аспекте трудовой занятости и трудоспособности мы получили следующие результаты. Из 19 пациентов [ $n_{ОГ}=11$  (16,4 %);  $n_{КГ}=8$  (13,8 %)], трудоустроенных на момент включения в исследование,

смогли сохранить прежнее место работы лишь 13 больных [ $n_{ОГ}=9$  (13,4 %);  $n_{КГ}=4$  (6,9 %)]. На момент окончания исследования в основной группе больных трудоустроилось 10 человек (в том числе один из потерявших работу) (14,9 %), а в контрольной группе – 4 (из числа ранее не работавших граждан) (6,9 %) (рис. 1).

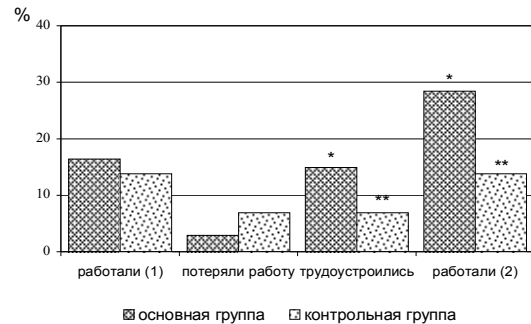


Рис. 1. Соотношение числа трудоустроенных больных РШС в основной и контрольной группах на начальном (1) и заключительном (2) этапах исследования

Примечание. \* –  $\chi^2=9,96$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,05$ ; \*\* –  $\chi^2=17,92$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,001$ .

Анализ данных, представленных на рисунке 1, позволяет сделать вывод о том, что в основной группе отмечены значимо лучшие показатели в отношении числа трудоустроенных лиц ( $p < 0,05$ ), числа лиц, сохранивших работу. Вследствие этого общее число работающих больных в данной группе на конец исследования было достоверно выше ( $p < 0,001$ ).

Одним из показателей, отражающих не только тяжесть психического расстройства, но и эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий, является количество больных, утративших трудоспособность за период наблюдения.

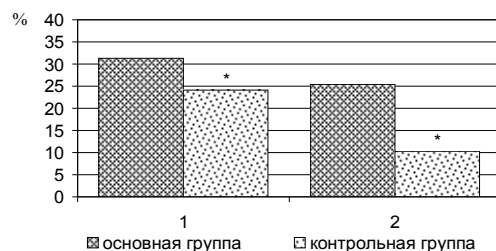


Рис. 2. Соотношение числа трудоспособных больных РШС в основной и контрольной группах на начальном (1) и заключительном (2) этапах исследования

Примечание. \* –  $\chi^2=24,68$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,001$ .

На момент начала исследования число трудоспособных граждан в основной группе составляло 31,3 % ( $n=21$ ), в контрольной группе – 24,1 % ( $n=14$ ). Из них к моменту повторного обследования 4 пациентов (6,0 %) в основной группе были первично освидетельствованы на

МСЭ (из них 2 пациентам была определена III группа инвалидности, ещё 2 – II группа); в контрольной группе первично на МСЭ были направлены 8 человек (13,8 %) (III группа инвалидности была определена лишь в 1 случае, а II группа – в 7) (рис. 2).

Таким образом, полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что организация активной терапевтической среды в сочетании с комплексными лечебно-реабилитационными программами больных РШС в условиях дневного стационара способствует увеличению числа лиц, самостоятельно обращающихся к участковому психиатру, принимающих поддерживающее лечение. Это влечет за собой достижение и поддержание состояния лекарственной ремиссии, уменьшение частоты и длительности госпитализаций в круглосуточный стационар, сохранение трудоспособности больных изучаемого контингента.

