ОГЛАВЛЕНИЕ

CONTENTS

Оригинальные статьи

Устинов А.С., Пекораро А., Мимиага М., О'Клейрих К., Сафрен С.А., Блохина Е.А., Вербицкая Е.В., Ярославцева Т.С., Лиознов Д.А., Суворова А.В., Гриненко А.Я., Звартау Э.Э., Крупицкий Е.М., Вуди Д.Е. Употребление психоактивных веществ и депрессия у больных ВИЧ-инфекцией, приверженных и прервавших антиретровирусную терапию..... 5

Жиляева Т.В., Сергеева А.В., Благонравова А.С., Акимова Е.В., Касимова Л.Н. Полиморфизм гена обмена фолатов MTHFR677C>T и кататоническая симптоматика шизофрении..... 12

Погосов А.В., Богушевская Ю.В., Мальцева А.А. Клинико-психологические особенности соматизированных расстройств и органических заболеваний ЖКТ (сравнительный аспект)..... 17

Овчинников А.В., Шпрах В.В Типы клинического течения неврологических форм гепатолентикулярной дегенерации..... 23

Москвитин П.Н., Егоров А.Ю. Психогигиеническое направление в снижении риска формирования аддиктивного поведения школьников..... 30

Зыков В.П., Каширина Э.А., Наугольных Ю.В. Методы объективного контроля эффективности терапии у детей с тиками..... 35

Дискуссии

Кузнецов В.В. О проблемах наркологической статистики..... 42

Капустин С.А. Использование экзистенциального критерия нормальной и аномальной личности для психологического анализа случая Петра Павленского..... 47

Наблюдения из практики

Хаятова З.Г., Богданов Э.И., Анисимов В.И., Ильинский В.И., Кабиров А.Р., Фазлиахметова А.Г., Хайруллов М.А. Идиопатическое двустороннее поражение диафрагмального нерва: представление клинического наблюдения и обзор литературы..... 51

Матвеева Т.В., Овсянникова К.С. Первичная (болезнь Фара) и вторичная кальцификация базальных ганглиев (Клиническое наблюдение)..... 57

Асадуллин А.Р., Юлдашев В.Л., Ахметова Э.А. Клинический случай внутривенного употребления метилендиоксипировалерона у пациента с синдромом зависимости от синтетических стимуляторов..... 63

Краткие сообщения

Белокрылов И.И. Особенности родительских семей подростков-учащихся общеобразовательных учреждений и распространенность употребления психоактивных веществ в подростковой среде..... 67

Original articles

Ustinov A.S., Pecoraro A., Mimiaga M., O'Cleirigh C., Safren S.A., Blokhina E.A., Verbitskaya E.V., Yaroslavtseva T.S., Lioznov D.A., Suvorova A.V., Grinenko A.Ya., Zvartau E.E., Krupitsky E.M., Woody D.E. Substance use and depression among patients adherent and non-adherent to antiretroviral therapy.

Zhilyaeva T.V., Sergeeva A.V., Blagonravova A.S., Akimova E.V., Kasimova L.N. Folatemetabolism genetic polymorphism MTHFR 677C> T and catatonic symptoms of schizophrenia.

Pogosov A.V., Bogushevskaya Yu.V., Maltseva A.A. Clinic-psychological characteristics of somatized disorders and organic diseases of the gastrointestinal tract (comparative aspect).

Ovchinnikov A.V., Shprakh V.V. Types of clinical course of neurological forms at hepatolenticular degeneration.

Moskvitin P.N., Egorov A.Yu. Psychohygienic direction in reducing the risk of addictive behavior formation in schoolchildren.

Zykov V.P., Kashirina E.A., Naugolnykh J.V. Methods of objective control of the therapy effectiveness in children with tics.

Discussion

Kuznetsov V.V. About problems of narcological statistics.

Kapustin S.A. Using the existential criterion of normal and abnormal personality for the psychological analysis of the Peter Pavlensky's case.

Observance from practice

Khaiatova Z.G., Bogdanov E.I., Anisimov V.I., Ilyinsky V.I., Kabirov A.R., Fazliakhmetova A.G., Khayrullov M.A. Bilateral idiopathic phrenic neuropathy: observation and review of literature.

Matveeva T.V., Ovsyannikova K.S. Primary (Fahr disease) and secondary calcification of the basal ganglia (Clinical observance).

Asadullin A.R.,Yuldashev V.L., Akhmetova E.A. Medical case of intravenous injection of methylenediopypyrovalerone in a patient diagnosed with synthetic drug addiction syndrome.

Short reports

Belokrylov I.I. Characteristics of parental families of secondary school students and prevalence of substance use among adolescents.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Моренец Т.В. Клинико-психопатологическая характеристика пациентов с суицидальной дезадаптацией, наступившей в условиях психиатрического стационара и в ранние сроки после выписки..... 70

Сорокин М.Ю. Распространённость внешней стигматизации у психически больных и её взаимосвязь с мотивацией к лечению..... 73

Колпаков Я.В. Качество жизни и защитно-совладающее поведение у лиц, зависимых от алкоголя и от опиоидов..... 78

Погосов А.В., Шибаев П.В. Клинико-психопатологические и психологические особенности расстройств адаптации у сотрудников ОВД..... 81

Стреминский С.Ю. Клинико-психологические и социально-демографические особенности комбатантов с соче-танными формами психической патологии..... 84

Кулешова Е.О. К вопросу выздоровления при острых полиморфных расстройствах..... 88

Рефераты статей на татарском языке..... 92

CONTENTS

Morenec T.V. Clinical-psychopathological characteristic of patients with suicidal disadaptation in a psychiatric hospital and at early terms after discharge from the hospital.

Sorokin M.Yu. Prevalence of social stigmatization in psychiatric patients and its correlation with motivation for treatment.

Kolpakov Ya.V. Life quality, coping behavior and mechanisms of personality defenses in alcohol and opioids addiction persons.

Pogosov A.V., Shibaev P.V. Clinico-psychopathological characteristics of adjustment disorder among police officers.

Streminskiy S.Yu. Clinical-psychological and socio-demographic characteristics of combatants with combined forms of mental pathology.

Kuleshova E.O. To the question of recovery at acute polymorphic disorder.

Abstracts of the articles in the Tatar language.

Выпуск журнала осуществлен при поддержке ООО "Научно-исследовательский медицинский комплекс "Ваше здоровье", www.klinika-zdorovya.ru и Частного учреждения дополнительного образования "Образовательный центр "Ваше здоровье", www.klinika-zdorovya.info

ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

Неврологический вестник — 2016 — Т. XLVIII, вып. 2 — С. 5—11

УДК: 616.98+616.89—008

УПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ И ДЕПРЕССИЯ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ПРИВЕРЖЕННЫХ И ПРЕРВАВШИХ АНТИРЕТРОВИРУСНУЮ ТЕРАПИЮ

Андрей Сергеевич Устинов[1], Анна Пекораро[2,3], Мэтью Мимиага[4,5], Конал О'Клейрих[5,6], Стивен Сафрен[5,6], Елена Андреевна Блохина[7], Елена Владимировна Вербицкая[7], Татьяна Сергеевна Ярославцева[7], Дмитрий Анатольевич Лиознов[8,9], Алёна Владимировна Суворова[10], Александр Яковлевич Гриненко[7], Эдвин Эдуардович Звартау[7,8], Евгений Михайлович Крупицкий[1,7], Джордж Вуди[2,3]

[1]Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, г. Санкт-Петербург, 192019, ул. Бехтерева, д.3, e-mail: andrey.ustinov29@gmail.com, [2]Пенсильванский университет, медицинский факультет, Филадельфия, штат Пенсильвания, США, [3]Сеть клинических исследований NIDA, Центр в долине Делавэр, Филадельфия, штат Пенсильвания, США, [4]Гарвардская школа общественного здоровья, Бостон, штат Массачусетс, США, [5]Гарвардская медицинская школа, Бостон, штат Массачусетс, США, [6]Центральная больница штата Массачусетс, Бостон, штат Массачусетс, США, [7]Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова, Институт Фармакологии им. А.В. Вальдмана, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8, [8]Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова, кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8, [9]Научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, 197101, Санкт-Петербург, ул. Мира, д. 14, [10]Санкт-Петербургский институт информатики и автоматизации Российской академии наук, 199178, Санкт-Петербург, 14 линия, д. 39

Реферат. Целью исследования была оценка причин прерывания антиретровирусной терапии ВИЧ-инфицированными пациентами. Проведена ретроспективная оценка влияния таких факторов, как депрессия, чувство безысходности, употребление психоактивных веществ, вирусная нагрузка ВИЧ и число CD4-лимфоцитов у 120 пациентов, прервавших антиретровирусную терапию на период 12 и более месяцев, и 120 приверженных антиретровирусной терапии пациентов, продолжавших лечение в течение 12 и более месяцев. В группе больных, прервавших антиретровирусную терапию, отмечался более высокий уровень вирусной нагрузки и, соответственно, меньшее число CD4-лимфоцитов. Выраженность депрессии, дозы и частота употребления алкоголя, героина и инъекционных наркотиков в течение 30 дней, предшествующих анализу, был значительно выше в группе больных, прервавших антиретровирусную терапию, чем в группе больных приверженных антиретровирусной терапии. Бинарная логистическая регрессия, построенная на основе этих результатов [$\chi^2(4) = 64,27$, $p = 0,000$], позволила определить прогноз приверженности антиретровирусной терапии в 74,5% случаев. Полученные результаты свидетельствуют о том, что употребление психоактивных веществ и депрессия связаны с прерыванием антиретровирусной терапии. Оценка этих факторов при назначении антиретровирусных препаратов позволяет с высокой степенью достоверности прогнозировать приверженность больных терапии. Комплексный подход, включающий лечение зависимости от психоактивных веществ и психиатрическую помощь, может снизить риск выбывания пациентов из программ антиретровирусной терапии и повысить общий уровень приверженности лечению ВИЧ-инфекции.

Ключевые слова: ВИЧ, антиретровирусная терапия, прерывание АРВТ, АРВТ приверженность, депрессия, употребление ПАВ.

SUBSTANCE USE AND DEPRESSION AMONG PATIENTS ADHERENT AND NON-ADHERENT TO ANTIRETROVIRAL THERAPY

Andrey S.Ustinov[1], Anna Pecoraro[2, 3], Matthew Mimiaga[4,5], Conall O'Cleirigh[5, 6], Steven Safren[5,6], Elena A. Blokhina[7], Elena V. Verbitskaya[7], Tatyana S. Yaroslavtseva[7], Dmitriy A. Lioznov[8,9], Edwin Zvartau[7,8], Evgeny M. Krupitsky[1,7], Alena V. Suvorova[10], Alexandr Ya. Grinenko[7], George E. Woody[2, 3]

[1]Bekhterev Research Psychoneurological Institute, St. Petersburg, 192019, St. Petersburg, Bekhterev str., 3, e-mail: andrey.ustinov29@gmail.com, [2]School of Medicine, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, USA, e-mail: annp@mail.med.upenn.edu, [3]NIDA Clinical Trials Network, Delaware Valley Node, Philadelphia, PA, USA, [4]Harvard School of Public Health, Boston, MA, USA, e-mail: mmimiaga@hsph.harvard.edu, [5]Harvard Medical School, Boston, MA, USA, [6]Massachusetts General Hospital, Boston, MA, USA, e-mail: cocleirigh@partners.org, [7]Valdman Institute of Pharmacology, First Pavlov State Medical University, 197022, St. Petersburg, L. Tolstoi str., 6-8, e-mail: blokhinaelena@gmail.com, [8]First Pavlov State Medical University, 197022, St. Petersburg, L. Tolstoi str., 6-8, e-mail: dlioznov@yandex.ru,[9]Pasteur St. Petersburg Scientific Research Institute of Epidemiology and Microbiology, 197101, St. Petersburg, Mira str., 14, [10]St. Petersburg Institute for Informatics and Automation of the Russian Academy of Sciences (SPIIRAS), 1999178, St. Petersburg, line 14, 39, e-mail: suvalv@mail.ru

The aim of the study was to determine the main predictors of leaving antiretroviral therapy by HIV-infected patients. We retrospectively assessed depression, hopelessness, substance use, viral load, and CD4+ counts of 120 patients who dropped out of antiretroviral therapy for ≥12 months (Lost-to-Care) and 120

who continued for ≥12 months (Engaged-in-Care). As expected, lost-to-care patients had higher viral load and, accordingly, fewer CD4+ lymphocytes. The level of depression, alcohol consumption, and injecting drug use in the 30 days preceding analysis was significantly higher in Lost-to-Care than in Engaged-in-Care HIV-infected patients. A binary logistic regression [$\chi^2(4) = 64.27$, $p = 0.000$] correctly classified 74.5% of participants as Lost-to-Care or Engaged-in-Care. The results indicate that substance use and depression are associated with antiretroviral therapy dropout. Evaluation of these factors with high degree of accuracy can predict patient's antiretroviral therapy adherence. An integrated treatment for substance use and psychiatric disorders in HIV infected patients could reduce antiretroviral therapy dropout and improve outcomes of HIV treatment in Russia.
Key words: HIV, AIDS, ART adherence, Depression, Substance use.

Число россиян, инфицированных ВИЧ, зарегистрированных в Российской Федерации (РФ) на 1 ноября 2015 г. составило 986 657 [3]. К наиболее пораженным субъектам РФ относят, в том числе, Санкт-Петербург (59 151 случаев) и Ленинградскую область (24 697 случаев).

Внедрение в клиническую практику антиретровирусной терапии (АРВТ), обеспечивающей подавление вирусной нагрузки (ВН), улучшение иммунологических показателей и, как следствие, клинического состояния больного, трансформировало ВИЧ-инфекцию в хроническое контролируемое заболевание [2]. Для того, чтобы АРВТ на протяжении длительного времени была эффективной, необходимо строгое соблюдение назначенной схемы лечения. Под приверженностью лечению подразумевается, прежде всего, соблюдение дозировки лекарственных препаратов, кратности и времени приема предписанной терапии. Несоблюдение режима лечения или его прерывание способствует прогрессированию болезни [9], приводит к отбору устойчивых штаммов ВИЧ, снижает возможности дальнейшего выбора активных препаратов [4, 12].

Несмотря на информирование пациентов о необходимости соблюдения режима лечения, прерывание АРВТ остается важной проблемой, требующей комплексного подхода. Анализ социально-демографических, клинических и других различий между пациентами приверженными и прервавшими АРВТ может помочь в разработке и реализации мер по поддержанию приверженности лечению и вовлечению больных в систему оказания медицинской помощи. В ряде исследований показано, что депрессия и злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ) негативно сказываются на вовлечении больных ВИЧ-инфекцией в систему оказания помощи и приверженности АРВ-терапии [14]. В то же время влияние депрессии и употребления ПАВ на прерывание больными АРВТ сравнительно мало изучено в отечественной практике.

В связи с этим, нами была поставлена цель провести сравнительный анализ социально-демографических, психофизиологических и клинических характеристик, и опыта употребления ПАВ у больных ВИЧ-инфекцией, приверженных и прервавших АРВТ.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 240 больных ВИЧ-инфекцией, наблюдавшихся в трех клинических центрах: Ленинградском областном центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Клинической инфекционной больнице им. С.П. Боткина и Санкт-Петербургском центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями. Набор в исследование проводили с марта 2012 г. по февраль 2013 г.

Группу пациентов, приверженных АРВТ, составили 120 больных, которые регулярно наблюдались и своевременно получали АРВ-препараты в аптеках клинических центров более 6 месяцев. В группу больных, прервавших прием АРВ-препаратов, включили 120 пациентов, отказавшихся от приема АРВТ. В течение 12 месяцев, предшествующих проведению исследования, они не получали препараты в аптеке и не наблюдались в клинических центрах. Вовлечение пациентов этой группы в исследование проводили методом «снежного кома»: каждого участника после интервью просили порекомендовать одного или нескольких человек, соответствующих критериям включения в данную группу.

Анкетирование больных проводили в исследовательском центре Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова.

Для сбора данных использовали следующие анкеты и опросники:

1. Опросник для сбора социально-демографических показателей (пол, возраст, сексуальная ориентация, семейное положение, занятость, предполагаемый пациентом путь заражения ВИЧ).

2. Самоопросник депрессии (CES-D) скрининговый инструмент для выявления у пациентов депрессивных расстройств. [15]. Переведен и валидизирован А.В. Андрющенко [1].

3. Шкала безнадежности Бэка (BHS), включает 20 вопросов, оценивающих негативные переживания респондента по поводу своего будущего [6].

4. Раздел Индекса тяжести зависимости (ИТЗ), касающийся употребления ПАВ в течение 30 дней предшествующих опросу [10].

5. Опросник самооценки причин прерывания/прекращения АРВТ. Пациентам предлагалось ответить утвердительно или отрицательно на каждый пункт списка утверждений о причинах прекращения приема противовирусных препаратов (употребление психоактивных веществ, депрессия, тревога, уверенность в том, что АРВТ не помогает, недоверие врачу и т.д.)

Таблица 1

Социально-демографические характеристики больных ВИЧ-инфекцией и предполагаемый путь заражения

		Больные, приверженные АРВТ (n=120)	Больные, прервавшие АРВТ (n=120)	Вся выборка (n=240)
Возраст, лет		33,5 (SD = 5,9)	33,47 (SD = 5,9)	33,47 (SD = 5,9)
Пол	Мужской	70 (58%)	75 (63%)	145 (60%)
	Женский	50 (42%)	45 (38%)	145 (60%)
Сексуальная ориентация	Гетеросексуальность	116 (97%)	114 (95%)	230 (96%)
	Гомосексуальность	2 (1,5%)	0 (0%)	2 (1%)
	Бисексуальность	2 (1,5%)	6 (5%)	8 (3%)
Семейное положение	Не состоит в браке	93 (77%)	96 (80%)	189 (77%)
	Состоит в браке	27 (23%)	24 (20%)	51 (23%)
Занятость	Студент дневного отделения	6 (5%)	4 (3%)	10 (4%)
	Безработный	17 (14%)	54 (45%)	71 (30%)
	Работает (полная или частичная занятость)	77 (64%)	47 (39%)	124 (52%)
Предполагаемый путь заражения	Совместное использование инъекционных принадлежностей	79 (66%)	93 (78%)	172 (72%)
	Половой путь	41 (34%)	27 (22%)	68 (28%)

SD – стандартное отклонение.

Для оценки клинико-лабораторных характеристик течения заболевания у больных обеих групп использовали данные о количестве CD4-лимфоцитов и уровне вирусной нагрузки ВИЧ.

Анализ различий между группами больных, приверженных и прервавших АРВТ, по перечисленным показателям проводили с использованием критерия независимости χ^2 для переменных, выраженных в процентах (демографические характеристики, предполагаемый путь заражения и употребление алкоголя и наркотиков) и t-критерия Стьюдента для метрических переменных (возраст, число клеток CD4-лимфоцитов и вирусная нагрузка, депрессивные расстройства). Достоверными приняты различия с уровнем значимости $p<0,05$. Следующий этап обработки данных включал в себя множественную логистическую регрессию для оценки значимых факторов (предикторов), влияющих на приверженность больных АРВТ. Таким образом, в качестве зависимой переменной рассмотрена принадлежность к группе приверженных или прервавших АРВТ, а список возможных предикторов включают в себя показатель по самоопроснику депрессии (CES-D), показатель по шкале безнадежности Бэка (BHS) и данные об употреблении наркотиков или алкоголя. Анализ проводился с использованием пакета SPSS 19.

Протокол исследования и форма информированного согласия были одобрены независимым этическим комитетом Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова. Все участники исследования подписали информированное согласие.

Результаты. Средний возраст больных составил 33,4±5,9 года, преобладали мужчины – 60% (145 чел.). Различий по возрастному и половому составу между группами не выявлено.

Среди пациентов, приверженных АРВТ, зарегистрировано больше лиц, имеющих работу с постоянной или частичной занятостью (более 30 часов в неделю) [64% и 39% соответственно; $\chi^2(1, N=240)=15{,}02$; p=0,00] (табл. 1). По другим социально-демографическим показателям различий между группами не было.

и более низкие показатели вирусной нагрузки [$\log_{10}$ = 4,22 (4,81) и $\log_{10}$ = 5,39 (5,72) соответственно; p=0,001] (табл. 2).

Из 66 пациентов, приверженных лечению, для которых имелись данные о ВН, 53 (80%) имели ВН менее 200 копий/мл. В свою очередь из 96 пациентов, прервавших терапию, лишь у 18% ВН составляла менее 200 копий/мл.

Значительно большее число больных, прервавших АРВТ, неоднократно в течение недели или ежедневно употребляли алкоголь [27% и 8%

Таблица 2

Число CD4-лимфоцитов и уровень вирусной нагрузки у больных ВИЧ-инфекцией

Клинические показатели	Больные, приверженные АРВТ	Больные, прервавшие АРВТ	***t*-критерий**
Число клеток CD4-лимфоцитов, кл/мл	M=420 (SD=189,56)	M=235 (SD=158,98)	t(231)=8,10, p=0,00*
ВН, копий/мл	M=16 546 (SD = 65073) $\log_{10}$ = 4,22 (4,81)	M=244 902 (SD = 519 499) log10 = 5,39 (5,72)	(150)=-3,52, p=0,001*
ВН менее 200 копий/мл	N=53/66 (80%)	N=17/96 (18%)	$\chi^2(1)=61{,}7$, p=0,000*

*Статистические значимые, НЗ − незначимые, М – медиана, SD –стандартное отклонение

Таблица 3

Употребление алкоголя и наркотиков в течение 30 дней, предшествующих исследованию, по ИТЗ

	Приверженные АРВТ **n (%)**	Прервавшие АРВТ n (%)	χ^2
Употребление алкоголя	38 (32%)	58 (62%)	$\chi^2(1, N=240)=9{,}87$, p=0,002*
Употребление алкоголя несколько раз в неделю или ежедневно	9 (8%)	32 (27%)	$\chi^2(1, N=240)=15{,}56$, p=0,00*
Героин	10 (8%)	26 (22%)	$\chi^2(1, N=240)=8{,}37$, p=0,004*
Бензодиазепины	4 (3%)	12 (10%)	$\chi^2(1, N=240)=4{,}29$, p=0,04*
Амфетамины	4 (3%)	10 (8%)	$\chi^2(1, N=240)=2{,}73$, НЗ
Марихуана	15 (13%)	15 (13%)	$\chi^2(1, N=240)=2{,}73$, НЗ
Инъекционные наркотики	12 (10%)	30 (25%)	$\chi^2(1, N=240)=9{,}35$, p=0,002*

*Статистические значимые, НЗ − незначимые.

Большинство участников исследования (72%) предположило, что совместное использование инъекционных принадлежностей явилось причиной их заражения ВИЧ. В то же время, в группе прервавших АРВТ таких пациентов было достоверно больше [78% и 66% соответственно; $\chi^2(1, N=240)=4{,}02$, p=0,05] (табл. 1).

У пациентов, приверженных АРВТ, по сравнению с прервавшими терапию закономерно отмечались более высокое количество CD4-лимфоцитов [420 кл/мл (SD=190) и 235 кл/мл (SD=156) соответственно; p=0,00]

соответственно; $\chi^2(1, N=240)=15{,}56$, p=0,00] или инъекционные наркотики [25% и 10% соответственно; $\chi^2(1, N=240)=9{,}35$, p=0,002] в течение 30 дней, предшествующих исследованию; при этом число употреблявших амфетамины и марихуану было одинаковым в обеих группах (табл. 3). Следует отметить, что употребление наркотиков и алкоголя приводило к нарушению режима приема АРВТ в обеих группах, однако преимущественно у пациентов, прервавших терапию [64% и 28% соответственно; $\chi^2(1, N=240)=30{,}99$, p=0,00].

Среднее значение показателя по самоопроснику депрессии (CES-D) у приверженных лечению пациентов составило 13,74 балла (при пороговом значении 15 баллов), тогда как у прервавших АРВТ средний показатель составил 21,13, что укладывается в диапазон значений, характерных для тяжелой депрессии (p<0,00).

По шкале Бека у прервавших терапию больных отмечалось более выраженное чувство безнадежности (p<0,00), однако показатели в обеих группах соответствовали «умеренной» степени ее проявления (табл. 4).

Для оценки значимых факторов (предикторов), влияющих на приверженность, построили модель логистической регрессии. В качестве зависимой переменной выступала приверженность или прерывание АРВТ, а в качестве предикторов использовали: показатель по самоопроснику депрессии CES-D, показатель по шкале безнадежности Бэка (BHS), данные об употреблении наркотиков или алкоголя как препятствии для получения АРВТ (да/нет) и употреблении алкоголя в течение 30 дней, предшествующих анализу (да/нет).

Таблица 4

Показатели по самоопроснику депрессии и шкале безнадежности Бэка

	Приверженные пациенты (n = 120)	Прервавшие АРВТ (n = 120)	Все (N = 240)	t-критерий
Самоопросник депресии	M=13,74 (SD=9,30)	M=21,13 (10,78)	M=5,64 (4,14)	t(229)=5,55, p=0,00*
Шкала безнадежности Бека	M=4,09 (SD=3,26)	7,36 (SD=4,32)	M=17,35 (SD=10,69)	t(223)=-6,41, p=0,00*

*Статистические значимые. M – медиана, SD – стандартное отклонение.

Таблица 5

Результаты логистической регрессии

				95% ДИ для отношений шансов		
	B	Вальд (df)	Значение	Отношения	Нижняя граница	Верхняя граница
Самоопросник депрессии CES-D	0,43	5,59 (1)	0,018*	1,04	1,01	1,08
Употребление наркотиков или алкоголя препятствовало получению АРВТ	1,02	9,9 (1)	0,002*	2,77	2,13	3,41
Шкала безнадежности Бэка	0,15	9,7 (1)	0,002*	1,16	1,06	1,27
Употребление алкоголя в течение 30 дней, предшествующих исследованию	1,01	9,6 (1)	0,002*	2,76	2,18	3,40
Константа	-2,57	38,32 (1)	0,00*	0,08		

Причинами прерывания или прекращения АРВТ по мнению больных были употребление ПАВ (63%), депрессия (38%), тревога (41%), предположение о том, что АРВТ не помогает (28%) или не влияет на состояние здоровья (29%), неосведомленность о том, что прекращение АРВТ влечет за собой вред для здоровья (41%), недостаточная поддержка со стороны общества и семьи (26%) и побочные эффекты (42%).

Большинство пациентов (71%) прервавших терапию выразили желание возобновить лечение, указывая в качестве причины плохое самочувствие (46%), прекращение или сокращение употребления наркотиков (38%) или алкоголя (36%).

В табл. 5 приведены коэффициенты регрессии, статистика Вальда для оценки значимости коэффициента, соответствующий ей уровень значимости, отношения шансов, а также используются 95% доверительные интервалы для отношений шансов для каждого предиктора.

Все переменные являлись достоверными предикторами (уровень значимости p<0,02, 95% доверительный интервал не включает единицу).

Отношения шансов были умеренными для данных об употреблении наркотиков или алкоголя в течение 30 дней, предшествующих анализу: при ответе «да» на эти вопросы шанс принадлежности к группе прервавших АРВТ был выше почти в

2,8 раза. Для остальных предикторов отмечены слабые отношения шансов: увеличение показателя по самоопроснику депрессии (CES-D) на единицу увеличивает шанс принадлежности к группе больных, прервавших АРВТ на 4% (в 1,04 раза), увеличение показателя по шкале безнадежности Бэка (BHS) на единицу увеличивает шанс принадлежности к группе больных АРВТ на 16% (в 1,16 раза).

Таким образом, рассмотренная модель является статистически значимой ($\chi^2(4)=64,27$; $p=0,00$). Использование указанных предикторов позволяют в 74,5% случаев достоверно прогнозировать приверженность больных АРВТ.

Заключение. Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что употреблением ПАВ (в особенности алкоголя и героина) и депрессия связаны с прерыванием АРВТ. Оценка и учет этих факторов при назначении антиретровирусных препаратов позволяет с высокой степенью достоверности прогнозировать несоблюдение больными режима терапии.

В то же время, необходимо отметить, что антиретровирусная терапия является чрезвычайно важным, но не единственным компонентом ведения больных ВИЧ-инфекцией. Диспансерное наблюдение, включающее консультации специалистов, мониторинг лабораторных показателей, лечение вторичных и сопутствующих заболеваний, также слагающие эффективной медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией. При этом диспансерное наблюдение, в большинстве случаев, предшествует назначению антиретровирусных препаратов. Таким образом, необходимо раннее выявление факторов, влияющих на недостаточную приверженность наблюдению и лечению, и их коррекция. Одним из начальных этапов оценки предикторов приверженности является скрининг с целью выявления депрессии и употребления психоактивных веществ. Психиатрическая помощь и лечение зависимости от ПАВ являются первыми шагами по формированию приверженности как у пациентов, впервые обратившихся в специализированные медицинские организации, так и начинающих АРВТ.

В связи с этим необходимо изучение эффективности мероприятий, направленных на предотвращение прерывания АРВТ и диспансерного наблюдения. Возможные меры включают: когнитивно-поведенческую психотерапию депрессии, мотивационное консультирование по приверженности АРВТ [11], поддержание приверженности лечению с помощью таких мер как применение налтрексона пролонгированного действия [8], в сочетании с психосоциальной поддержкой, направленной на предупреждение рецидива.

Несомненно, положительным является выявленный факт, что 71% больных, прервавших АРВТ, готовы возобновить прием препаратов. Однако при возобновлении АРВТ следует уделять внимание не только подбору эффективной схемы лечения, но и формированию приверженности с учетом факторов, приведших к прекращению терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андрющенко А.В., Дроюижев М.Ю., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(D) в диагностике депрессий в общемедицинской практике // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2003. Т. 5. С. 11–18.

2. Устинов А.С. , Суворова А. В., Беляков Н. А. и др. Влияние психопатологической симптоиатики и употребления психоактивных веществ на уровень вирусной нагрузки ВИЧ у больных, получающих АРВТ // ВИЧ-инфекция и имуносупрессия. 2015. Т. 7. № 2. С. 41–48.

3. Справка. ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 1 ноября 2015 г. / http://antispidnn.ru/spravka-po-vich-infekcii-v-rossijskoj-federacii-01-11-2015/.

4. Aleman S. Drug resistance at low viraemia in HIV-1-infected patients with antiretroviral combination therapy // AIDS. 2002. Vol. 16, № 7. P. 1039–1044.

5. Anderson L.A. Dedrick R. F. Development of the Trust in Physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships // Psychol. Rep. 1990. Vol. 67, № 3, Pt 2. P. 1091–1100.

6. Beck A.T. Kovacs M., Weissman A. Hopelessness and suicidal behavior. An overview // JAMA. 1975. Vol. 234, № 11. P. 1146–1149.

7. Chesney M.A. The elusive gold standard. Future perspectives for HIV adherence assessment and intervention // J. Acquir. Immune Defic. Syndr. 2006. Vol. 43, Suppl 1. P. S149–S155.

8. Krupitsky E. Use of naltrexone to treat opioid addiction in a country in which methadone and buprenorphine are not available // Curr. Psychiatry Rep. 2010. Vol. 12, № 5. P. 448–453.

9. Lima V.D., Harrigan R., Bangsberg D.R. et al. Montaner The combined effect of modern highly active antiretroviral therapy regimens and adherence on mortality over time // J. Acquir. Immune Defic. Syndr. 2009. Vol. 50, № 5. P. 529–536.

10. McLellan A.T., Kushner H., Metzger D. et al. // J. Subst. Abuse Treat. 1992. Vol. 9. P. 199–213.

11. Miller W.R., Rollnick S. Motivational Interviewing: Helping People Change. NY: Guilford Press, 2012. 482 p.

12. Parkin N.T. Deeks S. G., Wrin M. T. et al. Loss of antiretroviral drug susceptibility at low viral load during early virological failure in treatment-experienced patients // AIDS. 2000. Vol. 14. P. 2877–2887.

13. Paterson D.L., Swindells S., Mohr J. et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection // Ann. Intern. Med. 2000. Vol. 133. P. 21–30.

14. Pecoraro A. Royer-Malvestuto C., Rosenwasser B. et al. Factors contributing to dropping out from and returning to HIV treatment in inner city primary care HIV clinic in the United States // AIDS Care. 2013. Vol. 25. P. 1399–1406.

15. Radloff L.S. The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population // Appl. Psychol. Meas. 1977. Vol. 1, № 3. P. 385–401.

REFERENCES

1. Andryushchenko A.V., Droyuizhev M.Yu., Dobrovol'skii A.V. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova*. 2003. Vol. 5. pp. 11–18. (in Russian)

2. Ustinov A.S., Suvorova A. V., Belyakov N. A. et al. *VICh-infektsiya i imunosupressiya.* 2015. Vol. 7, № 2. pp. 41–48. (in Russian)

3. Spravka. VICh-infektsiya v Rossiiskoi Federatsii na 1 noyabrya 2015 g. / http://antispidnn.ru/spravka-po-vich-infekcii-v-rossijskoj-federacii-01-11-2015/.(in Russian)

4. Aleman S. Drug resistance at low viraemia in HIV-1-infected patients with antiretroviral combination therapy. *AIDS.* 2002. Vol. 16. № 7. pp. 1039–1044.

5. Anderson L.A. Dedrick R. F. Development of the Trust in Physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. *Psychol. Rep.* 1990. Vol. 67, № 3, Pt 2. pp. 1091–1100.

6. Beck A.T. Kovacs M., Weissman A. Hopelessness and suicidal behavior. An overview. *JAMA.* 1975. Vol. 234, № 11. pp. 1146–1149.

7. Chesney M.A. The elusive gold standard. Future perspectives for HIV adherence assessment and intervention. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* 2006. Vol. 43, Suppl 1. pp. S149–S155.

8. Krupitsky E. Use of naltrexone to treat opioid addiction in a country in which methadone and buprenorphine are not available. *Curr. Psychiatry Rep.* 2010. Vol. 12, № 5. pp. 448–453.

9. Lima V.D., Harrigan R., Bangsberg D.R. ,et al. Montaner The combined effect of modern highly active antiretroviral therapy regimens and adherence on mortality over time. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* 2009. Vol. 50, № 5. pp. 529–536.

10. McLellan A.T., Kushner H., Metzger D. et al. *J. Subst. Abuse Treat.* 1992. Vol. 9. pp. 199–213.

11. Miller W.R., Rollnick S. *Motivational Interviewing: Helping People Change.* NY: Guilford Press, 2012. 482 p.

12. Parkin N.T. Deeks S. G., Wrin M. T. et al. Loss of antiretroviral drug susceptibility at low viral load during early virological failure in treatment-experienced patients. *AIDS.* 2000. Vol. 14. pp. 2877–2887.

13. Paterson D.L., Swindells S., Mohr J. et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann. Intern. Med.* 2000. Vol. 133. pp. 21–30.

14. Pecoraro A. Royer-Malvestuto C., Rosenwasser B. et al. Factors contributing to dropping out from and returning to HIV treatment in inner city primary care HIV clinic in the United States. *AIDS Care.* 2013. Vol. 25. pp. 1399–1406.

15. Radloff L.S. The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Appl. Psychol. Meas.* 1977. Vol. 1, № 3. pp. 385–401.

Поступила 09.03.16.

ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

Неврологический вестник — 2016 — Т. XLVIII, вып. 2 — С. 12—16

УДК: 616.89—02

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ОБМЕНА ФОЛАТОВ MTHFR677C>T И КАТАТОНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ШИЗОФРЕНИИ

Татьяна Владимировна Жиляева, Анжелика Вячеславовна Сергеева, Анна Сергеевна Благонравова, Елена Владимировна Акимова, Лала Наримановна Касимова

Нижегородская государственная медицинская академия Минздрава РФ, кафедра психиатрии и медицинской психологии, 603005, г. Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского. д.10/1, e-mail: bizet@inbox.ru

Реферат. Нарушения обмена фолатов, в том числе носительство полиморфизма гена метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR) 677C>T, в настоящее время изучаются во взаимосвязи с различными аспектами шизофрении. Показано, что носительство полиморфизма MTHFR 677C>T ассоциировано с тяжестью негативной и когнитивной симптоматики. Носительство данного полиморфизма приводит к гипергомоцистеинемии и дефициту метионина. Согласно ряду исследований, и то, и другое может вносить независимый вклад в этиопатогенез шизофрении. Исследований взаимосвязи нарушений обмена фолатов с кататоническими симптомами шизофрении в литературе не встречается. В связи с этим целью данной работы был сравнительный анализ выраженности кататонической симптоматики в группах больных шизофренией с носительством различных генотипов MTHFR C677T на основе стандартизированной клинической оценки рейтинговыми шкалами. 150 пациентов с диагнозом шизофрения были обследованы на наличие полиморфизма MTHFR677C>T. Ряд пациентов обследованы с помощью Шкалы для оценки позитивных и негативных синдромов шизофрении (далее PANSS, n=52), Шкалы для оценки негативных симптомов шизофрении (далее SANS, n=64), а также Шкалы Калгари для оценки депрессии при шизофрении (далее CDSS, n=62). Для измерения выраженности кататонии использовались пункты PANSS и SANS, которые, согласно источникам литературы, отражают наличие у пациента кататонической симптоматики. Пациентов с носительством полиморфизма MTHFR677C>T (n=77) от носителей нормального генотипа MTHFR677CC (n=73) отличает большая выраженность как отдельных симптомов PANSS и SANS, относящихся к кататонии, так и суммарная оценка этих симптомов. Выявленные различия не связаны с полом, возрастом пациентов, длительностью течения у них заболевания, а также наличием у них депрессивной симптоматики, измеренной с помощью CDSS и фактора «тревога-депрессия» PANSS. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения ассоциации нарушений обмена фолатов (в том числе полиморфизма MTHFR677C<T) с кататонической симптоматикой шизофрении с использованием стандартизированных шкал для оценки кататонии.

Ключевые слова: шизофрения, кататония, полиморфизм MTHFR677C>T, дефицит фолатов, PANSS, SANS.

FOLATE METABOLISM GENETIC POLYMORPHISM MTHFR 677C> T AND CATATONIC SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIA

Tatiana V. Zhilyaeva, Angelika V. Sergeeva, Anna S. Blagonravova, Elena V. Akimova, Lala N. Kasimova

Nizhny Novgorod State Medical Academy, 603005, Nizhny Novgorod, Minin and Pozharsky sq., 10/1, e-mail: bizet@inbox.ru

Folate metabolism disturbances, including the thylenetetrahydrofolatereductase (MTHFR) 677C>T genetic polymorphism, is currently being studied in relation to various aspects of schizophrenia. It has been shown that carriage of the polymorphism MTHFR 677C> T is associated with the severity of the negative and cognitive symptoms. The carriage of this polymorphism leads to hyperhomocysteinemia and methionine deficiency. According to several studies, both factors can make an independent contribution to the etiopathogenesis of schizophrenia. The relationship of folate metabolism disturbances with catatonic schizophrenia symptoms was not investigated up to date. In this regard, the aim of this study was the comparative analysis of the severity of catatonic symptoms in samples of schizophrenia patients with carriage of different MTHFR C677T genotypes based on standardized clinical assessment with rating scales. 150 patients with a diagnosis of schizophrenia were examined for the presence of polymorphisms MTHFR677C>T. A number of patients were examined using the Scale for the Assessment of Positive and Negative syndromes of schizophrenia (hereinafter PANSS, n = 52), the Scale for the Assessment of Negative symptoms of schizophrenia (hereinafter SANS, n = 64) as well as the Calgary Depression Scale for Schizophrenia (hereinafter CDSS, n = 62). Some items of PANSS and SANS reflect the presence of catatonic symptoms in patient, according to the literature. Therefore, they were used to assess the severity of catatonia. Patients with carriage of polymorphism MTHFR 677C>T (n = 77) in contrast to the normal genotype MTHFR677CC carriers (n = 73) have a greater severity of separate PANSS and SANS items, relating to catatonia, and the total score of catatonic symptoms. The differences are not related to gender, age of the patients and the duration of their disease, as well as the presence of their depressive symptoms as measured by CDSS and the factor “anxiety-depression” of PANSS. The results indicate the need for further study of the association of folate metabolism disturbances (including polymorphism MTHFR677C>T) with catatonic schizophrenia symptoms using standardized catatonia rating scales.

Keywords: schizophrenia, catatonia, polymorphism MTHFR677C>T, folate deficiency, PANSS, SANS.

Нарушения обмена фолатов в настоящее время изучаются во взаимосвязи с различными аспектами шизофрении [1, 10]. Показано, что они могут иметь отношение к выраженности негативных и отдельных когнитивных симптомов, а также играть роль в качестве фактора риска шизофрении в целом [11], особенно у пациентов мужского пола [2].

Полиморфизм гена метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR) 677C>T является наиболее изученным в отношении связи с шизофренией генетическим фактором нарушений обмена фолатов [4, 6, 14, 16]. Носительство дефектного аллеля T данного полиморфизма приводит к снижению эффективности работы фермента MTHFR. В результате субъект подвержен развитию определенных биохимических нарушений: повышению в плазме уровня гомоцистеина (гипергомоцистеинемии) и снижению уровня метионина. Гипергомоцистеинемия обладает широким спектром патологического действия, в том числе на нейрональную ткань. Дефицит метионина приводит к недостаточности синтеза ряда веществ, в частности, нейромедиаторов. Согласно исследованиям, и гипергомоцистеинемия, и дефицит метионина могут вносить независимый вклад в этиопатогенез шизофрении [2]. Дополнительный прием фолатов, витаминов B6 и B12 может скомпенсировать имеющиеся биохимические нарушения. Последнее придает актуальность изучению нарушений обмена фолатов в качестве фактора риска шизофрении и отдельных ее симптомов.

В предварительном анализе взаимосвязи носительства полиморфизма MTHFR677C>T с различными особенностями клиники и течения шизофрении, авторами настоящей работы обнаружено, что у больных шизофренией, носителей данного полиморфизма, на момент манифестации заболевания диагноз кататонической формы шизофрении устанавливался чаще: в 4 случаях из 77 по сравнению с 0 из 72 у носителей нормального генотипа. Исследований взаимосвязи нарушений обмена фолатов с кататоническими симптомами шизофрении в литературе не встречается. При этом имеются сообщения об отдельных клинических случаях манифестации кататонической шизофрении с лабораторно подтвержденным дефицитом фолатов в спинно-мозговой жидкости и наличием антител к рецепторам фолатов в головном мозге, а также дефицитом цианокобаламина.

В связи с этим актуальным представляется сравнительный анализ выраженности кататонической симптоматики в группах больных шизофренией с носительством различных генотипов MTHFR C677T на основе стандартизированной клинической оценки рейтинговыми шкалами, что и было целью данного исследования.

Материалы и методы. У 150 пациентов с диагнозом шизофрения после письменного информированного согласия было проведено исследование венозной крови на наличие полиморфизма MTHFR677C>T. Молекулярная диагностика осуществлялась на базе проблемной научной лаборатории ПЦР-исследований НИИ профилактической медицины НижГМА методом ПЦР с аллель-специфичными праймерами и последующей детекцией в режиме реального времени. В исследование включались стационарные пациенты с установленным ранее диагнозом шизофрении в возрасте от 18 до 65 лет, способные понять цели исследования, не имеющие тяжелой соматической патологии и гемотрансмиссивных инфекций*. Ряд пациентов обследованы с помощью Шкалы для оценки позитивных и негативных синдромов шизофрении (PANSS; n=52), Шкалы для оценки негативных симптомов шизофрении (SANS; n=64), а также Шкалы Калгари для оценки депрессии при шизофрении (CDSS; n=62). Для измерения выраженности кататонии использовались пункты PANSS и SANS, которые, согласно источникам литературы, отражают наличие у пациента кататонической симптоматики [5, 8, 9]. Кроме того, в оценке результатов применялась «пирамидальная модель» шизофрении S.R. Kay и S. Sevy [7]. Распределение пациентов в группы сравнения проводилось по результатам лабораторной диагностики. Основную группу составили 77 пациентов с носительством полиморфизма MTHFR677C>T (11 – гомозиготные, генотип MTHFR677TT; 66 – гетерозиготные, генотип MTHFR677CT). В группу сравнения вошли 73 пациента – носители нормального генотипа MTHFR677CC. После формирования групп сравнения, обследованные выборки были нормированы по полу, возрасту и длительности течения заболевания методом блоковой рандомизации. У всех пациентов проанализированы данные текущей и архивной медицинской документации об особенностях течения шизофрении. Статистический анализ осуществлялся на базе MS Excel и Statistica 6,0. При соответствии распределения критериям нормальности

*Протокол № 2 клинического исследования одобрен Локальным этическим комитетом НижГМА 21.02.2014 г.

(W-тест Shapiro-Wilk, p>0,05) применялся двухвыборочный t-тест с различными дисперсиями, двухсторонний вариант, в противном случае – непараметрический Mann–Whitney U-test. Для анализа качественных признаков применялся анализ таблиц сопряженности с использованием критерия χ^2 с поправкой Йетса на непрерывность.

Результаты и их обсуждение. Martenyi F. et al. для оценки кататонической симптоматики использовали в своем исследовании пункты PANSS: G5 (манерность и поза), G7 (моторная заторможенность) и P4 (возбуждение) [9]. Как видно из рис. 1, в группе пациентов с носительством полиморфизма MTHFR677C>T (n=19) манерность и моторная заторможенность выражены больше, чем в группе сравнения (n=19). Различия по пункту G7 не достоверны (p=0,27), а по пункту G5 находятся на границе статистической значимости (p=0,0504).

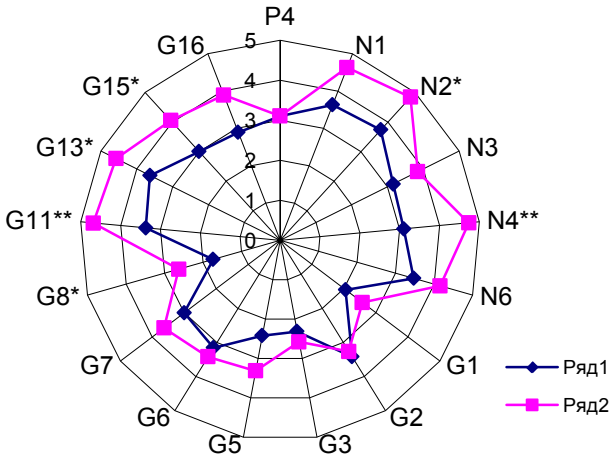

Рис. 1. Результаты обследования пациентов с помощью PANSS (отдельные пункты).

*Условные обозначения: Ряд 1 – носители генотипа CC, Ряд 2 – носители аллеля T (генотипы CT, TT); *p<0,05; ** p<0,01.*

A. Kumar et al. в оценку «независимой кататонической дименсии» включают пункты PANSS G11 (нарушения внимания), G13 (нарушения воли) и также G5 [8]. У пациентов с носительством дефектного аллеля T нарушения внимания и воли достоверно более выражены, чем в группе сравнения (соответственно p=0,0057 и p=0,025; рис. 1).

Согласно V. Peralta и M.J. Cuesta (2001), наличие трех или более из 11 симптомов свидетельствует о диагнозе кататонического синдрома: обездвиженность/ступор, мутизм, *негативизм*, сопротивляемость, вычурные позы, каталепсия, автоматическая подчиняемость, эхо-феномены, ригидность, вербигерация и *аутизм* [13]. В связи с этим, оценка пунктов G8 (отказ от сотрудничества, *негативизм*) и G15 (загруженность психическими переживаниями, *аутизм*) может дать дополнительную информацию в суммарной оценке кататонической симптоматики. Как видно из рис. 1, негативизм (G8: p=0,0496) и аутизм (G15: p=0,025) у пациентов основной группы достоверно более выражены, чем в группе сравнения.

Сумма баллов, отражающих наличие кататонических симптомов, согласно приведенным выше данным литературы (G5, G7, P4, G11, G13, G8, G15) в основной группе достоверно больше (26,0±7,8), чем в группе сравнения (20,3±4,1, p=0,013).

В 1990 г. после факторного анализа PANSS S.R. Kay и S. Sevy предложили «пирамидальную модель» шизофрении, согласно которой пункты PANSS были сгруппированы в 5 компонентов (негативный, позитивный, возбуждения, депрессивный и когнитивный). Дальнейший анализ показал, что кататоническая форма шизофрении находится на условной грани пирамиды, сформированной негативным и депрессивным полюсами [3, 7], и ее описывают пункты PANSS: N1-4, N6, G1-3, G5-7, G11, G13, G15, G16. Среди них 5 пунктов согласуются с приведенными выше источниками (G5,7,11,13,15). Как видно из рис. 1, учитывая данные «пирамидальной модели» шизофрении, дополнительно выявлены достоверные различия выборок по пунктам N2 (эмоциональная отгороженность: p=0,023) и N4 (пассивно-апатическая социальная отгороженность: p=0,0029). По большинству остальных пунктов в основной группе симптомы более выражены, чем в группе сравнения, но не достоверно: N1 (уплощение аффекта: p=0,0708), N3 (некоммуникабельность: p=0,31), N6 (нарушения плавности общения: p=0,24), G1 (соматическая озабоченность: p=0,32), G16 (активная социальная отстраненность: p=0,067). И только по пунктам G2 (тревога: p=0,55), G3 (чувство вины: p=0,44), G6 (депрессия: p=0,61), группы практически не различаются. Суммарная оценка PANSS кататонических симптомов в соответствии с «пирамидальной моделью» в основной группе достоверно более выражена (58,2±15,0), чем в группе сравнения (46,4±9,6, p=0,0064).

Согласно Bonnot O. et al [5], а также Ugurad I.K. et al [15] выраженность аффективного уплощения, измеренная SANS, достоверно ассоциирована с наличием кататонической симптоматики у пациента. У носителей полиморфизма MTHFR677C>T (n=34) больше, чем в группе срав-

нения (n=20) выражены все симптомы (рис. 2) и суммарная оценка (23,5 балла против 20,7) раздела SANS аффективное уплощение. Различия не достоверны, но по пунктам 1 (застывшее выражение лица, p=0,057) и 3 (бедность экспрессивных жестов, p=0,075) приближаются к границе статистической значимости.

Вопросы дифференциальной диагностики негативных и кататонических симптомов при шизофрении, в том числе измеренных с помощью PANSS и SANS, остаются до сих пор актуальными и продолжают обсуждаться в литературе [3, 12]. Отдельной проблемой является вторичная кататония, а также нейролептический синдром.

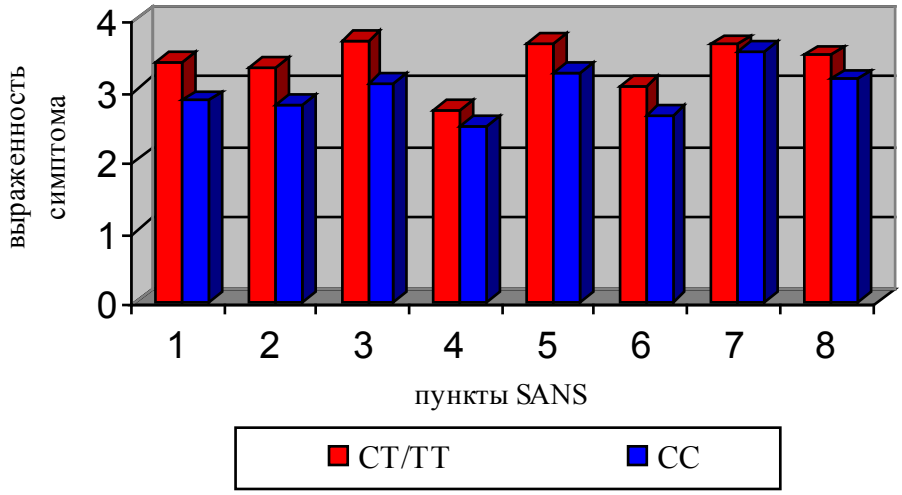

Рис. 2. Результаты оценки по 1-8 пунктам SANS (аффективное уплощение).

Ugurad I.K. et al. [15] выявили достоверную ассоциацию кататонической симптоматики у больных шизофренией с выраженностью алогии и суммой всех баллов SANS. По результатам проведенного исследования в группе пациентов с носительством полиморфизма MTHFR 677C>T достоверно более выражены по сравнению с группой контроля бедность содержания речевой продукции (пункт 10 SANS: 3,68±1,31 баллов против 2,70±1,17, p=0,0092), а также сумма баллов алогии (13,21±4,82 баллов против 10,50±4,02, p=0,045). Общая сумма баллов SANS также достоверно больше в основной группе пациентов: 88,75±25,73 баллов против 73,30±24,54 в группе сравнения (p=0,042).

Выраженность депрессии, измеренная с помощью CDSS, в основной (n=35) и контрольной (n=27) группах достоверно не различалась (6,94±6,15 и 6,26±4,74 баллов соответственно, p=0,62). Это согласуется со сравнимой выраженностью пунктов G2, G3 и G6 PANSS в обеих группах (рис. 1) и исключает возможное влияние депрессии на результаты обследования.

Анализ медицинской документации показал, что у 35 пациентов из 150 хотя бы раз в жизни имелись указания на наличие кататонических симптомов: у 19 пациентов основной группы и 16 пациентов контрольной (p=0,84).

Наиболее надежными для измерения кататонической симптоматики шизофрении считаются специально разработанные инструменты, например, шкала Bush–Francis для оценки кататонии (BFCRS) или модифицированная шкала Rogers (MRS) [13]. Полученные в данной работе результаты свидетельствуют о необходимости изучения ассоциации нарушений обмена фолатов (в том числе полиморфизма MTHFR677C<T) с кататонической симптоматикой шизофрении с использованием одной из этих шкал.

Кататоническая форма шизофрении является менее благоприятной, чем параноидная. В связи с этим, учитывая большую выраженность кататонических симптомов у носителей полиморфизма MTHFR677C>T, возможно, данный генетический фактор способствует неблагоприятному прогнозу заболевания, что требует дальнейшего изучения.

Заключение. Полученные с помощью PANSS и SANS результаты свидетельствуют о возможной взаимосвязи носительства генетического полиморфизма MTHFR677C>T с кататонической симптоматикой шизофрении, что необходимо подтвердить в специальных исследованиях с использованием стандартизированных рейтинговых шкал для оценки кататонии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жиляева Т.В. Нарушения обмена фолатов в свете дизонтогенетической гипотезы этиологии шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. №1. С. 88–94.

2. Жиляева Т.В. Нарушения одноуглеродного метаболизма при шизофрении // Психиатрия и психофармакотерапия. 2012. Т. 14, №6. С. 41–46.

3. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. М.: Новый цвет, 2001. 237 с. С. 49–51.

4. Allen N.C., Bagade S., McQueen M.B. et al. Systematic meta-analyses and field synopsis of genetic association studies in schizophrenia: the SzGene database // Nature. 2008. Vol. 40. P. 827–834.

5. Bonnot O., Tanguy M.-L., Consoli A. et al. Does catatonia influence the phenomenology of childhood onset schizophrenia beyond motor symptoms? // Psychiatry Research. 2008. Vol. 158(3). P. 356–362.

6. Gilbody S., Lewis S., Lightfoot T. Methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR) genetic polymorphisms and psychiatric disorders: a HuGE review // Am. J. Epidemiol. 2007. Vol. 165. P.1–13.

7. Kay S.R., Sevy S. Pyramidical Model of Schizophrenia // Schizophrenia Bulletin. 1990. Vol. 16(3). P. 537–545.

8. Kumar A., Khess C.R.J. Factor analysis of positive and negative syndrome scale in schizophrenia: An exploratory study // Indian Journal of Psychiatry. 2012. Vol. 54(3). P. 233–238.

9. Martenyi F., Metcalfe S., Schausberger B. Dossenbach M.R. An efficacy analysis of olanzapine treatment data in schizophrenia patients with catatonic signs and symptoms // J. Clin. Psychiatry. 2001. Vol. 62, suppl 2. P. 25–27.

10. Muntjewerff J.W., Blom H.J. Aberrant folate status in schizophrenic patients: what is the evidence? // Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2005, Sep. Vol. 29(7). P. 1133–1139.

11. Muntjewerff J.W., Kahn R.S., Blom H.J., den Heijer M. Homocysteine, methylenetetrahydrofolate reductase and risk of schizophrenia: a meta-analysis // Molecular Psychiatry. 2006. Vol. 11. P. 143–149.

12. Peralta V., Cuesta M.J. Negative, parkinsonian, depressive and catatonic symptoms in schizophrenia: a conflict of paradigms revisited // Schizophrenia Research. 1999. Vol. 40(3). P. 245–253.

13. Rajagopal S. Catatonia // Advances in Psychiatric Treatment. 2007. Vol. 13(1). P. 51–59. doi:10.1192/apt.bp.106.002360

14. Regland B., Germgård T., Gottfries C.G. et al. Homozygous thermolabile methylenetetrahydrofolate reductase in schizophrenia-like psychosis // J. Neural Transm. 1997. Vol. 104(8-9). P. 931–941.

15. Ugurad I.K., Sayar K., Solmaz M. et al. The relationship between positive and negative symptoms of catatonia and schizophrenia // Klinik psikofarmakoloji bulteni-bulletin of clinical psychopharmacology. 1999. Vol. 9(1). P. 39–46.

16. Zintzaras E. C677T and A1298C methylenetetrahydrofolate reductase gene polymorphisms in schizophrenia, bipolar disorder and depression: a meta-analysis of genetic association studies // Psychiatr. Genet. 2006, Jun. Vol. 16(3). P.105–115.

REFERENCES

1. Zhilyaeva T.V. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya*. 2012. №1. pp. 88–94. (in Russian)

2. Zhilyaeva T.V. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya*. 2012. Vol. 14, №6. pp. 41–46. (in Russian)

3. Mosolov S.N. *Shkaly psikhometricheskoi otsenki shizofrenii i kontseptsiya pozitivnykh i negativnykh rasstroistv*. Moscow: Novyi tsvet, 2001. pp. 49–51. (in Russian)

4. Allen N.C., Bagade S., McQueen M.B. et al. Systematic meta-analyses and field synopsis of genetic association studies in schizophrenia: the SzGene database. *Nature.* 2008. Vol. 40. pp. 827–834.

5. Bonnot O., Tanguy M.-L., Consoli A. et al. Does catatonia influence the phenomenology of childhood onset schizophrenia beyond motor symptoms? *Psychiatry Research.* 2008. Vol. 158(3). pp. 356–362.

6. Gilbody S., Lewis S., Lightfoot T. Methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR) genetic polymorphisms and psychiatric disorders: a HuGE review. *Am. J. Epidemiol.* 2007. Vol. 165. pp.1–13.

7. Kay S.R., Sevy S. Pyramidical Model of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin.* 1990. Vol. 16(3). pp. 537–545.

8. Kumar A., Khess C.R.J. Factor analysis of positive and negative syndrome scale in schizophrenia: An exploratory study. *Indian Journal of Psychiatry.* 2012. Vol. 54(3). pp. 233–238.

9. Martenyi F., Metcalfe S., Schausberger B. Dossenbach M.R. An efficacy analysis of olanzapine treatment data in schizophrenia patients with catatonic signs and symptoms. *J Clin. Psychiatry. 2*001. Vol. 62, suppl 2. pp. 25–27.

10. Muntjewerff J.W., Blom H.J. Aberrant folate status in schizophrenic patients: what is the evidence? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2*005, Sep. Vol. 29(7). pp. 1133–1139.

11. Muntjewerff J.W., Kahn R.S., Blom H.J., den Heijer M. Homocysteine, methylenetetrahydrofolate reductase and risk of schizophrenia: a meta-analysis. *Molecular Psychiatry.* 2006. Vol. 11. pp. 143–149.

12. Peralta V., Cuesta M.J. Negative, parkinsonian, depressive and catatonic symptoms in schizophrenia: a conflict of paradigms revisited. *Schizophrenia Research.* 1999. Vol. 40(3). pp. 245–253.

13. Rajagopal S. Catatonia. *Advances in Psychiatric Treatment.* 2007. Vol. 13(1). P. 51–59. doi:10.1192/apt.bp.106.002360

14. Regland B., Germgård T., Gottfries C.G. et al. Homozygous thermolabile methylenetetrahydrofolate reductase in schizophrenia-like psychosis. *J. Neural Transm.* 1997. Vol. 104(8-9). pp. 931–941.

15. Ugurad I.K., Sayar K., Solmaz M. et al. The relationship between positive and negative symptoms of catatonia and schizophrenia. *Klinik psikofarmakoloji bulteni-bulletin of clinical psychopharmacology.* 1999. Vol. 9(1). pp. 39–46.

16. Zintzaras E. C677T and A1298C methylenetetrahydrofolate reductase gene polymorphisms in schizophrenia, bipolar disorder and depression: a meta-analysis of genetic association studies. *Psychiatr. Genet.* 2006, Jun. Vol. 16(3). pp.105–115.

Поступила 30.03.16.

ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

Неврологический вестник — 2016 — Т. XLVIII, вып. 2 — С. 17—22

УДК: 616.89

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЗИРОВАННЫХ РАССТРОЙСТВ И ОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖКТ (СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АСПЕКТ)

Альберт Вазгенович Погосов, Юлия Владимировна Богушевская, Алина Александровна Мальцева

Курский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии и психосоматики, 305041, г. Курск, ул. К.Маркса, д. 3, e-mail: yuliyabogushevskaya@yandex.ru

Реферат. Цель исследования – изучение клинико-психологических особенностей соматизированных расстройств с желудочно-кишечными проявлениями (соматизированное расстройство, соматоформная вегетативная дисфункция, в частности синдром раздраженного кишечника, ипохондрическое расстройство) и органических заболеваний желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки, язвенный колит) и разработка дифференцированных психокоррекционных мероприятий. Результаты сравнительной оценки клинико-психологических особенностей показывают существование значимых различий. Больные соматизированными расстройствами с желудочно-кишечными проявлениями используют такие механизмы психологической защиты, как регрессия и интеллектуализация, у них наблюдаются средний (с тенденцией к высокому) уровень личностной тревожности. При органических заболеваниях желудочно-кишечного тракта доминируют механизмы регрессии, интеллектуализации и реактивные образования, обнаружены высокий уровень личностной тревожности, проявления депрессии, алекситимические и ипохондрические черты личности. Полученные данные имеют теоретическое значение, подтверждают существование клинико-психологических различий у больных соматизированными расстройствами с желудочно-кишечными проявлениями и органическими заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Их необходимо учитывать при разработке терапевтических мероприятий, наряду с медикаментозной терапией они должны включать дифференцированные психокоррекционные подходы.

Ключевые слова: соматизированные расстройства ЖКТ, органические заболевания ЖКТ, механизмы психологической защиты, эмоциональные и личностные особенности, психокоррекция.

CLINIC-PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SOMATIZED DISORDERS AND ORGANIC DISEASES OF THE GASTROINTESTINAL TRACT (COMPARATIVE ASPECT)

Albert V. Pogosov, Yuliya V. Bogushevskaya, Alina. A. Maltseva

Kursk State Medical University, Department of Psychiatry and Psychosomatics, 305041, Kursk, str. K. Marx, 3, e-mail: yuliyabogushevskaya@yandex.ru

The aim of the investigation was to study clinic-psychological characteristics of somatized disorder with gastrointestinal manifestations (somatized disorder, somatoform autonomic dysfunction, in particular irritable bowel syndrome, hypochondriac disorder) and organic diseases of the gastrointestinal tract (gastric ulcer, duodenal ulcer, ulcerative colitis) and the development of differentiated psycho-corrective treatment. Results of comparative evaluation of clinical-psychological peculiarities show existence of significant differences. patients with somatized disorders with gastrointestinal symptoms and patients with organic gastrointestinal diseases. The results of the comparative assessment of clinic-psychological characteristics show the existence of significant differences. Patients with somatized disorders of gastrointestinal manifestations use such psychological defense mechanisms as regression, and intellectualization. In them there was observed high level of trait anxiety. In organic diseases of the gastrointestinal tract there were mechanisms of regression, intellectualization, and reactive formation, high levels of trait anxiety, depression, and hypochondriac and alexithimic personality traits.The data obtained are of theoretical importance, confirm the existence of clinic-psychological differences in patients with somatized disorders with gastrointestinal manifestations and organic gastrointestinal diseases. They need to be considered when developing therapeutic interventions, medical therapy along with their inclusion in differentiated psycho-corrective approaches.

Key words: somatized disorders of the gastrointestinal tract, organic gastrointestinal diseases, psychological defense mechanisms,emotional and personality characteristics, psycho-correction.

Клинические симптомы функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) проявляются множественными полиморфными и часто несвойственными для соматических заболеваний жалобами, они тесно переплетаются, нередко бывают стертыми, требуют тщательных диагностических обследований. Под соматизированными расстройствами с желудочно-кишечными проявлениями мы понимаем разновидности соматоформных расстройств: соматизированное расстройство (F45.1), соматоформная вегетативная дисфункция, в частности синдром раздраженного кишечника (F45.32), ипохондрическое расстройство (F45.2). Существует мнение о том, что функциональные нарушения со стороны ЖКТ, диагностируемые гастроэнтерологами по результатам объективных лабораторных и инструментальных обследований, не могут объяснить происхождение имеющихся субъек-

тивных симптомов. Практические наблюдения свидетельствуют о том, что пациенты общемедицинских лечебно-профилактических учреждений, обратившиеся с проблемами желудочно-кишечного тракта в первичную медицинскую сеть, часто предъявляют ещё и неспецифические жалобы – на плохое настроение, раздражительность, повышенную утомляемость, тревожность и др. При этом инструментальные исследования не подтверждают их обоснованность. Врачи-интернисты, в частности гастроэнтерологи, кроме нечеткости клинических проявлений, подострого течения таких заболеваний, как эрозивные гастриты, язвенная болезнь, неспецифические колиты, синдром раздраженного кишечника и др., отмечают четкую связь ухудшения состояния больных со стрессовыми факторами.

И.Г. Карташова с соавт. [4], проведя анализ психотравмирующих ситуаций, предшествовавших язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, синдрому раздраженного кишечника, пришли к выводу о том, что реакции на стрессогенные воздействия могут проявляться не только в период обострения желудочно-кишечной симптоматики, но и сопровождаются психопатологическими расстройствами. Ряд исследователей [2, 10, 11] обнаруживают невротические расстройства у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. У 41% этих больных были выявлены невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства, аффективные расстройства, астенические эмоционально-лабильные и тревожные расстройства. По мнению Ю.А. Александровского [1], эмоционально-личностные нарушения встречаются у 89% больных с расстройствами пищеварения. Д.С. Данилов с соавт. [3] считают, что синдром раздраженного кишечника является коморбидным заболеванием с психическими расстройствами, проявляющимися аффективной и тревожной симптоматикой. Д.А. Роганов [9] отмечает наличие депрессивных расстройств у 60% больных синдромом раздраженного кишечника. Е.Л. Наумова с соавт. [5] выявили, что многие пациенты с синдромом раздраженного кишечника, изначально обратившиеся к гастроэнтерологу, были направлены к психиатру. Но по ряду причин, в том числе и вследствие стигматизации психиатрии, больные отказывались обращаться к психиатру и списывали свои жалобы на повышенную утомляемость или плохое настроение, отрицали наличие проблем психологического характера [7].

Целью исследования являлось изучение клинико-психологических особенностей соматизированных расстройств с желудочно-кишечными проявлениями и органических расстройств ЖКТ и разработка дифференцированных психокоррекционных мероприятий. В исследовании приняли участие 60 человек, из которых было сформировано две группы. Первую группу составили больные соматизированными расстройствами с желудочно-кишечными проявлениями, впервые госпитализированные в психосоматическое отделение ОБУЗ «Областная наркологическая больница». Диагностика проводилась с учетом требований МКБ-10 для соматоформных расстройств (общие диагностические указания для F45): неоднократно беспокоящие больного физические симптомы, по поводу которых он требует медицинского обследования, несмотря на наличие объективных доказательств отсутствия физической болезни как основы данных расстройств; негативное отношение больного к попыткам объяснить данные расстройства психологическими причинами; элементы демонстративности в поведении, направленные на привлечение внимания, напористый и драматический характер жалоб; имеющиеся расстройства не носили характер ипохондрического бреда и поддавались коррекции. Во вторую группу вошли 30 больных с органическими заболеваниями ЖКТ (язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки, язвенный колит), которые впервые поступили на стационарное лечение в гастроэнтерологическое отделении БМУ «Курская областная клиническая больница». Группы были уравнены по социально-демографическим показателям. Средний возраст обследованных составил 38 лет.

В исследовании были использованы следующие методы. 1. Клинико-психопатологический. 2. Психодиагностические методы: методика «Индекс Жизненного Стиля» (Р. Плутчик, Х. Келлерман, Х.Р. Конте); сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМИЛ); Торонтская алекситимическая шкала; Шкала депрессии А. Бека; Личностная шкала проявлений тревоги Дж. Тейлора (в адаптации Т.А. Немчинова); методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Т. Холмса

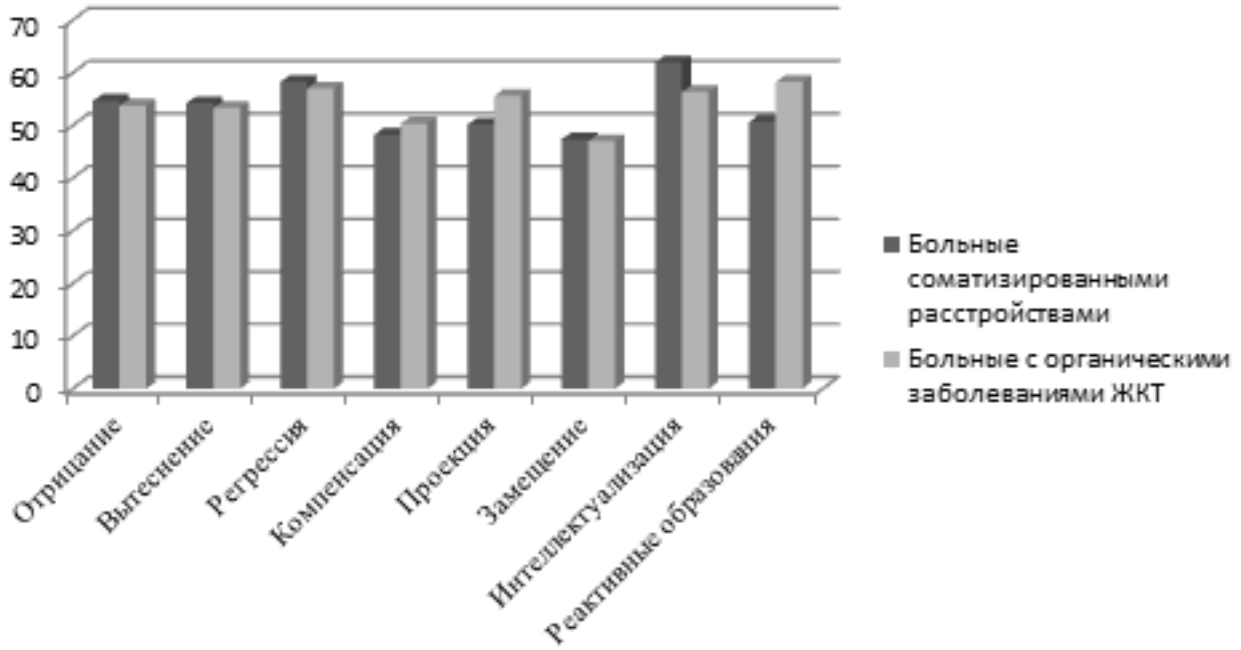

Рис. Сравнительная оценка механизмов психологической защиты у больных соматизированными расстройствами с желудочно-кишечными проявлениями и органическими заболеваниями ЖКТ.

Таблица 1

Результаты частотного анализа χ^2 Пирсона в методике «Индекс жизненного стиля»

Механизмы психологической защиты	Уровень значимости (**p-level**)
Отрицание	0,2013
Вытеснение	0,1216
Регрессия	0,0164
Компенсация	0,4725
Проекция	0,1753
Замещение	0,6069
Интеллектуализация	0,0030
Реактивные образования	0,0910

и Р.Рея. 3. Статистический метод включал описательную статистику, методы сравнительной статистики – непараметрический U критерий Манна–Уитни, t-критерий Стьюдента, частотный анализ χ^2 Пирсона, коэффициент ранговой корреляции R-Спирмена. Расчеты проводились с помощью статистического пакета Statistica 8.0.

При исследовании механизмов психологической защиты с помощью непараметрического критерия U-Манна–Уитни были обнаружены статистически достоверные различия механизмов психологической защиты (см. рис.). В группе больных с органическими заболеваниями ЖКТ зафиксировано преобладание такого механизма психологической защиты, как реактивные образования. Как видно, отмечается превышение нормативных значений по многим механизмам психологической защиты в обеих группах (выше 50 баллов). Это свидетельствует об общей напряженности механизмов психологической защиты.

При обработке результатов частотного анализа χ^2 Пирсона обнаружено, что в первой группе преобладало использование регрессии и интеллектуализации, а во второй – доминировали реактивные образования, регрессия и интеллектуализация (табл. 1).

При изучении эмоционально-личностных особенностей с помощью сокращенного многофакторного опросника для исследования личности в анализируемых группах были выявлены статистически достоверные различия по шкале «Ипохондрия». В первой группе больных показатели по шкале «Ипохондрия» находились в пределах нормативного распределения. У больных второй группы показатели по этой шкале превышали нормативные (72,13 Т). Это указывает на наличие повышенной тревожности в отношении своего заболевания, состояния здоровья в целом, прогноза лечения и возможных осложнений и подтверждается клинико-психопатологическим методом. У больных с органическими заболеваниями ЖКТ (вторая группа) были обнаружены

опасения по поводу возможного прободения язвы (12,5%), ее малигнизации (3,8%), скрытых кишечных кровотечений (10,5%), побочных «вредных» эффектов от принимаемых препаратов (11,2%); мысли о неизлечимости высказывали 3,5% больных. Половина больных этой группы проявляли живой интерес к чтению информации в сети Интернет о способах лечения язвенных заболеваний, спрашивали лечащего врача о возможностях нетрадиционной медицины (лечение отварами трав, гомеопатическими препаратами и др.), разрабатывали диеты, ссылаясь на просмотренные телевизионные передачи о здоровье, обсуждали ограничения в режиме дня. Указанные поведенческие реакции, с точки зрения бихевиоральной теории ипохондрии, свидетельствуют о наличии когнитивных признаков формирования тревоги о здоровье у больных с органическими заболеваниями ЖКТ.

При исследовании уровня алекситимии в группах были обнаружены различия на высоком уровне статистической значимости. У больных первой группы показатели уровня алекситимии находились в пределах нормы. Во второй группе больных был зафиксирован высокий уровень алекситимии. Наличие этой личностной особенности у больных характеризует их неспособность вербализовать свои эмоции, описывать ощущения и чувства словами. С позиции теории алекситимии эта черта является фактором риска развития психосоматических заболеваний. Полученные результаты методики алекситимии полностью согласовываются с данными клинико-психопатологического метода исследования больных с органическими заболеваниями ЖКТ. У них выявляются признаки алекситимных субъектов: невозможность описания чувств, трудность идентификации и различия чувств и телесных ощущений, низкая способность к фантазированию, внешне ориентированное поведение.

Изучение уровня депрессии у больных в выделенных группах не выявило статистически значимых различий. Однако у больных с органическими заболеваниями ЖКТ были зафиксированы показатели (11,6 баллов), соответствовавшие легкому депрессивному состоянию (субдепрессии) по шкале депрессии Бека. При расспросе в высказываниях этих больных звучали пессимистичные прогнозы в отношении выздоровления, убежденность в потере трудоспособности, снижении профессионального статуса. При обсуждении темы соматического заболевания у них наблюдались плаксивость, сомнения в эффективности лечения. Указанные проявления сниженного фона настроения с учетом первой госпитализации по поводу заболевания желудочно-кишечного тракта следует квалифицировать как депрессивные нозогенные реакции [8]. У больных соматизированными расстройствами с желудочно-кишечными проявлениями признаков депрессии не обнаружено.

Таблица 2

Корреляционные связи механизмов психологической защиты и уровня личностной тревожности в группе больных соматизированными расстройствами с желудочно-кишечными проявлениями

Вид корреляции	R Spearman	p-level
Регрессия и личностная тревожность	-0,385702	0,035288

Примечание: R Spearman – коэффициент ранговой корреляции Спирмена, p-level – уровень значимости. То же в табл. 3.

Таблица 3

Корреляционные связи показателей ипохондрии, уровня депрессии и личностной тревожности в группе больных с органическими заболеваниями ЖКТ

Вид корреляции	R Spearman	p-level
Ипохондрия и депрессия	0,375588	0,040822
Ипохондрия и личностная тревожность	0,428956	0,018016
Депрессия и личностная тревожность	0,768160	0,000001

При исследовании уровня личностной тревожности в изучаемых группах были обнаружены статистически достоверные различия. У больных первой группы показатели уровня личностной тревожности находились в диапазоне от 15 до 25 баллов, что свидетельствовало о наличии у них среднего с тенденцией к высокому уровню личностной тревожности. У больных второй группы показатели располагались в диапазоне от 25 до 40 баллов, что указывало на высокий уровень личностной тревожности.

Изучение уровня стрессоустойчивости и социальной адаптации подтвердило различия на высоком уровне статистической значимости у больных исследуемых групп. Во второй группе уровень стресса был выше, чем в первой. Согласно

условиям этой методики, понятие уровень стресса и стрессоустойчивость являются противоположными, поэтому интерпретация учитывала закономерность – чем выше уровень стресса, тем ниже стрессоустойчивость. В обеих группах значения показателей стрессоустойчивости расположены в одном диапазоне (от 150 до 299 баллов), что определяет риск развития психосоматического заболевания.

Для уточнения возможных взаимосвязей полученных результатов по выше представленным методикам нами был проведен корреляционный анализ (табл. 2). По его результатам у больных соматизированными расстройствами с желудочно-кишечными проявлениями была получена отрицательная умеренная корреляция, соответствующая уровню статистической значимости между механизмом психологической защиты – регрессия и уровнем личностной тревожности.

Проведение корреляционного анализа в группе больных с органическими заболеваниями ЖКТ зафиксировало наличие положительной умеренной корреляции, соответствующей уровню статистической значимости показателей по шкале ипохондрия, депрессия и личностная тревожность (табл. 3).

Обсуждение. Для больных соматизированными расстройствами с желудочно-кишечными проявлениями характерны механизмы психологической защиты регрессия и интеллектуализация. Это свидетельствует об их стремлении давать логическое и приемлемое объяснение симптомам, установкам, поступкам, ощущениям, подлинные мотивы которых остаются скрытыми. Использование регрессии говорит о том, что больные соматизированными расстройствами стремятся подсознательно снизить уровень личностной тревожности путем возврата на более ранние стадии развития. Подтверждается существование описанного нами ранее механизма трансформации тревоги в сферу соматопсихики [6]. Использование этого механизма согласовывается и с показателями среднего с тенденцией к высокому уровня личностной тревожности. Больные соматизированными расстройствами с желудочно-кишечными проявлениями обнаруживают пороговую сопротивляемость стрессу, при которой высок риск развития психосоматического заболевания. В отношении стрессоустойчивости можно утверждать, что больные соматизированными расстройствами с желудочно-кишечными проявлениями на ранних этапах развития заболевания находятся в одинаковых условиях с больными органическими заболеваниями ЖКТ.

У больных с органическими заболеваниями ЖКТ, наряду с аналогичными механизмами психологической защиты регрессии и интеллектуализации, зафиксировано преобладание реактивных образований. Это характеризует способность индивида преобразовывать неприятные для него мысли и переживания в противоположные. Для них характерны высокий уровень личностной тревожности, легкое депрессивное состояние; ипохондрические и алекситимические черты. Обнаружена пороговая сопротивляемость стрессу, при которой высок риск развития психосоматического заболевания.

Обнаруженные корреляционные связи между механизмом психологической защиты регрессия и уровнем личностной тревожности у больных соматизированными расстройствами с желудочно-кишечными проявлениями свидетельствуют о подсознательном стремлении снизить уровень личностной тревожности путем возврата на более раннюю стадию развития (механизм трансформации тревоги в сферу соматопсихики).

У больных с органическими заболеваниями ЖКТ выявленные корреляции между ипохондрией, уровнем депрессии и личностной тревожности, а также между уровнем депрессии и личностной тревожностью подтверждают формирующиеся вторичные депрессивные и ипохондрические симптомы (опасения серьезных последствий соматического заболевания, потери профессионального статуса, пессимистичные прогнозы), которые следует квалифицировать как проявления нозогенных реакций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение. М.: ГЕОТАР-Мед, 2004. 240 с.

2. Белоусов Ф.В. Психические расстройства у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и методы их коррекции: автреф. дисс… канд. психол. наук. Оренбург, 2004. 10 с.

3. Данилов Д.С., Морозов В.Д., Коробков И.Г. Синдром раздраженного кишечника в практике психиатра (проблема нозологической самостоятельности) и возможность его лечения антидепрессантами (на примере эффективности пароксетина) // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2003. №2. С. 46–51.

4. Карташова И.Г., Семке В.Я., Гарганеева Н.П. Психосоциальные факторы формирования непсихотических расстройств у больных с гастроинтестинальными заболеваниями // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. Психосоматика. 2014. №2. С. 62–64.

5. Наумова Е.Л., Куприянова Е.И., Белобродова Э.И. Адаптивные копинг-стратегии у пациентов с синдромом раздраженной кишки // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. Психосоматика. 2014. №2. С. 62–64.

6. Погосов А.В., Богушевская Ю.В. Соматизированные расстройства (клинико-динамические и терапевтические аспекты) // Психические расстройства в общей медицине. №3. С. 29–36.

7. Погосов А.В., Николаевская А.О., Богушевская Ю.В. Клинико-психологические особенности больных на донозологическом этапе течения соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2013. №1. С. 119–125.

8. Пограничная психическая патология в общемедицинской практике [Под ред. А.Б. Смулевича]. М., 2000.

9. Роганов Д.А. Аффективные расстройства при синдроме раздраженного кишечника (клинические особенности, диагностика, лечение): автореф. дисс… канд. психол. наук. М., 2005. 11 с.

10. Смулевич А.Б. Психосоматическая медицина // Психические расстройства в общей медицине. 2007. №1. С. 4–10.

11. Успенский Ю.П., Балукова Е.В. Тревожные расстройства и их коррекция в гастроэнтерологической практике // Общие вопросы гастроэнтерологии. 2008. №2. С. 15–21.

REFERENCES

1. Aleksandrovskii Yu.A. *Psikhicheskie rasstroistva v obshchemeditsinskoi prak-tike i ikh lechenie*. Moscow: GEOTAR-Med, 2004. 240 p. (in Russian)

2. Belousov F.V. *Extended abstract of PhD dissertation (Psychology).* Orenburg, 2004. 10 p. (in Russian)

3. Danilov D.S., Morozov V.D., Korobkov I.G. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika.* 2003. №2. pp. 46–51. (in Russian)

4. Kartashova I.G., Semke V.Ya., Garganeeva N.P. *Sibirskii vestnik psikhiatrii i narkologii. Psikhosomatika.* 2014. №2. pp. 62–64. (in Russian)

5. Naumova E.L., Kupriyanova E.I., Belobrodova E.I. *Sibirskii vestnik psikhiatrii i narkologii. Psikhosomatika.* 2014. №2. pp. 62–64. (in Russian)

6. Pogosov A.V., Bogushevskaya Yu.V. *Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine.* №3. pp. 29–36. (in Russian)

7. Pogosov A.V., Nikolaevskaya A.O., Bogushevskaya Yu.V. *Kurskii nauchno-prakticheskii vestnik «Chelovek i ego zdorov'e».* 2013. №1. pp. 119–125. (in Russian)

8. Pogranichnaya psikhicheskaya patologiya v obshchemeditsinskoi praktike [A.B. Smulevich ed.]. Moscow., 2000. (in Russian)

9. Roganov D.A. *Extended abstract of PhD dissertation (Psychology).* Moscow, 2005. 11 p. (in Russian)

10. Smulevich A.B. *Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine*. 2007. №1. pp. 4–10. (in Russian)

11. Uspenskii Yu.P., Balukova E.V. *Obshchie voprosy gastroenterologii*. 2008. №2. pp. 15–21. (in Russian)

Поступила 02.03.16.

ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

Неврологический вестник — 2016 — Т. XLVIII, вып. 2 — С. 23—29

УДК: 616.831—056.7:577.11—071

ТИПЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ГЕПАТОЛЕНТИКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ

Алексей Васильевич Овчинников[1], Владимир Викторович Шпрах[2]

[1]Отделенческая клиническая больница на станции Владивосток ОАО «РЖД», г. Владивосток, Верхнепортовая, 25, e-mail: vladannamail-primorye-ru2014@yandex.ru,
[2]Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, 664049, г. Иркутск, микрорайон Юбилейный, 100, e-mail: irkmapo@irk.ru

Реферат. Изучены особенности клинического течения неврологических форм гепатолентикулярной дегенерации по результатам четырехлетнего катамнеза 47 больных с широким возрастным диапазоном (средний возраст – 33,4 года при средней давности заболевания 18 лет). За период наблюдения ухудшение состояния с прогрессированием патологических симптомов возникло в 21,27% случаев; летальные исходы – в 4,25%; стабилизация неврологического дефекта – в 48,9%; регресс патологии – в 25,5%. Это позволило выделить два типа клинического течения гепатолентикулярной дегенерации: благоприятный (в 74,46%) и неблагоприятный (25,5%). Факторами риска неблагоприятного типа течения гепатолентикулярной дегенерации явились тяжесть клинических проявлений заболевания к периоду диагностики неврологической стадии, длительность задержки назначения медьэлиминирующей терапии и выраженность расстройств психики. Прогноз при гепатолентикулярной дегенерации зависел от продолжительности заболевания, сроков начала терапии и соблюдения схем ее проведения.

Ключевые слова: гепатолентикулярная дегенерация, клиника, течение.

TYPES OF CLINICAL COURSE OF NEUROLOGICAL FORMS AT HEPATOLENTICULAR DEGENERATION

Aleksey V. Ovchinnikov[1], Vladimir V. Shprakh[2]

[1]Departmental Clinical Hospital at Vladivostok station joint stock company «Russian rail ways», P.D., 690003, Vladivostok, Verhneportovaya str., 25, e-mail: vladannamail-primorye-ru2014@yandex.ru,
[2]Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education, 664049, Irkutsk, Ubileinii district, 100, e-mail: irkmapo@irk.ru

The special aspects of neurological forms of hepatolenticular degeneration, based on the results of four years monitoring of 47 patients (the average age of patients is 33,4 years old, the average prolongation of the disease is 18 years) are studied in this paper. During the monitoring period: deterioration in the condition with the progress of pathological symptoms appeared in 21,27% cases; fatal cases - 4,25%; neurological defect's stabilization - 48,9% of cases; regress of pathology - 25,5%. There are two types of development of hepatolenticular degeneration: favourable one (74,46%) and pejorative one (25,5%). The risk factors of pejorative type of decease development are: the severity of clinical aspects at the time of diagnostics in neurological stage, period of the delay of the copper-eliminate therapy prescription and the degree of mental disorder. The prognostication on hepatolenticular degeneration depended on the duration of the desiese, time of the therapy begining and the compliance to it.

Key words: hepatolenticular degeneration, clinical picture, aspects.

Гепатолентикулярная дегенерация (ГЛД) – болезнь Вильсона–Коновалова (БВК) – тяжелое наследственное заболевание, в основе которого лежит нарушение метаболизма меди, приводящее к ее накоплению в различных органах и тканях. Среди всей наследственной патологии оно занимает особое место. Это связано с тем, что, оказавшись в числе наследственных болезней, для которых разработана эффективная патогенетическая терапия, ГЛД не имеет четких критериев диагностики на ранних этапах развития и отличается непредсказуемостью течения в дальнейшем. Трудности своевременной диагностики зависят не только от необычайного разнообразия ее клинических проявлений, но и от отсутствия единой системы оценки показателей методов обследования [3, 5].Открытие гена *ATP7B* и обнаружение частоты его гетерозиготного носительства с широким спектром мутаций с одной стороны разрешило уточнить природу многообразия клинических проявлений ГЛД, с другой – указало на невозможность использовать ДНК-анализ в качестве основного критерия диагностики заболевания [11, 12, 16, 17]. За последние десятилетия интерес к изучению всех аспектов ГЛД усилился [1–5, 9]. В 2004 г. был основан Европейский комитет по проблеме ГЛД. Главной проблемой его исследований стало уточнение критериев ранней диагностики и неблагоприятного прогноза этого заболевания в различных территориальных зонах. В нашей стране в 2013 г. Национальным Советом экспертов по редким болезням был разработан Проект рекомендаций по диагностике и лечению болезни Вильсона–Коновалова («Проект МЗ РФ» от 05.12.2013) [8]. С целью формирования единого подхода к оценке тяжести клинических проявлений ГЛД, в нем было рекомендовано использовать балльную шкалу Гольдштейна

в модификации В.В. Полищука [7]. Это стало основой создания единой системы отбора критериев диагностики ГЛД у больных, проживающих в различных регионах страны.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей течения неврологических форм ГЛД для определения критериев ее неблагоприятного прогноза.

В статье представлены данные обследования 47 пациентов с неврологическими формами ГЛД, находившихся на лечении в лечебных учреждениях Приморского края и под наблюдением с 2011 по 2015 г.

Критериями включения больных в исследование являлись клинические проявления ГЛД, наличие кольца Кайзера–Флейшера (КФ) при офтальмологическом исследовании, показатели лабораторных методов обследования: низкий уровень сывороточного церулоплазмина (меньше 170 мг/л), увеличение экскреции меди с мочой (более 1,26 мг/л) и визуализация изменений в глубинных структурах головного мозга при МРТ-исследовании.

Определение неврологических форм ГЛД проводилось, согласно классификации В.Н. Коновалова [6], с учетом выделения аритмогиперкинетической, экстрапирамидно-корковой, дрожательной и дрожательно-ригидной форм, которые были обозначены как I, II и III группы, соответственно перечисленным формам (в III группу были включены больные с дрожательной и дрожательно-ригидной формами).

Оценка тяжести клинических проявлений ГЛД проводилась по шкале Н.П. Гольдштейна в модификации В.В. Полищука [8]. Сумма баллов ниже 10 соответствовала легкой степени, от 11 до 24 баллов – средней, более 25 – тяжелой.

Тип течения ГЛД устанавливали на основании прогрессирования клинических проявлений патологии и отрицательной динамики в показателях лабораторных и инструментальных методов обследования.

Для лечения использовали d-пеницилламин (купренил) и сульфат цинка, или их совместное применение с учетом индивидуальной реакции пациентов на эти препараты.

Для статистики учетных признаков использовались абсолютные значения и процентные взаимоотношения. При сравнении параметрических данных в группах наблюдения применяли *t*-критерий Стьюдента и Фишера. Различия между сравниваемыми величинами считались статистически значимыми при уровне $p<0,05$.

Распределение 47 больных ГЛД по группам позволило выделить среди обследованных три группы: 1-я – 20 пациентов с аритмогиперкинетической, 2-я – 16 больных с экстрапирамидно-корковой, 3-я – 11 пациентов с дрожательной и дрожательно-ригидной формами. Средний возраст больных составил 33,4±6 лет, давность диагностики заболевания колебалась от 4 до 60 лет (в среднем 18 лет). Пациентов женского пола было 19, мужского – 28.

Молекулярно-генетическое исследование гена *ATP7B* позволило установить носительство трех мутаций, наиболее часто выявляемых у пациентов ГЛД в Восточной Европе (*Gly1267Arg; His1069Gly; delC340)* в 32 наблюдениях (68,08%).

В табл. 1 представлены основные показатели обследования пациентов всех групп к началу исследования.

Среди обследованных преобладали пациенты в возрасте до 20 лет (51,06%) с давностью диагностики неврологической стадии ГЛД более 5 лет (68,08%).

Тяжесть клинических проявлений ГЛД в большинстве случаев (у 24 – 51,06%) соответствовала тяжелой степени, реже (у 18 пациентов – 38,29%) – средней степени и только в 5 (10,6%) наблюдениях – легкой.

Частота визуализации на МРТ морфологических дефектов в структурах мозга достигала 91,48% (в 31,9% случаев они отражали сочетание дистрофических изменений в базальных ганглиях с атрофическими в нервной ткани).

Частота обнаружения сформированного кольца Кайзера–Флейшера или его фрагментов при офтальмологическом обследовании также составляла 91,48%, в 40,4% случаев наблюдалось его полное формирование.

Расстройства психики наблюдались в 82,97% (у 39) случаев, стабильно проявляя себя умеренной степенью в 74,46% (у 29), и достигали степени деменции в 21,2% (у 10).

Признаки поражения печени были установлены в 82,9% наблюдений. В 14,89% случаев они носили выраженный характер. Моторные экстрапирамидные дефекты носили выраженный характер у 37 (79%) больных.

За 4-летний период наблюдений ухудшение состояния возникло в 25,5% (у 12 пациентов) случаев, среди которых прогрессирование неврологического дефекта и психических расстройств развилось в 21,27% (у 10), летальный исход – в 4,25% (у 2). Стабилизация клинических прояв-

Таблица 1

Частота выявления различных признаков патологии у больных ГЛД к началу исследования (абс. / %)

Патология	I группа (n=20)	II группа (n=16)	III группа (n=11)	Всего (n=47)
Визуализация патологии на МРТ:				
всего	19 / 95	13 / 81,2	11 / 100	43 / 91,48)
смешанные	5 / 25	3 / 18,75	7 / 63,6	15 / 31,9
Патология печени:				
всего	19 / 95	9 / 56,2	11 / 100	39 / 82,97
грубые	4 / 20	1 / 6,25	2 / 18,18	7 / 14,89
Наличие кольца Кайзера-Флейшера				
фрагменты	18 / 90	15 / 93,7	10 / 90,9	43 / 91,48
завершенное	8 / 40	8 / 50	3 / 27,27	19 / 40,42
Давность диагностики:				
до 5 лет	6 / 30	7 / 43,75	2 / 18,18	15 / 31,9
6 – 20 лет	9 / 45	7 / 43,75	9 / 81,8	25 / 53,19
больше 20 лет	5 / 25	2 / 12,5		7 / 14,89
Психические расстройства:				
всего	16 / 80	12 / 75	11 / 100	39 / 82,97
грубые	5 / 25	3 / 18,75	2 / 18,8	10 / 21,2
Выраженность моторного дефекта:				
легкая	2 / 10	8 / 50	0	10 / 21,27
умеренная	12 / 60	7 / 43,75	6 / 54,5	25 / 53,19
грубая	6 / 30	1 / 6,25	5 / 45,45	12 / 25,5

Таблица 2

Частота развития разных типов течения ГЛД у пациентов разных групп (% / абс.)