### Л и т е р а т у р а

1. Абабков В. А., Бизюк А. П., Володин Н. Н. и др. Клиническая психология : учебник. – 3-е изд. / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб. : Изд-во «Питер», 2004. – 553 с.
2. Бабин С. М. Организация психотерапевтической помощи в общепсихиатрическом стационаре : методическое пособие. – 2-е изд., перераб. и доп. – Оренбург, 2011. – 70 с.
3. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М. : Медпрактика-М, 2004. – 492 с.
4. Гычев А. В., Артемьев И. А. Пограничные нервно-психические расстройства и социальная нестабильность // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 4. – С. 67–69.
5. Красильников Г. Т., Дресвянников В. Л., Бохан Н. А. Коморбидные аддитивные расстройства у больных шизофренией // Наркология. – 2002. – № 6. – С. 24–31.
6. Психиатрическая помощь больным шизофренией. Клиническое руководство / под ред. В. Н. Краснова и др. – М., 2007. – 260 с.
7. Рихард Б., Дворжак М. Терапия средой в психиатрии, психотерапии и реабилитации / пер. с англ. / под ред. С. М. Бабина. – Оренбург, 2003. – 32 с.
8. Семке А. В., Рахмазова Л. Д., Лобачева О. А., Иванова С. А., Гуткевич Е. В. Клинические и биологические факторы формирования адаптации больных шизофренией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3 (42). – С. 17–21.
9. Семке А. В., Ветлугина Т. П., Иванова С. А., Рахмазова Л. Д., Гуткевич Е. В., Лобачева О. А., Корнетова Е. Г. Биопсихосоциальные основы и адапционно-компенсаторные механизмы шизофрении в регионе Сибири // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009. – № 5 (56). – С. 15–20.
10. Уткин А. А. Новые формы оказания психиатрической помощи как часть системы комплексной психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2009. – 22 с.
11. Холмогорова А. Б. Психотерапия шизофрении: модели, тенденции // Московский психотерапевтический журнал. – 1993. – № 2. – С. 77–112.
12. Шендеров К. В., Шевченко В. А., Загиев В. В. и др. Контингент и задачи по психосоциальной терапии больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, получающих помощь в условиях дневного стационара // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17, № 3. – С. 10–14.
13. Finzen A. Sozialpsychiatrie als Sozialwissenschaft // Schweizer Arch. für Neurologie und Psychiatrie. Zurich. – 1987. – Bd. 38, № 6. – S. 25–34.
14. Klerman G. L., Dimascio A., Weissman M., Prusoff B., Paykel E. S. Treatment of depression by drugs and psychotherapy // Am. J. Psychiatry. – 1974. – V. 131. – P. 186–191.

### Транслитерация русских источников

1. Ababkov V. A., Bizyuk A. P., Volodin N. N. et al. Clinical psychology: a textbook. 3 edition / pod red. B. D. Karvasarskog. – SPb.: IZD-VO PITER., 2004. – 553 s.
2. Babin S. M. Organization of psychological care in general psychiatric hospital (handbook). – Orenburg, 2011. – 70 s.
3. Gurovich I. Ya., Shmukler A. B., Storozhakova Ya. A. Psychosocial therapy and psychosocial rehabilitation in psychiatry. – M. : Medpraktika-M, 2004. – 492 s.
4. Gychev A. V., Artemev I. A. Borderline Psychic Disorders and Social Instability // Siberian Journal of Psychiatry and Addiction Psychiatry. – 2009. – № 4 (55). – P. 67–69.
5. Krasilnikov G. T., Dresvyannikov V. L., Bohan N. A. Comorbid addictive disorders in schizophrenic patients // Narkologiya. – 2002. – N 6. – S. 24–31.
6. Mental health care for people with schizophrenia. Clinical manual / Pod red. V. N. Krasnova i dr. – M., 2007. – 260 s.
7. Rikhard B., Dvorzhak M. Therapy in psychiatry, psychotherapy and rehabilitation: transl. from English / pod red. S. M. Babina. – Orenburg, 2003. – 32 s.
8. Semke A. V., Rahmazova L. D., Lobacheva O. A., Ivanova S. A., Gutkevich E. V. Clinical and biological factors of formation of adaptation of patients with schizophrenia // Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii. – 2006. – № 3. – S. 17–21.
9. Semke A. V., Vetlugina T. P., Ivanova S. A., Rahmazova L. D., Gutkevich E. V., Lobacheva O. A., Kornetova E. G. Bio-psychosocial bases and adaptive-compensator mechanisms of schizophrenia in region of Siberia // Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii. – 2009. – № 5. – S. 15–20.
10. Utkin A. A. New forms of mental health care as part of a comprehensive psychological therapy and psychosocial rehabilitation: the avtoreferat Dissertation of the candidate of medical sciences. – M., 2009. – 22 s.
11. Kholmogorova A. B. Psychotherapy of schizophrenia: models, trends // Moskovskii psikhoterapevticheskii zhurnal. – 1993. – № 2. – S. 77–112.
12. Shenderov K. V., Shevchenko V. A., Zagiev V. V. i dr. Contingent and targets for psychosocial treatment of patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders receiving care in a day hospital // Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya. – 2007. – T. 17, № 3. – S. 10–14.

**Научно-практический  
рецензируемый журнал**

**Сибирский вестник  
психиатрии и наркологии.  
2013. № 4 (79).**

**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. № 4 (79) подготовлен  
в ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН  
выпускающим редактором И. А. Зеленской

---

**Подписано к печати 30.07.2013 г.  
Формат 60x84<sub>1/8</sub>. Печать офсетная.  
Бумага мелованная. Гарнитура «Arial».  
Печ. л.11,0; усл. печ. л. 10,23; уч.-изд. л. 10,77.  
Тираж 1000 экз. Заказ № 13522 .  
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**