Тип течения	I группа (n=20)	II группа (n=16)	III группа (n=11)	Достоверность различий
Благоприятный	80,0 /16	87,5 / 14	45,5 / 5	$P_{2,3}<0,05$
Неблагоприятный	20,0 / 4	12,5 / 2	54,5 / 6	$p_{1,2,3}<0,005$

Примечание: p_1 – различия в I и II группах; p_2 – различия в II и III группах; p_3 – различия в I и III группах.

лений наметилась в 48,9% (у 23), регресс патологических симптомов – в 25,5% (у 12).

Это позволило выделить два типа течения неврологических форм ГЛД: благоприятный (с регрессом патологических проявлений или их стабилизацией) – в 36 (74,46%) наблюдениях и неблагоприятный (с прогрессированием патологических проявлений или летальным исходом) – в 12 (25,53%).

В табл. 2 представлено распределение пациентов с разными типами течения ГЛД по группам, а на рисунках 1, 2, 3, 4 – распределение частоты регистрации основных показателей обследования у больных с разным типом течения патологии.

Неблагоприятный тип течения достоверно чаще развивался у больных I и III групп. В III группе он был зарегистрирован в 54,5% случаев, в I – в 20%, во II – только в 12,5%.

Различий в числе мужчин и женщин среди больных с разными типами течения выявить не удалось: в случаях с неблагоприятным течением их соотношения составили 58,3% к 41,6%, в наблюдениях с благоприятным течением – 54,28% к 45,7%, соответственно числу мужчин и женщин (рис. 1).

Средний возраст больных к периоду диагностики неврологического дефекта составил у пациентов с неблагоприятным течением 54,3 года, в случаях со стабилизацией неврологических проявлений – 27,7 года, у больных с регрессом патологических симптомов – 25 лет.

Во всех наблюдениях с развитием неблагоприятного типа течения ГЛД диагностика неврологической стадии, а, следовательно, и лечение запаздывали. Неврологическая стадия в 100% случаев была диагностирована после 21 года (в зрелом возрасте). Патология к этому периоду в 83,3% наблюдений уже соответствовала тяжелой степени, а случаи с задержкой включения в комплекс лечения медьэлиминирующих препаратов, превышающей 20 лет, составили 33,3%.

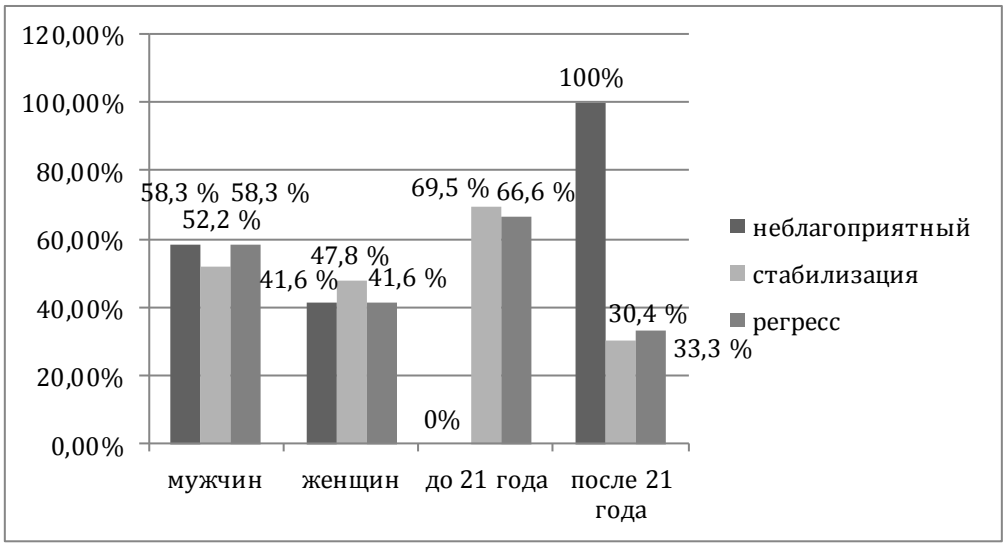

Рис. 1. Распределение больных ГЛД с разным типом течения по полу и возрасту к периоду диагностики неврологической стадии.

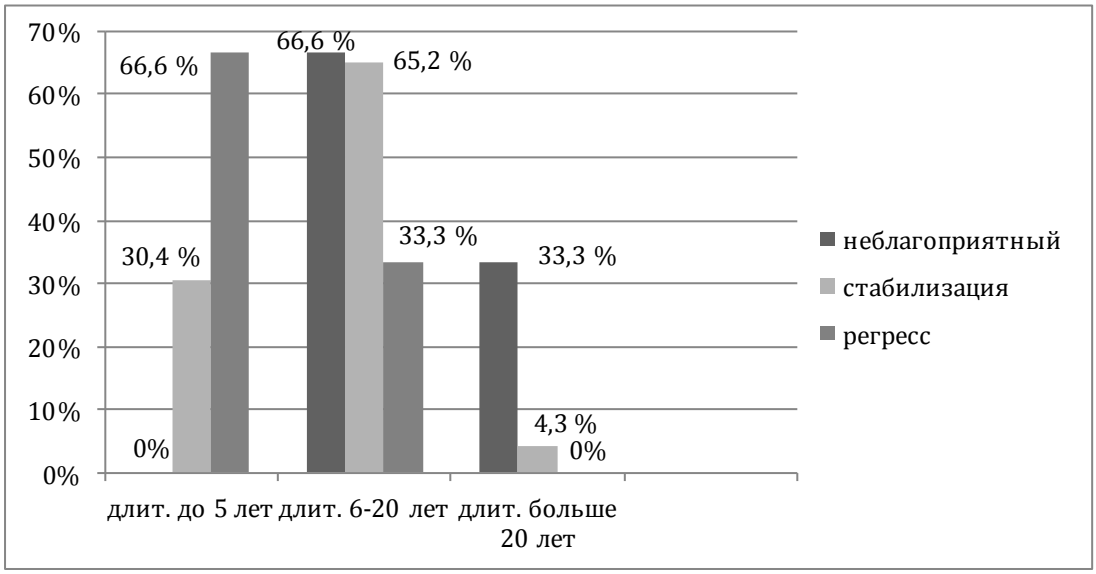

Рис. 2. Распределение больных с разным типом течения по длительности задержки начала патогенетической терапии.

Среди пациентов со стабилизацией неврологического дефекта больных с задержкой лечения, превышающей 20-летний период, зарегистрировано только 4,34%. В случаях с регрессом патологических симптомов таковых не оказалось совсем, и у большинства из них (в 66,6%) начало патогенетической терапии пришлось на первые годы развития неврологического дефекта (рис. 2).

Частота развития психических расстройств к периоду диагностики неврологического дефекта также достигала высоких уровней. При стабилизации патологических проявлений в 21,7% (у 5 больных) случаев они проявили себя деменцией, в 69,56% (у 16) носили выраженный характер, и только – в 8,69% (у 2) не отличались стабильностью.

У пациентов с регрессом патологических проявлений ГЛД в 58,3% (у 7) наблюдений изменения психики отсутствовали, в 33,3% (у 4) возникали периодически и только в 8,3% (у одного) продуктивная психопатологическая симптоматика опередила другие проявления болезни (рис.3).

Среди больных с неблагоприятным типом течения оказалось не только большое число с длительной задержкой назначения патогенетической терапии, но и с нарушением ее приема при

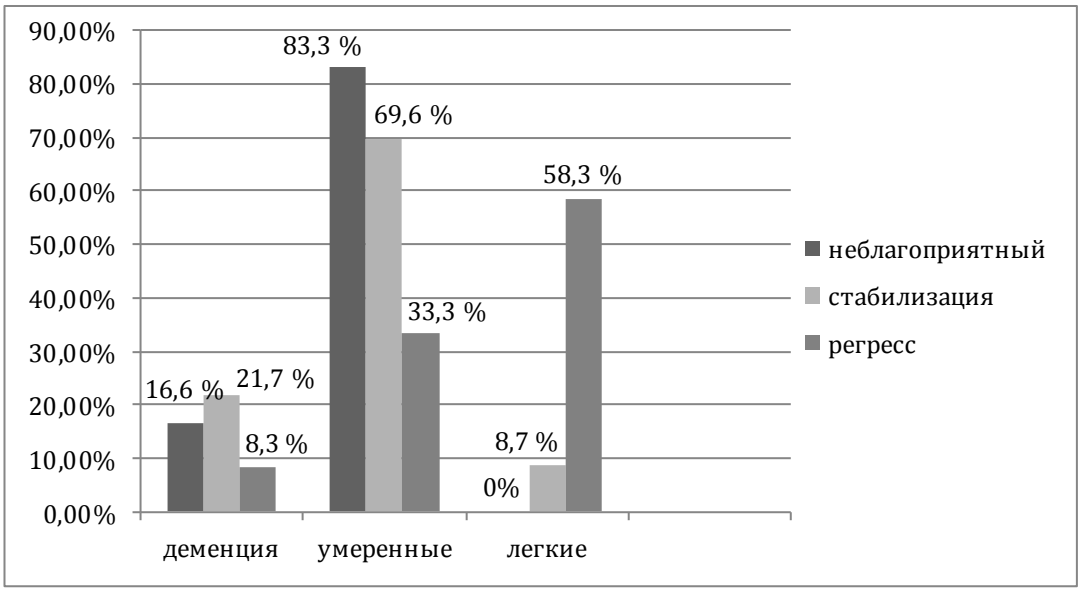

Рис. 3. Распределение больных ГЛД с разным типом течения по выраженности психических расстройств к периоду диагностики неврологического дефекта.

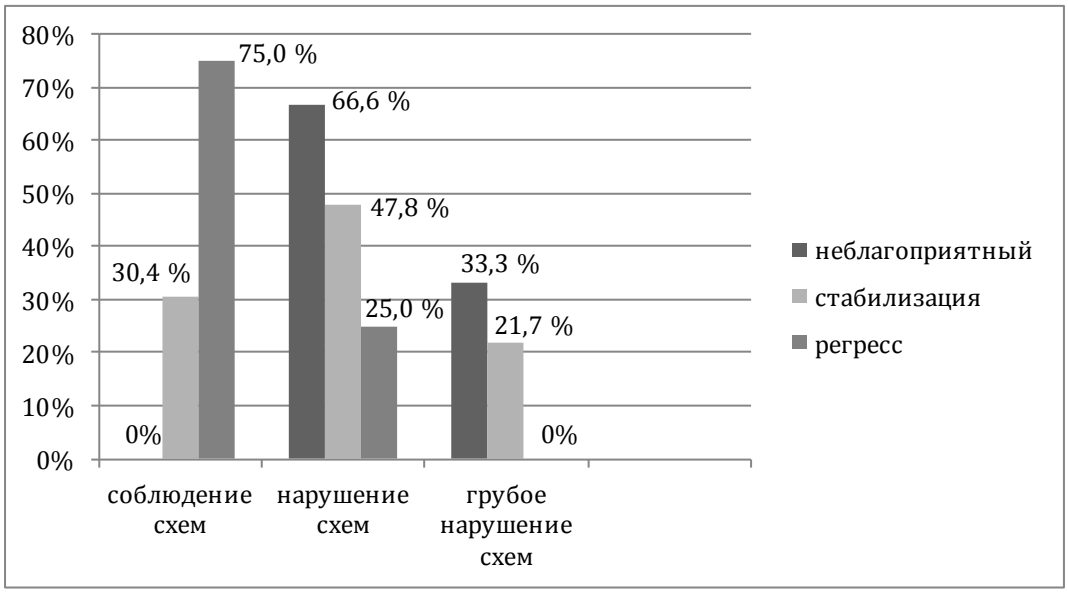

Рис. 4. Распределение больных с разным типом течения по приверженности к лечению.

своевременном назначении медьэлиминирующих препаратов. В 66% (у 8) случаев нарушались схемы приема и не осуществлялся контроль за их применением, в 33,3% (у 4) – медьэлиминирующие препараты были исключены из комплекса лечебных средств по различным причинам (рис. 4).

В случаях с неблагоприятным типом течения ГЛД не только преобладали больные I и III группы, но и те из них, у которых к периоду диагностики неврологической стадии выраженность моторного экстрапирамидного дефекта уже достигала тяжелой степени.

У больных I группы тяжелая степень моторного дефекта наблюдалась во всех случаях (100%), в III группе она была зарегистрирована в 36,3% наблюдений, во II, несмотря на развитие неблагоприятного типа течения в 2-х случаях, не оказалось пациентов с тяжелыми проявлениями моторного дефекта.

Психические расстройства у больных с неблагоприятным типом течения к периоду диагностики неврологической стадии уже носили выраженный характер. В 10 (83,3%) случаях они были стабильными, в 2 (16,6%) – достигли степени деменции.

Среди пациентов с благоприятным типом течения в показателях обследования наблюдались иные соотношения. Неврологическая стадия ГЛД была диагностирована после 20 лет в 31,4% случаев, клинические проявления у большинства (48,57%) соответствовали средней степени тяжести.

Нарушение схем приема медьэлиминирующих препаратов и контроля за их применением было зарегистрировано в случаях со стабилизацией неврологических проявлений в 47,8% (у 11), у пациентов с регрессом патологических симптомов – в 25% (у 3). Исключение медьэлиминирующих препаратов из комплекса лечебных средств в наблюдениях со стабилизацией неврологических препаратов – в 21,7% (у 5), среди больных с регрессом патологических симптомов таковых не оказалось.

Таким образом, установлено, что неблагоприятный тип течения ГЛД чаще возникает у пациентов с аритмогиперкинетической, дрожательной и дрожательно-ригидной ее формами. Это согласуется с результатами исследований Н.В. Коновалова (1960), З.А. Заляловой (2003), А.А. Камаловой (2010), Т.С. Четкиной (2011), И.К. Волошина-Гапонова (2014); Н.П. Волошиной (2015) и др. [1–6, 9].

В основном он развивается в случаях с поздней диагностикой ГЛД у пациентов зрелого возраста, которые длительное время лечились по поводу других заболеваний и не получали патогенетической терапии. Уже к периоду диагностики неврологической стадии болезнь отличается тяжестью клинических проявлений и выраженностью моторного дефекта. Такие данные опровергают традиционное мнение о короткой продолжительности жизни больных с ГЛД после ее диагностики, но совпадают с исследованиями P. Ferenci (2007), который, обследуя 1223 больных с ГЛД, выявил в их числе 1053 пациентов в возрастной группе старше 40 лет и отметил, что при диагностике ГЛД позднее начало упускается, а тяжелые длительно протекающие неврологические формы требуют особого внимания, т.к. могут выявляться к зрелому возрасту [12]. Это не противоречит мнению A.B. Talyetal (2007, 2009) о том, что у лиц старших возрастных групп неврологическая патология становится основой выявления ГЛД и поэтому «при диагностике ГЛД после 30 лет на долю неврологических форм приходится 69,1%» [7, 16, 17].

Больные с неблагоприятным типом течения отличаются частотой расстройств психики и высоким процентом их развития в дебюте заболевания, что согласуется с исследованиями V. K. Katyal et al. (2013), N. Gutierrez-Avilaetal (2014) и др. [13, 14].

Возможность развития неврологических форм ГЛД с неблагоприятным течением без признаков поражения печени (в 17,1%) и без сформированного кольца Кайзера–Лейшера (в 8,5%) согласуется с мнением T. Litwinetal. (2013), P. Ferenci (2014), A.B. Talyetal. (2009), объясняющих этот феномен индивидуально обусловленной высокой чувствительностью нервной ткани к медной токсичности, которая при ГЛД определяет возможность первоочередного поражения головного мозга без участия в патологии печени и других органов [10, 11, 15, 17].

Исследования показывают, что предикторами тяжести клинических проявлений неврологических форм ГЛД являются: характер формирования церебрального дефекта, отражающий ту или иную его форму, задержка ее диагностики, тяжесть клинических проявлений патологии к периоду формирования неврологической стадии заболевания, длительность задержки назначения патогенетической терапии и выраженность психических нарушений.

При этом факторами риска развития неблагоприятного течения, помимо тяжести клинических проявлений заболевания и выраженности расстройств психики, становятся длительность задержки назначения медьэлиминирующей терапии, откликаемость на нее и нарушение схем проведения.

Проведенные исследования подтверждают мнение Н.П. Волошиной (2015) о необходимости создания такого алгоритма диагностики ГЛД, который при учете основных клинико-лабораторных и инструментальных его критериев, будет доступным для использования на ранних этапах обследования больного [2]. Только ранняя диагностика ГЛД обеспечит своевременное назначение медьэлиминирующей терапии, профилактику неблагоприятного течения и прогноза заболевания. Тогда успех в лечении ГЛД и в благоприятном прогнозе будет зависеть от того на сколько удастся внедрить такие алгоритмы в практику здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волошин-Гапонов И.К. Клиника церебральных нарушений при гепатоцеребральной дегенерации // Международный неврологический журнал. 2014. №2, Вып. 64. С. 18–24.

2. Волошина Н.П., Волошин-Гапонов И.К., Важнова Е.А. Алгоритм диагностики и ведения пациентов с болезнью Вильсона – Коновалова // Украинский вестник психоневрологии. 2015. Т.23, вып. 82. С. 23–27.

3. Залялова З.А. Современные подходы к диагностике и лечению болезни Вильсона-Коновалова // Казанский медицинский журнал. 2003. Т.84, №2. С. 154–155.

4. Иванова-Смоленская И.А.Болезнь Вильсона–Коновалова // Ж. «Нервы». 2006. №4. С. 12–16.

5. Камалова А.А. Болезнь Вильсона-Коновалова у детей // Вопросы детской диетологии: научно-практический журнал Союза педиатров России и Всероссийской ассоциации врачей-диетологов. М.: Династия, 2010. Т.8, №2. С. 77–78.

6. Коновалов Н.В. Гепатоцеребральная дистрофия. М.: Медгиз, 1960. 556 с.

7. Полищук В.В., Федотова Е.Ю., Иванова-Смоленская И.А. Случай гепатолентикулярной дегенерации с дебютом неврологической формы после 45 лет // Ж. Новости в медицине и фармации. 2013. Вып. 458. С. 39–42.

8. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению болезни Вильсона–Коновалова (ГЛД). Москва. МЗ РФ [Асанов А.Ю., Соколов А.А., Волгина С.Я., Горячева Л.Г., Густов А.В., Иванова-Смоленская И.А., Копишинская С.В. и др.]. М., 2014. 71 с.

9. Четкина Г.С., Потапов А.С., Цирюльникова О.М. и др. Болезнь Вильсона у детей: варианты манифестации и трудности ранней диагностики // Вопросы диагностики в педиатрии. 2011. №3. Вып.1. С.41–47.

10. Chitkara D. K., Pleskow R.G., Grand R.J. Wilson disease // Clinical manifestations and management the liver. 2000. P.1171–1184.

11. Ferenci P. Phenotype – genotype correlations in patients with Wilson,s disease // Division of Gastroenterology and HepatologyViena Austria 2014. May. Vol. 1315. P. 1–5. doi 10. 1111

12. Ferenci P., Czlonkowska A. Merle U. Late-onset Wilson's disease // Gastroenterology. 2007. Vol. 132. P. 1294–1298.

13. Gutierrez-Avila N., Zuniga-Marguez J., Burgos-Torres N. et al. Dysexecutive Syndrome in a Patient with Wilson,s Disease // Psychology. 2014. Vol. 5, №1. P. 47–52. Published Online January 2014 in Sci Res.

14. Katyal V.K., Gupta T., Goel R.K. et al. Wilson,s disease - Early detection and treatment improves otone // Journal Indian Academy of clinical medium. 2013. Vol. 14. № 3–4. P. 270–272.

15. Litwin T., Gromadzka G., Szpak G. et al. Brain metal accumulation in Wilson // Journal of the Neurological Science. 2013. Vol. 329. P. 55–58.

16. Taly A.B., Meenakshi-Sundaram S., Sinha S. Wilson disease: description of 282 patients evaluated over 3 decades // Medicine (Baltimore). 2007. Vol. 86. №2. P.112–121. 15)

17. Taly A.B., Prashanth L.K., Sinha S. Wilson,s Disease: An Indian perspective // Neurology India. 2009. Vol. 57. P. 528–540. Doi: 10. 4103/0028-3886.57789.

REFERENCES

1. Voloshin-Gaponov I.K. *Mezhdunarodnyi nevrologicheskii zhurnal*. 2014. №2, Pt. 64. pp. 18–24. (in Russian)

2. Voloshina N.P., Voloshin-Gaponov I.K., Vazhnova E.A. *Ukrainskii vestnik psikhonevro-logii.* 2015. Vol. 23, № 82. pp. 23–27. (in Russian)

3. Zalyalova Z.A. *Kazanskii meditsinskii zhurnal*. 2003. Vol.84, №2. pp. 154–155. (in Russian)

4. Ivanova-Smolenskaya I.A. *Zh. «Nervy».* 2006. №4. pp. 12–16. (in Russian)

5. Kamalova A.A. *Voprosy detskoi dietologii: nauchno-prakticheskii zhurnal Soyuza pediatrov Rossii i Vserossiiskoi assotsiatsii vrachei-dietologov*. Moscow: Dinastiya, 2010. Vol. 8, №2. pp. 77–78. (in Russian)

6. Konovalov N.V. *Gepatotserebral'naya distrofiya*. Moscow: Medgiz, 1960. 556 p. (in Russian)

7. Polishchuk V.V., Fedotova E.Yu., Ivanova-Smolenskaya I.A. *Zh. Novosti v meditsine i farmatsii.* 2013. № 458. pp. 39–42. (in Russian)

8. Federal'nye klinicheskie rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu bolezni Vil'so-na-Konovalova (GLD). Moskva. MZ RF [Asanov A.Yu., Sokolov A.A., Volgina S.Ya., Goryacheva L.G., Gustov A.V., Ivanova-Smolenskaya I.A., Kopishinskaya S.V. et al.]. Moscow, 2014. 71 p. (in Russian)

9. Chetkina G.S., Potapov A.S., Tsiryul'nikova O.M. et al. *Voprosy diagnostiki v pediatrii*. 2011. №3. Pt.1. pp.41–47. (in Russian)

10. Chitkara D. K., Pleskow R.G., Grand R.J. Wilson disease. *Clinical manifestations and management the liver.* 2000. pp.1171–1184.

11. Ferenci P. Phenotype – genotype correlations in patients with Wilson,s disease. *Division of Gastroenterology and Hepatology Viena Austria.* 2014. May. Vol. 1315. pp. 1–5. doi 10. 1111.

12. Ferenci P., Czlonkowska A. Merle U. Late-onset Wilson's disease. *Gastroenterology.* 2007. Vol. 132. pp. 1294–1298.

13. Gutierrez-Avila N., Zuniga-Marguez J., Burgos-Torres N. et al. Dysexecutive Syndrome in a Patient with Wilson,s Disease. *Psychology.* 2014. Vol. 5, №1. pp. 47–52. Published Online January 2014 in Sci Res.

14. Katyal V.K., Gupta T., Goel R.K. et al. Wilson,s disease - Early detection and treatment improves otone. *Journal Indian Academy of clinical medium*. 2013. Vol. 14. № 3–4. pp. 270–272. 17)

15. Litwin T., Gromadzka G., Szpak G. et al. Brain metal accumulation in Wilson. *Journal of the Neurological Science.* 2013. Vol. 329. pp. 55–58.

16. Taly A.B., Meenakshi-Sundaram S., Sinha S. Wilson disease: description of 282 patients evaluated over 3 decades. *Medicine (Baltimore).* 2007. Vol. 86. №2. pp.112–121.

17. Taly A.B., Prashanth L.K., Sinha S. Wilson,s Disease: An Indian perspective. *Neurology India.* 2009. Vol. 57. pp 528–540. Doi: 10. 4103/0028-3886.57789.

Поступила 12.04.16.

ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

Неврологический вестник — 2016 — Т. XLVIII, вып. 2 — С. 30—29

УДК: 159.9

ПСИХОГИГИЕНИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В СНИЖЕНИИ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ

Павел Николаевич Москвитин[1,2], Алексей Юрьевич Егоров[3,4,5]

[1] Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, 654005, г. Новокузнецк, пр. Строителей, д. 5, [2]Новосибирский научно-исследовательский институт гигиены, 630108 г. Новосибирск, ул. Пархоменко, e-mail: moskvitinpn@mail.ru, [3]Институт эволюционной физиологии и биохимии имени И.М. Сеченова, 194223, г. Санкт-Петербург, пр. Тореза, д. 44, [4]Санкт-Петербургский государственный университет, 199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7-9, [5]Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, 191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41, e-mail: draegorov@mail.ru

Реферат. В статье раскрывается психогигиенический подход к минимизации риска формирования зависимости от психоактивных веществ у детей и подростков. Показана эффективность использования метода «профилактической психодрамы». Обследовано по 300 школьников 8, 9 и 10-х классов из основной и контрольной групп, с основной группой проведена программа тренингов по методу «Профилактической психодрамы». Статистически значимые отличия получены в основной группе школьников по снижению в динамике показателей мотивировки спроса на употребление психоактивных веществ. Анкетирование показало снижение таких показателей мотивировки спроса как «коммуникация», «гедонизм», «от скуки», «изменение состояния сознания», отмечено, что в контрольной группе школьников эти показатели в динамике не изменились.

Ключевые слова: психогигиена, метод «Профилактической психодрамы», профилактика аддиктивного поведения, ценности и убеждения здорового образа жизни у школьников.

PSYCHOHYGIENIC DIRECTION IN REDUCING THE RISK OF ADDICTIVE BEHAVIOR FORMATION IN SCHOOLCHILDREN

Pavel N. Moskvitin, Alexei Y. Egorov

[1] Novokuztesky state medical postgraduate institute, 654005, Novokuznetsk, Stroitely street, 5, [2]Novosibirsky research hygiene institute 630108 Novosibirsk, Parkhomenko street, e-mail: moskvitinpn@mail.ru, [3] I.M. Sechenov institute of evolutional physiology and biochemistry, 194223, St Petersburg, Torez street,. 44, [4]St. Petersburg state university, 199034, г. St. Petersburg , Universitetsky embankment, 7-9, [5]North-West I.M. Sechenov state medical university, 191015, St. Petersburg , Kirochnaya street, 41, e-mail: draegorov@mail.ru.

The article reveals the psycho-hygienic approach for minimizing the risk of dependence on psychoactive substances in children and adolescents. The efficiency of using the method of “Prophylactic psychodrama” has been shown. A total of 300 students of the 8th, 9th and 10th classes in the main (experimental) and control groups were studied. Students from the main group have passed a program of training by the method of “Preventive psychodrama”. Statistically significant differences were obtained in the main group of schoolchildren in dynamically reduced scores of motivation in psychoactive substances intake such as “communication”, “hedonism”, “boredom”, “change of state of consciousness”, in contrast to the control group, where these data did not change.

Key words: mental hygiene, the method of “Prophylactic psychodrama”, prevention of addictive behavior, values and beliefs of a healthy lifestyle among schoolchildren.

Формирование здорового образа жизни, как концепция жизнедеятельности человека, направленная на улучшение и сохранение здоровья с помощью рационального режима дня и питания, психофизической подготовки, отказа от вредных привычек и др., приобрела в последнее время особую актуальность в России. Несмотря на некоторую стабилизацию алкогольной и наркотической ситуации в стране, методологическая задача разработки новых мер профилактики аддиктивного поведения школьников сохраняет свою актуальность [4, 6, 10]. Установлено, что отказ от употребления психоактивных веществ происходит в тех случаях, когда меняется аддиктивная мотивация на убеждения и ценности здорового образа жизни [10, 11, 12]. Виктор Франкл подчеркивал, что для достижения такого результата имеет особую важность процесс осознания смысла своего бытия в мире [13]. Во время кризиса подросткового возраста завершается формирование ряда значимых личностных качеств. Проведение личностно-ориентированной программы профилактики в форме тренингов «Профилактической психодрамы» позволяет соответствующей идентифицирующей информации закрепить эффективные антиаддиктивные паттерны социально-личностной компетентности

путем психодраматических механизмов когнитивного усвоения, эмоционального научения и ролевого отыгрывания.

Материал и методы исследования. Обследовано по 300 школьников 8, 9 и 10-х классов основной и контрольной групп. Группы были идентичны по гендерно-возрастным признакам, отобраны методом случайной выборки из школ Куйбышевского района г. Новокузнецка Кемеровской области, Россия. С основной группой проведена программа тренингов по методу «Профилактической психодрамы», в контрольной группе школьников велась традиционная антинаркотическая работа методами лекций специалистов, бесед, санитарной пропаганды и наглядной агитации.

Психогигиенический подход в формировании здорового образа жизни и профилактики зависимости от психоактивных веществ опирается на положения, изложенные в работах Р. Дилтса [2]: о том, что мозг, как в сущности и любая биологическая и социальная система, имеет многоуровневую организацию и несколько уровней обработки информации. При проведении групповых психогигиенических тренингов для изменения аддиктивного поведения детей и подростков, мы исходили из гипотезы, что если человек в процессе жизнедеятельности испытывает какое-либо затруднение в разрешении неизбежных жизненных конфликтов, то следует определить, приходит ли данное затруднение из внешнего контекста (например, непреодолимости обстоятельства) или причина в том, что данный человек не обладает надлежащей когнитивно-поведенческой компетентностью, необходимой для того чтобы справиться с личностным конфликтом. В каждом конкретном случае причиной аддиктивного поведения школьника может являться отсутствие антиаддиктивного убеждения или имеется конфликтное убеждение, оказывающее влияние на его жизнь в целом или на достижение конкретного результата, тем самым формируя запрос на употребление психоактивных веществ. И, продолжая системно-логический анализ убеждений и ценностей с методологических позиций психогигиены, можно заключить, что причина аддиктивного поведения школьников может быть напрямую связана с неадекватностью уровня антиаддиктивной идентичности, влияющим на всю систему мышления и организации бытия. Это реализуется в так называемых системных предикатах идентифицирующих убеждений – «трезвенник», «экспериментатор» или «зависимый от психоактивного вещества» (алкоголя, наркотика и др.), что в экзистенциальной психологии и психотерапии называется термином «субличность» [1].

Подростковый возраст уже сам по себе характеризуется кризисом личностного развития, когда человек особенно нуждается в признании себя, в уважении, популярности и просто внимании, где важны ценности референтной группы («значимых других») [10–12]. Этим целям в тренинге «Профилактической психодрамы» во многом служит творческая психопрофилактическая игра, предлагаемая как «сценарий не случившейся жизненной драмы». Во время психодраматического отыгрывания у участников тренинга, с одной стороны, проявляется своеобразная проективная матрица «внутреннего негатива», а, с другой, во время тренинга «Профилактической психодрамы» у них формируется позитивная мировоззренческая позиция, что соответствует аналогичным методологическим принципам других методов экзистенциально-гуманистической психотерапии и психологии [7]. Ведущий в «Профилактической психодраме» сопровождает процесс личностной трансформации участников, заданный динамикой творческой игры в группе, что по завершению каждого тренинга позволяет получить образцы социальной компетентности. Сочетание, с одной стороны, неких заданных социально-психологических ситуаций и типичных конфликтов, возникающих во время общения в подростковой среде – и, с другой стороны, их совместное обсуждение в ситуации психопрофилактической дискуссии и принятие наиболее эффективных конструктов в наработке устойчивых когнитивно-поведенческих реакций на неизбежные конфликты подросткового возраста создают преимущество методу «Профилактической психодрамы». Как указывает И. Ялом и другие авторы [2, 13, 14], межличностные отношения в группе имеют ключевой характер для процесса мотивационно-поведенческих изменений. Таким образом, групповая динамика развивает новые способности у школьников, вследствие чего расширяется диапазон адаптивных поведенческих реакций. Творческое отыгрывание обеспечивает процесс достижения социальных целей, формирует позитивные убеждения на базе конструктивного взаимодействия в определенных «рамочных» условиях. Далее намечается процесс «позитивной идентификации», где условные «субличности» образуют новую личностную мозаику. Тем самым завершается подготовка к процессу личностной рекон-

струкции, осуществляемой в дальнейшем в ходе взаимодействия подростка с существующей социальной средой. Наиболее важными ценностными ориентирами являются ключевые факторы «поиска смысла», формируя глобальные поведенческие стратегии «психогигиенического саногенеза», обеспечивающие гармоничное развитие школьников и формирование навыков здорового образа жизни в постпубертате. Подводя краткое резюме, отметим, что уникальное сочетание трех составляющих – творческой деятельности, самоорганизации и спонтанности (конгруэнтности) является наиболее важным отличием разработанного нами метода «Профилактическая психодрама» от других методов и приемов первичной профилактики зависимости от психоактивных веществ. [7].

на употребления психоактивных веществ у подростков приведены в таблице.

Из данных, представленных в таблице, следует, что 4% обучающихся 8-х классов основной группы до тренингов выявляли мотивировку на употребление психоактивных веществ, обозначенную как «Коммуникация». К концу года их число сократилось до нуля. Это означает, что если до тренингов возможность употребления психоактивных веществ они мотивировали тем, что не хотят портить отношения со сверстниками или не хотят выглядеть «белой вороной», боятся насмешек со стороны друзей, то после занятий они опираются на внутренние убеждения и аргументы, а поэтому не поддаются микросредовому социально-негативному давлению аддиктивного характера. Мотивировку «Гедонизм» до занятий

Таблица

Изменение мотивировки на употребления психоактивных веществ у школьников (%)

Группы	Число человек	Коммуникация	Гедонизм	Аттракция	От скуки	Псевдокультурная	Изменение состояния сознания	Коэффициент ранговой корреляции Спирмена
Основная группа 8 классов:								
до тренингов	100	4,0	6,0	29,0	13,0	47,0	19,0	0, 986
после тренингов	100	0,0	0,0	24,0	9,0	47,0	10,0	p ≤0,02
Контрольная группа 8 классов:								
в начале года	100	1,0	6,0	21,0	23,0	48,0	11,0	0,7
в конце года	100	10,0	12,0	15,0	12,0	63,0	5,0	p>0,05
Основная группа 9 классов:								
до тренингов	100	6,0	12,0	11,0	28,0	66,0	11,0	0,900
после тренингов	100	3,0	7,0	5,0	18,0	66,0	9,0	p≤0,05
Контрольная группа 9 классов:								
в начале года	100	3,0	10,0	30,0	14,0	50,0	18,0	0,643
в конце года	100	5,0	6,0	26,0	6,0	59,0	3,0	p>0,05
Основная группа 10 классов:								
до тренингов	100	15,0	5,0	23,0	15,0	88,0	13,0	0,843
после тренингов	100	6,0	3,0	9,0	13,0	71,0	2,0	p≤0,05
Контрольная группа 10 классов:								
в начале года	100	7,0	11,0	23,0	22,0	41,0	7,0	0,757
в конце года	100	4,0	8,0	17,0	21,0	53,0	17,0	p>0,05

Результаты исследования и их обсуждение. Изучение трансформации мотивировки на употребления психоактивных веществ было проведено путем анонимного анкетирования в начале учебного года, затем реализована годовая программа тренингов по методу «Профилактическая психодрама», после чего проведено повторное анкетирование. Результаты изменения мотивировки

выявили 6% обучающихся этой же группы. К концу года их число тоже сократилось до нуля. У таких подростков ранее отсутствовали альтернативные способы получать удовольствие и расслабление, приём психоактивных веществ предполагает быстрое получение ощущения душевного и физического комфорта, благополучия, состояния удовлетворения и др. Мотивировку «Аттракция»

до тренингов обнаруживали 29% обучающихся 8-х классов экспериментальной группы. Это означает, что прием психоактивных веществ ими предполагался с целью помочь себе избавиться от комплекса непринятия значимым лицом, что вызывает чувство страха, внутреннего напряжения, чувство вины, стремление заглушить в себе неприятные воспоминания отвержения значимого лица и др. К концу года их число сократилось до 24%. Мотивировку «От скуки» до занятий выявили 13% обучающихся 8-х классов экспериментальной группы. Такие подростки отмечали, что не знают чем заняться в свободное время, им трудно развлекаться без возбуждающих средств. К концу года их число сократилось до 9%. По мотивировке «Псевдокультурная» до занятий было выявлено 47% обучающихся 8-х классов экспериментальной группы. Эти подростки считают, что употребление наркотиков является одним из признаков материального и морального благополучия и внутренней свободы, в аргументации своей позиции они ориентируются на мнение кумиров молодежи, знаменитых людей, что употребление психоактивных веществ способствует творчеству, свободному и раскрепощенному образу жизни. К концу года их число не изменилось. К мотивации «Изменение состояния осознания» до занятий относились19% школьников. Такие школьники предполагают, что будут чувствовать себя более комфортно, будут более бодрыми, активными, получат новые ощущения, а психоактивные вещества могут являться средством коррекции неприятных переживаний, позволяя реагировать не так болезненно на неприятности и неудачи. К концу года число этих подростков сократилось до 10%. Для изучения статистической достоверности выявленных изменений в мотивировки употребления психоактивных веществ школьниками применялся расчет коэффициента ранговой корреляции Спирмена, который выявил статистическую достоверность динамики по наблюдаемым парам признаков при значении 0,986 ($p \leq 0{,}02$).

В контрольной группе 8-х классов по мотивации «Коммуникация» и «Гедонизм» и «Псевдокультурная» к концу года число школьников увеличилось. По мотивации «Аттракция», «От скуки» и «Изменение состояния сознания» число школьников сократилось соответственно до 15%, 12% и 5%. Различие в динамике мотивировки в контрольной группе статистически недостоверно (коэффициент ранговой корреляции Спирмена 0,7; $p > 0{,}05$)

В основной группе 9-х классов число школьников по мотивации «Коммуникация», «Гедонизм», «Аттракция», «От скуки» и «Изменение состояния сознания» после тренингов достоверно уменьшилось соответственно до 3%, 7%, 5%, 18%, 9% (коэффициент ранговой корреляции Спирмена 0,9; $P \leq 0{,}05$).

В контрольной группе 9-х классов число обучающихся с аналогичными мотивировками «Коммуникация», «Псевдокультурная», «Гедонизм», «Аттракция», «От скуки» и «Изменение состояния сознания» изменилось статистически недостоверно (коэффициент ранговой корреляции Спирмена 0,643; $p > 0{,}05$).

В основной группе 10-х классов по мотивировке «Коммуникация», число школьников уменьшилось на 9% и составило 6% на конец года; по мотивировке «Гедонизм» – уменьшилось до 3%; по мотивировке «Аттракция» – сократилось с 23% до 9%; по мотивировке «От скуки» – с 15% до 13%; по мотивировке «Псевдокультурная» – с 88% до 71%; по мотивировке «Изменение состояния сознания» – с 13% до 2% (коэффициент ранговой корреляции Спирмена 0,843; $p \leq 0{,}05$).

В контрольной группе 10-х классов в изменениях по аналогичным видам мотивировки достоверных статистических признаков не выявлено (коэффициент ранговой корреляции Спирмена 0,757; $p > 0{,}05$).

Таким образом, метод «Профилактической психодрамы» способствует формированию позитивной идентичности в подростковом возрасте, изменяя личностную мотивировку на «антиаддиктивную». Внутриличностный «психогигиенический саногенез» в программе тренингов «Профилактической психодрамы» представляет собой процесс наработки навыков проактивного мышления и поиска позитивных ценностей и смыслов, направленных на рост, духовное развитие и гармонизацию личности, сохранение её психического здоровья. Психогигиеническая направленность метода позволяет формировать навыки здорового образа жизни путем интериоризации и усвоения экзистенциальных ценностей и смыслов, позволяющих снизить мотивировку употребления и «спроса на психоактивные вещества» среди школьников. Это позволяет участникам программы психопрофилактических тренингов (родителям и детям) повышать коммуникативную и социальную компетентность, уровень знаний социокультурных норм, правил и культурных ограничений в общении, умение конструктивно решать конфликтные ситуации; развивать позитивные отношения в семье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ассаджиоли Р. Психосинтез [пер. с англ.]. М.: Рефл Букс, 1997.
2. Дилтс Р. Изменение убеждений с помощью НЛП [пер. с англ.]. М.: Класс, 1997.
3. Ковалев В.В. Детская психиатрия. М.: Медицина, 1977.
4. Менделевич В.Д. Этика современной наркологии. Казань: Медицина. 2010. 218 с.
5. Морено Я.Л. Психодрама [пер. с англ.]. М.: Апрель Пресс, ЭКСПО-пресс, 2001.
6. Москвитин П.Н. Патент РФ на изобретение № 2466752 «Способ проведения группового психологического тренинга по методу «профилактическая психодрама», заявка № 2011136339, приоритет изобретения от 31 августа 2011 года, зарегистрирован в Государственном реестре изобретений Российской Федерации 20 ноября 2012 г.
7. Москвитин П.Н., Цыганков Б.Д., Сирота Н.А. Метод «профилактической психодрамы» в предупреждении зависимости от психоактивных веществ у детей и подростков. М.: ОАО «Издательство Медицина», 2011.
8. Мясищев В.Н. Психология отношений. М., Воронеж, 1995.
9. Психотерапевтическая энциклопедия [под. ред. Б.Д. Карвасарского]. СПб: Питерком, 1998.
10. Рерке В.И. Особенности мотивационно-потребностной сферы личности подростков с наркозависимым поведением: автореф. дисс. … канд. пед. наук. Иркутск: Иркутский государственный педагогический университет, 2003.
11. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Формирование мотивации на изменение поведения в отношении употребления психоактивных веществ и коррекция других проблемных форм психосоциальной адаптации у детей и подростков группы риска: пособие для врачей. М., 2004.
12. Худяков В.А. Клинические и социально-психологические основы профилактики зависимости от психоактивных веществ у несовершеннолетних. изд-е 2-е, доп. Иваново, 2008.
13. Франкл В. Человек в поисках смысла. М., 1990.
14. Yalom I.D. The theory and Practice of Group Psychotherapy (2-nd rev.ed.). New York: Basic Book, 1995.

REFERENCES

1. Assadzhioli R. *Psikhosintez* [per. s angl.]. Moscow: Refl Buks, 1997. (in Russian)
2. Dilts R. *Izmenenie ubezhdenii s pomoshch'yu NLP* [per. s angl.]. Moscow: Klass, 1997. (in Russian)
3. Kovalev V.V. *Detskaya psikhiatriya*. Moscow: Meditsina, 1977. (in Russian)
4. Mendelevich V.D. *Etika sovremennoi narkologii*. Kazan: Meditsina. 2010. 218 p. (in Russian)
5. Moreno Ya.L. *Psikhodrama* [per. s angl.] Moscow: Aprel' Press, EKSPO-press; 2001. (in Russian)
6. Moskvitin P.N. *Patent RF na izobretenie № 2466752 «Sposob provedeniya gruppovogo psikhologicheskogo treninga po metodu «profilakticheskaya psikhodrama», zayavka № 2011136339, prioritet izobreteniya ot 31 avgusta 2011 goda, zaregistrirovan v Gosudarstvennom reestre izobretenii Rossiiskoi Federatsii 20 noyabrya 2012 g.* (in Russian)
7. Moskvitin P.N., Tsygankov B.D., Sirota N.A. *Metod «profilakticheskoi psikhodramy» v preduprezhdenii zavisimosti ot psikhoaktivnykh veshchestv u detei i podrostkov*. Moscow: OAO «Izdatel'stvo Meditsina», 2011. (in Russian)
8. Myasishchev V.N. *Psikhologiya otnoshenii*. Moscow, Voronezh, 1995. (in Russian)
9. *Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya* [ed. B.D. Karvasarsky]. St.Petersburg: Piterkom, 1998. (in Russian)
10. Rerke V.I. *Extended abstract of PhD dissertation (Pedagogy)*. Irkutsk: Irkutskii gosudarstvennyi pedagogicheskii universitet, 2003. (in Russian)
11. Sirota N.A., Yaltonskii V.M. *Formirovanie motivatsii na izmenenie povedeniya v otnoshenii upotrebleniya psikhoaktivnykh veshchestv i korrektsiya drugikh problemnykh form psikhosotsial'noi adaptatsii u detei i podrostkov gruppy riska: posobie dlya vrachei.* Moscow, 2004. (in Russian)
12. Khudyakov V.A. *Klinicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie osnovy profilaktiki zavisimosti ot psikhoaktivnykh veshchestv u nesovershennoletnikh*. izd-e 2-e, dop. Ivanovo, 2008. (in Russian)
13. Frankl V. *Chelovek v poiskakh smysla*. Moscow, 1990. (in Russian)
14. Yalom I.D. *The theory and Practice of Group Psychotherapy* (2-nd rev. ed.). New York: Basic Book, 1995.

Поступила 30.03.16.

ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

Неврологический вестник — 2016 — Т. XLVIII, вып. 2 — С. 35—41

УДК: 616.8

МЕТОДЫ ОБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ТИКАМИ

Валерий Петрович Зыков[1], Эльмира Агасалимовна Каширина[2], Юлия Валерьевна Наугольных[2]

[1]Российская медицинская академия последипломного образования, кафедра неврологии детского возраста, 125993, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1,
[2]Детская городская поликлиника № 110, 127490, г. Москва, ул. Декабристов 39,
e-mail: julia-nv@mail.ru

Реферат. У 43 больных с тикозными гиперкинезами в возрасте 10–17 лет изучена эффективность применения гопантеновой кислоты в дозировках по 500 мг 3 раза в сутки ежедневно в течение 6 недель. Эффективность проводимой терапии оценивалась по Международной Йельской шкале, методом соматосенсорных вызванных потенциалов, нейропсихологического исследования, теста личностной и ситуационной тревожности. Спилберга–Ханина. Терапия гопантеновой кислотой достоверно уменьшала суммарную тяжесть тиков ($p<0,03$, $p<0,02$ в различных группах пациентов), определяемую по Йельской шкале (с использованием метода самоподсчёта тиков за 20 минут), проявления ситуационной тревожности ($p<0,001$; $p<0,03$), увеличивало объём кратковременной слухоречевой памяти ($p<0,01$; $p<0,05$). Под воздействием гопантеновой кислоты значимо снижалась амплитуда соматосенсорной зоны коры головного мозга по данным вызванных соматосенсорных потенциалов ($p<0,001$; $p<0,03$). Метод соматосенсорных вызванных потенциалов наряду с нейропсихологическим тестированием является объективным средством контроля эффективности проводимой антитикозной терапии.

Ключевые слова: тики, Йельская шкала оценки тяжести тиков, соматосенсорные вызванные потенциалы, личностная и ситуационная тревожность, слухоречевая память, гопантеновая кислота.

METHODS OF OBJECTIVE CONTROL OF THE THERAPY EFFECTIVENESS IN CHILDREN WITH TICS

Valery P. Zykov[1], Elmira A. Kashirina[2], Julia V. Naugolnykh[2]

[1]Russian medical academy of post-graduate education, 125993, Moscow, Barrikadny street, 2/1, department of childish neurology, [2]Children municipal polyclinic № 110, 127490, Moscow, Dekabristov street, 39, e-mail: julia-nv@mail.ru

In 43 patients with tics at the age of 10-17 there was studied effectiveness of hopantenic acid usage in doses 500 mg x 3 daily during 6 weeks to correct their hyperkinesias. The therapy effectiveness was evaluated by Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS). Hopantenic acid therapy significantly decreased the amplitude of somatosensory cortex evaluated by somatosensory evoked potentials method, normalized the situational and personal anxiety evaluated by Spielberg-Hanin scale. Therapy by hopantenic acid reliable decreased the summary severity of tics ($p<0,03$, $p<0,02$ in different groups of patients), defined by Yale scale (method of tics counting for 20 minutes), manifestations of situational anxiety ($p<0,001$; $p<0,03$), and increased volume of single aural-speech memory ($p<0,01$; $p<0,05$). Hopantenic acid therapy significantly decreased the amplitude of somatosensory cortex evaluated by somatosensory evoked potentials method ($p<0,001$; $p<0,03$). The technique of somatosensory evoked potentials using Yale scale for evaluation of the severity of tics can be used as an objective method to control the therapy.

Key words: tics, personal and situational anxiety, somatosensory evoked potentials, hopantenic acid.

Тики являются одной из актуальных проблем детского возраста, распространённость среди детей и подростков составляет от 2 до 24% [7, 12, 14, 16]. Тики характеризуются насильственными движениями в различных мышечных группах и в большинстве случаев начинаются в возрасте от 3 до 12 лет [7]. Основную роль в возникновении тиков у детей играют наследственные факторы [16].

Социальная значимость тиков определяется коморбидными состояниями: когнитивными, поведенческими нарушениями, синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, тревожными расстройствами, обсессивно-компульсивными расстройствами [7].

В настоящее время нейрофизиологические аспекты тикозных гиперкинезов изучены крайне недостаточно. В литературе мы встретили незначительное количество оригинальных работ, отражающих сочетание неврологических и нейрофизиологических методов исследования. А.В. Будкевич (2007) определила ЭЭГ-критерии при тиках и синдроме Туретта, а также выявила воздействие методов нейрофизиологической коррекции на торможение тикозных расстройств [2].

Проводились исследования биоэлектрической активности мышц при тикозных гиперкинезах с помощью метода поверхностной электромио-

графии [1]. Известны работы Шанько Г.Г [1], где приводятся данные о регистрации залповой активности при записи поверхностной электромиографии при тиках.

K. Hong (2002) с помощью метода магнитно-резонансной томографии выявил нейроанатомические изменения в виде уменьшения общего объёма головного мозга (см^3) у детей с тиками, меньшие размеры правой лобной доли и увеличение размеров левой лобной доли по сравнению со здоровыми детьми соответствующего возраста и пола, в связи с чем становится больше асимметрия лобных областей S>D, наблюдающихся в норме [13]. S. Bohlhalter (2006) с помощью функциональной МРТ головного мозга обнаружил перед началом тика активацию в области поясной извилины, а в момент гиперкинеза – активацию соматосенсорной зоны коры головного мозга [11]. Наиболее простым, информативным и доступным методом исследования церебральных структур является метод соматосенсорных вызванных потенциалов. Изменения соматосенсорных вызванных потенциалов при поражениях периферической нервной системы, таламуса, спинного мозга отражены в трудах Л.Р. Зенкова, М.А. Ронкина [6]. В литературе мы не нашли сведений об использовании метода соматосенсорных вызванных потенциалов в качестве средства контроля эффективности проведения антитикозной терапии.

Традиционно при лечении тиков используются нейролептические средства (галоперидол, тиаприд), которые могут вызвать осложнения экстрапирамидного характера. Наличие коморбидных когнитивных нарушений у детей с тикозными гиперкинезами ставит вопрос о необходимости их коррекции с применением безопасных и эффективных лекарственных средств [8]. Препаратом выбора в данном случае является гопантеновая кислота.

Одной из основных концепций формирования тиков является нарушение трансмиссии нейромедиаторов [7]. Гопантеновая кислота (ГПК) является высшим гомологом D(+)-пантоил-γ-аминомасляной кислоты (витамина B_5), в которой β-аланин замещен на γ-аминомасляную кислоту (ГАМК). В отличие от других ГАМК-производных ноотропных препаратов гопантеновая кислота является естественным медиатором ГАМК в нервной ткани [8, 15]. ГАМК$_А$-рецептор – лиганд-зависимый ионный канал в химических синапсах нервной системы, который тормозит передачу нервного возбуждения и управляется с помощью ГАМК (основного нейротрансмиттера мозга). Механизм действия ГПК обусловлен прямым влиянием на ГАМК$_Б$-рецептор-канальный комплекс [8, 10, 15]. Так, препарат улучшает утилизацию глюкозы (особенно в коре головного мозга, подкорковых ганглиях, гипоталамусе и мозжечке), обмен нуклеиновых кислот, активирует синтез АТФ, белка и РНК, т.е. стимулирует анаболические процессы в нейронах головного мозга. Косвенное нейрометаболическое действие препарата связано с улучшением процессов микроциркуляции в головном мозге. Препарат оказывает антигипоксическое (снижение потребности нейронов в кислороде в условиях гипоксии), нейропротективное (повышение устойчивости нервных клеток к воздействию неблагоприятных факторов различного генеза). ГПК повышает кортико-субкортикальный контроль, улучшает информационный обмен в мозге, позитивно воздействует на формирование и воспроизведение памятного следа, что приводит к улучшению памяти, восприятия, внимания, мышления, повышению способности к обучению, активации интеллектуальных функций [4, 8].

Использование метода соматосенсорных вызванных потенциалов с включением методик нейропсихологического тестирования помогают оценить эффективность применения ГПК при купировании тиков, уменьшении когнитивного дефицита и тревожных расстройств у детей с тикозными гиперкинезами.

Материалы и методы. Обследовано 110 пациентов с тикозными гиперкинезами в возрасте от 10 до 17 лет. Из них 43 человека для коррекции тиков получали ГПК (пантокальцин) в дозе 500 мг в сутки 3 раза в день в течение 6 недель. Моторные тики были выявлены у 14 обследуемых, моторно-вокальные – у 20, вокальные – у 8, генерализованные – у одного. Систематизация тиков была проведена согласно классификации В.П. Зыкова [7]. Тяжесть клинической картины оценивали по Международной Йельской шкале с определением совокупной и суммарной тяжести тиков [17] а также с помощью самоподсчета тиков за 20 минут [7]. В контрольную группу вошли 20 здоровых детей, сопоставимых с изучаемыми группами по полу и возрасту. Исследование соматосенсорных вызванных потенциалов проводилось на скайбоксе Нейро-МВП-5 фирмы Нейрософт (г. Иваново) по стандартной методике. Потенциалы N20-P23 отражали первичную активацию соматосенсорной зоны коры [5, 6].

Таблица 1

Клинические проявления тикозных гиперкинезов у обследуемых пациентов (%)

Проявления гиперкинезов	Вокальные тики (n=8)	Моторные тики (n=14)	Моторно-вокальные тики (n=20)
Моргание		55	80
Зажмуривание глаз		20	50
Открывание рта с выдвижением вперёд нижней челюсти		25	55
Гримасы в мимической мускулатуре		22	28
Запрокидывание головы назад		18	40
Повороты головы в сторону		30	65
Движения в плечевом поясе		45	74
Сжатие кисти в кулак		10	20
Напевание	5		15
Навязчивые вдохи	17		35
Кряхтение	4		10
Шмыганье носом	35		75
Подкашливание	48		80
Произношение гласных звуков	22		40

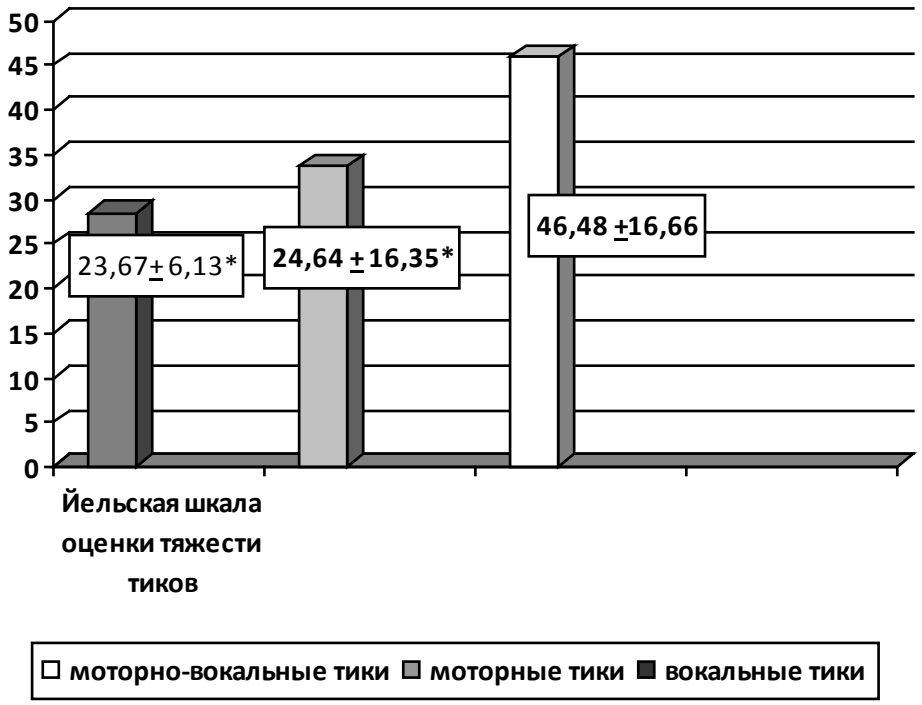

Рис.1. Показатели Йельской шкалы оценки тяжести тикозных гиперкинезов.

*p<0,01 суммарная тяжесть тиков между группой пациентов с моторно-вокальными тиками и моторными тиками, *p<0,01 суммарная тяжесть тиков между группой пациентов с моторно-вокальными тиками и вокальными тиками.

Изучение кратковременных видов слухоречевой памяти осуществлялось по методике, предложенной Л.И.Вассерманом и др. [3]: пациентам предлагалось запомнить группы слов (от 2 до 4 в группе), не связанных между собой по смыслу, в 3-х пробах, всего 27 слов. В норме испытуемые запоминают 22–23 слова Нейропсихологическое обследование проводилось до лечения и после применения ГПК.

Таблица 2

Показатели личностной и ситуационной тревожности в группе пациентов с тиками (баллы)

Тест Спилбергера–Ханина	Ситуационная тревожность	Личностная тревожность
Моторно-вокальные тики (n= 20)	42,48±2,2	47,36±2,3
Моторные тики (n=14)	46,14±2,5	46,92±2,6
Вокальные тики (n=8)	47,33±1,2	51,67±3,8

Таблица 3

Показатели кратковременной слухоречевой памяти в группе пациентов и в группе сравнения (кол-во слов)

Группы пациентов	Кратковременная слухоречевая память	
	в группе пациентов	в группе здоровых
Моторно-вокальные тики (n=20)	13,52±2,69*	20,85±0,5
Моторные тики (n=14)	15,14±2,81*, **	20,85± 0,5
Вокальные тики (n=8)	13,3±1,52*	20,85±0,5

*p<0,001 между группой здоровых и исследуемыми группами пациентов; **p<0,02 между группой пациентов с моторными тиками и группой пациентов с моторно-вокальными и вокальными тиками.

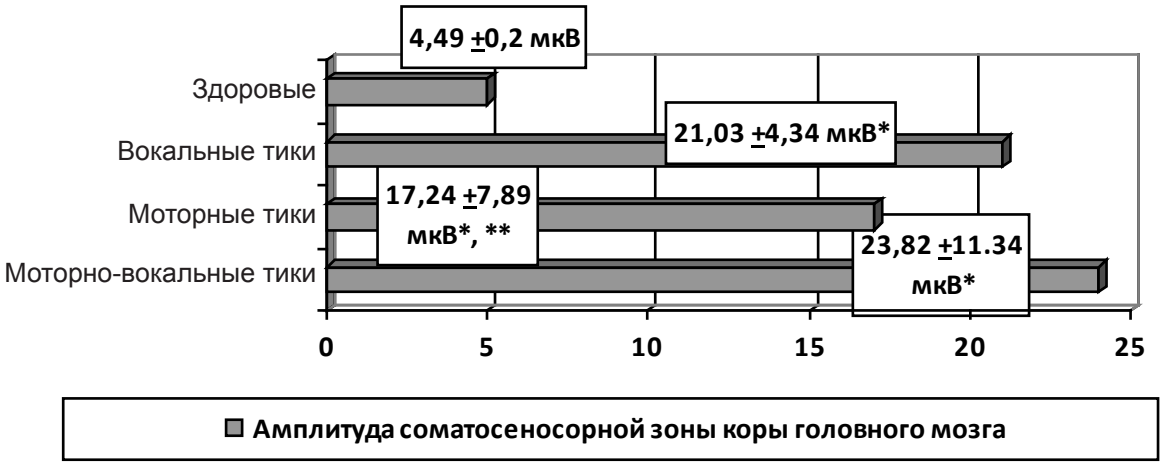

Рис. 2. Показатели амплитуды соматосенсорной зоны коры головного мозга у пациентов с тиками и в группе сравнения.

*p<0,001 между группой здоровых и группой пациентов с тиками (моторными, моторно-вокальными, вокальными),
**p<0,02 между группой пациентов с моторными тиками и группой пациентов с моторно-вокальными и вокальными тиками.

Надёжным и информативным способом самооценки уровня тревожности является тест, разработанный Ч.Д. Спилбергом (США) и адаптированный Ю.Л. Ханиным (Россия) [9]. Личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Реактивная тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Высокая реактивная тревожность вызывает нарушение внимания, иногда нарушение тонкой координации. Высокая личностная тревожность коррелирует с психосоматическими заболеваниями. За низкий уровень принималось количество баллов до 30, от 31 до 45 – средний уровень, 46 и более – высокий [9]. Тестирование пациентов осуществлялось до и после применения ГПК.

Результаты и обсуждение. При изучении клинической картины тиков у исследуемой группы пациентов мы выделили следующие проявления гиперкинезов (табл.1.).

Степень выраженности тиков оценивалась с помощью Йельской шкалы, а также с помощью самоподсчёта тиков за 20 минут (Зыков В.П., 2002 г.). Максимальные проявления гиперкинезов выявлялись в группе пациентов с моторно-вокальными тиками (p<0,01). Суммарная тяжесть гиперкинезов в исследуемой группе пациентов представлена на рис.1.

При исследовании уровня тревожности с помощью теста Спилбергера–Ханина у детей с тиками определялся высокий уровень личностной и ситуационной тревожности. Значимых различий между группами не выявлялось (табл. 2).

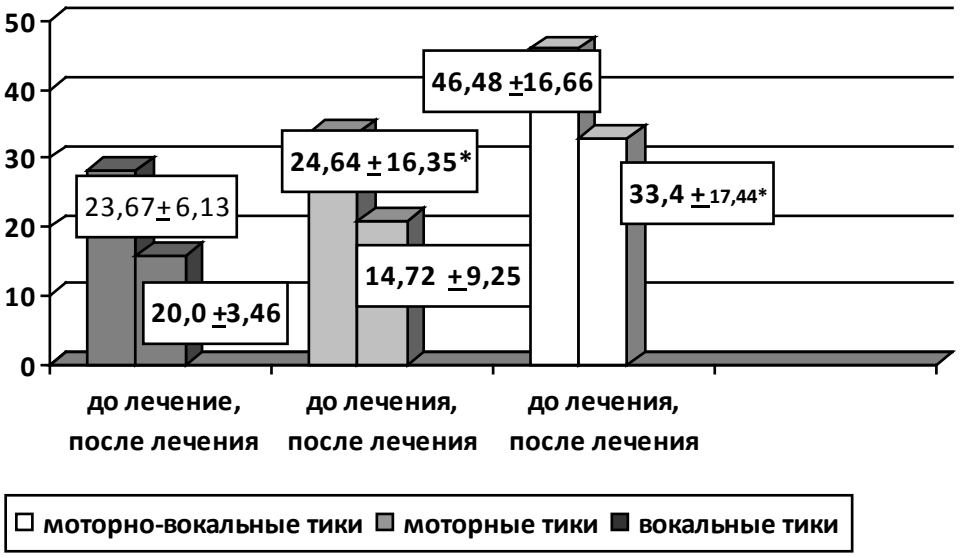

Рис. 3. Динамика показателей Йельской шкалы оценки тяжести тиков на фоне терапии гопантеновой кислотой.

Суммарная тяжесть тиков по Йельской шкале: *p<0,03 между группой пациентов с моторно-вокальными тиками до и после лечения; **p<0,02 – с моторными тиками до и после лечения.

Таблица 4

Показатели ситуационной и личностной тревожности в группе пациентов с тиками до и после лечения

Тест Спилбергера–Ханина	Ситуационная тревожность, баллы		Уровень значимости p	Личностная тревожность, баллы		Уровень значимости p
	до лечения	после лечения		до лечения	после лечения	
Моторно-вокальные тики (n= 20)	42,48±2,2	34,2±2,75*	<0,001	47,4±11,59	41,46±1,4***	<0,01
Моторные тики (n= 14)	46,14±2,5	33,71±1,27*	<0,001	46,92±2,6	41,64±1,9 ***	<0,01
Вокальные тики (n=8)	47,33±1,2	36,33±0,3**	<0,03	51,67±3,8	49,0±7,0	

*p<0,001 ситуационная тревожность до и после лечения в группе детей с моторно-вокальными и с моторными тиками; **p<0,03 - в группе детей с вокальными тиками; *** p<0,01 - личностная тревожность в группе детей с моторными и моторно-вокальными тиками до и после лечения.

Таблица 5

Показатели кратковременной слухоречевой памяти в группе пациентов с тикозными гиперкинезами до и после лечения

Группы пациентов с тиками	Кратковременная слухоречевая память (кол-во слов)		Уровень значимости p
	до лечения	после лечения	
Моторно-вокальные тики (n= 20)	13,52±2,69	18,28±2,86*	< 0,01
Моторные тики (n= 14)	15,14±2,81	17,64±3,6**	< 0,05
Вокальные тики (n=8)	13,3±1,52*	17,67±2,5	

Увеличение объёма кратковременной слухоречевой памяти после приёма ГПК: *p<0,01 – в группе детей с моторно-вокальными тиками; **p<0,05 – с моторными тиками.

Когнитивные нарушения в виде снижения кратковременной слухоречевой памяти были зафиксированы у всех обследуемых пациентов (p<0,001 с группой здоровых детей). Дети с моторно-вокальными и вокальными тиками усваивали значимо меньше слов, чем с моторными гиперкинезами; p<0,02 (табл. 3).

Применяя методику соматосенсорных вызванных потенциалов, мы выявили достоверную активацию соматосенсорной зоны коры

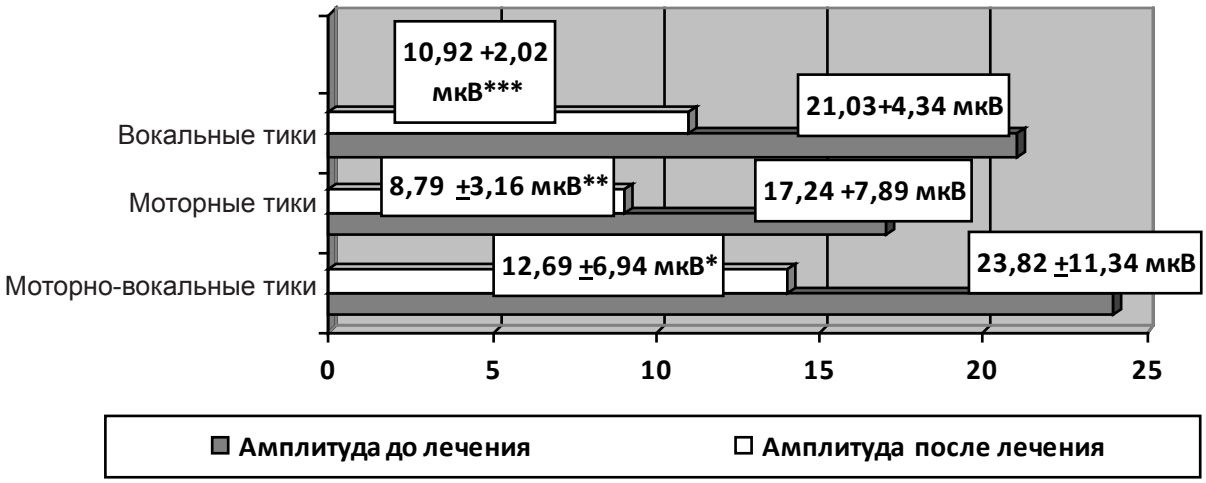

Рис.4. Показатели амплитуды соматосенсорной зоны коры головного мозга до и после приема ГПК.

Показатели амплитуды соматосенсорной зоны коры головного мозга до и после применения ГПК: *p<0,001 – в группе детей с моторно-вокальными тиками; **p<0,001 – с моторными тиками; ***p<0,03 – с вокальными тиками.

головного мозга у пациентов с тиками в виде увеличения показателей амплитуды N20-P23 слева (p<0,001 с группой здоровых). Зарегистрированы достоверные различия между показателями амплитуды соматосенсорной зоны коры головного мозга между пациентами с моторными тиками и пациентами с вокальными и моторно-вокальными тиками; p<0,02 (рис. 2).

При проверке значимости коэффициента корреляции с помощью t-критерия была выявлена зависимость между количеством моторных тиков (самоподсчёт тиков за 20 минут) и показателями амплитуды N20-P23 соматосенсорной зоны коры головного мозга слева.

После проведения курса ГПК в течение 6 недель отмечалось значимое уменьшение суммарной тяжести тиков у пациентов с моторно-вокальными и моторными гиперкинезами, определяемой по Йельской шкале (рис. 3.)

Применение ГПК достоверно уменьшило проявления личностной и ситуационной тревожности у детей с моторно-вокальными и моторными тиками, и личностной тревожности – у детей с вокальными тиками (табл. 4).

Нейропсихологическое исследование слухоречевой кратковременной памяти, проведённое на фоне приёма ГПК, выявило значимое уменьшение когнитивного дефицита у детей с тиками (табл. 5).

Показатели амплитуды соматосенсорной зоны коры головного мозга N20-P23 достоверно уменьшались на фоне приёма ГПК у всех обследуемых пациентов с тикозными гиперкинезами (рис. 4).

ВЫВОДЫ

Использование в терапии гиперкинезов ГПК достоверно уменьшало суммарную тяжесть тиков, определяемую по Йельской шкале (с использованием метода самоподсчёта тиков за 20 минут).

ГПК значимо снижала проявления ситуационной тревожности во всех исследуемых группах пациентов с тиками. Достоверное уменьшение проявлений личностной тревожности было зарегистрировано в группах пациентов с моторно-вокальными и моторными тиками.

Включение ГПК в терапию тиков достоверно увеличивало объём кратковременной слухоречевой памяти в группе детей с моторными и моторно-вокальными тиками.

Под воздействием ГПК значимо снижалась амплитуда соматосенсорной зоны коры головного мозга у пациентов всех исследуемых групп с тиками.

Применение ГПК в терапии тикозных гиперкинезов является эффективным, безопасным и доступным средством контроля над клиническими проявлениями, когнитивными и тревожными нарушениями у пациентов с тиками. Метод соматосенсорных вызванных потенциалов с нейропсихологическим тестированием являются объективными средствами контроля эффективности проводимой терапии тиков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонов И.П., Шанько Г.Г. Гиперкинезы у детей. В кн.: вопросы этиологии, патогенеза, лечения. Минск: Наука и техника, 1975. 213 с.

2. Будкевич А.В.. Нейрофизиологические методы коррекции тикозных гиперкинезов у детей: дисс. ... канд. мед. наук. М.: ГОУДПО «Российская медицинская академия последипломного образования», 2007. 113 с.

3. Вассерман Л.И., Дорофеева С.И., Меерсон Я.А. Методы нейропсихологической диагностики. Практическое руководство. СПб: Стройдеспечать, 1997.

4. Воронина Т.А. Фармакология ноотропов. М., 1989. С. 8–19.

5. Гнездицкий В.В., Корепина О.С Атлас по вызванным потенциалам мозга. Иваново: ПрессСто, 2011. 532 с.

6. Зенков Л.Р., Ронкин М.А. Функциональная диагностика нервных заболеваний. М.: МЕДпресс-информ», 2011. 488 с.

7. Зыков В.П. Тики детского возраста. М.: Научно-медицинская фирма «МБН», 2002. 163 с.

8. Регистр лекарственных средств России «Энциклопедия лекарств». М.: 000 «РЛС-2004», С. 675–676.

9. Шкала тревоги. Тест на тревожность Спилбергера Ханина. Электронный ресурс: http://psycabi.net/testy/179-test-na-trevozhnost-spilbergera-khanina-metodika-otsenki-trevozhnosti-ch-d-spilbergera-i-yu-l-khanina

10. Bormann J. The «ABC» of GABA receptors // Trends Pharmacol Sci. 2000. Vol. 21. P. 16–19.

11. Bohlhalter S., Goldfine A., Matteson S. et al. Neural correlates of tic generation in Tourette syndrome: an event-related functional MRI study // Brain. 2006. Vol. 129 (8). P. 2029–2037.

12. Du J.C., Chiu T.F., Lee K.M. et al. Tourette syndrome in children: an updated review // Pediatr. Neonatol. 2010. Vol. 51 (5). P. 255–264.

13. Hong K.E., Ock S.M., Kang M.H. et al. The segmented regional volumes of the cerebrum and cerebellum in boys with Tourette syndrome // J. Korean Med. Sci. 2002. Vol. 17 (4). P. 530–536.

14. Jankovic J. Tourette's syndrome // N. Engl. J. Med. 2001. Vol. 345. P. 1184–1192.

15. Korpi E.R., Grunder G., Luddens H. Drug interactions at $GABA_A$ receptors // Prog Neurobiol. 2002 Vol. 67. P. 113–159.

16. Kurlan R. Clinical practice. Tourette's Syndrome // N. Engl. J. Med. 2010. Vol. 363 (24). P. 2332–2338.

17. Leckman J.F., Riddle M.A., Hardin M.T. et al. The Yale Global Tic Severity Scale; initial testing of a clinical – rated scale of tic severity // J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1989. Vol.28. P.566–573.

REFERENCES

1. Antonov I.P., Shan'ko G.G. In: *Voprosy etiologii, patogeneza, lecheniya*. Minsk: Nauka i tekhnika, 1975. 213 p. (in Russian)

2. Budkevich A.V. *PhD dissertation (Medicine)*. Moscow: GOUDPO "Rossiiskaya meditsinskaya akademiya poslediplomnogo obrazovaniya", 2007. 113 p. (in Russian)

3. Vasserman L.I., Dorofeeva S.I., Meerson Ya.A. *Metody neiropsikhologicheskoi diagnostiki. Prakticheskoe rukovodstvo*. St.Petersburg: Stroidespechat', 1997. (in Russian)

4. Voronina T.A. *Farmakologiya nootropov*. Moscow, 1989. pp. 8–19. (in Russian)

5. Gnezditskii V.V., Korepina O.S *Atlas po vyzvannym potentsialam mozga*. Ivanovo: PressSto, 2011. 532 p. (in Russian)

6. Zenkov L.R., Ronkin M.A. *Funktsional'naya diagnostika nervnykh zabolevanii*. Moscow: MEDpress-inform, 2011. 488 p. (in Russian)

7. Zykov V.P. Tiki detskogo vozrasta. Moscow: Nauchno-meditsinskaya firma «MBN», 2002. 163 p. (in Russian)

8. *Registr lekarstvennykh sredstv Rossii «Entsiklopediya lekarstv»*. Moscow: 000 «RLS–2004». Pp. 675–676. (in Russian)

9. *Shkala trevogi. Test na trevozhnost' Spilbergera Khanina*.http://psycabi.net/testy/179-test-na-trevozhnost-spilbergera- khanina- metodika- otsenki- revozhnosti-ch-d-spilbergera-i-yu-l-khanina (in Russian)

10. Bormann J. The «ABC» of GABA receptors. *Trends Pharmacol Sci.* 2000. Vol. 21. pp. 16–19.

11. Bohlhalter S., Goldfine A., Matteson S. et al. Neural correlates of tic generation in Tourette syndrome: an event-related functional MRI study. *Brain.* 2006. Vol. 129 (8). pp. 2029–2037.

12. Du J.C., Chiu T.F., Lee K.M. et al. Tourette syndrome in children: an updated review. *Pediatr. Neonatol.* 2010. Vol. 51 (5). pp. 255–264.

13. Hong K.E., Ock S.M., Kang M.H. et al. The segmented regional volumes of the cerebrum and cerebellum in boys with Tourette syndrome. *J. Korean Med. Sci.* 2002. Vol. 17 (4). pp. 530–536.

14. Jankovic J. Tourette's syndrome. *N. Engl. J. Med.* 2001. Vol. 345. pp. 1184–1192.

15. Korpi E.R., Grunder G., Luddens H. Drug interactions at $GABA_A$ receptors. *Prog Neurobiol.* 2002 Vol. 67. pp. 113–159.

16. Kurlan R. Clinical practice. Tourette's Syndrome. *N. Engl. J. Med.* 2010. Vol. 363 (24). pp. 2332–2338.

17. Leckman J.F., Riddle M.A., Hardin M.T. et al. The Yale Global Tic Severity Scale; initial testing of a clinical – rated scale of tic severity. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1989. Vol.28. pp. 566–573.

Поступила 28.04.16.

Неврологический вестник — 2016 — Т. XLVIII, вып. 2 — С. 42—46

УДК: 616.89—008.441.33

О ПРОБЛЕМАХ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СТАТИСТИКИ

Владимир Викторович Кузнецов

Наркологический диспансер Калининградской области,
236006, г. Калининград, ул. Барнаульская, 6 а, e-mail: vkuznet@yandex.ru

Реферат. В российской наркологии сложилась парадоксальная ситуация, когда в первичной медицинской документации (амбулаторные карты, истории болезни) формулировка и кодировка диагнозов осуществляется в полном соответствии с МКБ-10, а их статистическая обработка осуществляется по видоизмененной МКБ-9. Следует признать, что вся относящаяся к наркологической службе статистическая информация основана на устаревшей методологии сбора первичных статистических данных и не может быть признана пригодной ни для оценки качества лечения, ни для планирования развития наркологической службы, оценки эффективности её модернизации, ни для разработки Программы госгарантий.

Ключевые слова: наркологическая помощь, статистика.

ABOUT PROBLEMS OF NARCOLOGICAL STATISTICS

Vladimir V. Kuznetsov

Narcological Outpatient Clinic of Kaliningrad Region
6a, Barnaulskaya street, Kaliningrad, 236006, Russia,
e-mail: vkuznet@yandex.ru

In Russian addiction medicine, a paradoxical situation has emerged; diagnosis formulation and encoding in primary medical documentation (outpatient and inpatient medical records) is performed in full accordance to ICD-10 whereas statistic processing of this data is performed according to slightly adapted ICD-9. All the statistical information concerning addiction care is based on methodology of primary statistical data collection that is hopelessly out of date and is totally unsuitable for evaluation of treatment efficacy, planning of narcological service development, evaluation of efficacy of its modernization, and for development of State Guarantees Program.

Key words: narcological service, statistics.

При переводе на русский язык и адаптации к использованию МКБ-10 в Российской Федерации в рубрику «F1x.2 Синдром зависимости» был внесен комментарий: «Следует отметить: Зависимость от психоактивных веществ понимается как болезненный процесс, закономерно проходящий через последовательные стадии, имеющий свое начало и исход» [1]. Этот комментарий позволил полностью отождествить понятие «Синдром зависимости» от алкоголя (наркотиков, токсических веществ) с понятием «алкоголизм» (наркомания, токсикомания) и коренным образом изменить подходы к сбору и анализу статистического материала.

Годовые формы федерального статистического наблюдения (Форма № 11 «Сведения о заболеваниях наркологическими расстройствами» и Форма № 37 «Сведения о пациентах, больных алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями» [7]) формально содержат трехзначные рубрики МКБ-10. Очевидно, для облегчения перехода с МКБ-9 на МКБ-10 до 2010 года в этих Формах сосуществовали столбцы 3 «Код по МКБ IX пересмотра (раздел V, адаптированный для страны, Москва, 1982 г.)» и 4 «Код по МКБ X пересмотра (класс V, адаптированный для использования в Российской Федерации). В строке 02 Формы 37 (полная аналогия со строкой 4 Формы 11) коду 303 по МКБ 9 (столбец 3) соответствуют коды «F10.2, 3, 8, 9» (столбец 4). То есть, при переходе на МКБ-10 абстинентный синдром не был выделен в отдельную строку и при статистической обработке автоматически объединялся с синдромом зависимости и с резидуальными психотическими расстройствами. В более поздних версиях этих статистических форм о МКБ-9 не упоминается, но перечень диагностических рубрик в упоминавшийся строках остается прежним. В последней версии от 2013 года эти строки обозначаются как «синдром зависимости от алкоголя (алкоголизм)» и включают в себя коды «F10.2,3 F10.70-72, 74, 82, 92».

В обеих учетных формах, точно так же – в одну строку «Психотические расстройства, связанные с употреблением алкоголя (алкогольные психозы)», объединены все состояния, кодируемый по МКБ 10 в рубриках F10.03, F10.07, F10.4-F10.6, F10.73, 75,81,91. При статистической обработке интоксикационные психозы, острые металкогольные психозы и резидуальные психотические расстройства объединяются. По какой причине

часть резидуальных расстройств психотического уровня (F10.73 – деменция и F10.75 психотическое расстройство с поздним дебютом) отнесены в строку «Психотические расстройства, связанные с употреблением алкоголя (алкогольные психозы)», а остальные в строку «синдром зависимости от алкоголя (алкоголизм)» – остается загадкой.

В российской наркологии сложилась парадоксальная ситуация, когда в первичной медицинской документации (амбулаторные карты, истории болезни) формулировка и кодировка диагнозов осуществляется в полном соответствии с МКБ-10, а их статистическая обработка осуществляется по слегка видоизмененной МКБ-9.

На основе информации, содержащейся в Формах 11 и 37 НИИ наркологии (ранее ННЦ), формируются и ежегодно издаются статистические сборники – главный источник статистических данных по психиатрии-наркологии в РФ. Группировка исходных данных для статистического анализа осуществляется в полном соответствии с МКБ-9: синдром зависимости от алкоголя (алкоголизм) (код по МКБ 9 – 303) и алкогольные психозы (код по МКБ 9 – 291). Соответствующие МКБ-10 диагностические коды в статистических сборниках не анализируются и даже не упоминаются.

Информация о потреблении других ПАВ при статистическом анализе дифференцируется только по типу употребляемого вещества. Предоставляемые МКБ-10 возможности анализировать тяжесть состояния, его динамику в ходе лечения просто игнорируются.

Неадекватная реальной ситуации группировка первичного статистического материала неизбежно приводит к ошибочным выводам. В частности, утверждения о том, что «в 2014 г. среди госпитализированных пациентов преобладали больные синдромом зависимости (76%)» [2], и о том, что «стандарты специализированной медицинской помощи при наркологических расстройствах (приказы от 4 сентября 2012 г. № 125н, 126н, 127н,129н, 131н, 133н, 135н) по отдельным группам заболеваний не выполняются» [3] не соответствует действительности. Базирующаяся на результатах анализа Формы 37, «привязанной» в МКБ-9, официальная статистика неспособна оценить соответствие оказываемой в стационаре помощи Порядкам и Стандартам, «привязанным» к МКБ-10. Качество разработанных Порядков и Стандартов настолько низкое, что организовывать деятельность наркологических стационаров в соответствии с ними возможно только в части соблюдения установленных сроков лечения. Именно в этой части деятельность стационарной наркологической службы с каждым годом всё более им и соответствует: помощь пациентам с синдромом отмены оказывается в отделениях неотложной наркологической помощи и наркологических отделениях, а пациентам с синдромом зависимости в стадии становления ремиссии стационарная наркологическая помощь оказывается в реабилитационных отделениях. О доле пациентов с синдромом зависимости от числа всех госпитализированных в наркологический стационар можно судить только по косвенным признакам – количеству получивших помощь в реабилитационных отделениях. В 2014 году эта доля составила всего 4,7% от числа выбывших из стационара (таблица 1.5 статистического сборника за 2013–1014 годы). Если из 76% пациентов, госпитализированных с непсихотическими формами наркологических расстройств, 71,3% лечились по поводу синдрома отмены со средней длительностью пребывания в стационаре 10 дней, а 4,7% – по поводу синдрома зависимости со средней длительностью 28 дней, то средняя длительность по строке 02 Формы 37 и составила 14,5 дней. Аналогичная ситуация и по алкогольным психозам: в одной строке 01 высчитывается средняя длительность лечения и алкогольного делирия (стандарт 14 дней), и психотических расстройств (стандарт 30 дней) и амнестического синдрома (стандарт 90 дней). Она, конечно, не будет соответствовать ни одному из стандартов. Получается: существующие статистические показатели не соответствуют реальной деятельности наркологических стационаров. Информативность такой статистики аналогична информативности показателя «средней температуры по больнице».

При внимательном изучении ежегодных статистических сборников НИИ наркологии достаточно часто обнаруживаются статистические парадоксы, свидетельствующие о высоком уровне содержания в них неточных статистических данных.

Данные по одному и тому же показателю, представленные в разных таблицах не стыкуются.

Так, в 2014 году в РФ было зарегистрировано всего 72180 случаев заболеваний алкогольными психозами (Таблица 16.2.). А согласно Таблице 19.2. госпитализировано в специализированные стационары с алкогольными психозами 93972 пациентов. С учетом повторности поступления (17,4%), в 2014 году в специализированные стационары госпитализировано с этим диагнозом почти на 5,5 тысяч больных больше, чем их зарегистрировано в амбулаторной сети.

Таблица 1

Число больных, находящихся в ремиссии на 100 больных среднегодового контингента

Регионы	1 года до 2-х лет				Свыше 2-х лет			
	Алкоголизм		Наркомания		Алкоголизм		Наркомания	
	2013 год	2014 год	2013 год	2014 год	2013 год	2014 год	2013 год	2014 год
Индикатор модернизации	**11,2**	**11,5**	**8,4**	**8,6**	**9,1**	**9,2**	**9,2**	**9,4**
Брянская область	3,7	10,4	2,9	8,4	2,2	9,1	2,6	9,0
Калининградская область	8,3	11,5	3,4	8,8	4,0	9,3	2,3	9,3
Республика Тыва	4,8	11,1	10,8	8,5	4,3	9,2	7,5	9,1
Тульская область	7,8	11,2	4,2	7,9	5,2	8,7	2,7	8,6
Вологодская область	5,9	9,0	5,7	8,0	4,5	8,3	5,7	7,8
Рязанская область	5,0	10,5	7,1	8,7	9,5	9,2	15,6	13,3
Ярославская область	6,9	11,0	5,5	8,2	11,3	9,3	10,0	9,3
Ингушская Республика	4,9	11,6	2,4	3,5	2,5	7,0	1,5	0,9

В таблице 6 «Число занятых должностей психиатров-наркологов» сборника за 2013–2014 годы динамика цифр по всем регионам колеблется в пределах 10, что представляется естественным. А вот в Воронежской области количество занятых должностей в 2014 году увеличилось на 41,25 по сравнению с 2013 годом. И это при том, что во всем Центральном ФО прирост составил 54,25.

Очень интересная динамика показателей в Таблицах 10.1. и «Ремиссии у больных алкоголизмом» 10.2 «Ремиссии у больных наркоманией». В ряде регионов (табл. 1) число больных, находящихся в ремиссии, за один год удвоилось (некоторые показатели утроились) и устремились к «единому индикатору (показателю) модернизации наркологической службы, отражающему единую динамику изменений медицинской эффективности проводимых мероприятий и доступности медицинской помощи» [4].

Брянская и Калининградская области, а также Республика Тыва вышли на запланированные модернизацией показатели за один год. Тульская, Вологодская и Рязанская области семимильными шагами приблизились к целевым индикаторам. В Ингушской Республике только по отношению к больным алкоголизмом статистические показатели приближаются к установленному единому индикатору, по отношению к больным наркоманией существенного улучшения показателей не отмечается, видимо, модернизация проведена лишь частично.

Достижимость показателей, заложенных в ту или иную программу зависит не только от научной,

Таблица 2

Повторность поступления в стационар в Калининградской области

Показатели	2011	2012	2013	2014
Все наркологические расстройства	18,3	60,1	56,5	58,5
Алкоголизм без АП	25,4	66,1	67,3	72,1
Алкогольные психозы	0	35,5	1,4	2,6
Наркомания	53,4	100	74	85

в том числе статистической, обоснованности этих показателей, но и от строгости контроля за их достижением. Если результаты модернизации наркологической службы регулярно контролируются Министерством здравоохранения [6], то и контролируемые показатели за один год удваиваются и даже утраиваются.

Если нереальную динамику статистических показателей, относящихся к ремиссиям, можно логически связать со своеобразно понимаемой логикой модернизации наркологической службы, то динамика статистических показателей повторности поступления в стационар Калининградской

области (табл. 2) никакому логическому анализу не поддается.

В Российской Федерации на протяжении всех лет показатели по всем перечисленным нозологическим группам оставались стабильными: по всем наркологическим расстройствам – 26,5–27,2; по алкогольным психозам – 17–18; по алкоголизму (без АП) и по наркоманиям – в районе 30. В организации наркологической помощи населению Калининградской области имеются некоторые особенности: разработана и внедрена система поэтапного оказания помощи (подробности ниже), которые обусловливают увеличение повторных госпитализаций раза в полтора, относительно среднероссийских показателей. Но приведенных в табл. 2 статистических показателей эти обстоятельства объяснить не могут. Особенно в отношении алкогольных психозов: количество госпитализированных с этим диагнозом больных в Калининградской области немного больше, чем в РФ (КО – 71,53 на 100 тыс. нас.; РФ – 64,32), но практически такое же как в СЗФО – 70,63. Первичная выявляемость больных алкогольными психозами в Калининградской области 32,92 на 100 тыс. нас., в РФ – 21,94. Причина практически нулевой повторности госпитализаций больных с алкогольными психозами необъяснима, так же как и причина приближающейся к стопроцентной повторности госпитализаций больных наркоманией.

Архаичность методов сбора первичной статистической информации не только приводит к бессмысленности её дальнейшей обработки, но и препятствует внедрению новых технологий при оказании наркологической помощи. В Наркологическом диспансере Калининградской области разработана и внедрена система поэтапного лечения [5]. Госпитализированным для купирования острого абстинентного синдрома, включая осложненные и психотические его формы (F1x.3–F1x.5), в течение 8–18 дней оказывается неотложная помощь до достижения клинического состояния F1x.21– воздержание в условиях, исключающих употребление. При успешной мотивации на продолжение лечения пациент переводится на терапевтический этап, где в течение 13–18 дней получает лечение до достижения состояния F1x.22–F1x.23 – воздержание на поддерживающей или блокирующей терапии. При сохранении мотивации на продолжение лечения следует перевод на 28-дневный курс стационарной медицинской реабилитации и по достижении устойчивой установки на воздержание от употребления ПАВ следует выписка из стационара для продолжения медицинской реабилитации в амбулаторных условиях (Наркологическая служба Калининградской области финансируется из средств территориального Фонда обязательного медицинского страхования – ТФОМС и осуществляется в соответствии со стандартами ТФОМС, несколько отличающимися от федеральных Стандартов по срокам лечения, дополнительно введен стандарт оказания помощи на терапевтическом этапе. Кроме того, каждый перевод с одного этапа на другой с целью фиксации законченного страхового случая обязательно оформляется как регоспитализация – оформляется новая история болезни). Полный курс поэтапного стационарного лечения составляет от 50 до 64 дней, включает в себя активное медикаментозное лечение, мотивационную психотерапию, медицинскую реабилитацию. Система успешно функционирует, в Калининградской области действительно увеличивается количество пациентов, находящихся в ремиссии от года до двух лет. А по федеральной статистике из строки 02 Формы 37 мы имеем три госпитализации (две повторных) по поводу синдрома зависимости в течение года со средней длительностью лечения 18–21 день, т.е. сплошной негатив.

Нельзя не согласиться с утверждением В.В. Киржановой о том, что выполнение показателей, заложенных в Программу госгарантий, но рассчитанных «без учета уровня статистических показателей, характеризующих реальную деятельность стационарной наркологической службы», может привести к непредсказуемым последствиям для развития наркологической помощи [2]. Однако если бы учитывалась существующая статистика, то ситуация вряд ли стала бы лучше.

Таким образом, проведенный анализ позволяет утверждать, что вся относящаяся к наркологической службе статистическая информация основана на устаревшей методологии сбора первичных статистических данных и абсолютно непригодна ни для оценки качества деятельности службы, ни для планирования её развития, ни для разработки Программы госгарантий, ни для оценки эффективности модернизации наркологической службы РФ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 – F99): Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации. М., 1998.

2. Киржанова В.В. О проблемах планирования стационарной наркологической помощи в рамках программы госгарантий // Наркология. 2015. №12. С. 3–6.

3. Киржанова В.В., Григорова Н.И, Сидорюк О.В. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2013-2014 годах. / Статистический сборник, НИИ наркологии – филиала ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России. М., 2015. С. 14.

4. Концепция модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 года. http://www.nncn.ru/modernization.htm

5. Кузнецов В.В., Скалин Ю.Е., Крылова Н.В. Диспансерное наблюдение в наркологии, функционирующей в системе обязательного медицинского страхования // Неврологический вестник. 2013. № 3. С. 88–97.

6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 14-2/123 от 21.01.1016 г.

7. Федеральная служба государственной статистики, приказ от 16 октября 2013 г. № 410 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения за заболеваемостью населения наркологическими расстройствами».

REFERENCES

1. Ministerstvo zdravookhraneniya Rossiiskoi Federatsii. Psikhicheskie rasstroistva i rasstroistva povedeniya (F00 – F99): Klass V MKB-10, adaptirovannyi dlya ispol'zovaniya v Rossiiskoi Federatsii. Moscow, 1998. (in Russian)

2. Kirzhanova V.V. *Narkologiya.* 2015. №12. pp. 3–6. (in Russian)

3. Kirzhanova V.V., Grigorova N.I, Sidoryuk O.V. In: *Statisticheskii sbornik, NII narkologii – filiala FGBU «Federal'nyi meditsinskii issledovatel'skii tsentr psikhiatrii i narkologii imeni V.P. Serbskogo» Minzdrava Rossii*. Moscow, 2015. P. 14. (in Russian)

4. Kontseptsiya modernizatsii narkologicheskoi sluzhby Rossiiskoi Federatsii do 2016 goda. http://www.nncn.ru/modernization.htm (in Russian)

5. Kuznetsov V.V., Skalin Yu.E., Krylova N.V. *Nevrologicheskii vestnik*. 2013. № 3. pp. 88–97. (in Russian)

6. Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya Rossiiskoi Federatsii № 14-2/123 ot 21.01.1016 g. (in Russian)

7. Federal'naya sluzhba gosudarstvennoi statistiki, prikaz ot 16 oktyabrya 2013 g. № 410 «Ob utverzhdenii statisticheskogo instrumentariya dlya organizatsii Ministerstvom zdravookhraneniya Rossiiskoi Federatsii federal'nogo statisticheskogo nablyudeniya za zabolevaemost'yu naseleniya narkologicheskimi rasstroistvami» (in Russian)

Поступила 20.02.16.

ДИСКУССИЯ

Неврологический вестник — 2016 — Т. XLVIII, вып. 2 — С. 47—50

УДК: 159.9

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОГО КРИТЕРИЯ НОРМАЛЬНОЙ И АНОМАЛЬНОЙ ЛИЧНОСТИ ДЛЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА СЛУЧАЯ ПЕТРА ПАВЛЕНСКОГО

Сергей Александрович Капустин

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, кафедра методологии психологии, 119991, г. Москва, Ленинские горы, д. 1, e-mail: skapustin@mail.ru

Реферат: В статье изложены результаты использования экзистенциального критерия нормальной и аномальной личности для психологического анализа случая Петра Павленского. Показано, что с очень большой вероятностью у него можно диагностировать аномальный тип личности «ориентированный на протест против соответствия своего поведения требованиям других людей», который нередко встречается у людей, обращающихся в психологическую консультацию. Однако, этот вывод вовсе не свидетельствует о психической патологии Петра Павленского, а только лишь о том, что его личность находится в конфликте с сущностью человека, и этот конфликт может провоцировать возникновение у него психологических жизненных проблем и психопатологических расстройств.

Ключевые слова: природа и сущность человека, экзистенциальные дихотомии, нормальная и аномальная личность, Петр Павленский.

USING THE EXISTENTIAL CRITERION OF NORMAL AND ABNORMAL PERSONALITY FOR THE PSYCHOLOGICAL ANALYSIS OF THE PETER PAVLENSKY'S CASE

Sergey A. Kapustin

Lomonosov Moscow State University, Department of Psychological Methodology, 119991, Moscow, Lenin's mountains, 1, e-mail: skapustin@mail.ru

The article presents the results of using existential criterion of normal and abnormal personality for psychological analysis of the case of Peter Pavlensky. It is shown that it is possible to diagnose abnormal type of personality with a high probability «oriented on protest against compliance of own behaviour with other people requirements», which is common for people seeking psychological consultation. However, this conclusion does not indicate mental pathology of Peter Pavlensky, but the fact that his personality is in conflict with a human essence, and this conflict can provoke life psychological problems and psychiatric disorders.

Key words: human nature and essence, existential dichotomy, normal and abnormal personality, Peter Pavlensky.

Полностью согласен с точкой зрения В.Д. Менделевича о том, что отсутствие в современной психиатрии четких критериев разграничения нормы и патологии способствует неоправданной медикализации фактов повседневной жизни человека [2]. В своей статье автор демонстрирует эту проблему и, более того, показывает, что для обоснованного вывода о норме или психопатологии П. Павленского нельзя руководствоваться только лишь психиатрическими критериями. Необходимо также принимать во внимание особенности осознанной профессиональной позиции П. Павленского как художника-акциониста, которую он реализует в своем творчестве, и мнение искусствоведов. В противном случае, как считает автор, возникает опасность, что психиатрия «неправомерно вторгается в недоступные ей сферы» [2], и результаты такого вторжения могут сказаться «на обоснованности заключений судебно-психиатрических экспертиз *… с опасными для «пациентов» социальными последствиями*» [2].

С учетом того, что в статье приводятся противоположные оценки психиатров о наличии у П. Павленского расстройств психики и поведения, полагаю, что этот случай скорее всего можно отнести к разряду пограничных, т.е. находящихся на грани нормы и патологии. Психиатрам хорошо известно, что есть люди, и их немало, которые с психиатрической точки зрения являются нормальными (например, люди с акцентуациями характера), но они находятся в так называемой группе риска, как имеющие определенные предпосылки к возникновению у них различного рода жизненных проблем и патологических расстройств психики и поведения. Как считают многие авторы известных направлений психологии и психотерапии (А. Адлер, К. Роджерс, В. Франкл, З. Фрейд, Э. Фромм, К. Юнг) среди этих предпосылок очень важную роль играют особенности личности человека. Поэтому, с нашей точки зрения, без участия психологов анализ этого

случая, как и всех других людей, относящихся к группе риска, всегда будет неполным.

На основе изложенных в статье В.Д. Менделевича фактов и их обсуждения можно предположить, что П. Павленский как раз относится к этой группе риска, и у него есть определенные личностные предпосылки для возникновения тех проблем, с которыми он сталкивается. Для выявления этих предпосылок мы воспользуемся так называемым экзистенциальным критерием нормальной и аномальной личности, который успешно нами применялся с той же самой целью для анализа случаев с детско-родительскими, супружескими и личными проблемами клиентов психологической консультации [1].

В основу этого критерия положены теоретические представления Э. Фромма о сущности человека, которые, в свою очередь, базируются на философской традиции объективистской гуманистической этики. С его точки зрения, человеку свойственны две сущностные характеристики. Первая из них состоит в том, что в жизни человека присутствуют так называемые экзистенциальные дихотомии, которые представляют собой объективно существующие неустранимые двухальтернативные противоречия между разными ее сторонами, предстающие перед человеком как проблемы, требующие разрешения. Наличие в жизни человека экзистенциальных дихотомий означает, что его жизнь в своей сущности никем и ничем полностью не задана и не определена. Если и можно говорить о заданности человеческой жизни, то только лишь в том смысле, что она задана как проблема, как ряд экзистенциальных дихотомий, требующих разрешения. В качестве второй характеристики выступает базовое положение объективистской гуманистической этики о том, что человек обладает способностью к самоопределению в ценностях собственной жизни на рациональной основе, опираясь на собственный жизненный опыт и разум. С нашей точки зрения, эти две характеристики неразрывно связаны друг с другом, поскольку проявление человеком такого рационального самоопределения возможно только тогда, когда его жизнь никем и ничем полностью не задана и не определена.

Согласно экзистенциальному критерию нормальность и аномальность личности характеризуются, во-первых, особенностями содержания, а во-вторых, особенностями формирования ее позиции по отношению к свойственным природе человека экзистенциальным дихотомиям. Позиция нормальной личности по содержанию ориентирует человека на противоречивую заданность его жизни в виде экзистенциальных дихотомий и необходимость поиска компромисса в их разрешении. Она формируется при активном участии самого человека на рациональной основе. Тем самым нормальная личность соответствует сущности человека. Позиция аномальной личности по содержанию субъективно отрицает противоречивую заданность человеческой жизни в виде экзистенциальных дихотомий, ориентируя человека на непротиворечивый, безальтернативный, и следовательно, односторонний способ жизни, который не предполагает его самоопределения. Она навязывается человеку другими людьми на иррациональной основе. Следовательно, аномальная личность не соответствует сущностным характеристикам человека и препятствует их реализации в его жизни. Понимаемая таким образом аномальность личности рассматривается Э. Фроммом как важная психологическая предпосылка возникновения у человека различного рода жизненных проблем и психических расстройств, прежде всего неврозов.

На основе анализа теорий личности З. Фрейда, А. Адлера, К. Юнга, К. Роджерса и В. Франкла нами было показано, что данный критерий также неявно в них присутствует в описаниях личности, предрасположенной и не предрасположенной к возникновению психологических жизненных проблем или психических расстройств, но в более частных его вариантах – по отношению к таким конкретным дихотомиям, как природа и культура (З. Фрейд), превосходство и общность (А. Адлер), противоположности (К. Юнг), самоактуализация и условные ценности (К. Роджерс), детерминизм и самоопределение (В. Франкл) [1].

Дихотомия *природы и культуры*, содержащаяся в работах З. Фрейда, состоит в том, что, человек, будучи природным существом, должен жить в соответствии со своей биологической природой, подчиняясь естественным требованиям сексуальных влечений, а с другой стороны, как член общества он должен жить в соответствии со своей социальной природой, подчиняясь морально-эстетическим требованиям, предъявляемым обществом к объектам этих влечений и способам их удовлетворения.

Дихотомия *превосходства и общности*, содержащаяся в работах А. Адлера, состоит в том, что, с одной стороны, в соответствии с мотивом достижения превосходства над другими людьми, возникающем у человека в качестве компенсации чувства неполноценности, его жизнь направлена на достижение этого превосходства, конфронтацию с другими людьми, получение различного рода преимуществ для себя лично, а с другой стороны, в соответствии с врожденным мотивом чувства общности он должен жить в единении с другими людьми, во их благо, подчиняя свои личные интересы интересам общества.

Дихотомии *противоположностей*, содержащиеся в работах К. Юнга, характеризуют, с его точки зрения, природу человеческой жизни. Поскольку противоречия могут возникать не только между противоположными, но и любыми другими несовместимыми сторонами действительности, то из этого следует, что дихотомии противоположностей можно рассматривать как более узкий класс экзистенциальных дихотомий. Примером такого рода противоречия между противоположностями может служить противоречие межу сознательными установками человека и противоположными компенсирующими эти установки требованиями со стороны его бессознательного.

Дихотомия *самоактуализации и условных ценностей*, содержащаяся в работах К. Роджерса, состоит в том, что, с одной стороны, человек должен реализовывать в своем личностном развитии врожденную ему тенденцию к самоактуализации, а с другой стороны, соответствовать условным ценностям, навязываемым ему другими людьми, что является условием удовлетворения его потребности в положительном к нему отношении со стороны других людей.

Дихотомия *детерминизма и самоопределения*, содержащаяся в работах В. Франкла, состоит в том, что с одной стороны, человек должен жить в соответствии со своей биологической и социальной природой, подчиняясь различного рода природным, психологическим и общественным влияниям, а с другой стороны, он должен жить в соответствии со своей духовной природой как существо свободное и ответственное за самоопределение в смыслах своей жизни.

Использование экзистенциального критерия для оценки нормальности и аномальности личности детей из семей клиентов психологической консультации по детско-родительским проблемам позволило нам выявить и описать два противоположных аномальных типа личности, которые были обозначены как «ориентированный на соответствие своего поведения требованиям других людей» и «ориентированный на протест против соответствия своего поведения требованиям других людей», формированию которых способствовал практикуемый в этих семьях стиль родительского воспитания «сверхтребовательность» [1]. Было показано, что данным типам личности присуща односторонность позиции по отношению, по меньшей мере, к трем экзистенциальным дихотомиям: *природы и культуры*, *самоактуализации и условных ценностей*, *детерминизма и самоопределения*. Для личности, ориентированной на соответствие своего поведения требованиям других людей, эта односторонность заключается в чрезмерной жизненной ориентации детей на соответствие своего поведения социальным требованиям других людей в ущерб реализации требований собственных природных влечений, самоактуализации и самоопределения, и, напротив, для противоположной ей личности, ориентированной на протест против такого соответствия, – в асоциальном поведении детей, отрицающем ценности, которыми руководствуются их родители и другие взрослые, и стремлении жить так, как они сами считают нужным, в большем согласии со своими природными влечениями. Эти типы личности детей как раз и являлись психологическими предпосылками возникновения у них проблем социальной адаптации.

С нашей точки зрения, основываясь на приведенных в статье В.Д. Менделевича фактов из жизни П. Павленского, нельзя не заметить определенного сходства особенностей его личности с типом личности, «ориентированным на протест против соответствия своего поведения требованиям других людей», проявляющегося в его чрезмерно асоциальном поведении, повышенном стремлении к свободе, самовыражению, раскрытию собственной индивидуальности. Эти личностные особенности П. Павленского во многом определяют его «протестный» жизненный стиль, который обнаруживается во многих сферах его жизни: по отношению к отцу, браку, обучению детей в школе. И, конечно же, этот стиль особенно явно проявляется в его профессиональной

деятельности. Обычно, как это уже указывалось, данный тип личности возникает у людей в детстве под влиянием сверхтребовательного отношения к ним родителей. Однако представленных в статье фактов явно недостаточно, чтобы судить об обстоятельствах жизни П. Павленского, которые способствовали формированию у него этого типа личности.

Таким образом, у П. Павленского с очень большой вероятностью можно диагностировать аномальный тип личности, «ориентированный на протест против соответствия своего поведения требованиям других людей», который нередко встречается у людей, обращающихся в психологическую консультацию. Но, этот вывод конечно же предварительный. Для его обоснования требуется более обстоятельный психологический анализ истории жизни П. Павленского. Вместе с тем, следует специально подчеркнуть, что наш вывод вовсе не свидетельствует о психической патологии П. Павленского, а только лишь о том, что его личность находится в конфликте с природой человека, и этот конфликт, как считают все упомянутые классики психотерапии может провоцировать возникновение у него психологических жизненных проблем и психопатологических расстройств. Поэтому полагаю, что П. Павленскому могла бы быть интересна и полезна консультация психолога, направленная на выявление личностных предпосылок его психологических жизненных проблем и, тем самым, дающая ему шанс для изменения своего жизненного стиля в направлении большего соответствия природе человека.

В заключение хотелось бы поблагодарить П. Павленского за мужественный поступок – разрешить В.Д. Менделевичу использовать факты из его медицинской документации в научных и учебных целях, благодаря которому эта научная дискуссия оказалась возможной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Капустин С.А. Критерии нормальной и аномальной личности в психотерапии и психологическом консультировании. М.: Когито-Центр, 2014. 239 с.
2. Менделевич В.Д. Казус художника-акциониста Петра Павленского: психопатология или современное искусство? // Неврологический вестник. 2016. № 1. С. 4–16.

REFERENCES

1. Kapustin S.A. *Kriterii normal'noi i anomal'noi lichnosti v psikhoterapii i psikhologicheskom konsul'tirovanii*. Moscow: Kogito-Tsentr, 2014. 239 p. (in Russian)
2. Mendelevich V.D. *Nevrologicheskii vestnik*. 2016. № 1. pp. 4–16. (in Russian)

Поступила 03.05.16

НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ

Неврологический вестник — 2016 — Т. XLVIII, вып. 2 — С. 51—56

УДК: 616.8—07

ИДИОПАТИЧЕСКОЕ ДВУСТОРОННЕЕ ПОРАЖЕНИЕ ДИАФРАГМАЛЬНОГО НЕРВА: ПРЕДСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ И ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Зифа Гумеровна Хаятова[1] , Энвер Ибрагимович Богданов[1], Владимир Иванович Анисимов[2], Виктор Игоревич Ильинский[2], Айрат Рустемович Кабиров[2], Алсу Газинуровна Фазлиахметова[2], Марат Абдулхаевич Хайруллов[2]

[1] Казанский государственный медицинский университет, кафедра неврологии и реабилитации, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49, e-mail: hayatova@list.ru,
[2] РКБ МЗ РТ, 420064, Казань, ул. Оренбургский тракт, д. 138

Реферат. Рассмотрены причины возникновения пареза диафрагмы в зависимости от уровня поражения, в частности, нейропатии диафрагмального нерва различной этиологии. Представлено клиническое наблюдение идиопатической двусторонней нейропатии диафрагмального нерва, приведены сведения из литературы по этой проблеме.

Ключевые слова: парез диафрагмы, идиопатическая нейропатия диафрагмального нерва, диафрагмальный нерв.

BILATERAL IDIOPATHIC PHRENIC NEUROPATHY: A CLINICAL OBSERVATION AND REVIEW OF LITERATURE

Zifa G. Khaiatova[1], Enver I. Bogdanov[1], Vladimir I. Anisimov[2], Victor I. Ilyinsky[2], Ayrat R. Kabirov[2], Alsou G. Fazliakhmetova[2], Marat A. Khayrullov[2]

[1]Kazan state medical university, department of neurology and rehabilitation, 420012, Kazan, Butlerov street, 49, e-mail: hayatova@list.ru, [2]Republican Clinical Hospital of RT HM, radiology department, 420064, Kazan, Orenburgsky tract, 138.

The causes of diaphragmatic paralysis according to the level of a lesion, particularly phrenic nerve palsies of different etiology are observed. Clinical observation of bilateral idiopathic phrenic neuropathy and review of the literature concerning this problem is presented.

Key words: diaphragmatic paralysis, phrenic nerve palsy, idiopathic phrenic neuropathy, phrenic nerve.

Нейрогенные парезы дыхательной мускулатуры осложняют течение ряда заболеваний центральной и периферической нервной системы. В отдельных случаях они могут быть преобладающими или единственно манифестными, вызывая диагностические трудности имитацией заболеваний дыхательной системы.

Парезы диафрагмы и развившаяся на этом фоне дыхательная недостаточность могут быть следствием множества патологических процессов, включая миелит, болезни мотонейрона, полинейропатии, болезни нервно-мышечных синапсов, некоторые миопатии, герпетические полирадикулоневриты, травматические повреждения диафрагмального нерва, поражения шейного сплетения, заболевания грудной клетки и поддиафрагмальные патологические процессы [17]. Причины дисфункции диафрагмы можно классифицировать в зависимости от уровня поражения [4]. Продолговатый или спинной мозг поражается при демиелинизирующем процессе, однако парез диафрагмы довольно редко встречается при рассеянном склерозе [12, 18]. Высокое поражение спинного мозга (на уровне C1 или C2) приводит к параличу диафрагмы, в то время как при среднешейном поражении (на уровне C3-C5) функция диафрагмы частично сохраняется. Около 40% пациентов с поражением на уровне C3 нуждаются в искусственной вентиляции легких (ИВЛ), и лишь 15% пациентов с повреждением на уровне C4 или C5 [18, 33]. Заболевания верхних мотонейронов спинного мозга, как, например, боковой амиотрофический склероз или полиомиелит, часто приводят к дисфункции диафрагмы и дыхательной недостаточности. Парез диафрагмы может развиться как непосредственно сразу после инфицирования вирусом полиомиелита, так и спустя многие годы (в среднем, 35 лет) [9, 18]. К другим причинам, вызывающим парез диафрагмы и захватывающим мотонейроны спинного мозга относятся сирингомиелия, паранеопластические моторные нейропатии и спинальные мышечные атрофии. В большинстве случаев причиной осложнений и летального исхода при этих состояниях является дыхательная недостаточность [18].

Повреждение непосредственно самого диафрагмального нерва – чаще всего результат ятрогенного воздействия на него во время

операции или сдавления опухолью [18, 21, 28]. В литературе описаны случаи проявления аневризмы грудного отдела аорты в форме паралича диафрагмального нерва. Симптомы также включали дисфонию, хроническую боль в груди и прогрессирующую дисфагию [5, 24]. К другим состояниям, способным вызвать непосредственное поражение диафрагмального нерва можно отнести травмы, инфекционные поражения (герпетическая инфекция, болезнь Лайма) и воспалительные процессы. Синдром Гийена–Барре часто осложняется вовлечением диафрагмального нерва [18,31]. Так, от 20% до 30% госпитализированных пациентов с установленным диагнозом синдрома Гийена–Барре нуждаются в эндотрахеальной искусственной вентиляции легких [15]. Согласно данным исследования в Англии 25% и 23% [15] больным синдромом Гийена–Барре необходима ИВЛ [6]. Известно, что приблизительно у 5% пациентов с невралгической амиотрофией (синдромом Пэрсонейдж–Тёрнера) имеется вовлечение диафрагмального нерва [18, 29].

Болезни с нарушением синаптической передачи могут манифестировать с дисфункции диафрагмы. Острая дыхательная недостаточность часто возникает при миастеническом кризе, что приводит к необходимости искусственной вентиляции легких. Реже дисфункция диафрагмы встречается при синдроме Ламберта–Итона, ботулизме, наследственных и приобретенных миопатиях, а также при отравлении аминогликозидами, фосфорорганическими веществами [18].

Важно помнить о вероятности развития атрофии диафрагмы, которая может возникнуть даже после короткого периода искусственной вентиляции легких. Она связана с атрофией как быстро, так и медленно сокращающихся мышечных волокон. Так, недостаточное питание или такие метаболические сдвиги, как гипофосфатемия, гипомагниемия, гипокалиемия, гипокальциемия могут способствовать дисфункции диафрагмы и продлевать потребность в искусственной вентиляции [14, 18, 19].

Среди пациентов с диспноэ, ортопноэ или гиперкапнической дыхательной недостаточностью неуточненной этиологии следует учитывать возможность наличия нейропатии диафрагмального нерва (НДН) [30]. В современной литературе она часто описывается в сочетании с болью в шее и плече, часто возникающей после инфекционных заболеваний или операций, что позволило считать НДН возможной состовляющей невралгической амиотрофии плечевого пояса (синдрома Персонейджа–Тернера). Идиопатическая НДН, вероятно, является отдельной нозологической формой в спектре иммуноопосредованных фокальных нейропатий, и, напротив, не ассоциирована с такими симптомами как боли в плече, шее, парезом верхней конечности [16, 17, 20, 23, 29, 30, 32]. Различают одностороннюю и двустороннюю НДН. Односторонняя НДН зачастую не приводит к значимым дыхательным нарушениям и протекает клинически бессимптомно, что объясняет ее гиподиагностику и, как следствие, малую распространенность описаний в литературе [16, 23].

Интерес представляет клиническое наблюдение НДН, сделанное в нашей клинике.

Больной К., 39 лет, поступил в приемное отделение Республиканской клинической больницы 09.04.2015 г. с жалобами на выраженную одышку экспираторного характера в покое, сухой непродуктивный кашель, повышение температуры до 37,6˚С. Заболел около 3 недель назад, когда на фоне полного здоровья появилась одышка в покое, усиливающаяся при физической нагрузке, надевании специализированной формы (больной работает пожарным). Одышка продолжалась на протяжении около 2 недель, затем присоединилось повышение температуры до 37,5˚С, кашель. Отмечает, что за неделю до начала заболевания появились ноющие боли в плече, не связанные с движением, продолжались 2 дня, затем появились ноющие боли в шее, которые купировались внутримышечным введением диклофенака в течение 3 дней. У пациента из сопутствующих заболеваний в анамнезе вирусный гепатит С, минимальной степени активности, по поводу чего один год назад получал лечение интерфероном. Пациент не злоупотребляет алкоголем, курил с 16-летнего возраста в течение 23 лет по 1-2 пачки сигарет в день, бросил курить в ноябре 2014 года. Наследственный анамнез не отягощен. При поступлении общее состояние тяжелое ввиду диспноэ. Температура тела 37,6˚С. Телосложение правильное, питание достаточное, костно-мышечная система без особенностей. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски, теплые, нормальной влажности. Дыхание жестковатое, ослаблено в нижних отделах, хрипов нет, ЧДД 19 в минуту. Сатурация кислорода 93% без подачи кислорода. Тоны сердца приглушены, ритмичные, АД 160/100 мм рт. ст., ЧСС 89 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, на вдохе западение передней брюшной стенки. Периферических отеков нет. В неврологическом статусе: сознание ясное, поведение адекватное, команды выполняет. ЧМН: без особенностей. Объем активных и пассивных движений конечностей полный. Мышечная сила достаточная по всем группам. Сухо-

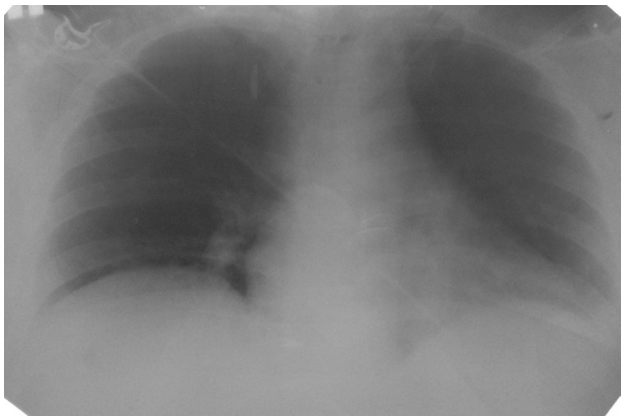

Рис.1. Высокое стояние диафрагмы. Уменьшены объемы легких.

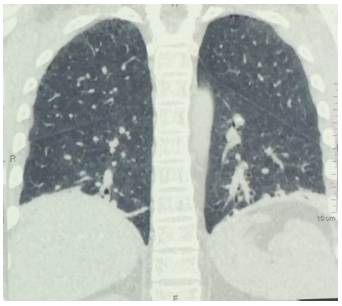

Рис.2. РКТ-признаки компрессиооных ателектазов обоих легких, релаксации обоих куполов диафрагмы.

жильные рефлексы с верхних и нижних конечностей равные, живые. Поверхностная, глубокая чувствительность не изменена. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно, в пробе Ромберга устойчив. Менингеальных знаков нет. Функции органов таза не нарушены. Пациент был переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии и подключен к аппарату “Dager Savina” в режиме BIPAP для проведения неинвазивной масочной ИВЛ.

Проведены обследования: ИФА на гепатит С от 10.04.2015 положительный, RW, HBsAg, ВИЧ от 10.04.2015 отрицательно. ОАК от 09.04.2015: лейкоциты $10{,}0*10^9$/л, эритроциты $4{,}77*10^{12}$/л, гемоглобин 144 г/л, гематокрит 41,5%, тромбоциты 287000. ОАМ от 10.04.2015: цвет соломенно-желтый; прозрачная; удельный вес 1015; белок – отрицательно; лейкоциты единичные в поле зрения; эритроциты 1-2 в поле зрения; бактерии +. БАК от 09.04.2015: калий 4,3 ммоль/л, натрий 136 ммоль/л, общий белок 67,5 г/л, мочевина 7,3 ммоль/л, креатинин 80 мкмоль/л, АЛТ 29 ед/л, АСТ 15 ед/л, КФК 137 ед/л, ЛДГ 118 ед/л, общий билирубин 4,4 ммоль/л, холестерин 4,32 ммоль/л. Коагулограмма от 09.04.2015: ПТИ 98%, фибриноген 4,3 г/л, АЧТВ 27 сек. ЭКГ от 09.04.2015: синусовый ритм с ЧСС 67 в мин., нормальное положение ЭОС (+41˚), RV5>V6>RV4. Рентгенограмма ОГК от 10.04.2015: легочная ткань воздушна. Легочный рисунок диффузно обогащен за счет перибронхиальных и периваскулярных уплотнений, интерстициальной сетчатости, сгущен в нижних отделах легких. Корни с не совсем четкой структурой, полнокровны. Высокое стояние диафрагмы. Костодиафрагмальные синусы свободны, тень сердца без особенностей (рис. 1). Спирометрия от 02.04.2015: ОФВ1 1,88л, ЖЕЛ 2,07 л, ФЖЕЛ 2,33 л, ОФВ1/ФЖЕЛ 81%, рестрикция средне-тяжелой степени, возможно умеренные обструктивные нарушения; после пробы с бронхолитиком без динамики (ОФВ1/ФЖЕЛ 80%). УЗИ плевральных полостей от 12.04.2015: в правой плевральной полости жидкость не визуализируется; в левой плевральной полости жидкость не визуализируется. РКТ легких от 02.04.2015: РКТ признаки компрессионных ателектазов обоих легких, релаксации обоих куполов диафрагмы (рис.2). Стимуляционная ЭМГ от 20.04.2015: латентность М-ответа при стимуляции диафрагмального нерва справа составила 6,2 мс, слева 6,3 мс (при норме от 6 до 9 мс); амплитуда М-ответа при стимуляции диафрагмального нерва справа составила 0,5 мкВ, слева 0,4 мкВ (при норме от 3,5 до 7,4 мкВ). Кино-МРТ от 20.04.2015: отмечается двухстороннее отсутствие дыхательной экскурсии центральных и задних отделов диафрагмы с наличием слабой пассивной дыхательной экскурсии передних отделов диафрагмы, осуществляемой за счет движений передней брюшной стенки; МРТ-признаки двустороннего паралича диафрагмы.

Таким образом, пациенту был выставлен диагноз: Двусторонний полисегментарный ателектаз-аневмония на фоне паралича куполов диафрагмы, обусловленного двусторонней идиопатической нейропатией диафрагмального нерва. Пациент получал лечение: неинвазивная масочная ИВЛ, 2,4% раствор эуфиллина 10,0 в/в капельно на 250,0 0,9% раствора натрия хлорида, клексан 0,4 мл п/к, ацетилцистеин 9,0 в/в, цефотаксим 1 г на 10,0 0,9% раствора натрия хлорида в/м №10. На фоне проведенной терапии состояние пациента нормализовалось, однако сохранялась одышка при физической нагрузке. При динамическом наблюдении до настоящего момента у пациента сохраняются жалобы на одышку при быстрой ходьбе, физической нагрузке, после еды и в положении лежа, объективно сохраняется парадоксальное дыхание.

Ниже представлены основные выводы, полученные в результате анализа литературы, посвященной проблеме нейропатии ДН. S. Podnar (2015) выделил критерии диагноза НДН: 1) амплитуда М-ответа <=0,2 mV; 2) денервационная активность, грубое снижение рекрутизации ПДЕ или очевидные признаки реинервации диафрагмы на игольчатой ЭМГ; 3) высокое стояние купола диафрагмы, сниженная или парадоксальная подвижность диафрагмы при лучевых методах исследования; 4) отсутствие нейропатических

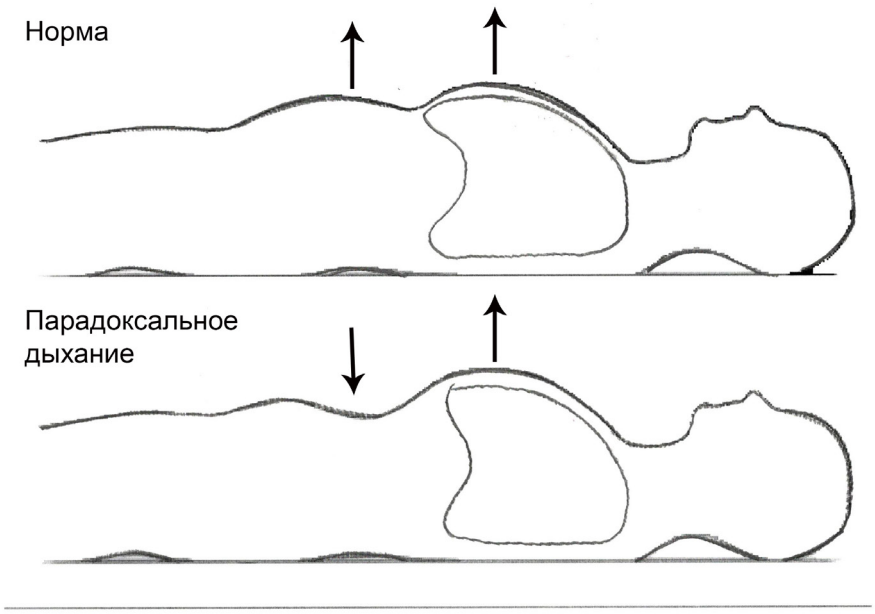

Рис.3. Парадоксальное дыхание.

изменений в мышцах, иннервируемых из тех же сегментов спинного мозга, что и диафрагма [23].

Двусторонняя НДН сопровождается такими дыхательными нарушениями как тяжелое диспноэ, ортопноэ: больные не могут принимать горизонтальное положение, завязывать шнурки, погружаться под воду, также, как правило, у них наблюдается парадоксальное дыхание [23]. Оно является одним из самых важных клинических признаков пареза диафрагмы и представляет собой парадоксальное западение передней брюшной стенки во время расширения грудной клетки на вдохе (рис.3) [8, 11, 18].

Известно, что обзорная рентгенограмма грудной клетки обладает низкой специфичностью для диагностики дисфункции диафрагмы, т.к. и односторонняя, и двусторонняя элевация купола диафрагмы может иметь другие причины [8, 23]. Ввиду этого необходимы исследования, подтверждающие дисфункцию диафрагмы, особенно при подозрении на НДН.

Электронейромиографические показатели выявляют одностороннее нерегистрируемое или грубое снижение амплитуды М-ответа при ОНДН и двусторонние изменения при ДНДН. Что касается игольчатой ЭМГ, в литературе встречаются неоднозначные данные: в большинстве случаев при использовании игольчатой ЭМГ также обнаруживалась полная или грубая денервация пострадавшего купола диафрагмы. Однако согласно ранее опубликованным данным, диагностическая значимость этого метода оспаривается ввиду возможных «перекрестных помех» от прилегающей мускулатуры [18, 23]. По мнению же S. Podnar, стимуляция диафрагмального нерва между ножек грудино-ключично-сосцевидной мышцы является селективной и не активирует плечевое сплетение. Однако в его работе есть указания на то, что встречались пациенты с односторонним нерегистрируемым М-ответом и фактически нормальными показателями игольчатой ЭМГ в ипсилатеральном куполе диафрагмы. Тем не менее, любое снижение амплитуды М-ответа при стимуляции ДН должно быть подтверждено игольчатой ЭМГ [23]. Стандартом диагностики пареза диафрагмы считается измерение трансдиафрагмального давления во время максимального произвольного вдоха. Метод является инвазивным и малоприменим для диагностики одностороннего пареза диафрагмы. Несмотря на высокую достоверность диагностики пареза диафрагмы, метод не позволяет дифференцировать нейропатический и миопатический процесс, в отличие от ЭНМГ [23].

До сегодняшнего дня не проведено ни одного контролируемого, высоко квалифицированного клинического испытания по лечению НДН [7]. Сложность объясняется редкостью заболевания и поздним попаданием пациентов к неврологам [23]. Основываясь на иммуноопос-

редованном механизме заболевания и вероятных тяжелых отдаленных последствиях, должна быть рассмотрена возможность применения иммуносупрессивной терапии стероидами [10] или внутривенным иммуноглобулином (ВВИГ) [35]. Имеются сведения о том, что в 20–40% случаев было зафиксировано неполное восстановление функции ДН. Описан единичный случай полного восстановления функции после применения перорального топирамата [26], однако, не исключается спонтанная ремиссия.

Пациентам с парезом диафрагмы и ночными дыхательными нарушениями показана ночная полисомнография. Для тех, у кого зарегестрирована ночная гипоксия необходимо организовать неинвазивную искусственную вентиляцию легких [23]. Показанием к ней являются значение парциального давления углекислого газа 45 мм рт. ст и выше в дневное время, сатурация кислорода 88% и менее на протяжении 5 минут подряд в ночное время [18]. Ввиду низкой излечиваемости большинству пациентов показана пожизненная неинвазивная ИВЛ [13, 23]. Пликация купола диафрагмы является еще одной опцией для некоторых пациентов с НДН, при отстутствии клинического улучшения в течение не менее 2 лет [23]. Операция представляет собой тугое подшивание мышечной части парализованного купола диафрагмы к сухожильному центру [18]. Процедура позволяет увеличить ФЖЕЛ на 20%, снизив парадоксальное движение паретичного купола диафрагмы [23].

Таким образом, идиопатическая НДН относится к редким формам нейропатии и требует дальнейшего изучения. При анализе пациентов с диспноэ важно помнить о возможном поражении диафрагмального нерва ввиду множества причин, в том числе и идиопатической НДН. Важное клиническое значение имеет обнаружение у пациента парадоксального дыхания. Диагностический интерес вызывает использование кино-МРТ, как было представлено в нашем клиническом наблюдении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Медресова А.Т., Лукашкин М.А., Лобачева Г.В., Голухова Е.З. Неинвазивная вентиляция легких в кардиохирургическом стационаре // Креативная кардиология. 2009. № 1. С. 9–22.

2. Меркулова Г.П. Синдром Гийена-Барре // Медицина неотложных состояний. 2013. №5(52). С. 20–28.

3. Хайбуллин Т.И., Гранатов Е.Б., Аверьянова Л.А., Бабичева Н.Н. Невралгическая амиотрофия плечевого пояса // Практическая медицина. 2013. № 1 (66). С. 42–49.

4. Якушин М. А., Якушина Т. Н. Топическая диагностика поражений нервной системы на шейном уровне // Альманах клинической медицины. 2001. № 4. С. 246–251.

5. Akhtar J., Siddiqui M.A., Khan N.A., Alam M.A. Right Phrenic Nerve Palsy: A Rare Presentation of Thoracic Aortic Aneurysm // Malaysian Journal of Medical Sciences. 2013. Vol. 20(4). P. 98–101.

6. Burakgazi A.Z., Hoke A. Respiratory muscle weakness in peripheral neuropathies // Journal of the Peripheral Nervous System. 2010. Vol. 15. P. 307–313.

7. Chan Y.C., Lo Y.L., Chan E.S. Immunotherapy for diabetic amyotrophy. Cochrane Database Syst Rev 2009. Vol. 8(3) doi: 10.1002/14651858. D006521. Pub2.: CD006521.

8. Chetta A., Rehman A.K., Moxham J. et al. Chest radiography cannot predict diaphragm function // Respiratory Medicine. 2005. Vol. 99. P. 39–44.

9. Dahan V., Kimoff R.J., Petrof B.J. et al. Sleep-disordered breathing in fatigued postpoliomyelitis clinic patients // Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2006. Vol. 87. P. 1352–1356.

10. Dyck P.J., Norell J.E., Dyck P.J. Methylprednisolone may improve lumbosacral radiculoplexus neuropathy // The Canadian Journal of Neurological Sciences. 2001. Vol. 28. P. 224–227.

11. Gibson G.J. Diaphragmatic paresis: pathophysiology, clinical features, and investigation // Thorax. 1989. Vol. 44. P. 960–970.

12. Howard R.S., Wiles C.M., Hirsch N.P et al. Respiratory involvement in multiple sclerosis // Brain. 1992. Vol. 115. P. 479–494.

13. Issahar Ben-Dov. Diaphragmatic paralysis – symptoms, evaluation, therapy and outcome. In: Congenital Diaphragmatic Hernia – Prenatal to Childhood Management and Outcomes, Eleanor Molloy Eds. InTech, 2012. P. 19–28.

14. Knochel JP. Neuromuscular manifestations of electrolyte disorders // The American Journal of Medicine. 1982. Vol. 72. P. 521–535.

15. Lawn N.D., Fletcher D.D., Henderson R.D. et al. Anticipating mechanical ventilation in Guillain-Barré syndrome // Archives of neurology. 2001. Vol. 58(6). P. 893–898.

16. Lin P.T., Andersson P.-B., Distad B.J. et al. Bilateral isolated phrenic neuropathy causing painless bilateral diaphragmatic paralysis // Neurology. 2005. Vol. 65. P. 1499–1501.

17. Markand O.N., Kincaid J.C., Pourmand R.A. et al. Electrophysiologic evaluation of diaphragm by transcutaneous phrenic nerve stimulation // Neurology. 1984. Vol. 34(5). P. 604–614.

18. McCool F.D., Tzelepis G.E. Dysfunction of the Diaphragm // The New England Journal of Medicine. 2015. Vol. 366. P. 932–942.

19. McParland C., Resch E.F., Krishnan B. Et al. Inspiratory muscle weakness in chronic heart failure: role of nutrition and electrolyte status and systemic myopathy // American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 1995. Vol.151. P. 1101–1107.

20. Nardone R., Bernhart H , Pozzera A. et al. Respiratory weakness in neuralgic amyotrophy: report of two cases with

phrenic nerve involvement // Neuroogical Sciences. 2000. Vol. 21. P. 177–181.

21. Piehler J.M., Pairolero P.C., Gracey D.R., Bernatz P.E. Unexplained diaphragmatic paralysis: a harbinger of malignant disease? // The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. 1982. Vol. 84. P. 861–864.

22. Piliero P.J., Estanislao L., Simpson D. Diaphragmatic paralysis due to isolated phrenic neuropathy in an HIV-infected man // Neurology. 2004. Vol. 62. P. 154–155.

23. Podnar S. Idiopathic phrenic neuropathies: a case series and review of the literature // Muscle and Nerve. 2015. Doi: 10.1002/mus.24673

24. Rabago G., Martin-Trenor M.A., Lopez-Coronado J.L. Chronic Aneurysm of the Descending Thoracic Aorta Presenting with Right Pleural Effusion and Left Phrenic Paralysis // Texas Heart Institute Journal. 1999. Vol. 26(1). P. 96–98.

25. Resman-Gašperšič A., Podnar S. Phrenic nerve conduction studies: technical aspects and normative data // Muscle Nerve 2008. Vol. 37. P. 36–41.

26. Rice A.L., Ullal J., Vinik A.I. Reversal of phrenic nerve palsy with topiramate // Journal of Diabetes and its Complications. 2007. Vol. 21. P. 63–67.

27. Rison R.A., Beydoun S.R. Bilateral phrenic neuropathies in a diabetic patient responsive to intravenous immunoglobulin: a case report // Clinical Neurology and Neurosurgery. 2011. Vol. 113. P. 788–791.

28. Salati M., Cardillo G., Carbone L. et al. Iatrogenic phrenic nerve injury during thymectomy: the extent of the problem // The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. 2010. Vol. 139(4). P. 77–78.

29. Tsairis P., Dyck P.J., Mulder D.W. Natural history of brachial plexus neuropathy: report on 99 patients // Archives of neurology. 1972. Vol. 27. P. 109–117.

30. Tsao B.E., Ostrovskiy D.A., Wilbourn A.J., Shields R.W. Phrenic neuropathy due to neuralgic amyotrophy // Neurology. 2006. Vol. 66. P. 1582–1584.

31. Tubbs R.S, Rizk E., Shoja M.M. et al. Pain, Treatment, Injury, Disease and Future Directions. In: Nerves and Nerve Injuries. Academic Press. 2015, Vol. 2. P. 525.

32. Valls-Sole J., Solans M. Idiopathic bilateral diaphragmatic paralysis // Muscle and Nerve. 2002. Vol. 25. P. 619–623.

33. Wicks A.B., Menter R.R. Long-term outlook in quadriplegic patients with initial ventilator dependency // Chest. 1986. Vol. 90. P. 406–410.

34. Winer J.B., Hughes R.A. Identification of patients at risk of arrhythmia in the Guillain-Barré syndrome // QJM: An International Journal of Medicine. 1988. Vol. 68(257). P. 735–739.

35. Younger D.S. Diabetic peripheral neuropathy // Drugs of today (Barcelona, Spain). 1998. Vol. 34. P. 699–708.

REFERENCES

1. Medresova A.T., Lukashkin M.A., Lobacheva G.V., Golukhova E.Z. *Kreativnaya kardiologiya*. 2009. № 1. pp. 9–22 (in Russian).

2. Merkulova G.P. *Meditsina neotlozhnykh sostoyanii*. 2013. №5(52). pp. 20–28 (in Russian).

3. Khaibullin T.I., Granatov E.B., Aver'yanova L.A., Babicheva N.N. *Prakticheskaya meditsina*. 2013. № 1 (66). pp. 42–49 (in Russian).

4. Yakushin M. A., Yakushina T. N. *Al'manakh klinicheskoi meditsiny*. 2001. № 4. pp. 246–251 (in Russian).

Поступила 28.10.15

НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ

Неврологический вестник — 2016 — Т. XLVIII, вып. 2 — С. 57—62

УДК: 616.831—004.1+616.441—008.63+616—004.6

ПЕРВИЧНАЯ (БОЛЕЗНЬ ФАРА) И ВТОРИЧНАЯ КАЛЬЦИФИКАЦИЯ БАЗАЛЬНЫХ ГАНГЛИЕВ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Татьяна Всеволодовна Матвеева, Ксения Сергеевна Овсянникова

Казанский государственный медицинский университет, кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49, e-mail: oks-88@list.ru

Реферат. Приведено описание клинического наблюдения и клинического случая пациенток с первичной (болезнью Фара) и вторичной кальцификацией базальных ганглиев. У обоих больных имелось нарушение функции щитовидной железы. Подчеркивается своеобразие неврологических проявлений кальцификации базальных ганглиев, необходимость их ранней диагностики для своевременного начала терапии, что является основополагающим в отношении прогноза заболевания.

Ключевые слова: болезнь Фара, кальцификация базальных ганглиев, гипотиреоз, гипопаратиреоз, синдром Паркинсона.

PRIMARY (FAHR DISEASE) AND SECONDARY CALCIFICATION OF THE BASAL GANGLIA (CLINICAL OBSERVATION)

Tatyana V. Matveeva, Ksenia S. Ovsyannikova

Kazan state medical university,
Department of neurology, neurosurgery and medical genetics,
420012, Kazan, Butlerov Street, 49, e-mail: oks-88@list.ru

The description of the clinical observations and clinical cases of patients with primary (Fahr disease) and secondary calcification of the basal ganglia (CBG) is given. Both patients had thyroid dysfunction. It is emphasized the uniqueness of the neurological manifestations of the CBG, the need for their early diagnosis for timely initiation of therapy, which is fundamental in relation to prognosis.

Key words: Fahr disease, calcification of basal ganglia, hypothyroidism, hyperparathyroidism, Parkinson's syndrome.

Кальцификация базальных ганглиев (КБГ) или стриопаллидодентантный кальциноз – редкое нейродегенеративной заболевание, с которым могут столкнуться врачи разных специальностей. Основу заболевания составляет неатеросклеротическое обызвествление базальных ганглиев и зубчатых ядер мозжечка, связанное с отложением солей кальция и железа в стенках мелких артерий и артериол, а также в вещество головного мозга [3, 5, 6, 7]. Клинически болезнь КБГ может ничем себя не проявлять, и явиться случайной находкой при нейровизуализации. Может регистрироваться синдром паркинсонизма, преходящие или стойкие пирамидные знаки, эпилептические припадки, деменция [3, 7]. Больным с подобными симптомами выставляются диагнозы: болезнь Паркинсона, старческая деменция, последствия ЧМТ, нейроинфекция и др. Выделяют первичную и вторичную формы КБГ [5]. Предполагается, что первичная (идиопатическая) КБГ (ПКБГ), или болезнь Фара, генетически детерминирована и ассоциирована с поражением 14 q хромосомы [5]. Причины вторичной КБГ (ВКБГ) многочисленны [1, 5, 6, 8, 11]. Среди них на первое место ставится патология щитовидной железы. Диагноз первичной КБГ (болезни/синдрома Фара) выставляется при наличии двусторонних КБГ (допускается расположение кальцификатов и в других отделах головного мозга); при прогрессирующих симптомах поражения нервной системы в виде расстройств движений, сочетающихся с нейропсихичес-ками нарушениями или дебюте с них. Типично начало заболевания на четвертом десятке жизни; при отсутствии возможных причин КБГ; семейном анамнезе с аутосомно-доминантном (чаще всего) типе передачи [5, 9]. Эффективная терапия ПКБГ отсутствует, вместе с тем при установлении причины ВКБГ и при своевременно начатом лечении возможен или полный, или частичный регресс симптомов заболевания.

Приводим клиническое описание наблюдения больной с болезнью Фара и случая пациентки, страдавшей вторичной КБГ.

Больная М. 32 лет обратилась с жалобами на повышенную утомляемость, которая беспокоила преимущественно во время работы, требующей эмоционального и умственного напряжения, однако жалобы на зябкость, выпадение волос и другие, характерные для гипотиреоза или проявлений гиперпаратиреоза не отмечалось. В 21-23 года больная страдала анорексией (при росте 168 см весила 45 кг). В этот период (в возрасте 23 лет) появились выраженные диффузные головные боли, интенсивные ломящие боли в шее и мышцах плечевого пояса, из-за общей слабости не

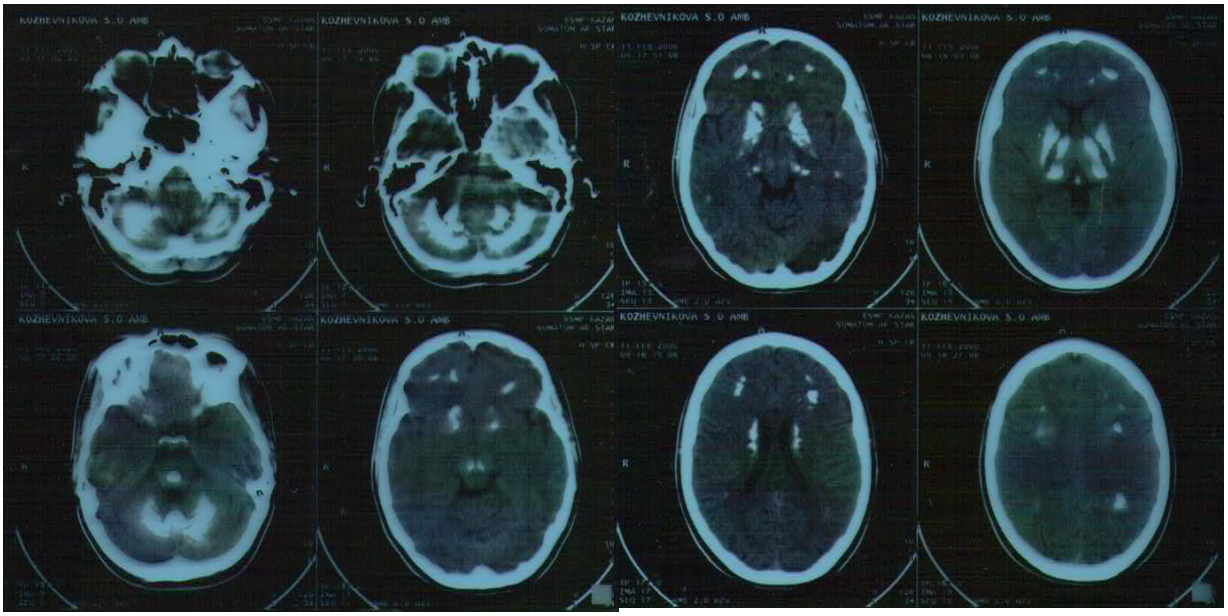

Рис. 1. Пациентка М.: РКТ головного мозга 2006 года, симметричные кальцификаты в проекции базальных ядер, таламуса, в стволе и мозжечке.

могла сидеть. На РКТ, проведенной в связи с головными болями, были обнаружены множественные очаги обызвествления в мосту, таламусе, в проекции базальных ядер, в лобной, теменной и височных областях обоих полушарий головного мозга и обеих гемисферах мозжечка (рис. 1).

Впервые выставлен диагноз «болезнь Фара». Лечилась с положительным эффектом у вертеброневролога, и в течение четырех лет чувствовала себя практически здоровой. В возрасте 27 лет стала отмечать постоянную слабость, сонливость, вялость. В 29 лет во время беременности был диагностирован гипотиреоз: результат анализа на ТТГ превышал норму в несколько раз, отмечалась прибавка массы тела на 30 кг. Назначена заместительная терапия (эутирокс 75 мг, ежедневно), на фоне приема которого пришли в норму масса тела и показатель ТТГ, поставлена на диспансерный учет у эндокринолога с диагнозом «аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз средней тяжести в стадии компенсации (ТТГ – 1,6 мМЕ/л, N – 0,4-4 мМЕ/л). В возрасте 31 года в связи с усилением головной боли, возобновлением болей в шее и мышцах плечевого пояса, снижением способности к концентрации внимания, ослаблением памяти и повышенной утомляемостью, раздражительностью вынуждена была уволиться с работы, сопряженной с ежедневными стрессовыми ситуациями. После исключения стрессорных нагрузок, без проведения лечения самочувствие нормализовалось. Наследственный анамнез не отягощен, росла и развивалась соответственно возрасту.

В неврологическом статусе патологии не выявлено. Цервикалгический, вертеброгенный синдромы не выражены, пальпация мышц, костных образований безболезненна, передвигается, встает с положения на корточках свободно, сила по всем мышечным группам – 5 баллов. Умеренная мышечная гипотония в конечностях без разницы сторон. При осмотре проявлений гипотиреоза не отмечено. При исследовании содержания микроэлементов (общий кальций, кальций ионизированный, фосфор, калий) зафиксировано снижение уровня ионизированного кальция (1,09 ммоль/л, при норме 1,12-1,23 ммоль/л). Результаты исследования паратгормона, тиреотропного гормона и тироксина отклонений не выявили (см. таблицу).

Таблица

Лабораторные показатели крови Пациентки М. (2014г.)

Показатели	Результат	Ед. изм.	Норма
Общий белок	66,90	г/л	66,00-87,00
Кальций ионизированный	**1,09** ↓	ммоль/л	1,12-1,23
Кальций	2,22	ммоль/л	2,20-2,55
Фосфор	1,35	ммоль/л	0,81-1,45
Калий	4,74	ммоль/л	3,50-5,1
Паратгормон	65,8	пг/мл	16-87
Тиреотропный гормон	2,14	мкМЕ/мл	0,4-4
Тироксин свободный	16,6	ммоль/л	10,3-24,4

В описании рентгенографии шейного отдела позвоночника отсутствует указание на наличие остеопороза. Ультразвуковое исследование (УЗИ) почек патологии не выявило. УЗИ щитовидной железы: на фоне изоэхогенной мелкозернистой структуры щитовидной железы – участок пониженной эхогенности размером

11 × 5 мм с четкими контурами по заднему краю нижней трети правой доли и участки пониженной эхогенности с нечеткими контурами в левой доле (май 2014 г.).

Было высказано предположение о наличии у пациентки М. болезни Фара. В пользу данного заболевания свидетельствовали значительные отложения кальция во многих структурах головного мозга, обнаруженные случайно у практически здоровой молодой женщины. Не отрицало данный диагноз и отсутствие семейного анамнеза. При ПКБГ (болезни Фара) вероятны разные пути передачи заболевания, включая аутосомно-доминантный, аутосомно-рецессивный, рецессивный, сцепленный с Х-хромосомой [5, 9], известны спорадические случаи болезни Фара [5]. Не было обнаружено также характерных для болезни Фаза нарушений со стороны обмена кальция и фосфора (см. таблицу).

КБГ нередко сопутствует гипер- или гипопаратиреоз [3, 5, 6], обусловленной нарушением функции околощитовидных желез, принимающими участие совместно парафолликуллярными клетками, вырабатывающими кальцитонин, в регуляции обмена кальция и фосфора. В физиологических условиях секрецию паратгормона стимулирует понижение и подавляет увеличение концентрации в крови ионизированного кальция [3, 7]. Головные боли, ломящие боли в шее, мышцах плечевого пояса у пациентки в 23-летнем возрасте, отраженные в анамнезе, и затем, с возраста 27 лет, постоянная вялость, сонливость и др. могли свидетельствовать в пользу гиперпаратиреоза. Для начального периода первичного гиперпаратиреоза характерны именно эти жалобы. Однако у больной на длительный промежуток времени (7 лет) после прохождения терапии у вертеброневролога боли в шейном отделе позвоночника прекратились. Отсутствовали другие симптомы, типичные для начального периода гипопаратиреоза – миопатоподобный, боли в костных структурах нижних конечностей (результат гиперпаратиреоидной остеодистрофии), мочевые расстройства (полиурия), связанные с нарушением канальной реабсорбции вследствие повреждения почечных канальцев массивной кальциурией. Не зафиксированы также признаки развернутой клинической картины гиперпаратиреоза (нефролитиаз, нефрокальциноз, поражение ЖКТ, поджелудочной железы, панкреокальциноз). Не было расшатывания и выпадения зубов (следствие остеопороза челюстей при гиперпаратиреозе), остеопороза костей.

Одним из ведущих симптомов при обращении пациентки был психастенический синдром, который заставил пациентку в возрасте 31 года уволиться с работы. Он выражался в общей слабости, снижении концентрации внимания, повышенной утомляемости, раздражительности. Известно и то, что психоневрологические расстройства уже в начальном периоде гиперпаратиреоза выступают на первый план и без соответствующей терапии прогрессируют, обрастая другой симптоматикой – болями в костях, мышцах нижних конечностей, парестезиями, утратой глубоких рефлексов и др. [3] У нашей пациентки, приведенные выше жалобы, после увольнения с работы регрессировали. Отсутствие клинических и лабораторных данных позволило нам отклонить диагноз гиперпаратиреоза в качестве причины КБГ.

Аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз были диагностированы у пациентки спустя пять лет после обнаружения у нее в головном мозге кальцификатов. Распространенность их на большую площадь делало обоснованным предположение, что они сформировались за много лет до проведенного обследования. Заболевание щитовидной железы у пациентки трудно рассматривать в качестве причины КБГ, поскольку основные клинические проявления заболевания – слабость, эмоциональная неустойчивость и др. носили у нее преходящий характер и зависели от назначаемой терапии. Проведенный анализ позволил нам остановиться на диагнозе «Первичная идиопатическая кальцификация базальных ганглиев (болезнь Фара), асимптомное течение». Аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз средней тяжести рассматривать в качестве сопутствующего заболевания.

Синдромы МЭН I (синдром Вермера), МЭН II (синдром Сиппла), МЭН III у больной исключались вследствие отсутствия у нее признаков гиперпаратиреоза и признаков, характерных для данной патологии.

Пациентка Б. 68 лет доставлена в отделение машиной скорой помощи после приступа с утратой сознания в состоянии умеренного оглушения. Контакт с больной был затруднен, анамнез собран со слов сестры. 16 лет тому назад пациентка перенесла субтотальное удаление щитовидной железы, осложненное гипотиреозом, принимала заместительную терапию (L-тироксин), была в достаточной степени компенсирована. Через 10 лет после оперативного вмешательства впервые возник генерализованный эпилептический припадок с утратой сознания, выделением пены изо рта, непроизвольным мочеиспусканием. В даль-

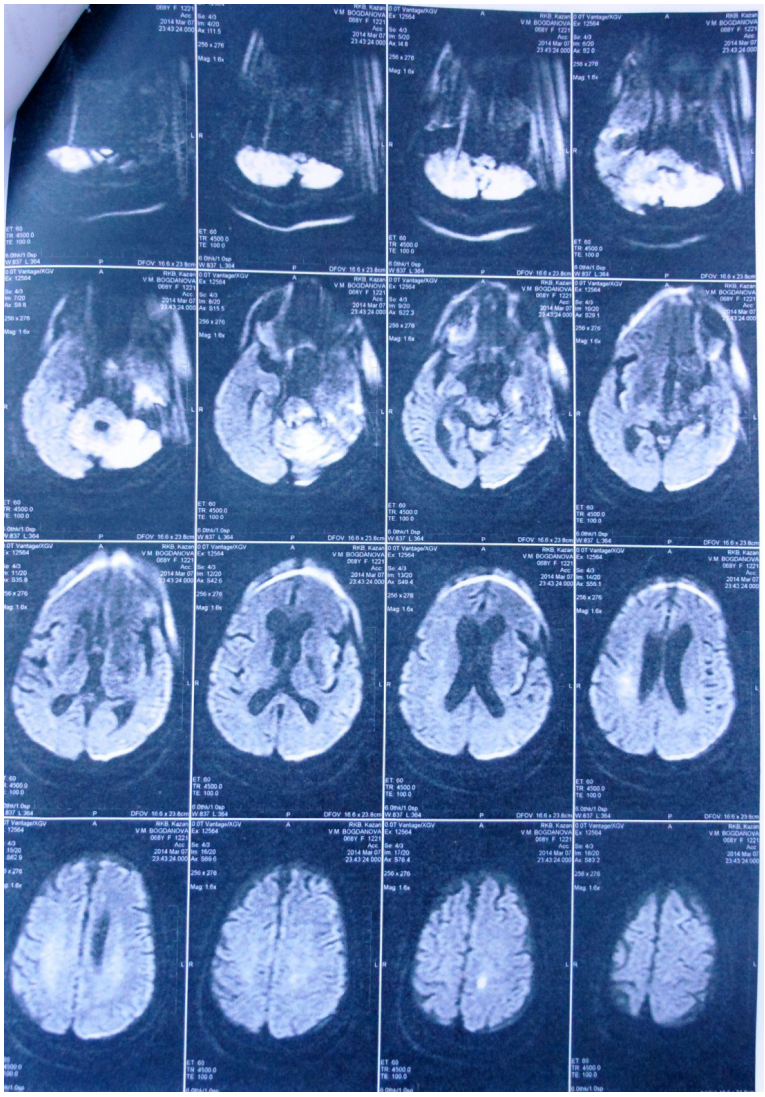

Рис. 2. МР-картина кальцификатов базальных ганглиев и ишемического очага у пациентки Б.

нейшем приступы повторялись, но с какой частотой сестра сказать не смогла. После одного из приступов (2012, февраль) у пациентки развилась слабость в правых конечностях, нарушилась речь, движения стали некоординированными. Была госпитализирована. Диагноз при выписке – «Симптоматическая эпилепсия с вторично генерализованными судорожными припадками с однократным развитием постиктального правостороннего гемипареза и гемигипестезии, болезнь Фара, ХИМ в форме двусторонней микроорганической симптоматики, цереброастенического синдрома. Гипертоническая болезнь 3 степени, риск 4, дислипидемия. Состояние после субтотальной резекции щитовидной железы». Неврологический дефицит регрессировал через два часа после судорожного приступа. На РКТ было обнаружено симметричное обызвествление участков вещества обоих полушарий мозжечка, мелких сосудов больших полушарий, симметричное обызвествление участков вещества мозга перивентрикулярно с обеих сторон, размером до 10 мм и симметричное обызвествление головок обоих хвостатых ядер, а также гидрофильные очажки в веществе больших полушарий, стволе, мозжечке и перивентрикулярный лейкоареоз. При ультразвуковом исследовании сосудов мозга выявлялся атеросклероз брахиоцефальных артерий со стенозированием правых ПКА 20-30%, ВСА 40%, ОСА 20%, левых ВСА 30%, ОСА 40%, ПА 70%. Осенью 2013 г. у больной появилось дрожание в правой руке, которое постепенно распространилось на кисть и предплечье, уменьшалось при выполнении целенаправленных движений. К началу 2014 г. дрожание в руке приобрело «размашистый» характер. Больная стала испытывать затруднения при самообслуживании и чтобы уменьшить непроизвольные движения стала удерживать правую руку левой рукой. В январе 2014 г. родные обратили внимание на безинициативность больной, снижение двигательной активности, замедленность движений. Лицо потеряло выразительность, речь стала монотонной. Однако больная обходилась без посторонней помощи, ходила без поддержки.

14 февраля развился эпилептический припадок. Госпитализирована. Диагноз при выписке: «Состояние после генерализованного эпилептического приступа. Симптоматическая эпилепсия в форме вторично-генерализованных тонико-клонических приступов. Болезнь Фара с выраженным акинетико-ригидным синдромом, нарушением самообслуживания, прогрессирующей вегетативной недостаточностью (ортостатическая гипотензия), эпилептических приступов». В течение последующих двух недель после выписки состояние больной прогрессивно ухудшалось, 7 раз повторялись эпилептические припадки. Перестала передвигаться, вступать в контакт с окружающими. 7 марта 2014 г. госпитализирована в неврологическое отделение. Состояние при поступлении тяжелое, ответы односложные с паузами. Анамнез собрать невозможно. Задания не выполняла. При неврологическом осмотре: сглажена правая носогубная складка, дисфагия, активные движения в конечностях отсутствовали, мышечный тонус снижен, проприоцептивные рефлексы не вызывались. На МРТ головного мозга от 8 марта 2014г.: в режиме DVI был выявлен свежий ишемический очаг в задних отделах левой лобной доли размером 1 см, а также кальцификаты базальных ганглиев (рис. 2)

Лечение проводилось в условиях реанимации с использованием ИВЛ. 14 марта 2014 г. произошла остановка сердечной деятельности и, несмотря на реанимационные мероприятия, пациентка скончалась. Посмертный диагноз: Болезнь Фара с МРТ и РКТ верифицированной кальцификацией базальных ганглиев в форме тяжелой экстрапирамидной недостаточности, дисфагии. Вторичный гипопаратиреоз. Симптоматическая эпилепсия. Двусторонняя нижнедолевая пневмония. Пролежни области крестца, спины. Лакунарный ишемический инсульт в задних отделах левой лобной доли (неуточненной давности). Острая сердечно-сосудистая недостаточность.

Таким образом, заболевание у пациентки проявилось спустя десять лет после субтотального удаления щитовидной железы в возрасте 56 лет. Несколько позже диагностирован гипотиреоз, а в возрасте 58 лет обнаружена симметричная кальцификация участков вещества обоих полушарий мозжечка, мелких сосудов больших полушарий, симметричное обызвествление участков вещества мозга перивентрикулярно с обеих сторон, размером до 10 мм и симметричное обызвествление головок обоих хвостатых ядер. Тогда же зафиксировано нарушение липидного обмена и атеросклеротические бляшки в магистральных сосудах головы. Больная страдала ГБ 3 степени, дислипидимией. Следовательно, имелись все основания для объяснения КБГ у больной с ЦВБ и ХИМ изменениями сосудов, соответствующими атеросклерозу и ГБ. Тем более, что в качестве одной из причин вторичной КБГ рассматривается именно атеросклероз [1, 8]. Однако не представлялось возможным связать динамику развития неврологического дефицита у больной только с сосудистой природой заболевания. В частности – промежутком времени – около пяти лет, между первым эпилептическим припадком и появлением другой симптоматики. Стремительным, в течение полугода, нарастанием подкоркового синдрома в сочетании с изменениями личности; динамикой дрожательного гиперкинеза. Вначале по описанию он напоминал паркинсоновский, затем движения стали размашистыми, ограничивающими самообслуживание пациентки. Минимальность неврологического дефицита при первой госпитализации больной (2012 г.) с быстрым прогрессированием заболевания, начиная с января 2014 г., и с последующим в середине марта летальным исходом, чему сопутствовало учащение эпилептических припадков. Безусловно, полностью игнорировать сосудистый фактор было бы неправильно, наверняка он внес свою лепту в формирование клинической картины заболевания у пациентки. Это находит подтверждение и в данных МРТ. (МРТ от 8 марта 14 г, произведенное в режиме DVI, выявило свежий ишемический очаг в задних отделах левой лобной доли размером 1 см).

У 1,7 – 68% пациентов с удаленной щитовидной железой развивается гипопаратиреоз – заболевание, обусловленное снижением выработки паратгормона околощитовидными железами. Он проявляется выраженными нарушениями минерального обмена [4, 10, 12, 13, 13, 15] в виде гиперфосфатемии и гипокальциемии, приводящих к нарушению нейрональной и нервно-мышечной передачи. Ведущими в клинической картине гипопаратиреоза являются нервно-мышечные и судорожные нарушения – парестезии с ощущением ползания мурашек, похолодание конечностей, фибриллярные подергивания, мучительные мышечные спазмы. Судороги захватывают любые мышцы, в том числе мышцы лица («сардоническая» улыбка); мышцы конечностей («рука акушера», «конская стопа»); туловища (опистотонус). Судороги отличаются крайней болезненностью. Больной не производилось исследование минерального обмена, уровня паратгормона, но отсутствие у нее перечисленной симптоматики позволяло исключить гипопаратиреоз.

В нашем случае гипотиреоз у пациентки, подтвержденный контролем гормонального

профиля, и наблюдением эндокринолога, позволяет рассматривать именно эту патологию (в сочетании с сосудистым фактором) в качестве причины КБГ. Саму же кальцификацию отнести к вторичной КБГ (синдрому Фара). Не исключено, что нарушение обмена кальция у пациентки обусловлено нарушением обмена кальцитонина (снижение его продукции приводит к гиперкальциенемии) как следствие повреждения перифолликулярных тканей. Синдромокомплекс, формирующий клиническую картину у нашей пациентки (сочетание изменения личности, синдрома паркинсонизма и эпилептических припадков), рассматривать как проявление КБГ. Первичная и вторичная кальцификация базальных ганглиев – процесс с медленным нарастанием неврологического дефицита. В нашем случае еще в 2012 г. не регистрировались признаки поражения подкорковых узлов, в 2013 г. появилось дрожание в правой руке и с февраля 2014 г. клиника нарастает как снежный ком, что совпадает с учащением эпилептических припадков. Это позволяет связать фатальный исход именно с этим моментом.

Нами представлены два наблюдения пациенток с кальцификацией базальных ганглиев. Данным сообщением мы хотели привлечь внимание специалистов к поиску причин формирования синдрома Фара.

ЛИТЕРАТУРА

1. Величко М.А., Васильев В.В., Филиппов Ю.Л. Синдром Фара при гипертонической болезни // Клиническая медицина. 1993. №2. С. 55–58.
2. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Эндокринология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. С. 767–773.
3. Калинин А.П., Котов С.В., Рудокова И.Г. Неврологические расстройства при эндокринных заболеваниях. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. 488 с.
4. Никонова Л. В. Гипопаратиреоз // Журнал ГрГМУ. 2003. №1 (1). С.3–8.
5. Пономарев В.В., Науменко Д.В. Болезнь Фара: клиническая картина и подходы к лечению // Журнал неврологии и психиатрии. 2004. №3. С. 42–45.
6. Пономарев В.В. Редкие неврологические синдромы и болезни. СПб: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2005. 216 с.
7. Скоромец А.А. Соматоневрология. СПб: СпецЛит, 2009. 655с.
8. Сморщок В.Н., Бельцевич Д.Г. Гипопаратиреоз // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. 2008. №2. С. 21–23.
9. Geschwind D.H., Loginov M., Stern J.M. et al. Identification of a locus on chromosome 14q for idiopathic basal ganglia calcification // Am J Hum Genet. 1999. Vol. 65, №3. P. 764—772.
10. Karamanakos S.N., Markou K.B., Panagopoulos K. et al. Complications and risk factors related to the extent of surgery in thyroidectomy. Results from 2,043 procedures // Hormones (Athens, Greece). 2010. Vol. 9, № 4. P. 318–325.
11. Maghraoui A., Birouk N., Zaim A. Fahr syndrome and dysparathyroidism // Presse Med. 1995. Vol. 24, №28. P. 1301–1304.
12. Pasieka J.L. Kindred spirits of the endocrines: the training of the future endocrine surgeons // Journal of Surgical Oncology. 2005. Vol. 89, №3. P. 202–205.
13. Reeve T., Thompson N.W. Complications of thyroid surgery: how to avoid them, how to manage them, and observations on their possible effect on the whole patient // World Journal of Surgery. 2000. Vol. 24, №8. P. 971–975.
14. Sasson A.R., Pingpank J.F. Jr., Wetherington R.W., Hanlon A.L. et al. Incidental parathyroidectomy during thyroid surgery does not cause transient symptomatic hypocalcemia. Archives of Otolaryngology // Head and Neck Surgery. 2001. Vol. 127, №3. P. 304–308.
15. Wilson R.B., Erskine C., Crowe P.J. Hypomagnesemia and hypocalcemia after thyroidectomy: a prospective study // World J. Surg. 2000. Vol. 24. P. 722–726.

REFERENCES

1. Velichko M.A., Vasil'ev V.V., Filippov Yu.L. *Klinicheskaya meditsina*. 1993. №2. pp. 55–58. (in Russian)
2. Dedov I.I., Mel'nichenko G.A. *Endokrinologiya: natsional'noe rukovodstvo*. Moscow: GEOTAR-Media, 2008. pp. 767–773. (in Russian)
3. Kalinin A.P., Kotov S.V., Rudokova I.G. *Nevrologicheskie rasstroistva pri endokrinnykh zabolevaniyakh.* Moscow: OOO «Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo», 2009. 488 p. (in Russian)
4. Nikonova L. V. *Zhurnal GrGMU*. 2003. №1 (1). pp. 3–8. (in Russian)
5. Ponomarev V.V., Naumenko D.V. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii*. 2004. №3. pp. 42–45. (in Russian)
6. Ponomarev V.V. *Redkie nevrologicheskie sindromy i bolezni*. St.Petersburg: OOO «Izdatel'stvo FOLIANT», 2005. 216 p. (in Russian)
7. Skoromets A.A. *Somatonevrologiya*. St.Petersburg: SpetsLit, 2009. 655 p. (in Russian)
8. Smorshchok V.N., Bel'tsevich D.G. *Klinicheskaya i eksperimental'naya tireoidologiya*. 2008. №2. pp. 21–23. (in Russian)

Поступила 21.03.16.

НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ

Неврологический вестник — 2016 — Т. XLVIII, вып. 2 — С. 63—66

УДК: 616.89—008.441.13

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВНУТРИВЕННОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ МЕТИЛЕНДИОКСИПИРОВАЛЕРОНА У ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ СТИМУЛЯТОРОВ

Азат Раилевич Асадуллин [1,2], Владимир Лабибович Юлдашев [1], Эльвина Аслямовна Ахметова[2]

[1]Башкирский государственный медицинский университет, 450000, г. Уфа, ул. Ленина, д. 3, e-mail: droar@yandex.ru, [2]Республиканский наркологический диспансер №1 Минздрава РБ, 450005, г. Уфа, ул. Пушкина, д. 119/1, e-mail: aea1202@yandex.ru

Реферат. В последние годы отмечается общемировая тенденция роста приема новых синтетических наркотических средств. При этом, ввиду формирования толерантности и иных осложнений, формируется смена ингаляционного приема стимуляторов на внутривенное. Одним из ярких представителей этой группы стимуляторов является-метелендиоксипировалерон. Описывается клинический случай формирования физической и психической зависимости от наркотических средств группы стимуляторов и формирование феномена парентерального приема.

Ключевые слова: клинический случай, метилендиоксипировалерон, «соль», наркозависомость, синтетические стимуляторы, наркотическое средство.

MEDICAL CASE OF INTRAVENOUS INJECTION OF METHYLENEDIOXYPYROVALERONE IN A PATIENT DIAGNOSED WITH SYNTHETIC DRUG ADDICTION SYNDROME

Azat R. Asadullin[1,2], Vladimir L. Yuldashev[1], Elvina A. Akhmetova[2]

[1]Bashkirsky state medical university, Ufa, Lenin street, 3, e-mail: droar@yandex.ru, [2]The republican narcology dispenser №1 of Health Ministry of Bashkir Republic, Ufa, Pushkin street 119/1, e-mail: aea1202@yandex.ru

In recent years, consumption of synthetic drugs has been increasing worldwide. In addition to the above, intravenous administration of synthetic drugs has overtaken pulmonary administration due to tolerance affect and side effects. Methylenedioxypyrovalerone is a common type of synthetic drugs. The study describes a medical case of developing physical and psychological addiction to the drugs classified as stimulants and administered parenterally.

Key words: medical case, Methylenedioxypyrovalerone, “drug salts”, drug addiction, synthetic stimulants, narcotic drug.

В последние годы наблюдается общемировая тенденция производства новых психоактивных веществ наркотического действия, произведенных синтетическим путем, так называемых «дизайнерских наркотиков» [5]. Это обусловлено их доступностью и, во многом, фактической легальностью, что позволило им стремительно обогнать уже традиционные наркотические средства. Известные под названиями «Спайс», «соли», «кристаллы» они распространяются через Интернет, посредством общедоступных социальных сетей, с использованием виртуальных платежных систем [6]. Несмотря на усилия спецслужб, постоянно дополняющих список запрещенных веществ, полностью взять ситуацию под контроль не удается, поскольку на смену запрещенным веществам, достаточно быстро приходят новые, не уступающие, а порой и превосходящие по своему наркотическому воздействию и аддиктивному потенциалу вещества [1]. Иногда действие новых синтетических наркотических средств значительно отличается от действия природных аналогов настолько, что можно говорить о появлении нового класса наркотических средств. В настоящее время, согласно «Докладу о наркоситуации в Республике Башкортостан по итогам 2014 года», опубликованным Управлением ФСКН по РБ [1] отмечается резкое повышение немедицинского оборота наркотических средств нового поколения. Аналогичная тенденция отмечается по данным ООН [Всемирный доклад о наркотиках, 2012], в течение последних двух лет предложения героина, кокаина и каннабиса на международных рынках либо снижались, либо оставались стабильными, но при этом был отмечен рост новых синтетических «дизайнерских» наркотиков [7]. Термин «дизайнерские» («аналоговые») наркотики в научной литературе используется для описания веществ, которые создаются с целью обхода действующих законов о наркотических средствах, как правило, путём изменения различными способами молекулярной структуры уже выявленных нелегальных препаратов [3]. За последние годы отмечалось несколько волн распространения «новых» наркотиков. Исторически большая часть «дизайнерских» наркотиков были либо опиатами, либо

галлюциногенами. В основном это были галлюциногенные вещества, имевшие схожую структуру с такими известными препаратами как псилоцибин и мескалин, и которые принимались для «развития духовности» (энтеогены), «рефлексии» (психоделики) или «отдыха». Период с 2007 года характеризуется устойчивым расширением спектра различных химических соединений. Особенно бурное их развитие наблюдалось в 2009–2010 годах и продолжается до настоящего времени [4]. Многие пациенты, которые начинали прием наркотических средств нового поколения, в последние годы, и продолжают наркотизацию по настоящее время уже находятся в выраженной стадии заболевания, одним из отличительных признаков которого, является «рост толерантности» [5]. Соответственно, наркопотребители, использующие в основном ингаляционный метод введения, начинают увеличивать дозировку или частоту приема (ингаляций) или переходят на парентеральные (внутривенные) приемы наркотических средств [2]. Кроме этого, следует отметить повреждения дыхательных путей, легочного сурфактанта и альвеолярной ткани, вследствие длительного воздействия химического, механического и температурного травмирующего фактора [5]. Происходит патомофоз клинической картины, сопровождающийся необходимостью коррекции диагностических, прогностических и терапевтических мероприятий. Среди опубликованных исследований, как зарубежных, так и отечественных, практически не встречается подробный клинический разбор пациентов с диагнозом F15 – «зависимость от стимуляторов», перешедших с ингаляционного приема на парентеральный. В связи с этим, мы считаем, что представленный нами клинический случай пациента с зависимостью от метилендиоксипировалерона (МДПВ; 3,4-methylenedioxypyro-valerone; MDPV), при внутривенном его употреблении будет интересен широкому кругу специалистов.

Пациент 1990 года рождения. Житель города Уфы. Был госпитализирован в стационарное отделение Республиканского наркологического диспансера №1 Министерства Здравоохранения Республики Башкортостан по направлению амбулаторной наркологической службы.

Анамнез. Наследственность нервно-психическими заболеваниями отягощена алкоголизмом по линии отца. Единственный ребенок в семье. Беременность и роды протекали без осложнений. В возрасте 9 месяцев перенес серозный менингит, последствием которого были эпизодические тонико-клонические судороги до 4-летнего возраста. Рос и развивался соответственно возрасту, был очень активным ребенком. Посещал детский сад, адаптировался хорошо, в это время наблюдался у детского психолога с диагнозом «гиперактивность». В школу пошел с 6 лет. Учился на «отлично» до 5 класса, отношения в классе были доброжелательные. Характер отношений родителей уточнить не может, так как отца не знал с рождения. Проживали в частном доме с удобствами на улице. Мать эпизодически проживала с разными мужчинами, отношений с которыми, ввиду непродолжительности, не помнит. В 9-летнем возрасте перенес ДТП – сбила машина по дороге из школы, в результате чего был госпитализирован с переломом ключицы и руки, получил черепно-мозговую травму (на учете у невролога не состоит). По этой же причине дважды перенес операцию под общим наркозом на тазовые кости с промежутком в один год. В 11-летнем возрасте проводилась аппендэктомия под общим наркозом. В возрасте 12 лет мать погибла на пожаре в результате злоупотребления алкоголем. Считает, что ее убили, а потом подожгли дом. Свою мать пациент характеризует скорее положительно. После смерти матери полностью переехал к родителям матери в благоустроенную квартиру, в связи с чем пришлось сменить школу. В новой школе отношения с классом не сложились, одноклассники стали его обижать, школьную программу не усваивал, эпизодически прогуливал занятия. Начал бродяжничать, попробовал курить, поставили на учет в Комиссию по делам несовершеннолетних (КДН). Неоднократно разбирался КДН в связи с кражами, бродяжничеством. С 14 лет стал употреблять клей «Момент», дышать парами бензина. Был поставлен на наркологический учет с диагнозом: «Употребление летучих растворителей». Про опыт употребления рассказывает позитивно. С его слов употреблял «от одиночества», в момент употребления наблюдал красочные галлюцинации, «не было чувства одиночества и ненужности». Закончил 9 классов, затем поступил в колледж по специальности мастер технического обслуживания. Через год обучения, был отчислен за пропуски. Далее поступил в училище по специальности мастер технического обслуживания и ремонту машинотракторного автопарка. В училище характеризовался как ученик со средними знаниями, к друзьям и взрослым относился уважительно, однако авторитетом не пользовался. Со стороны администрации имел много взысканий и замечаний. Официально нигде не работал, подрабатывал. Проживает с бабушкой, дедушка умер от инфаркта, после его смерти «почувствовал абсолютную свободу». С возраста 15 лет стал употреблять алкоголь, преимущественно пиво и вино. Нравилось первая часть опьянения, было «спокойно, безмятежно, проблемы отходили на второй план». В армии не служил, со слов в связи с заболеваниями.

Анамнез заболевания. Впервые ингаляционно употребил наркотическое средство в 17-летнем

возрасте (анашу). Основным мотивом первого употребления называет любопытство. Ощущения не помнит. Далее употребление марихуаны носило кратность 3-4 раза в месяц, в течение 5-6 лет. В этот период было три-четыре пробы героина, ингаляционно, 1 раз парентерально. Со слов «ощущения не понравились»: выраженная тошнота, вялость, отсутствие каких-либо положительных эффектов. Продолжил употреблять гашиш, марихуану. Вскоре, с 22 лет присоединилось почти ежедневное употребление ингаляционно «солей». Впервые попробовал курить синтетический наркотик «соль», по предложению дилера, так как марихуану «стало не достать». Ощущения при пробе сразу понравились: почувствовал радость, «прилив сил, эротическое возбуждение», «хотелось общаться, двигаться». При этом отмечал усиление сухости во рту, потоотделения, нечеткое зрение, сердцебиение, слабое головокружение. Такие переживания длились несколько часов. Ночь провел без сна, наутро резко снизилось настроение и пропал аппетит, не мог «ничего делать». Состояние нормализовалось только через сутки. Вначале при употреблении наркотика ощущал подобный прилив сил и энергии, отмечал отсутствие желания сна, исчезал аппетит. Стал употреблять наркотическое средство «для получения сексуальной энергии и переживаний», не отрицает, что при употреблении наркотиков были и гомосексуальные контакты, чего стесняется и отказывается обсуждать. Кроме того, присоединились поражения дыхательного аппарата: «кашлял так, что легкие выплевывал… дышать было больно…иногда покуришь пару дней без перерыва, потом грудь и горло ожогом горят». Прекращение приема наркотика сопровождалось астенодепрессивным синдромом. По мере увеличения дозы наркотического средства стали выявляться галлюцинаторно-параноидные явления. У больного стали возникать мысли, что его пытаются отравить, казалось, что за ним периодически следят различные люди. Срывал дома обои, разбил статуэтки, телевизор – «искал камеры». Привычная доза наркотического средства «соли» уже не действовали, употребления наркотиков стали многодневными: «я уже знал, что одного двух раз мало, брал «две с полкой» и закрывался в квартире и «курил одну за друой». Стал тратить много денег на наркотики, в это же время попал под следствие по статье 228,1. В связи с чем, решил «по совету друзей» попробовать употребление наркотика внутривенно. Первый опыт описывает так: «проснулся, наверное, после трехдневного потребления, головы нет, тела нет, осталось в пакетиках по краешку», на «раз точно не хватало». Водой из крана (5-7 мл) промыл пакетики, и этот раствор пытался ввести в вену. Не помнит, получилось или нет, так как проснулся в наркологическом диспансере в отделение психозов, где провел 21 день. От предложенной реабилитации отказался, был выписан домой, после чего не употреблял около месяца после выписки. Начало текущего потребления мотивировал целью снять похмелье после «новогоднего запоя». В начале употреблял эпизодически ингаляционно, затем стал употреблять внутривенно. Причины перехода на парентеральное введение прежние. При парентеральном употреблении отмечал: наплыв выраженных интенсивных ощущений – «прилив радости и восторга», при этом, практически при введении, «на игле», следовал резкий выдох, иногда отмечал даже небольшое вскрикивание, появился «какой-то вкус во рту – как будто пластмасса жженая или солярка», очень выраженное сердцебиение, «резко стало хорошо», потом возникло «сильное сексуальное возбуждение». Переживания были аналогичны таковым, как при курении, но при этом были значительно ярче, и эмоционально окрашеннее. Однако, при этом отмечал период возбуждения очень короткие около 20–30 минут, соответственно употребление участилось до 4-7 раз в сутки. Попытки «покурить» уже не приносили облегчения, в связи с чем, пациент полностью перешел на парентеральный прием наркотического средства. За три месяца приема «соли» похудел на 11 килограмм. Последний прием наркотика, в ночь перед поступлением в стационар.

Психический и наркологический статус. Сознание не нарушено. Контакту доступен. Правильно ориентирован в собственной личности, времени, месте нахождения. Крайне истощен, астенизирован, неопрятен. Во время осмотра старается лечь на кушетку, перестает говорить или переходит на шепот. Отвечает на вопрос после значительной паузы. Реагирует только на громкий голос. Периодически перебирает одежду, подтягивает брюки, расстегивает или застегивает пуговицы. Во время разговора часто меняется фон настроения, становится вспыльчивым, однако быстро «отходит». Во время опроса монотонно повторяет «что я тут делаю… что я тут делаю». Словарный запас достаточный. На вопросы отвечает односложно, но, в основном, по-существу. Требуется постоянная вербальная стимуляция. Себя характеризует спокойным, адекватным. На момент осмотра психопродуктивной симптоматики, бредовых идей не обнаруживает. Пробы на скрытые галлюцинации отрицательны. Суицидальные тенденции не обнаруживает. Внимание привлекаемое, резко истощаемое при возрастающих нагрузках. Тест по Крепелину выполняет с ошибками. Мышление в замедленном темпе. Запас школьных знаний посредственный. Запас общежитейских знаний достаточный. В суждениях поверхностен. Сосредоточен на своих переживаниях. Заявляет, что очень хочет употребить наркотик, но «он его не «берет», докололся уже…».

Диагноз: F.15.242 F15.3 Синдром зависимости от стимуляторов средней степени тяжести, фаза обострения. Абстинентный синдром средней степени тяжести.

Получал инфузионную терапию, транквилизаторы, метаболиты, гепатопротекторы, витаминотерапию. В отделении после поступления сон поверхностный с

частыми пробуждениями. Жаловался на «некоторую тревожность», «шевеления внутри тела», просил выключить «это шоу – знаю, что снимают Дом-2, но я отказываюсь». Высказывал идеи, которые объяснить был не в состоянии. За четыре дня стационарного лечения состояние значительно улучшилось, сон нормализовался, настроение улучшилось. Сохранялась только незначительная астеническая симптоматика. С интересом принимал лечение, просил назначить внутривенные препараты. За время наблюдения режим не нарушал, лечение принимал по схеме, влечение к психоактивным веществам отрицал. Выписан на 14 сутки в связи с переводом в реабилитационный центр. Сожалел о приеме наркотиков.

Сомато-неврологический статус. Состояние относительно удовлетворительное. АД 130/90, Ps 102, ЧД 30, t 37,7. В позе Ромберга пошатывание, стоит с поддержкой, тремор пальцев рук, Зрачки D=S, Рефлексы D=S, с верхних конечностей умеренно повышены. Результаты анализов. ОАК, ОАМ – без патологии. Биохимический анализ крови при по- ступлении: АЛТ 228 Ед/л, АСТ 171 Ед/л, ГГТП 175 Ед/л. RW, ВИЧ – отрицательные. При рентгенологическом исследовании обнаружены изменения, типичные для поражения легких. Выраженность рентгенологических изменений коррелирует с тяжестью дыхательных нарушений. Визуализируется усиление легочного рисунка, летучие эозинофильные инфильтраты, симптом «матового стекла», эмфизема и признаки пневмосклероз. Проявления интерстициального фиброза в легких. Результат анализа мочи методом имунохроматографического анализа: обнаружены вещества группы а-метилпировалерона (a-mpv). ЭКГ при поступлении: ритм синусовый, ЧСС 43 уд/мин. Результаты компьютерной томографии головного мозга: Мелкие лакунарные кисты в проекции базальных ядер, лобных и теменных долях с обеих сторон. Картина умеренной глобальной кортикальной атрофии. Результаты УЗИ ОБП. Печень: увеличена +2 см, контуры чёткие, ровные, эхогенность умеренно повышена, структура диффузно неоднородная. Сосудистый рисунок без особенностей. Желчный пузырь: объём средний, контуры чёткие, ровные, толщина стенки до 3 мм, в просвете без патологических структур. Селезёнка: без особенностей. Поджелудочная железа: умеренно отечна, контуры чёткие, ровные, эхогенность повышена, структура диффузно неоднородная. Проток не расширен.

Заключительный диагноз: F.15.242 F15.3 Синдром зависимости от стимуляторов средней степени тяжести, фаза обострения. Абстинентный синдром средней степени тяжести.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доклад о наркоситуации в Республике Башкортостан по итогам 2014 года. Утвержден протоколом заседания антинаркотической комиссии Республики Башкортостан от 19.03.2015 №36. Уфа: Здравоохранение Башкортостана, 2015. 222 с.
2. Инновационная инклюзивная модель комплексной реабилитации и социализации потребителей психоактивных веществ (на примере пчеловодства) [В.Н. Саттаров, В.Р. Туктаров, А.Р. Асадуллин, Э.А. Ахметова, А.А. Стовбчатый]. учеб. пособие: Уфа: Изд-во БГПУ, 2016. 389 с.
3. Каклюгин Н.В. «Синтетическая» Россия: прогрессирующее самоубийство наркотизирующейся молодежи // Медицина. 2014. №4. С. 1–27.
4. Менделевич В.Д. Психотические расстройства в результате употребления наркотиков: современное состояние проблемы // Наркология. 2014. №7. С. 93–100.
5. Юлдашев В.Л. , Асадуллин А.Р. , Ахметова Э.А., Рахматуллин Э.Р. Цели и мишени первичной профилактической программы «Здоровая семья» // Медицинский вестник Башкортостана. 2015. №4. С. 5–9.
6. Karila L., Megarbane B., Cottencin O. et al. Synthetic Cathinones: A New Public Health Problem // Curr Neuropharmacol. 2015. №13. P. 12–20.
7. Muller H., Sperling W., Kohrmann M. et al. The synthetic cannabinoid Spice as a trigger for an acute exacerbation of cannabis induced recurrent psychotic episodes // Schizophrenia Research. 2010. Vol. 118. №1–3. P. 309–310.

REFERENCES

1. Doklad o narkosituatsii v Respublike Bashkortostan po itogam 2014 goda. Utverzhden protokolom zasedaniya antinarkoticheskoi komissii Respubliki Bashkortostan ot 19.03.2015 №36. Ufa: Zdravookhranenie Bashkortostana, 2015. 222 p. (in Russian)
2. Innovatsionnaya inklyuzivnaya model' kompleksnoi reabilitatsii i sotsializatsii potrebitelei psikhoaktivnykh veshchestv (na primere pchelovodstva) [V.N. Sattarov, V.R. Tuktarov, A.R. Asadullin, E.A. Akhmetova, A.A. Stovbchatyi]. ucheb. posobie: Ufa: Izd-vo BGPU, 2016. 389 p. (in Russian)
3. Kaklyugin N.V. *Meditsina*. 2014. №4. pp. 1–27. (in Russian)
4. Mendelevich V.D. *Narkologiya.* 2014. №7. pp. 93–100. (in Russian)
5. Yuldashev V.L. , Asadullin A.R. , Akhmetova E.A., Rakhmatullin E.R. *Meditsinskii vestnik Bashkortostana.* 2015. №4. pp. 5–9. (in Russian)

Поступила 24.03.16.

КРАТКОЕ СООБЩЕНИЕ

Неврологический вестник — 2016 — Т. XLVIII, вып. 2 — С. 67—69

УДК: 616.89—02—084:613.83:159.922

ОСОБЕННОСТИ РОДИТЕЛЬСКИХ СЕМЕЙ ПОДРОСТКОВ-УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ

Илья Игоревич Белокрылов

НИИ психического здоровья, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, д. 4, e-mail: ibvk11@mail.ru

Реферат. Целью исследования являлось изучение особенностей наркологической ситуации и влияющих на нее микросоциальных показателей среди старшеклассников общеобразовательных школ. Выявлено, что опыт потребления наркотиков имеют 8,7% школьников. Анализ микросоциальных факторов риска потребления психоактивных веществ позволяет сделать вывод, что в превентивных вмешательствах нуждаются как представители очевидных групп риска (из семей с низким материальным уровнем, с конфликтными отношениями, со злоупотреблением алкоголем), так и подростки из внешне благополучных семей.

Ключевые слова: подростки, употребление психоактивных веществ, микросоциальные факторы, профилактика.

CHARACTERISTICS OF PARENTAL FAMILIES OF SECONDARY SCHOOL STUDENTS AND PREVALENCE OF SUBSTANCE USE AMONG ADOLESCENTS

Il'ya I. Belokrylov

Mental Health Research Institute,
634014, Tomsk, Aleutskaya St. 4, e-mail: ibvk11@mail.ru

The aim of this research was studying of substances consumption among students of secondary schools, and studying of the microsocial factors' influence on this process. It was revealed that 8,7% of secondary school students have experience of drug use. The analysis of microsocial risk factors has shown that preventive measures are needed both for schoolchildren from families with obvious problems (such as low material welfare, conflict, alcohol abuse) and teenagers from families which appear to be secured at first sight.

Key words: teenagers, substance use, microsocial factors, prevention.

По данным Минздрава, в России с каждым годом, начиная с 2008 г., число лиц, впервые в жизни взятых под диспансерное наблюдение с диагнозом «наркомания», уменьшается. Однако наблюдаемая динамика пока не дает достаточных оснований для оптимизма. Подростки и их родители часто настаивают на анонимном оказании наркологической помощи, и в результате не учитываются статистикой [1, 2]. Эти потребители психоактивных веществ (ПАВ) могут быть выявлены, к примеру, в случае психоза, повлекшего экстренное стационирование, и число таких госпитализаций сейчас возросло, но врачи сталкиваются с трудностями при диагностике [3]. По этим причинам неизвестное число молодых потребителей ПАВ «скрыто» среди сверстников, в т.ч., в учебных заведениях. Результаты ранее проведенных исследований на выборках студентов вузов выявили рост психодезадаптационных состояний, аддиктивной и невротической патологии у данного, традиционно считающегося благополучным, контингента [4, 5]. На фоне полученных данных представляется актуальным исследование наркологической ситуации на том уровне образовательной системы, через который проходит большинство населения. Поэтому целью нашего исследования стало изучение распространенности употребления ПАВ среди подростков, обучающихся в общеобразовательных учреждениях, и характеристик семей, в которых они воспитываются.

Было обследовано 766 учащихся муниципальных общеобразовательных учреждений г. Томска, из них 370 юношей, 396 девушек (средний возраст 15,1±1,1). Сплошное анонимное анкетирование проводилось при помощи специальных опросников, разработанных в НИИ психического здоровья [6]. В анкетах имеются прямые вопросы, касающиеся собственного опыта потребления ПАВ, а также косвенные, которые предполагали оценку респондентом числа лиц, употребляющих различные ПАВ, в своём окружении. Полученные данные были подвергнуты статистическому анализу при помощи программы Statistica 6.0.

Анализ социально-психологических характеристик семей учащихся показал, что 67,5% воспитывалось в полной семье, 20% – в неполной, 10,6% – в семье с отчимом или мачехой, 1,8% воспитывались опекунами. 70,3% респондентов оценивали отношения в своих семьях как «теплые»,

23,4% – «без особой теплоты, но и без выраженных конфликтов», 5,6% – как «конфликтные». По типам условий воспитания выборка распределилась следующим образом: гармоничные – 54,8%, протектирующая гиперопека – 23,5%, потворствующая гиперопека – 6,9%, завышенные требования – 6,7%, бессистемные – 3,9%, гипоопека – 2%. Материальный уровень своей семьи 49,5% респондентов оценили как средний, 47,7% – как высокий, 1,93% – как низкий. Употребление алкоголя в родительской семье у 66,2% школьников носило «традиционный» характер, у 24,5% – отсутствовало, 8,7% сообщили об алкогольных проблемах в родительских семьях.

Сведения о собственном опыте контактов респондентов с ПАВ показали, что регулярно потребляют табак 13,64%, пробовали табакокурение 33,2%, алкоголь потребляют 4,1%, пробовали – 51%, наркотические вещества потребляют 0,5%, пробовали – 8,7%. Данные косвенного опроса свидетельствуют о том, что у большинства опрошенных в окружении присутствуют лица, имеющие опыт употребления алкоголя. С лицами, употребляющими каннабиноиды эпизодически знакомы 49,8% школьников, а с активными потребителями – 33,2%. О наличии в своем окружении людей, пробовавших ингалянты, сообщают 33,8% респондентов, о знакомых потребителях ингалянтов – 23,1%. У 10,7% подростков имеются в окружении лица, употреблявшие ПАВ внутривенно.

Далее нами был произведен ранговый корреляционный анализ по Спирмену. Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что высокий уровень употребления алкоголя в семье ($p<0,05$) способствует увеличению присутствия потребителей табака, алкоголя, каннабиса и ингалянтов среди социальных контактов подростка.

Произведенный дискриминантный анализ позволил разделить подростков на группы в зависимости от типа семейного воспитания и потребления ПАВ как самими школьниками, так и их окружением (Wilks' Lambda: 0,7988986 $p<0,01$). При «бессистемных» условиях воспитания наиболее распространены контакты с потребителями алкоголя (96,2%), каннабиноидов (52%) и инъекционных препаратов (23,1%). Среди учащихся с «гармоничными» условиями воспитания 89,7% школьников сообщили, что в их референтном окружении есть лица, регулярно курящие табак, 85,42 % знакомы со сверстниками, неоднократно принимавшими спиртные напитки, 41,4% – с потребителями каннабиноидов. Подростки, воспитываемые в условиях завышенных требований, чаще общаются с потребителями стимуляторов (25,6%), при типе воспитания «потворствующая гиперопека» 45,5% знают потребителей ингалянтов.

Далее нами был произведен сравнительный анализ социальных характеристик школьников, в зависимости от их отношения к ПАВ. Было выявлено, что для группы школьников, не пробовавших ПАВ, более характерны гармоничные условия воспитания (в 71,4% случаев, при 62,2% у имеющих опыт потребления; $p=0,0497$), высокий уровень материального достатка родительской семьи (48,7% vs 37,8% соответственно; $p=0,0374$). Школьники, имеющие опыт потребления наркотических веществ, значимо чаще характеризовали родительские отношения как «конфликтные» (10,8% vs 5,2% при отсутствии наркотического опыта; $p=0,0247$), вдвое чаще воспитывались в семьях, имеющих алкогольные проблемы (16,2% vs 8,1%; $p=0,0101$).

Полученные данные свидетельствуют о том, что подростки в основном воспитывались в полных семьях с гармоничными условиями воспитания, но данное обстоятельство не может являться гарантией того, что подросток не будет иметь контактов с аддиктивной средой. При этом стиль семейного воспитания может способствовать общению подростка вне семьи с лицами, имеющими аддиктивные пристрастия. Так, уставшие от завышенных требований подростки ищут сочувствия у потребителей стимуляторов, а подростки, воспитывающиеся в бессистемных условиях, являются группой риска для возникновения различных аддикций. Вовлечение в наркологически неблагополучную среду грозит также тем подросткам, в родительских семьях которых имеются лица, злоупотребляющие алкоголем. Дальнейший анализ выявил, что конфликтные отношения в семье, низкая материальная обеспеченность способствуют первым пробам наркотиков у подростков. Таким образом, проведенное исследование позволяет выявить мишени для антинаркотической работы среди подростков-школьников. Обнаруженные взаимосвязи показывают, что объектами для профилактики зависимостей должны быть как представители очевидных групп риска, так и подростки из внешне благополучных семей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мандель А.И., Артемьев И.А., Невидимова Т.И. и др. Клинико-патобиологические закономерности формирования и патоморфоза алкоголизма и наркоманий в социально-организованных популяциях // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2015. №3 (88). С.53–63.

2. Мандель А.И., Бохан Н.А., Аболонин А.Ф. и др. Социально-психологические детерминанты делинквентных форм поведения при аддиктивных состояниях // Вопросы ментальной медицины и экологии. 2006. Т. XII, № 1. С. 63–67.

3. Менделевич В.Д. Психиатрия в эпоху аддиктологии: новые диагностические и терапевтические реалии // Неврологический вестник. 2015. №2. С.5–15.

4. Бохан Н.А., Воеводин И.В., Асланбекова Н.В. Динамика аддиктивных расстройств у студентов и возможности ее отражения в программах по психопрофилактике // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014. №5, вып.2. С. 29–32.

5. Воеводин И.В., Бохан Н.А., Аболонин А.Ф. и др. Структура, динамика и психологические характеристики мотивировок употребления психоактивных веществ у учащихся высших и средних учебных заведений // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2014. №4. С. 37–42.

6. Бохан Н.А., Воеводин И.В. Микросоциальные факторы риска аддиктивного поведения у студентов вузов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009. №1(52). С. 37–40.

REFERENCES

1. Mandel' A.I., Artem'ev I.A., Nevidimova T.I. et al. *Sibirskii vestnik psikhiatrii i narkologii*. 2015. №3 (88). pp.53-63. (in Russian)

2. Mandel' A.I., Bokhan N.A., Abolonin A.F. et al. *Voprosy mental'noi meditsiny i ekologii*. 2006. XII(1). pp. 63–67. (in Russian)

3. Mendelevich V.D. *Nevrologicheskii vestnik*. 2015. №2. pp.5–15. (in Russian)

4. Bokhan N.A., Voevodin I.V., Aslanbekova N.V. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova*. 2014. №5-2. pp. 29–32. (in Russian)

5. Voevodin I.V., Bokhan N.A., Abolonin A.F. et al. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoi psikhologii im. V.M. Bekhtereva*. 2014. №4. pp. 37–42. (in Russian)

6. Bokhan N.A., Voevodin I.V. *Sibirskii vestnik psikhiatrii i narkologii*. 2009. №1(52). pp. 37–40. (in Russian)

Поступила 28.12.15.

КРАТКОЕ СООБЩЕНИЕ

Неврологический вестник — 2016 — Т. XLVIII, вып. 2 — С. 70—72

УДК: 616.89—008.441.44

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С СУИЦИДАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ, НАСТУПИВШЕЙ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА И В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ

***Татьяна Викторовна Моренец*[1, 2]**

[1]Брянская областная психиатрическая больница №1,
241047, г. Брянск, ул. Салтыкова-Щедрина, д. 1а,
[2]Смоленский государственный медицинский университет,
214019, г. Смоленск, ул. Крупской, д. 28, e-mail: morenect@mail.ru

Реферат. Проанализированы случаи суицидального поведения в психиатрических стационарах и в ранние сроки после выписки. В статье приводится сравнение контингента больных с неоднократными суицидальными попытками и пациентов совершивших суицид с учетом особенностей и целей суицидальных действий, характеристик суицидального конфликта. Выявлены клинико-социальные особенности суицидентов, а так же факторы риска суицидальной дезадаптации в психиатрическом стационаре.

Ключевые слова: суицидальное поведение, суицидальный риск, суицид, самоубийство.

CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTIC OF PATIENTS WITH SUICIDAL DISADAPTATION IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL AND AT EARLY TERMS AFTER DISCHARGE FROM THE HOSPITAL

Tatyana V. Morenec

Bryansk Regional Psychiatric Hospital №1, 241047, Building 1A, Saltykov-Shchedrin str., Bryansk, Russian Federation, Smolensk State Medical University, 214019 Building 28, Krupskaya str., Smolensk, Russian Federation, e-mail: morenect@mail.ru

The cases of suicidal behavior in psychiatric hospitals and in the early terms after discharge from the hospital were analyzed. The article presents a comparison of patients with repeated suicide attempts and patients who committed suicide based on the peculiarities and objectives of suicidal acts, characteristics of suicidal conflict. There were identified clinical-social characteristics and risk factors of suicidal disadaptation in a psychiatric hospital.

Key words: suicidal behavior, suicidal risk, suicide.

Суицидальное поведение (СП) в психиатрической клинике состоит из небольшой, но клинически значимой части случаев суицидов и суицидальных попыток. В психиатрическом стационаре проводится медикаментозная терапия депрессивных состояний у пациентов с наиболее тяжелыми формами суицидального поведения и неоднократными суицидальными попытками в анамнезе [1]. Существует гипотеза о том, что у лиц с многократными попытками СП носит аддиктивный характер [2]. Изучению суицидогенеза в условиях постоянного медицинского наблюдения до сих пор уделялось недостаточно внимания. Изучение возникновения, динамики развития и реализации СП у пациентов психиатрического стационара необходимо, так как изучаемое явление – не только значимый критерий качества суицидологической помощи, но и показатель качества всего лечебно-диагностического процесса. Выявление ошибок диагностики и курации со стороны врачей и медперсонала в процессе клинического анализа суицидальной попытки или суицида больного в клинике способствует совершенствованию психиатрической помощи и предотвращению подобных трагических событий в последующем.

Целью исследования являлось совершенствование суицидологической помощи в психиатрических стационарах путем изучения особенностей СП «больничных пациентов» и в ранние сроки по их выписке с учетом клинико-социальных особенностей, целей суицидальных действий, характеристик суицидального конфликта, а также степени суицидального риска.

Проведен ретроспективный анализ 40 эпизодов СП (10 суицидов и 30 суицидальных попыток) в психиатрических стационарах Брянска и Смоленска и в ранние сроки после выписки. Проводилось комплексное психиатрическое и клинико-психологическое обследование пациентов с суицидальными попытками во время лечения в психиатрических больницах Брянска и Смоленска за 2012–2014 год с применением шкал депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS) и суицидального мышления Бека (SSI).В исследование не включались больные совершившие ауто-

агрессивные действия под влиянием расстройств восприятия или же по бредовым мотивам, пациенты с выраженной деменцией. На период исследования средний возраст пациентов составил 41,92±13,2 года. Контрольную группу составили пациенты, страдающие психическим расстройством, но без суицидальных форм поведения, сопоставимые по половозрастному и нозологическому составу.

Исследуемый контингент характеризовался социальной, трудовой дезадаптацией, а так же почти в половине случаев пациенты имели неблагоприятные материально-бытовые условия. Лишь у 10% пациентов были свои семьи и дети, 45% проживали одиноко. Каждый пятый имел низкий профессиональный статус, а каждый второй – инвалид по психическому заболеванию. У всех госпитализации повторны. Около 60% исследуемых имели 2-3 и более госпитализаций в течение одного года.

В исследуемой группе преобладали пациенты с тяжелой эндогенной или экзогенно-органической психической патологией. Основной контингент составили больные параноидной шизофренией (F2) – 62,5% и органическим поражением головного мозга (F0) – 25%. Оставшиеся 12,5% больных представлены невротическими расстройствами (F4) и расстройствами настроения (F3).

С учетом типологии О.П. Вертоградовой депрессивного синдрома по ведущему аффекту, в группе шизофрении гипотимия сочеталась с тревогой (55%), тоской (30%), апатией (15%). В группе органического поражения головного мозга у всех больных гипотимия сочеталась с тревожным компонентом. При оценке депрессии по шкале MADRS среди пациентов, исследованных после совершенной попытки, у 70% выявлена тяжелая депрессия, у остальных – депрессия умеренной степени тяжести. Полученные данные сопоставимы с контрольной группой (соответственно 63% и 37%). Однако при оценке по шкале SSI выявлены значимые различия по сравнению с контрольной группой ($p \leq 0,01$). В основной группе отмечались высокие показатели (22–38 баллов) у 70% обследуемых, у 30% – выявлялись показатели в пределах 15–22 баллов, что также соотносится с определенной степенью суицидального риска.

Среди исследуемых случаев было 45% проявлений СП в психиатрической больнице, 5% – во время лечебного отпуска; 17,5% – пациентами дневного стационара; 40% – в течение недели после выписки. Условия психиатрического стационара значительно сужают выбор способов покушения на самоубийство. Чаще всего это случаи нанесения самопорезов осколками битого стекла – 44% и самоповешения – 27%, падение с высоты (открытое окно, незащищенный лестничный пролет) – 16%, самоотравления лекарственными средствами – 11%. Среди внестационарных случаев СП (в дневном стационаре, в лечебном отпуске, после выписки), наоборот, преобладали случаи самоотравления психотропными лекарственными средствами (32%), а случаев нанесения самопорезов зарегистрировано не было, среди четырех случаев падения с высоты, три закончились летально, зарегистрирован один случай самоутопления во время лечебного отпуска. Самоповешения внутри и вне стационарно встречались примерно одинаково – около 30% случаев. О серьезности суицидальных намерений говорит тот факт, что суицидальные попытки совершались преимущественно в ночное и вечернее время. В 60% случаев пациенты пытались укрыться от медицинского персонала или от других больных. Почти в половине случаев после совершенной суицидальной попытки потребовалась транспортировка больных в хирургическое или травматологическое отделение, что говорит о серьезности суицидальных намерений (четверть из них завершилась суицидом).

При ретроспективной оценке предшествующих накануне суицидальной попытки событий выявлены следующие особенности: предшествовал конфликт или же агрессивные действия в отношении медицинского персонала – 30% пациентов; присутствовала запись о конфликте с родственниками, сообщение о разрыве отношений во время свидания – 27%; высказывали недовольство условиями пребывания в стационаре – 30%. В 40% случаев не было сведений, указывающих на мотив совершения суицидальных действий.

Для 77% исследуемых пациентов СП была повторной, причем у трети в анамнезе было три и более, у 13% – пять и более суицидальных попыток в анамнезе. Для 20% исследуемых это была повторная суицидальная попытка в стационаре. В структуре контингента с множественными суицидальными попытками преобладали пациенты с органическим поражением головного мозга (F0), в структуре депрессивного синдрома которых преобладала тревога. Это были больные с выраженной социально-трудовой дезадаптацией, с эпизодами нарушения поведения и злоупотребления алкоголем в анамнезе, которые и в

предыдущие госпитализации совершали аутоагрессивные действия.

Из 10 случаев суицида: в двух смерть зафиксирована в психиатрической больнице, один пациент умер после перевода в соматический стационар. В большинстве же случаев (75%) самоубийство было совершено в первую неделю после выписки, причем двумя пациентами непосредственно в день выписки из больницы. Суициденты наоборот отличались отсутствием множественных суицидальных попыток в анамнезе, лишь у двух предшествовали единичные суицидальные попытки, это были пациенты с F0. У большинства не было эпизодов СП в анамнезе, у шести из них в медицинской документации не встречалось записей о наличии антивитальных переживаний и суицидальных мыслей. Во всех смертельных случаях, по данным из истории болезни и расспроса лечащего врача, пациенты скрывали суицидальные намерения, не предъявляя жалоб на психическое состояние. Преобладали больные шизофренией и биполярным аффективным расстройством. В психопатологической картине депрессивного синдрома преобладала апатия (80%), такие пациенты залеживались в постели, не вступали в контакт с другими больными, состояние было расценено как апато-абулический дефект в рамках хронического прогредиентного психического расстройства. Со слов родственников, среди больных, совершивших суицид после выписки, лишь у 20% отмечался обрыв терапии, пациенты скрывали суицидальные замыслы от врачей и родственников, был характерен так называемый аффективно-редуцированный тип пресуицида, что может свидетельствовать о долгосрочном планировании суицидальных замыслов во время лечения в психиатрической больнице.

Таким образом, к факторам риска суицидальных попыток и суицидов в психиатрическом стационаре можно отнести наличие выраженной социальной и трудовой дезадаптации, наличие в анамнезе множественных суицидальных попыток, низкую приверженность к терапии, длительное дезадаптирующее пребывание в психиатрической больнице. Суицидальное поведение в условиях психиатрического стационара наблюдается у больных с тяжелой эндогенной или экзогенно-органической психической патологией и развивается на фоне выраженного депрессивного синдрома, чаще с преобладанием аффекта тревоги у пациентов с суицидальными попытками в анамнезе, у пациентов совершивших суицид наблюдался аффективно-редуцированный тип пресуицида. Суицидальные тенденции имели стойкий характер. Суицидальная активность на поздних этапах лечения является явным показателем неэффективности лечебно-реабилитационных мероприятий и диагностики внутренних форм суицидального поведения при подготовке к выписке. Прогностически значимым для оценки степени риска реализации суицидальных замыслов пациентами психиатрических стационаров является динамическая оценка суицидального статуса больных при длительных госпитализациях, при оформлении в лечебные отпуска и непосредственно перед выпиской. Лечебно-реабилитационные программы, разработанные с учетом выявленных факторов, позволят повысить качество суицидологической помощи путем снижения уровня суицидальной активности и предотвращения госпитальных самоубийств. Регулярные клинические конференции по разбору госпитальных суицидов, а так же сложных в диагностическом плане случаев способствуют совершенствованию психиатрической помощи и предотвращению подобных трагических событий в последующем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Цыганков Б.Д., Ваулин С.В. Оценка суицидального риска при госпитализации в психиатрический стационар // Психическое здоровье. 2012. №4. С. 33–36.

2. Blasco-Fontecilla H., Artieda-Urrutia P., Berenguer-Elias N. et al. Are major repeater patients addicted to suicidal behavior // Adicciones. 2014. Vol. 26. №4. P. 321–333.

REFERENCES

1. Tsygankov B.D., Vaulin S.V. *Psikhicheskoe zdorov'e*. 2012. №4. pp. 33–36. (in Russian)

2. Blasco-Fontecilla H., Artieda-Urrutia P., Berenguer-Elias N. et al. Are major repeater patients addicted to suicidal behavior. *Adicciones.* 2014. Vol. 26. №4. P. 321–333.

Поступила 28.12.15.

КРАТКОЕ СООБЩЕНИЕ

Неврологический вестник — 2016 — Т. XLVIII, вып. 2 — С. 73—77

УДК: 616.89—08: 159.9

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ВНЕШНЕЙ СТИГМАТИЗАЦИИ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ И ЕЁ ВЗАИМОСВЯЗЬ С МОТИВАЦИЕЙ К ЛЕЧЕНИЮ

Михаил Юрьевич Сорокин

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, отделение интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами, 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, e-mail: m.sorokin@list.ru

Реферат. У 108 человек (49 пациентов психиатрического стационара и 59 здоровых добровольцев) изучен феномен социальной стигматизации психически больных. Исследовано его влияние на лечебный процесс. Психиатрические больные и здоровое население по-разному воспринимают социальную стигму психических расстройств. Повышенные уровни внешней стигматизации у пациентов соотносятся с видоизменением структуры их мотивации к лечению. Так, преобладание внешней мотивации к лечению способствует формированию отношения к психически больным как к неполноценным и людям, потерпевшим личную неудачу. Высокие уровни мотивации к фармако-психотерапии, подразумевающие активное отношение к терапии, осознание больными собственной роли в её успехе и отдалённом прогнозе в целом соотносятся со снижением внешней стигматизации.

Ключевые слова: мотивация к лечению, структура мотивации к лечению у психически больных, стигма психических расстройств, внешняя стигматизация, социальная стигматизация, стигматизация в психиатрии, взаимосвязь стигматизации и мотивации к лечению в психиатрии.

PREVALENCE OF SOCIAL STIGMATIZATION IN PSYCHIATRIC PATIENTS AND ITS CORRELATION WITH MOTIVATION FOR TREATMENT.

Mikhail Y. Sorokin

V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, Department of Integrative Pharmaco-psychotherapy of Patients with Mental Disorders, 192019, St.Petersburg, Bekhterev str., 3
e-mail: m.sorokin@list.ru

The phenomenon of social stigmatization of psychiatric patients was evaluated in 108 people: 49 psychiatric inpatients and 59 healthy individuals. Correlation between stigma and motivation for treatment was also assessed. Patients and volunteers perceive social discrimination of people with psychiatric disorders in different ways. Level of stigmatization in psychiatric patients is connected with their motivation for treatment and changes in motivation structure. Predominance of external motivation for treatment causes the opinion: “psychiatric patients are losers” and “people with personal failure”. High levels of motivation with good insight on disease and active role of patient in treatment lead to decrease of external stigmatization.

Key words: motivation for treatment, structure of motivation for medication in psychiatric patients, stigmatization of psychiatric disease, social stigmatization, stigmatization in psychiatry, correlations between stigmatization and motivation for treatment.

Социальная или внешняя стигматизация в отношении психически больных широко распространена в мире. По данным Brohan et al., обследовавших 2400 пациентов с тяжёлыми психическими расстройствами в 14 европейских странах, 69,4-71,6% больных выявляют социальную стигматизацию средней или выраженной степени [2, 3]. В другом крупном систематическом обзоре по данным о 5871 больном шизофренией, в среднем у 64,5% пациентов отмечалась испытываемая стигма [7]. Источником социальной стигматизации может быть «скрытый психотизм» стигматизаторов, как проявление бессознательного страха самому подвергнуться дискриминации из-за собственной инакости. В равной степени высокая конформность в принятии индивидом общественных стереотипов также повышает выраженность стигматизации психически больных [1]. В свою очередь, восприятие больными социальной стигмы имеет разнообразные негативные последствия. Это и основа для формирования самостигматизирующих и самодискриминирующих установок больных [6], что в значительной степени негативно влияет на психологическое состояние пациентов; и отказ от обращения к врачу во избежание возможной общественной стигматизации [5, 11], и возрастание экономических затрат пациентов, поскольку показано, что больные шизофренией склонны для посещений психиатра брать на работе дни в счёт очередного отпуска вместо полагающихся дней по больничному листу [12].

Другим важнейшим параметром вовлеченности пациентов в терапевтический процесс является мотивация к лечению. Рассматривая этот конструкт исследователи полагают, что самоэффективность, является важнейшим элементом мотивации и положительно соотносится с готов-

ностью к изменениям [8]. Пациенты не включаются в лечебный процесс, если они не чувствуют своей способности быть в нём эффективными [9]. В этом случае восприятие психического заболевания как причины считать себя недостойным может пагубно сказываться на целеполагании и мотивации достижения [13]. Поэтому больные тяжёлыми психическими расстройствами часто склонны занимать амбивалентную позицию: не признавая необходимости лечения, они выполняют предписанные лечебные рекомендации лишь под давлением окружения [4]. В то же время остаются невыясненными конкретные механизмы взаимоотношений отдельных стигматизационных установок и особенностей структуры мотивации к лечению, как одного из базовых элементов психологии лечебного процесса.

Цель данного исследования – изучение феноменологии стигмы психических расстройств и её влияния на лечебный процесс. В задачи исследования входило изучение распространённости и семантики дискриминационных установок в отношении психически больных среди пациентов психиатрического стационара и здорового населения, а также оценка взаимосвязи выраженности внешней стигматизации и особенностей мотивации к лечению у психиатрических больных.

Материал и методы исследования. Обследовали 108 человек: 49 пациентов отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами СПб НИПНИ им. Бехтерева (23 мужчины и 26 женщин) и 59 здоровых добровольцев. Средний возраст участников исследования составлял 34±8,4 года. Нозологическая представленность пациентов по рубрикам МКБ-10: F2 – 25 человек, F3 – 5, F0 – 15, F4 и F6 – 4. Работающие – 20 человек, не работающие – 29.

У участников исследования собирались краткие анамнестические сведения. Они заполняли широко используемый опросник воспринимаемой стигматизации (PSQ, Link, 1989) его раздел обесценивания / дискриминации (PDD, Link, 1991), обладающий хорошими психометрическими свойствами (α Кронбаха 0,78 – 0,87). Более высокие суммарные баллы по опроснику соответствуют меньшей выраженности стигматизации. Поскольку в доступных на русском языке литературных источниках отсутствовал текст опросника, была проведена рекомендуемая в данном случае N. Sartorius процедура перевода на русский язык его англоязычной версии [10]. Консенсусный вариант опросника использовался после его перевода и культуральной адаптации двумя независимыми переводчиками-экспертами, имеющими психиатрическую подготовку, осведомлёнными о природе данного исследования и владеющими русским языком (нативным) и английским как вторым.

Пациенты заполняли опросник оценки уровня мотивации к лечению. Он базируется на разработанный в отделении шкале мотивации больного к психофармакотерапии и позволяет оценить выраженность ведущих мотивационных паттернов. В опроснике в соответствии с динамикой интенсивности выделены 6 уровней мотивации к лечению: 1 – мотивация отсутствует, формальное согласие получать лечение, 2 – мотивация преимущественно внешняя, определяемая давлением близкого окружения больного, 3 – формирование собственной мотивации к лечению, фундированной субъективным страданием от заболевания, 4 – устойчивая внутренняя мотивация к лечению, осознанное обращение за психиатрической помощью, 5 – мотивация, основанная на правильной внутренней картине болезни и понимании необходимости собственного участия в оптимизации социального приспособления наряду с проведением психофармакотерапии, 6 – стабильная мотивация к длительной фармако-психотерапии. Опросник содержит 19 утверждений, описывающих приведённые уровни мотивации к лечению, шкалу Ликерта для оценки значимости каждого из пунктов в баллах от 1 до 5 и имеет хорошие психометрические свойства (α Кронбаха 0,869).

Полученные данные анализировались с помощью пакета прикладных статистических программ SPSS, использовались дискрептивные статистики, корреляционный анализ Спирмена, производилось сравнение изучаемых групп с подсчётом средних рангов в ходе тестов Краскела–Уолиса и Мана–Уитни. Для сопоставления средних обследованную выборку с помощью медианы, верхнего и нижнего квартилей распределяли на 4 подгруппы, по степени выраженности исследуемых переменных. Результаты анализа приведены с указанием средних M±S.D.

Результаты. Средний балл стигматизации составил 44,9±7,8 среди пациентов и 46,6±6,4 у здоровых добровольцев, причём 55% больных 48% здоровых участников демонстрировали уровень стигматизации выше среднего (Me=46,0). В половине разделов опросника средние показа-

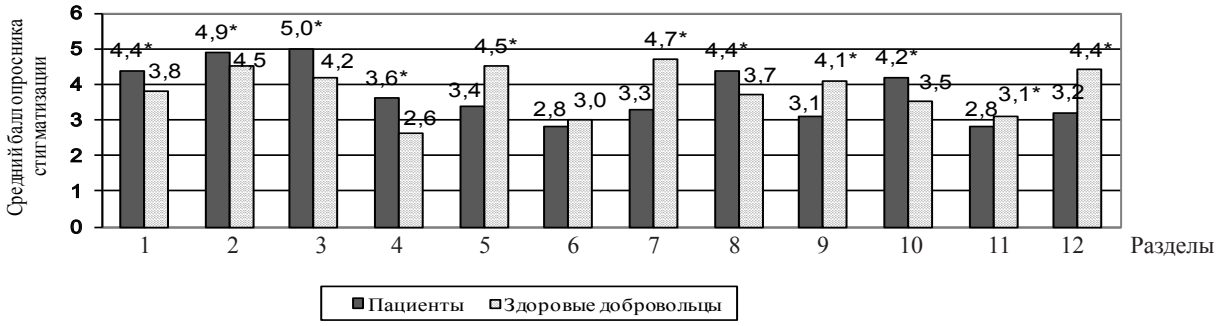

Рис. 1. Распространённость отдельных стигматизирующих представлений о психически больных среди пациентов психиатрического стационара и здоровых добровольцев (*p≤ 0,05).

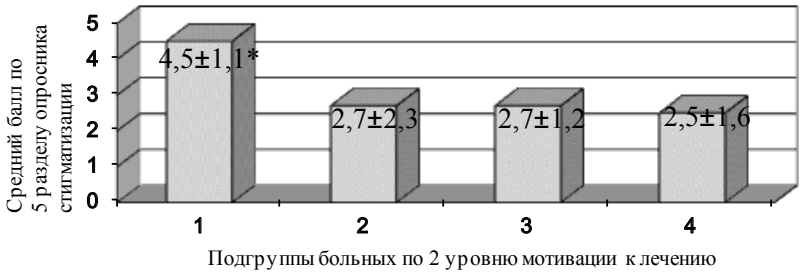

Рис. 2. Зависимость между 2 уровнем мотивации к лечению и стигматизирующими установками (*p ≤ 0,05, в сравнении с 3 и 4 подгруппами).

тели стигматизации среди группы пациентов были выше, чем у здоровых добровольцев, в остальных разделах – достоверно ниже (рис. 1).

Таким образом, наиболее согласованным между исследуемыми группами является суждение о недопустимости работы психически больных с детьми (вопрос 6). В то же время больные демонстрировали большую готовность пренебрегать мнением и официальными заявлениями людей, получающих психиатрическую помощь; были невысокого мнения о таких людях (в том числе в романтических отношениях); считали факт лечения в психиатрическом стационаре примером личной неудачи (разделы 5, 7, 9, 11, 12). У здоровых добровольцев преобладали стереотипы, связанные с незнанием природы психических расстройств: они сомневались в интеллектуальности больных и высказывали недоверие к ним (разделы 2, 3), причём недоверие распространялось и на трудовые отношения (разделы 4, 8). Здесь также подтверждается социальный характер явления стигматизации, поскольку здоровые добровольцы были склонны проективно идентифицировать себя со своим окружением, приписывая и себе, и окружению одинаковое отношение к психически больным (раздел 10).

Далее был проведён анализ взаимосвязей выявленного у больных преобладания стигматизации и её отдельных кластеров с параметрами мотивации к лечению. Корреляционный анализ выявил достоверную обратную связь между внешней мотивацией к лечению (определяемой давлением близкого окружения пациента, 2 уровень мотивации) и средним баллом опросника стигматизации ($r = -0{,}378$, $p \leq 0{,}05$). В частности, пациенты, имевшие наименьший уровень внешней мотивации к лечению не были склонны считать госпитализацию к психиатрический стационар признаком личной неудачи (рис. 2).

Наиболее низкий уровень стигматизации в целом и наименее негативное личное отношение к бывшим пациентам психиатрических стационаров в частности (7 раздел опросника PDD) характерны для больных со средними показателями по 5 уровню мотивации – основанной на сбалансированной внутренней картине болезни, включающей, наряду с пониманием необходимости психофармакотерапии, готовность к собственному участию в оптимизации социального приспособления (рис. 3).

Кроме того, в зависимости от готовности к длительной поддерживающей фармако-психоте-

Рис. 3. Зависимость между 5 уровнем мотивации к лечению и стигматизирующими установками (*p≤0,05 в сравнении с 4 подгруппой; **p≤0,05 в сравнении с 1, 2 и 4 подгруппами).

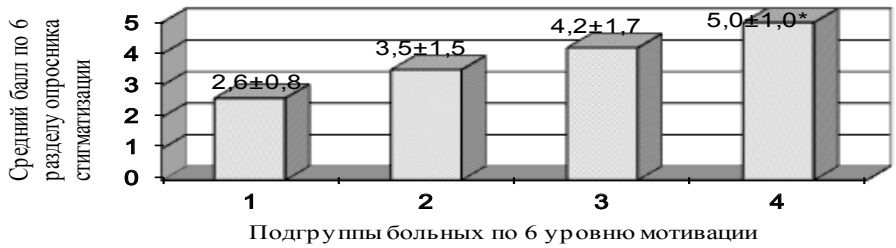

Рис. 4. Зависимость между 6 уровнем мотивации к лечению и стигматизирующими установками (*p≤0,05 в сравнении с 1 и 2 подгруппами).

рапии (6 уровень мотивации к лечению), достоверно различалась выраженность стигматизирующего представления о невозможности присмотра за детьми психически больным человеком даже в случае его стабильного состояния. Пациенты, имевшие наивысшие баллы по 6 уровню мотивации, в наименьшей степени разделяли эту дискриминационную установку (рис. 4).

Обсуждение и выводы. Полученные результаты согласуются с имеющимися в литературе данными о необходимости дифференцированного подхода при проведении мероприятий, направленных на дестигматизацию психически больных [1]. Полученные данные свидетельствуют о том, что пациенты психиатрического стационара и здоровые добровольцы значительно различаются в восприятии социальной стигматизации психически больных. Исходя из структуры социальной стигматизации, демонстрируемой здоровым населением, наибольший ожидаемый эффект здесь могут иметь широкие психообразовательные программы с акцентом на биопсихосоциальную парадигму природы и лечения психических расстройств.

Внешняя стигматизация у психически больных имеет несколько иную структуру и природу возникновения, что предопределяет использование иных интервенций, направленных на снижение стигмы. Установлено, что люди, сами имеющие психическое расстройство, демонстрируют высокий уровень дискриминации пациентов психиатрической службы. Для них свойственны обесценивание и пренебрежение больными с одной стороны, и предвосхищение их неудачи – с другой. В то же время, именно эти дискриминационные установки в меньшей степени находят поддержку среди здоровых добровольцев, но связаны у пациентов с видоизменением их структуры мотивации к лечению.

Исследование взаимосвязи выраженности стигматизации со структурой мотивации к лечению психически больных продемонстрировало: чем более преобладающей становится внешняя мотивация к лечению у пациентов, тем более высокий уровень социальной стигмы они демонстрируют. В этом случае потенциируется формирование отношения к психически больным как к неполноценным и людям, потерпевшим личную неудачу. Данные находки объясняются тем, что, по-видимому, больные для формирования собственного мнения о психиатрических пациентах прежде всего склонны ориентироваться на отношение своего близкого окружения. Одновременно близкие пациентов, не имея адекватного представления о психических расстройствах, часто испытывают страх в связи

с дезадаптацией болеющего родственника. Это, в свою очередь, становится основой для стигматизации ими психиатрических больных в целом, повышает ощущение неэффективности самого пациента и заставляет близких настаивать на прохождении лечения их болеющим родственником. В данном случае целесообразным является проведение систематической работы по укреплению внутренней мотивации больных к лечению, а также коррекции стратегий поведения родственников: определение адекватной степени их участия в терапии и четкое распределение внутрисемейных ролей.

Высокие уровни мотивации к лечению у пациентов, подразумевающие активное отношение к терапии, осознание больными собственной роли в её успехе и отдалённом прогнозе в целом соотносятся со снижением внешней стигматизации. В то же время, экстремально высокое делегирование ответственности за результат лечения себе способствует повышению суммарного уровня внешней стигматизации у больных за счёт ухудшения общего отношения к бывшим пациентам психиатрических стационаров. Больные достоверно в большей степени склонны к дискриминации психически больных, если они ориентированы на психофармакологическую помощь и одновременно наиболее высоко оценивают собственную ответственность за поиск стратегий лучшей социальной адаптации. Умеренные показатели мотивации, базирующейся на правильной картине болезни и осознании собственной роли в лечении, определяют лучшее отношение пациентов к другим психически больным, максимально приближенное к таковому у здорового населения. В такой ситуации реабилитационная стратегия должна включать коррекцию эго-идеала больных и их ожиданий от лечения. Особое внимание следует уделять выстраиванию терапевтического альянса, а именно распределению ролей в отношениях врач-пациент.

Ориентация пациентов на длительную поддерживающую фармако- и психотерапию позволяет им допускать возможность участия психически больных людей в уходе за детьми, что косвенно говорит о снижении самостигматизации у категории высоко мотивированных пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кабанов М.М., Бурковский Г.В. Редукция стигматизации и дискриминации психически больных // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2000. № 1. С. 3–8.
2. Brohan E., Elgie R., Sartorius N. et al. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study // Schizophrenia Research. 2010. Vol. 122, Issues 1–3. P. 232–238.
3. Brohan E., Gauci D., Sartorius N. et al. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: The GAMIAN-Europe study // Journal of Affective Disorders. 2010. Vol. 129, Issues 1–3. P. 56–63.
4. Chou C.C., Chan F., Tsang H.W.H. Stages of change among Chinese people with mental illness: A preliminary study // Rehabilitation Psychology. 2004. Vol. 49, Issue 1. P. 39–47.
5. Cooper A.E., Corrigan P.W., Watson A.C. Mental illness stigma and care seeking // J. Nerv. Ment. Dis. 2003. Vol. 191, Issue 5. P. 339–341.
6. Corrigan P.W., Watson A.C. Understanding the impact of stigma on people with mental illness // World Psychiatry. 2002. Vol. 1, Issue 1. P. 16–20.
7. Gerlinger G., Hauser M., De Hert M. et al. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions // World Psychiatry. 2013. Vol. 12, Issue 2. P. 155–164.
8. Miller W.R., Rollnick S. Motivational Interviewing, Second Edition: Preparing People for Change (Applications of Motivational Interviewing). Guilford Press, 2002.
9. Prochaska J.O. Change at Differing Stages. In: Handbook of Psychological Change: Psychotherapy processes and practices for the 21st century. Snyder C.R. and Ingram R.E. (Eds.). New York: John Wiley & Sons, 1999. P. 109–127.
10. Sartorius N., Kuyken J. Translation of health status instruments. In: Quality of life assessment in health care settings: volume 1. Edited by Orley J, Kuyken J. Berlin: Springer-Verlag, 1994. P. 3–18.
11. Wrigley S., Jackson H., Judd F., Komiti A. Role of stigma and attitudes toward help-seeking from a general practitioner for mental health problems in a rural town // Aust. N. Z. J. Psychiatry. 2005. Vol. 39, Issue 6. P. 514–521.
12. Yang L.H., Kleinman A., Link B.G., et al. Culture and stigma: adding moral experience to stigma theory // Soc. Sci. Med. 2007. Vol. 64, Issue 7. P. 1524–1535.
13. Yanos P.T., Roe D., Lysaker P.H. The Impact of Illness Identity on Recovery from Severe Mental Illness // Am. J. Psychiatr. Rehabil. 2010. Vol. 13, Issue 2. P. 73–93.

REFERENCES

1. Kabanov M.M., Burkovskii G.V. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoi psikhologii.* 2000, № 1. 3–8. (in Russian)

Поступила 28.12.15.

КРАТКОЕ СООБЩЕНИЕ

Неврологический вестник — 2016 — Т. XLVIII, вып. 2 — С. 78—80

УДК: 159.9.072.422

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ЗАЩИТНО-СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ У ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ И ОТ ОПИОИДОВ

Ярослав Витальевич Колпаков

Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского Минздрава России, НИИ наркологии, отдел профилактики, отделение профилактической наркологии, 119002, Москва, Малый Могильцевский пер., 3, e-mail: kolpakov_jv@mail.ru

Реферат. В статье представлены основные результаты исследования параметров качества жизни и связанных с ними показателей защитно-совладающего поведения у лиц с зависимостью от алкоголя и от опиоидов. При обследовании 40 больных, проходивших стационарное лечение, выявлены различия в структуре параметров качества жизни и их связях с показателями защитно-совладающего поведения у мужчин, зависимых от алкоголя и мужчин, зависимых от опиоидов.

Ключевые слова: зависимость, психоактивные вещества, качество жизни, совладающее поведение, механизмы психологической защиты личности.

LIFE QUALITY, COPING BEHAVIOR AND MECHANISMS OF PERSONALITY DEFENSES IN ALCOHOL AND OPIOIDS ADDICTION PERSONS

Yaroslav V. Kolpakov

Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Addiction named after V.P. Serbsky, Ministry of Heal of Russian Federation, Scientific Research Institute of Addiction, Department of Prevention, 119002, Moscow, Maliy Mogilcevskiy street, 3, kolpakov_jv@mail.ru

The article presents the main results of study of life quality parameters and related indicators of coping behavior and mechanisms of personality defenses in alcohol and opioids addiction persons. In a study of 40 patients undergoing in-patient treatment, there were revealed differences in the structure of the life quality parameters and their relation to coping behavior and mechanisms of personality defenses among alcohol addiction men and opioids addiction men.

Key words: addiction, alcohol, opioids, life quality, coping behavior, mechanisms of personality defenses.

В современной России по-прежнему остро стоит проблема распространенности зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) среди населения. Численность лиц, имеющих проблемы с зависимостью от ПАВ составляет около 2% населения. В то же время количество стойких ремиссий остается на крайне низком уровне [3].

Данная ситуация требует применения новых решений проблемы вовлечения лиц, зависимых от ПАВ, в процесс лечения, дальнейшей реабилитации и ресоциализации [1]. Во многом такие решения могут быть найдены с использованием технологий клинико-психологичес-кого сопровождения, учитывающих параметры качества жизни в их связи с защитно-совладающим с болезнью поведением лиц, зависимых от ПАВ. Разработка таких технологий на основе научных исследований представляется важной задачей современной клинической психологии.

Теоретико-методологической основой исследования являются концепция качества жизни, связанного со здоровьем Всемирной организации здравоохранения, развитая в работах отечественных исследователей, концепция системы психологических защит личности, построенная на основе психоэволюционной теории эмоций Р. Плутчика и структурной теории личности Х. Келлермана, когнитивно-феноменологическая теория преодоления стресса (копинг-поведения) Р.С. Лазаруса, развитая в работах отечественных исследователей, посвященных клинической психологии зависимости (Н.С. Видерман, Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский и др.), подход к защитному и совладающего поведению как взаимосвязанному феномену.

Цель исследования: сравнительный анализ параметров качества жизни в их связи с защитно-совладающим с болезнью поведением у мужчин, зависимых от алкоголя и мужчин, зависимых от опиоидов, проходящих стационарное лечение. Методами исследования были библиографический, психодиагностический и статистический.

Выборку составили 40 мужчин, находившихся на стационарном лечении в Клинических филиалах ГКУЗ «МНПЦ наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы», с верифицированными диагнозами синдрома зависимости от алкоголя (F10.21), вторая (средняя) клиническая стадия, текущий эпизод воздержания в условиях ограничения и синдрома зависимости от

опиоидов (F11.21) вторая (средняя) клиническая стадия, текущий эпизод воздержания в условиях ограничения. Из них были сформированы две сопоставимые по возрасту, соотношению уровня образования, семейного положения и трудового статуса группы сравнения.

Группу сравнения 1 (алкоголь) составили 20 мужчин, зависимых от алкоголя, средний возраст которых составил 31,5±5,0 лет (от 26 до 47 лет). Уровень образования в данной группе пациентов: у 10 (50%) мужчин – среднее специальное образование, у 3 (15%) – неоконченное высшее, у 7 (35%) – высшее. Семейное положение в данной группе пациентов: в браке состояли 6 (30%) мужчин, в гражданском браке – 2 (10%), в разводе – 5 (25%), остальные 7 (35%) в браке не состояли. Из 20 мужчин, больных алкоголизмом работающих было 8 (40%), безработных – 12 (60%).

Группу сравнения 2 (опиоиды) составили 20 мужчин с синдромом зависимости от опиоидов, средний возраст которых составил 30,1±4,1 года (от 24 до 37 лет). Уровень образования в данной группе пациентов: у 13 (65%) мужчин – среднее специальное образование, у 4 (20%) – неоконченное высшее, у 3 (15%) – высшее образование. Семейное положение в данной группе пациентов: в браке состояли 5 (25%) мужчин, в гражданском браке – 1 (5%), в разводе – 1 (5%), остальные 13 (65%) в браке не состояли. Из 20 мужчин работали 4 (20%), 16 (80%) были безработными.

Обе группы сравнения были обследованы следующим пакетом психодиагностических методик: для изучения качества жизни – «SF-36 Health Status Survey» (перевод на русский язык и апробация методики была проведена «Институтом клинико-фармакологических исследований», С.Петербург; Новик А.А., Ионова Т.И.); для изучения защитно-совладающего поведения – методика «Индекс жизненного стиля» (LSI, Life Style Index, R. Plutchik, H. Kellerman, H.R. Konte) в адаптации СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева под руководством Л.И. Вассермана; методика «Индикатор копинг-стратегий» (CSI, Coping Strategy Indicator, J. Amirkhan) в адаптации В.М. Ялтонского и Н.А. Сирота [2, 4, 5]. Полученные при помощи указанных выше методик данные были подвергнуты обработке при помощи пакета программ «SPSS, version 20»©. Были использованы следующие статистические процедуры: дескриптивно-сравнительный анализ, включающий вычисление средних и стандартных отклонений, а также сравнение групп с использованием непараметрического критерия U Манна–Уитни; корреляционный анализ с использованием коэффициента ранговой корреляции R Спирмена.

В результате исследования были выявлены статистически достоверные различия в параметрах качества жизни в исследуемых группах. У мужчин, зависимых от алкоголя, наиболее выраженным оказался параметр качества жизни «Физическое функционирование» (84,50±17,53 балла), а наименее выражен параметр «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» (34,25±32,81 балла), т.е. болезнь в значительной степени ограничивала их повседневную деятельность. У мужчин, зависимых от опиоидов, также наиболее выраженным являлся параметр качества жизни «Физическое функционирование» (84,70±17,25 балла), наименее выражен параметр «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (33,65±39,54 балла), т.е. в данной группе эмоциональное состояние мешало выполнению работы или другой повседневной деятельности.

Результаты исследования корреляционных связей показало, что в группе мужчин, зависимых от алкоголя параметр качества жизни «Социальное функционирование» активизировал механизмы психологической защиты личности «Отрицание», посредством которого личность отрицает некоторые фрустрируюшие, вызывающие тревогу обстоятельства, и «Проекция», в результате чего неосознаваемые и неприемлемые для личности чувства и мысли локализуются вовне, приписываются другим людям и таким образом фактом сознания становятся как бы вторичными. Параметр качества жизни «Психическое здоровье» в представляемой группе положительно коррелировал с механизмом психологической защиты личности «Отрицание». Возможно таким образом мужчины в данной группе отрицают наличие депрессивных, тревожных переживаний, входящих в состав данного параметра качества жизни.

Результаты исследования корреляционных связей показали, что в группе мужчин, зависимых от опиоидов параметр качества жизни «Жизненная активность» был отрицательно связан со знаниями мужчин, зависимых от алкоголя, своих симптомов. Можно предположить, что проявление симптомов алкоголизма снижают жизненную активность мужчин представляемой группы. При ограничении повседневной деятель-

ности, обусловленным физическим состоянием (параметр качества жизни «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием») у мужчин, зависимых от опиоидов, активизируется механизм психологической защиты личности «Подавление», посредством которого мысли и чувства, вызывающие тревогу, в связи с невозможностью выполнения повседневных дел, становятся бессознательными. Параметр качества жизни «Психическое здоровье» у мужчин в представляемой группе имеет положительную корреляционную связь с механизмами психологической защиты личности «Компенсация» и «Замещение». Можно предположить, что таким образом устраняются тревожные переживания и повышается психическое благополучие. Параметр качества жизни «Физическое функционирование» положительно связан с механизмом психологической защиты личности «Реактивное образование». Таким образом, при ограничении повседневной деятельности, мужчины данной группы могут предотвращать выражение неприятных или неприемлемых мыслей, чувств или поступков, связанных с трудностями при выполнении физических нагрузок, путем преувеличенного развития противоположных стремлений. Статистически достоверно использование стратегии «Поиск социальной поддержки» у мужчин представляемой группы приводит к увеличению выраженности параметра качества жизни «Психическое здоровье».

Установлено, что качество жизни у мужчин, зависимых от алкоголя статистически достоверно выше по параметрам «Общее состояние здоровья», «Жизненная активность» и «Социальное функционирование» по сравнению с мужчинами, зависимыми от опиоидов. Наименее выражен у мужчин, зависимых от алкоголя в структуре качества жизни компонент «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием», тогда как у мужчин, зависимых от опиоидов наименее выражен компонент «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием». Качество жизни у мужчин, зависимых от психоактивных веществ в большей степени определяется особенностями системы механизмов психологической защиты личности, нежели особенностями совладающего поведения. Полученные данные имеют важное значение в разработке и внедрении индивидуализованных и персонализированных тактик клинико-психологической маршрутизации лиц, зависимых от психоактивных веществ в ходе лечебно-реабилитационного процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зенцова Н.И. Системная модель психологического этапа реабилитации больных наркоманией: Дисс. … д-ра психол. наук. М.: МГУ им. М.В. Ломоносова, 2015. 621 с.
2. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М.: Олма Пресс Групп, 2007. 320 с.
3. Основные показатели деятельности наркологической службы в 2013-2014 годах: Статистический сборник [Сост. Киржанова В.В., Григорова Н.И., Сидорюк О.В.] М.: НИИ наркологии – филиал ФГБУ «ФМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2015. 147 с.
4. Психологическая диагностика жизненного стиля. Пособие для психологов и врачей [научн. ред. Л.И. Вассерман]. СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. 51 с.
5. Сирота Н.А. Копинг-поведение в подростковом возрасте: Дисс. … д-ра мед. наук. СПб: НИИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1994. 283 с.
6. Ялтонский В.М. Копинг-поведение здоровых и больных наркоманией: Дисс. … д-ра мед. наук. СПб.: НИИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1995. 396 с.

REFERENCES

1. Zentsova N.I. *MD dissertation (Psychology)*. Moscow: Lomonosov MSU, 2015. 621 p. (in Russian)
2. Novik A.A., Ionova T.I. *Rukovodstvo po issledovaniiu katchestva zhizni v meditcine*. Moscow: Olma Press Group, 2007. 320 p. (in Russian)
3. *Osnovnie pokazateli deyatelinosti narkologicheskoii sluzhbi v 2013-2014 godah: Statisticheskii sbornik* [Eds. Kirganova V.V., Grigorova N.I., Sidoryuk O.V]. Moscow, NSRI of Addiction, FMRC of Psychiatry and Addiction n.a. V.P. Serbsky, Ministry of Health of Russian Federation, 2015. 147 p. (in Russian)
4. *Psikhologicheskaya diagnostika zhiznennogo stilya. Posobie dlya vracheij* [Eds. L.I. Vasserman]. St.-Petersburg, Bekhterev Psychoneurological Scientific Research Institute, 2005. 51 p. (in Russian)
5. Sirota N.A. *MD dissertation (Medicine)*. St.-Petersburg, Bekhterev Psychoneurological Scientific Research Institute, 1994. 283 p. (in Russian)
6. Yaltonsky V.M. *MD dissertation (Medicine)*. St.-Petersburg, Bekhterev Psychoneurological Scientific Research Institute, 1995. 396 p. (in Russian)

Поступила 31.03.16.

КРАТКОЕ СООБЩЕНИЕ

Неврологический вестник — 2016 — Т. XLVIII, вып. 2 — С. 81—83

УДК: 616.89—057.36 (470.323)

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У СОТРУДНИКОВ ОВД

Альберт Вазгенович Погосов[1], Павел Владимирович Шибаев[2]

[1]Курский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии и психосоматики, 305041, г. Курск, ул. К. Маркса, д.3, [2]МСЧ МВД России по Курской области, 305029, г. Курск, ул. Красный Октябрь, д.4, e-mail: schibaev.pavel@yandex.ru

Реферат. Обследованы сотрудники ОВД, вернувшиеся из командировок в Северокавказский регион, выявлено 119 пациентов с диагнозом расстройства адаптации. Показано, что длительные командировки выступают в качестве психотравмирующей ситуации и вызывают депрессивные реакции, смешанные тревожные и депрессивные реакции. Установлено, что акцентуации характера являются предрасполагающим фактором к развитию расстройств адаптации, которые являются причиной снижения качества жизни.

Ключевые слова: расстройство адаптации, сотрудники ОВД, качество жизни.

CLINICO-PSYCHOPATHOLOGICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ADJUSTMENT DISORDER AMONG POLICE OFFICERS

Albert V. Pogosov[1], Pavel V. Shibaev[2]

[1] Kursk State Medical University, Department of Psychiatry and Psychosomatics, 305041, Kursk, K. Marx street, 3, [2]MSU of police department of the Kursk region, 305029, Kursk, Krasnyi Oktyabr str., 4, e-mail: schibaev.pavel@yandex.ru.

We examined police officers after detached duties to the North Caucasus region; there were revealed 119 patients with a diagnosis of adjustment disorder. There was established that prolonged detached duties were psychotraumatic situations and had caused adjustment disorders with depressed mood or with mixed anxiety and depressed mood. It was found that the accentuations of personality traits were predisposing factor for manifestation of adjustment disorder. Adjustment disorder was the cause of decreasing quality of life.

Key words: adjustment disorder, police officers, quality of life.

Современная военная служба и служба в силовых ведомствах характеризуется интенсивными информационными и физическими нагрузками, высоким психоэмоциональным напряжением, что в конечном итоге приводит к избыточной эксплуатации адаптационных механизмов. Многие авторы рассматривают военную и правоохранительную службу как пролонгированную психическую травму [1, 3], которая вызывает развитие психических расстройств, связанных со стрессом, в том числе расстройства адаптации. Расстройство адаптации относится к числу актуальных проблем современной психиатрии, что обусловлено его высокой распространенностью, трудностями верификации и лечения, негативными социальными последствиями [3, 5], а также повышением суицидального риска [7].

Целью проведенного исследования являлось изучение клинико-психопатологических и психологических особенностей расстройств адаптации у сотрудников органов внутренних дел, вернувшихся из длительных командировок в Северо-Кавказский регион.

Материал исследования составили 519 сотрудников УМВД России по Курской области. Все обследованные были мужского пола, средний возраст составил 36,3±7,61 года. Были сформированы две группы: основная, включавшая в себя 192 бойца спецподразделений ОВД (СОБР, ОМОН) и 236 сотрудников подразделений криминальной полиции (уголовный розыск, БЭПиПК, следователи, дознаватели) и полиции охраны общественного порядка (ППС, ДПС ГИБДД, ПДН, участковые уполномоченные полиции), в 2014–2015 гг. выполнявших задачи по обеспечению правопорядка в республике Дагестан; контрольная группа, куда вошли 85 сотрудников, проходивших курс первоначальной подготовки полиции в Центре профессиональной подготовки в 2015–2016 гг. Обе группы до направления в командировку (основная) или до начала курса первоначальной подготовки (контрольная) и по возращении были обследованы на базе поликлиники и Центра психофизиологической диагностики ФКУЗ «МСЧ МВД России по Курской области» с применением клинико-психопатологического метода и следующих психометрических методик: «Шкалы Гамильтона для оценки депрессии» (HADS), «Госпитальной шкалы

тревоги и депрессии» (HDRS), «Шкалы реактивной и личностной тревожности Спилбергера» (адаптация Ю.Л. Ханина), «Индивидуального типологического опросника» (Собчик Л.Н.), «Опросника травматического стресса для диагностики психологических последствий несения службы сотрудниками ОВД в экстремальных условиях» (Котенев И.О.), опросника качества жизни «SF-36». Достоверность различий определяли с помощью t-критерия Стьюдента и непараметрического U-критерия Манна–Уитни.

ческие симптомы (повышенная утомляемость, раздражительность) и симптомы нарушений в когнитивной сфере (рассеянность и трудность сосредоточения внимания). Такие симптомы, как гипотимия, тревога, сниженная работоспособность, головные боли в обеих группах встречались примерно с одинаковой частотой без статистических различий (p>0,05).

Применение психометрических методик показало, что представители контрольной группы по сравнению с основной были склонны к подчеркиванию тяжести имеющегося у них расстройства, и это подтверждалось более высокими значениями по шкалам аггравации «Опросника травматического стресса» и «Индивидуального типологического опросника» (при использовании второго опросника были установлены достоверные статистические различия – p<0,05). Косвенно это подтверждалось результатами применения шкалы HADS (субъективная методика): по параметрам тревоги и депрессии показатели оказались выше в контрольной группе (p<0,05). При этом результаты шкалы HDRS (объективная методика) говорили об обратном: основная группа обследованных имела более выраженную депрессивную симптоматику, чем контрольная (p<0,05). Изучение реактивной тревожности по методике Спилбергера–Ханина не выявило значимых отличий. Интерес представляет то, что личностная тревожность у сотрудников контрольной группы, страдавших расстройством адаптации, была выше (p<0,01). Указанный факт дает основания говорить о предрасположенности данных лиц к расстройствам невротического уровня вследствие высокой восприимчивости к стрессовым воздействиям. Эта восприимчивость может быть связана со склонностью беспокоиться по малозначительным поводам, с напряжением ожидать возможный неблагоприятный исход жизненных событий. Представители контрольной

Таблица

Клиническая структура расстройств адаптации у сотрудников ОВД

Тип расстройств адаптации	Основная группа (n=96)				Контрольная группа (n=23)	
	спецподразделения ОВД (n=31)		криминальная полиция и полиция ООП (n=65)		абс.	%
	абс.	%	абс.	%		
Кратковременная депрессивная реакция	15	48,4	17	26,1	7	30,4
Пролонгированная депрессивная реакция	2	6,5	10	15,4	8	34,8
Смешанная тревожная и депрессивная реакция	14	45,1	38	58,5	8	34,8

В результате проведенного исследования, основываясь на клинических критериях МКБ-10 и результатах психометрических методик, в основной группе был установлен диагноз расстройства адаптации у 31 (16,1%) бойца спецподразделений (1-я основная подгруппа) и у 65 (27,5%) сотрудников криминальной полиции и полиции охраны общественного порядка (2-я основная подгруппа); в контрольной группе расстройства адаптации встречались у 23 (27,1%) сотрудников. С целью дифференциальной диагностики для исключения диагноза посттравматического стрессового расстройства применялся «Опросник травматического стресса». По шкале «F» (дистресс и дезадаптация) указанного опросника у всех лиц с расстройствами адаптации наблюдался средний уровень выраженности показателей, при этом не было превышения пороговых величин по шкалам A-D (симптомы переживания травмы, избегания, гиперактивации).

Распределение клинических разновидностей расстройств адаптации показано в таблице.

Достоверно (p<0,05) установлено, что в клинической картине у сотрудников основной группы преобладали гипогедония, снижение аппетита, нарушения сна и соматовегетативные проявления (колебания артериального давления, одышка, гипергидроз). В контрольной группе – астени-

группы были склонны рассматривать в качестве психотравмы обыденные трудности правоохранительной службы (ношение форменного обмундирования, интенсивные физические нагрузки, проживание на казарменном положении), в то время как в основной группе сотрудники в качестве психотравмирующих ситуаций указывали длительное пребывание в регионе с иной культурой и непривычным климатом, длительное расставание с семьями.

Преувеличение тяжести имеющегося расстройства, характерное для контрольной группы, подтверждалось данными опросника SF-36, применяемого для оценки качества жизни пациентов: по шкалам социального функционирования, ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, и психического здоровья показатели были выше в основной группе, хотя у представителей этой группы имелась более выраженная депрессивная симптоматика и они длительный период времени несли службу в Северо-Кавказском регионе. По компонентам физического здоровья не было выявлено достоверных различий как между группами, так и по сравнению с общепопуляционными значениями.

Предрасполагающим фактором к развитию расстройств адаптаций в обеих группах было наличие акцентуаций характера, которые определяли повышенную личностную уязвимость к стрессовым воздействиям. У сотрудников основной группы преобладали гипертимный и эпилептоидный типы акцентуаций. В контрольной группе – сенситивный, психастенический и шизоидный типы акцентуаций, для которых свойственна интровертированность, алекситимия, повышенная астенизация.

Длительные командировки в Северокавказский регион выступают в качестве психотравмирующей ситуации для сотрудников ОВД, они вызывают расстройства адаптации. Интересен тот факт, что в контрольной группе, представители которой не покидали Курский регион, расстройства адаптации характеризовались более длительным течением. В личностном профиле для представителей контрольной группы с расстройствами адаптации были свойственны: завышенная самооценка, склонность подчеркивать тяжесть клинических проявлений имеющегося у них заболевания и черты нейротизма (раздражительность, незащищенность и эмоциональность).

ЛИТЕРАТУРА

1. Ичитовкина Е.Г. Клинические и социально-психологические особенности комбатантов министерства внутренних дел при воздействии стресс-факторов боевой обстановки: автореф. дисс. …канд. мед. наук. Архангельск, 2011. 24 с.
2. Колчин А.В., Говорин Н.В., Аксенов М.М. Трансперсональная психотерапия при расстройствах адаптации. Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2011. С. 4–32.
3. Костин Д.В., Абриталин Е.Ю., Юсупов В.В. Некоторые клинические и психофизиологические аспекты расстройств адаптации у военнослужащих // Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология: материалы XII Всерос. обществ. профессиональной мед. психотерапевтич. конф. М., 2014. Вып. 12. С. 63–64.
4. Простяков А.И. Клинические особенности расстройства адаптации в форме реакций горя и утраты (клинико-динамические, клинико-психологические аспекты, вопросы коморбидности и трансформации): Автореф. дисс. …канд. мед. наук. Томск, 2009. 24 с.
5. Свечников Д.В., Курасов Е.С. Невротические адаптационные расстройства в современной психиатрической практике (анализ состояния проблемы) // Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. 2013. Т. 8, № 4. С. 136–140.
6. Шифнер Н.А. Расстройства адаптации у студентов (их клиника и динамика): Автореф. дисс. …канд. мед. наук. М., 2011. 24 с.
7. Casey Patricia R.; Doherty, Anne. Adjustment disorders: the state of the art // World Psychiatry. 2011. Vol. 10. P.11–18.
8. Strain J., Diefenbacher A. The adjustment disorders: the conundrums of the diagnoses // Compr. Psychiatry. 2008. Vol. 49. P. 121–130.

REFERENCES

1. Ichitovkina E.G. *Extended abstract of PhD dissertation (Medicine)*. Arkhangelsk, 2011. 24 p. (in Russian)
2. Kolchin A.V., Govorin N.V., Aksenov M.M. *Transpersonal psychotherapy in adjustment disorders*. Tomsk: Publishing house “Ivan Fedorov”, 2011. pp. 4–32. (in Russian)
3. Kostin DV, Abritalin E.Y., Yusupov V.V. In: *Outpatient and hospital medical psychology and psychotherapy: Proceedings XII All-Russian Public professional medical psychotherapeutic conference.* Moscow, 2014. Vol. 12. pp. 63-64. (in Russian)
4. Prostyakov A.I. *Extended abstract of PhD dissertation (Medicine).* Tomsk, 2009. 24 p. (in Russian)
5. Svechnikov D.V., Kurasov E.S. *Bulletin of National Medical and Surgical Pirogov Center*, 2013. Vol. 8, № 4. pp. 136–140. (in Russian)
6. Shifner N.A. *Extended abstract of PhD dissertation (Medicine).* Moscow, 2011. 24 p. (in Russian)

Поступила 01.04.16.

КРАТКОЕ СООБЩЕНИЕ

Неврологический вестник — 2016 — Т. XLVIII, вып. 2 — С. 84—87

УДК: 616.85:316.6:355.11—058.57

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОМБАТАНТОВ С СОЧЕТАННЫМИ ФОРМАМИ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Сергей Юрьевич Стреминский

Алтайский Государственный Медицинский Университет Минздрава РФ, кафедра психиатрии, медицинской психологии и наркологии с курсом ФПК и ППС, 656038, г. Барнаул, пр. Ленина, д. 40, e-mail: stremindoktor@mail.ru

Реферат. С целью изучения клинико-психологических и социально-демографических особенностей комбатантов с сочетанными формами психической патологии были проанализированы особенности 102 больных с экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга, у 45 из которых были выявлены невротические расстройства. Использовались клинико-психопатологический и клинико-анамнестический методы. Были выделены две группы, в которых установлены статистически значимые различия клинико-психологических и социально-демографических особенностей. Результаты проведенного исследования демонстрируют высокий уровень нейротизма и интроверсии у пациентов с сочетанными формами патологии, выявлена прямая умеренная корреляционная связь интровертов с семейными проблемами (r=0,31) и проблемами финансового плана (r=0,32), что свидетельствует о трудностях в социальной адаптации у данных пациентов.

Ключевые слова: сочетанные формы психической патологии, экзогенно-органические заболевания головного мозга, невротические расстройства, комбатанты.

CLINICAL-PSYCHOLOGICAL AND SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF COMBATANTS WITH COMBINED FORMS OF MENTAL PATHOLOGY

Sergei Yu. Streminskiy

Altai State Medical University, Ministry of healthcare of the Russian Federation, Department of psychiatry, medical psychology and narcology, 656038, Barnaul, Lenin's Avenue, 40, e-mail: stremindoktor@mail.ru

Particular qualities of 102 patients with exogenous-organic brain disease were analyzed to study the clinical-psychological and socio-demographic characteristics of combatants with combined forms of mental pathology. And 45 of them were identified as having neurotic disorders. We used clinical, psychopathological, clinical and anamnestic methods. Two groups were identified with a statistically significant difference of clinical-psychological and socio-demographic characteristics. Results of the study demonstrate a high level of neuroticism and introversion in patients with combined forms of pathology, a direct correlation was found between moderate introverts with family problems (r = 0,31) and the problems of the financial difficulties (r = 0,32), indicating difficulties in social adaptation of these patients.

Key words: combined forms of mental pathology, exogenous-organic brain disorder, neurotic disorders, combatants.

Важность исследования определялась большим удельным весом сочетанных психических заболеваний в общей структуре психической патологии, полиморфизмом клинической картины, высокой вероятностью негативных последствий для жизнедеятельности пациента из-за их взаимовлияния [1, 3, 7]. Как показал анализ литературы, несмотря на очевидную актуальность проблемы, вопросы распространенности такого рода патологий, равно как и структуры сочетанных патологий остаются недостаточно изученными [2, 4, 6].

Клинико-психопатологическим и клинико-анамнестическим методом были исследованы 102 пациента госпиталя для ветеранов войн г. Барнаул, страдающих экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга (ЭОЗГМ), получавших лечение в 2014–2015 гг. Использовались сведения, полученные из медицинской документации и интервью. Для оценки субъективного состояния пациента использовалась методика психологического обследования «Личностный опросник Г. Айзенка EPI». Результаты исследования были статистически обработаны с помощью пакета Statistika 10.0.228.8 Portable и Microsoft Excel.

Как показали результаты исследования в указанный период времени в госпитале было пролечено 10291 человек, среди них в неврологическом отделении – 1831 (17,9%), под нашим контролем – 513 (28,1%) комбатантов. Диагноз ЭОЗГМ был выставлен 359 (69,9%) пациентам. Согласно МКБ-10 285 (79,3%) пациентов имели диагноз «другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью в

Таблица 1

Сравнительный межгрупповой анализ результатов по тесту Айзенка (EPI) с использованием U-критерия Вилкоксона–Манна–Уитни

Контрольная группа			p-level	Основная группа		
Шкалы	Сумма рангов	M		M	Сумма рангов	Шкалы
Интроверсия	2537,5	1,8	0,00 ($U_{эмп}$=884)	4,2	2715,5	Интроверсия
Экстраверсия	3244,5	6,6	0,03 ($U_{эмп}$=973)	3,2	2008,5	Экстраверсия
Нейротизм	1653	0,3	0,00 ($U_{эмп}$=0,0)	13,4	3600	Нейротизм

связи с травмой головного мозга» (F06.0); у 74 (20,7%) «расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга в связи с травмой головного мозга» (F07.0). В сформированной группе исследования (102 человека) диагноз «другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью в связи с травмой головного мозга» (F06.0) был выставлен 73 (71,6%) комбатантам; у 29 (28,4%) обнаружились «расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга в связи с травмой головного мозга» (F07.0). Из них 54 (52,9%) были ветеранами войны в Афганистане, 48 (47,1%) ветеранами Чеченского конфликта, средний возраст составил 47,7±7,1 года.

Данные клинического и психологического обследования, позволили нам разделить 102 отобранных пациента, на две группы: группу из 57 пациентов с ЭОЗГМ (контрольную) и группу из 45 пациентов с сочетанием невротических расстройств и ЭОЗГМ (основную). Оказалось, что за время службы пациенты обеих групп перенесли экзогенные воздействия, самыми распространенными из которых явились ЧМТ – 64 (62,7%).

Все пациенты основной и контрольной групп предъявляли жалобы на разного рода психогенные воздействия. Самыми распространенными среди них явились проблемы в семье 25 (24,5%) и финансовые трудности 22 (21,5%). Жалобы как органического, так и невротического плана при поступлении присутствовали у пациентов обеих групп. Однако в основной группе жалобы органического характера были менее выражены по сравнению с контрольной группой. Заметно преобладали жалобы невротического характера, что соответствовало клинико-динамическим особенностям сочетанных форм психической патологии, выделенных Б.Н. Пивень [5].

Сравнительный межгрупповой анализ результатов по тесту Айзенка (EPI) с использованием U-критерия Вилкоксона–Манна–Уитни представлен в табл. 1.

В основной группе удалось выявить высокий уровень нейротизма (M=4,2 при p=0), в контрольной группе оказалось достоверно больше экстравертов (M=6,6 при p<0,05), в основной – интровертов (M=4,2 при p=0). Были отмечены определенные затруднения в социальной адаптации исследуемой группы.

Корреляционный анализ между показателями теста Айзенка (EPI) и ведущими психогенными жалобами представлен в табл. 2.

Проведенный анализ показал, что интроверсия находилась в прямой умеренной корреляционной связи с нейротизмом (r=0,32). Интровертированность была связана прямой умеренной корреляционной связью с семейными проблемами (r=0,31) и проблемами финансового плана (r=0,32).

Для расширения представлений о социально-демографических характеристиках был проведен сравнительный анализ количества официально/не официально работающих, с безработными. В процентном выражении показатели трудоу-

Таблица 2

Корреляционный анализ между шкалами опросника Айзенка и ведущими психогенными факторами

Шкалы/ психогенные факторы	Интроверсия	Экстроверсия	Нейротизм	Семейные проблемы	Личная жизнь	Финансы	С работой	Здоровье родственников	Суд
Интро.	–	-0,50	0,32	0,31	0,006	0,32	0,11	0,003	0,07
Экстр.	-0,50	–	-0,16	-0,22	-0,08	-0,25	-0,10	-0,03	-0,02
Нейрот.	0,32	-0,16	1,000000	0,60	0,20	0,52	0,40	0,27	0,32
Семья	0,31	-0,22	0,60	–	-0,21	0,34	0,17	0,17	0,05
Личн. жизнь	0,006	-0,08	0,20	-0,21	–	-0,06	-0,01	0,18	0,29
Финансы	0,32	-0,25	0,52	0,34	-0,06	–	0,26	-0,07	-0,06
Работа	0,11	-0,10	0,40	0,17	-0,01	0,26	–	-0,02	0,14
Здоровье	0,003	-0,03	0,27	0,17	0,18	-0,07	-0,02	–	-0,06
Суд	0,07	-0,02	0,32	0,05	0,29	-0,06	0,14	-0,06	–

Таблица 3

Межгрупповые различия социально-демографических характеристик по критерию χ2 у участников группы исследования и в контрольной группе.

Группы	Профессиональные характеристики						Семейные характеристики					
	не работает		работает официально		работает неофициально		разведен		женат		холост	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Основная (n=45)	18	40	10	22,2	17	37,7	13	28,8	29	64,4	3	6,6
Контрольная (n=57)	19	33,3	24	7,1	14	24,5	7	12,2	45	78,9	5	8,7
p-level	0,48		0,03		0,14		0,03		0,10		0,69	

стройства в основной группе были хуже. Так, в основной группе было 18 (40%) безработных, в контрольной – 19 (33,3%). Официально трудоустроенных в основной группе было 10 (22,2%), а в контрольной – 24 (42,1%), что свидетельствовало о трудностях социальной адаптации. Неофициально трудоустроенными были в основной группе 17 (37,7%), в контрольной – 14 (24,5%) человек.

В ходе клинического интервью удалось выяснить, что основными причинами своей нетрудоспособности пациенты называли конфликтность, агрессивность, потерю контроля над собой, повышенную раздражительность, враждебность по отношению к другим людям, неприятие со стороны общества. Дальнейший анализ показал, что в основной группе разведенными оказались 13 (28,8%), в контрольной – 7 (12,2%) пациентов. Женатых в основной группе было 29 (64,4%), в контрольной – 45 (78,9%) человек. Холостыми в основной группе были 3 (6,6%) пациента, в контрольной – 5 (8,7%).

При помощи критерия χ2, мы установили различия в социально-демографических характеристиках (табл. 3).

Таким образом, пациенты основной группы находились в достоверно менее благоприятном социальном положении, что, вероятнее всего, и предопределяло развитие психогений в рамках сочетанной патологии.

ВЫВОДЫ

1. Особенностями пациентов с сочетанными формами патологий является высокий уровень нейротизма и интроверсия.

2. Пациенты с интроверсией связаны прямой умеренной корреляционной связью с семейными проблемами (r=0,31) и проблемами финансового плана (r=0,32).

3. Пациенты с сочетанными формами патологии испытывают трудности в социальной адаптации, что требует разработки алгоритма социально-реабилитационных мероприятий, в том числе и на доклиническом уровне.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бохан Н.А., Стоянова И.Я., Счастный Е.Д., Королев А.А. Патопсихологические характеристики пациентов с двойным диагнозом в контексте суицидального поведения // Суицидология. 2014. Т. 5, № 2 (15). С. 55–59.

2. Епанчинцева Е.М., Казенных Т.В., Лебедева В.Ф. и др. Клиническая структура психических расстройств у участников локальных вооруженных конфликтов в отдаленном постбоевом периоде // Успехи современного естествознания. 2015. № 1–5. С. 760–764.

3. Королев А.А., Стоянова И.Я. Личностный потенциал в аспекте самоорганизации и качества жизни у пациентов с сочетанными психическими расстройствами // Сиб. вестн. психиатрии и наркологии. 2013. № 6. С. 59–63.

4. Леонгард К. Акцентуированые личности: пер.с нем. Киев: Выща школа, 1981. 375 с.

5. Пивень Б.Н. Сочетанные формы психической патологии. Новосибирск: Наука, 1998. 171 с.

6. Пивень Б.Н. Сочетанные формы психической патологии в свете перспектив развития клинической психиатрии. // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013. Т. 113, № 5. С. 85–88.

7. Рудницкий В.А. Клинические варианты непсихотических психических расстройств у пациентов, подвергшихся воздействию малых доз радиации. // Сиб. вестн. психиатрии и наркологии. 2011. № 4. С. 69–71.

REFERENCES

1. Bokhan N.A., Stoyanova I.Ya., Schastnyi E.D., Korolev A.A. *Suitsidologiya.* 2014. Vol. 5, № 2 (15). pp. 55–59. (in Russian)

2. Epanchintseva E.M., Kazennykh T.V., Lebedeva V.F. et al. *Uspekhi sovremennogo estestvoznaniya.* 2015. № 1–5. pp. 760–764. (in Russian)

3. Korolev A.A., Stoyanova I.Ya. *Sib. vestn. psikhiatrii i narkologii.* 2013. № 6. pp. 59–63. (in Russian)

4. Leongard K. *Aktsentuirovanye lichnosti:* per.s nem. Kiev: Vyshcha shkola, 1981. 375 p. (in Russian)

5. Piven' B.N. *Sochetannye formy psikhicheskoi patologii*. Novosibirsk: Nauka, 1998. 171 p. (in Russian)

6. Piven' B.N. *Zhurn. nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsokova*. 2013. Vol. 113, № 5. pp. 85–88. (in Russian)

7. Rudnitskii V.A. *Sib. vestn. psikhiatrii i narkologii.* 2011. № 4. pp. 69–71. (in Russian)

Поступила 06.04.16.

КРАТКОЕ СООБЩЕНИЕ

Неврологический вестник — 2016 — Т. XLVIII, вып. 2 — С. 88—91

УДК: 616.893—07

К ВОПРОСУ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ПОЛИМОРФНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Елена Олеговна Кулешова

Алтайский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии, медицинской психологии и наркологии с курсом ФПК и ППС, 656038, г. Барнаул, пр. Ленина, д.40, e-mail: emoryll@rambler.ru

Реферат. С целью изучения вариантов течения и прогноза острых полиморфных расстройств были проанализированы особенности постпсихотического периода у 146 больных с данной психической патологией. Использовались клинико-динамический, клинико-катамнестический методы и психометрические методики. Были выявлены статистически значимые различия клинической и социальной структуры в постпсихотическом периоде у лиц с исследованной нозологией. Таким образом, результаты проведенного исследования демонстрируют неоднородность исходов заболевания: наряду с тяжелыми, инвалидизирующими вариантами, у части больных прогноз болезни после ее дебюта оказывается достаточно благоприятным без видимых социальных последствий, при хорошем функционировании в сообществе.

Ключевые слова: острые полиморфные расстройства, дебют шизофрении, выздоровление.

TO THE QUESTION OF RECOVERY AT ACUTE POLYMORPHIC DISORDER

Elena O. Kuleshova

Altai State Medical University, postgraduate student of the Department of psychiatry, medical psychology and narcology with the course of ATF and PRS, 656038, Barnaul, Lenin's Avenue, 40, e-mail: emoryll@rambler.ru

In order to study the course and prognosis for acute polymorphic disorder, the author has analyzed the features of post-psychotic period in 146 patients with these mental disorders. The clinical-dynamic, clinical and follow-up methods and psychometric methods were applied. Statistically significant differences in clinical and social structures of post-psychotic period in individuals with the investigated diseases have been identified. The results of this investigation point to a variety of possible outcomes: along with severe and disabling variants, a part of patients show a rather positive prognosis after the manifestation of disease, i.e. it could be a single episode without noticeable social consequences and with good functioning in the community.

Key words: acute polymorphic disorder, debut of schizophrenia, recovery.

При всех очевидных достижениях современная клиническая психиатрия содержит разделы, по-прежнему являющиеся предметом разночтений. Одним из таких разделов являются острые полиморфные расстройства (ОПР). Наряду с вопросами классификации, дискуссионной остается проблема выздоровления при данной патологии.

Еще в 1876 г. на гамбургском съезде естествоиспытателей К. Вестфаль указал на существование особых форм психотических расстройств, имеющих острое течение и заканчивающихся полным выздоровлением. Э. Крепелин допускал, что в 8–13% случаев раннего слабоумия выздоровление возможно. Э. Мейер (1908) констатировал выздоровление четверти пациентов с подобным диагнозом [цит. по 4].

Исследования адаптационных возможностей больных шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра тесно связаны с изучением ремиссии и проявлениями дефекта в их структуре [7].

На наш взгляд наиболее четкие критерии выздоровления при ОПР содержатся в работах Г.В. Зеневича [2]. Они включают отсутствие каких-либо, в том числе и остаточных, симптомов болезни, при наличии критики и полном социально-трудовом восстановлении.

Безусловно, первым признаком улучшения состояния, а в последствие и возможного выздоровления, является купирование психотической симптоматики. В дальнейшем доминирующим показателем, характеризующим сохранность личностно-мотивационной сферы [1], а также одним из важных критериев ремиссии [6] выступает динамика критичности. Немаловажным показателем, определяющим стойкость ремиссии или полного выздоровления, является социально-адаптационный показатель.

Целью настоящего исследования являлся дифференциальный анализ постпсихотического периода ОПР для структурирования и возможного прогнозирования исхода различных клинических вариантов данной группы заболеваний.

Материалы и методы. Нами были обследованы 146 больных мужского и женского пола в

возрасте от 18 до 58 лет, перенесших ОПР. Пациенты находились в остром психотическом состоянии, которое развивалось впервые на протяжении 2 или менее недель. Во внимание принималось наличие следующих критериев: утрата больным критического отношения к болезни; бредовые, галлюцинаторные, выраженные аффективные и другие, определяющие поведение, нарушения; отсутствие органических причин, явной интоксикации алкоголем или лекарственными препаратами. В ходе катамнестического наблюдения обнаружилось, что первую группу больных, где рецидива психотической симптоматики не наблюдалось, а диагноз не претерпел изменений, составили 36 (24,66%) пациентов; вторую группу, где диагноз был изменен составили 110 (75,34%) человек. При этом в 92 (63,01%) случаях окончательный диагноз звучал как параноидная шизофрения, а 18 (12,33%) пациентам были диагностированы иные патологии (биполярное аффективное, шизоаффективное расстройство и др.). Период катамнестического исследования составил от 3 до 10 лет.

Выраженность негативных расстройств оценивалась при выписке больных из стационара по субшкале негативной симптоматики Positive and Negative Sindrom Scale (PANSS) [9]. Для комплексной оценки осознания некоторых общих для всех пациентов аспектов психической болезни использовалась методика «Шкала нарушения осознания психического расстройства» (ШНОПР) [3] – перевод англоязычной шкалы «The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder» (SUMD). Использовались клинико-динамический, клинико-катамнестический и статистический (с применением коэффициента корреляции Спирмена) методы исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. К первому из выбранных нами критериев выздоровления относится отсутствие каких-либо, в том числе и остаточных, симптомов болезни. К таким симптомам мы не относили проявления продромального периода (нарушения сна, тревога, подавленное настроение и сниженная активность). В целом картина заболевания на данном этапе у первой и второй группы существенно не различалась.

Психотический период у пациентов первой группы длился в среднем 8,28±3,04 дня в интервале от 3 до 15 дней, а во второй – 11,18±5,51дня в интервале от 3 до 27 дней.

Средняя продолжительность синдромальных вариантов, расположенных по мере утяжеления симптоматики, представлена в табл. 1.

Таблица 1

Средняя продолжительность синдромальных вариантов ОПР у пациентов обеих групп

Вариант ОПР	Кол-во дней	
	Первая группа	Вторая группа
Паранойяльный	8,04	9,57
Параноидный	8,12	11,04
Кататоно-параноидный	–	13,62
Парафренный	–	14,6
Полиморфный	–	27

Согласно данным табл. 1, купирование психотического периода как одного из этапов на пути к выздоровлению (ремиссии) у пациентов первой группы происходило быстрее, чем у пациентов второй, вне зависимости от синдромального варианта. Однако статистически установить взаимосвязь длительности психоза и последующего обострения психотической симптоматики (коэффициент корреляции Спирмена <0,3) не удалось.

После выхода из психоза у 45 (30,82%) пациентов наблюдались остаточные явления в виде астено-депрессивного синдрома, выявленного и купированного в течение месяца. Подобная симптоматика, вызванная у пациентов анализом болезненных переживаний, их критической оценкой, не могла быть отнесена к острому периоду.

Перед выпиской больного из стационара проводилась оценка негативной симптоматики. В первой группе данный показатель по субшкале негативной симптоматики PANSS составил 7,53±0,91 балла, во второй – 10,79±2,24.

Результаты статистической обработки материала позволяют констатировать: чем выше данный показатель (коэффициент корреляции Спирмена 0,657; p<0,001), тем вероятнее рецидив психотической симптоматики, следовательно, ниже вероятность выздоровления. Исходя из этого, негативные симптомы у пациентов первой группы следует рассматривать как вторичные, обусловленные перенесенным психотическим расстройством [8]. Негативная симптоматика во второй группе, характеризующаяся определенной

Таблица 2

Результаты корреляционного анализа связи инсайта и возможности дальнейшей хронизации ОПР у пациентов обеих групп

Аспекты инсайта	Первая группа			Вторая группа			Корреляционный анализ		
	О	ПП	ВО	О	ПП	ВО	О	ПП	ВО
Общее представление о ПЗ	1,58±0,65	1,64±0,72	1,52±0,77	2,21±1,00	2,36±1,10	2,4±1,21	0,32**	0,32**	0,37**
Необходимость лечения	1,47±0,65	1,55±0,94	1,61±1,00	2,13±1,2	2,11±1,00	2,3±1,10	0,28	0,295	0,35**
Эффект медикаментов	1,64±1,20	1,69±0,95	1,75±0,91	2,26±1,24	2,19±1,26	2,35±1,14	0,29	0,2	0,265
Социальные последствия	1,75±0,84	1,69±1,00	1,67±1,07	2,85±1,37	2,76±1,40	2,79±1,46	0,38**	0,38**	0,41**

Примечание. ПЗ – психическое заболевание, О – осознание, ПП – понимание причин, ВО – восприятие окружающих, ** корреляция значима при $p<0,01$.

клинической очерченностью, позволяют предполагать формирование личностного дефекта, что исключает возможность выздоровления.

На следующем этапе исследования мы оценивали критичность пациентов. Результаты корреляционного анализа связи инсайта (критики) и возможности дальнейшей хронизации заболевания представлены в табл. 2.

Полученные данные свидетельствуют о том, что у пациентов первой группы наблюдается повышенная склонность к анализу болезненных переживаний, а также критическая их оценка, притом у большинства из них отмечается отсутствие нарушений инсайта. У представителей второй группы, в свою очередь, отмечается неполная, фрагментарная и несколько формальная критика. Оценка и анализ переживаний психотического периода в данной группе значительно ниже. Особенно это касается осознания социальных последствий перенесенного заболевания. Можно говорить о том, что «дефицит» критики, неполное осознание психического заболевания и его последствий прямо связаны с последующим возможным обострением психотической симптоматики.

Завершающий этап исследования, заключавшийся в оценке социально-адаптационного аспекта, в контексте источников существования и трудоустройства показал, что статус 29 (80,55%) человек из первой группы не претерпел заметных изменений: 6 (16,17%) пациентов окончили высшие и средние учебные заведения с последующим трудоустройством, и только один пациент потерял работу. Иная ситуация наблюдалась в динамике социального статуса пациентов второй группы. В связи с частыми обострениями около половины пациентов спустя 3–5 лет с момента первого психотического эпизода стали инвалидами по психическому заболеванию, из них 44 (47,83 %) – II или III группы, 15 (16,3 %) – столкнулись с понижением на службе, потерей квалификации. 4 (4,35%) пациентам удалось получить образование, и лишь статус 29 (31,52%) – не претерпел заметных изменений, связанных с трудоустройством.

У 9 (9,78%) пациентов из 2-й группы ремиссия длилась более 3 лет, а у 4 – от 6 до 8 лет, что доказывает возможность изменений в психопатологическом статусе пациентов [10]. Следует заметить, что очевидные позитивные показатели у пациентов первой группы не исключают возможность обострения психотической симптоматики в дальнейшем. На наш взгляд более корректно говорить не о выздоровлении, а о полном восстановлении или возвращении к преморбидному уровню. А в связи с тем, что ОПР рассматриваются как самостоятельная нозология, полную ремиссию не следует идентифицировать с восстановлением.

ВЫВОДЫ

Результаты исследования подтверждают факт клинической неоднородности когорты пациентов с диагнозом «острое полиморфное расстройство». Выявлены некоторые клинические и социально-адаптационные особенности постпсихотического периода, характерные для ОПР с полярными вариантами исхода. Решение задач прогнозирования при острых полиморфных расстройствах на разных этапах течения данной патологии в

дальнейшем, по нашему убеждению, внесет свой вклад в решение проблемы ранней дифференциации дебюта шизофрении и транзиторного психоза, с последующим формированием более точной тактики лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зейгарник Б. В. Патология мышления. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1962. 380 с.
2. Зеневич Г.В. Ремиссии при шизофрении. Л., 1964. 216 с.
3. Иржевская В.П. Методика исследования осознания психической болезни у пациентов с психической патологией различной степени тяжести / Культура и патология: (материалы рабочей группы «Влияние современных технологий на динамику границ нормы и патологии»): сб. науч. ст. вып. 4. М., 2007. С. 9–13.
4. Каннабих Ю. История психиатрии. М.: ЦТР МГП ВОС, 1994.
5. Класс V (F). Психические расстройства и расстройства поведения. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Т. 1, Ч. 1. Женева: ВОЗ, 1995. С. 313–392.
6. Кожуховская И.И. О необходимости дифференцировать понятие «критичность» // Журнал невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1972. № 11. С. 1666–1669.
7. Логвинович Г.В., Семке А.В. Первичные и вторичные нарушения адаптации при шизофрении. Томск: Изд-во Том. Ун-та, 1995. С.3–9.
8. Цыганков Б.Д., Овсянников С.А., Ханнанова А.Н. Методологические подходы к оценке негативной симптоматики при шизофрении в процессе психофармакотерапии // Журнал неврологии и психитарии им. С.С. Корсакова. 2009. № 11. С. 101–106.
9. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia // Schizophr. Bull. 1987. №13. P. 261–276.
10. Marneros A., Pillmann F. Acute and Transient Psychoses. Cambridge: Cambridge University Press, 2004.

REFERENCES

1. Zeigarnik B. V. *Patologiya myshleniya*. Moscow: Izd-vo Mosk. un-ta, 1962. 380 p. (in Russian)
2. Zenevich G.V. Remissii pri shizofrenii. Leningrad, 1964. 216 p. (in Russian)
3. Irzhevskaya V.P. In: *Kul'tura i patologiya: (materialy rabochei gruppy «Vliyanie sovremennykh tekhnologii na dinamiku granits normy i patologii»): sb. nauch. st*. № 4. Moscow, 2007. pp. 9–13. (in Russian)
4. Kannabikh Yu. Istoriya psikhiatrii. Moscow: TsTR MGP VOS, 1994. (in Russian)
5. *Klass V (F). Psikhicheskie rasstroistva i rasstroistva povedeniya. Mezhdunarodnaya statisticheskaya klassifikatsiya boleznei i problem, svyazannykh so zdorov'em. Desyatyi peresmotr*. Vol. 1, Pt. 1. Zheneva: VOZ, 1995. pp. 313–392. (in Russian)
6. Kozhukhovskaya I. I. *Zhurnal nevropatol. i psikhiatr. im. S.S. Korsakova*. 1972. № 11. pp. 1666–1669. (in Russian)
7. Logvinovich G.V., Semke A.V. *Pervichnye i vtorichnye narusheniya adaptatsii pri shizofrenii*. Tomsk: Izd-vo Tom. Un-ta, 1995. pp.3–9. (in Russian)
8. Tsygankov B.D., Ovsyannikov S.A., Khannanova A.N. *Zhurnal nevrologii i psikhitarii im. S.S. Korsakova.* 2009. № 11. pp. 101–106. (in Russian)

Поступила 28.03.16.

АНТИРЕТРОВИРУС ТЕРАПИЯСЕН АЛГАН ҺӘМ ТУКТАТКАН ВИЧ-ИНФЕКЦИЯЛЕ АВЫРУЛАРДА ПСИХОАКТИВ МАТДӘЛӘР КУЛЛАНУ ҺӘМ ДЕПРЕССИЯ

Андрей Сергеевич Устинов[1], Анна Пекораро[2,3], Мэтью Мимиага[4,5], Конал О'Клейрих[5,6], Стивен Сафрен[5,6], Елена Андреевна Блохина[7], Елена Владимировна Вербицкая[7], Татьяна Сергеевна Ярославцева[7], Дмитрий Анатольевич Лиознов[8,9], Алёна Владимировна Суворова[10], Александр Яковлевич Гриненко[7], Эдвин Эдуардович Звартау[7,8], Евгений Михайлович Крупицкий[1,7], Джордж Вуди[2,3]

[1] В.М.Бехтерев ис. Санкт-Петербург фәнни-тикшеренү психоневрологик институты, 192019, Санкт-Петербург шәһәре, Бехтерев урамы, 3, andrey.ustinov29@gmail.com, [2]Пенсильвания университеты, медицина университеты, Филадельфия, Пенсильвания штаты, АКШ, e-mail: annp@mail.med.upenn.edu, [3]NIDA клиник тикшеренүләр челтәре, Делавэр үзәнендәге үзәк, Филадельфия, Пенсильвания штаты, АКШ, [4] Гарвард җәмәгать сәламәтлеге мәктәбе, Бостон, Массачусетс штаты , АКШ, e-mail: mmimiaga@hsph.harvard.edu, [5]Гарвард медицина мәктәбе, Бостон, Массачусетс штаты , АКШ, [6]Массачусетс штатының үзәк хастаханәсе, Бостон, Массачусетс штаты, АКШ, e-mail: cocleirigh@partners.org, [7]И.П. Павлов исемендәге беренче Санкт-Птербург дәүләт медицина университеты, А.В. Вальдман исемендәге Фармакология институты, 197022, Санкт-Петербург, Лев Толстой урамы, 6-8, e-mail: blokhinaelena@gmail.com, [8]И.П. Павлов исемендәге беренче Санкт-Петербург дәүләт медицина университеты, йогышлы авырулар һәм эпидемиология кафедрасы, 197022, Санкт-Петербург, Лев Толстой урамы, 6-8, e-mail: dlioznov@yandex.ru, [9]Пастер исемендәге эпидемиология һәм микробиология фәнни-тикшеренү институты, 197101, Санкт-Петербург, Мира урамы, 14, [10]Россия фәннәр академиясенең информатика һәм автоматлаштыру Санкт-Петербург институты, 199178, Санкт-Петербург, 14 линия, 39, e-mail: suvalv@mail.ru

Тикшеренүнең максаты – ВИЧ-инфекцияле авыруларның антиретровирус терапиясен туктатуы сәбәпләренә бәя бирү. Антиретровирус терапиясен 12 ай һәм аннан да күбрәккә өзгән 120 пациентта һәм 12 ай һәм аннан да озаграк дәвалану узган 120 пациентта депрессия, чарасызлык хисе, психоактив матдәләр куллану, ВИЧ вирус йөкләнеше һәм СД4-лимфоцитлар саны кебек факторларның тәэсиренә ретроспектив бәя бирелә. Дәвалауны өзгән авырулар төркемендә вирус йөкләнеше дәрәҗәсенең югарырак һәм СД4-лимфоцитлар санының азрак булуы ачыклана. Депрессия, алкоголь, героин һәм кан тамырларына җибәрелә торган наркотикларны күбрәк доза белән ешрак куллану дәвалауны туктаткан төркемдә күбрәк күзәтелә. Әлеге нәтиҗәләр нигезендә төзелгән бинар логистик регрессия [$\chi^2(4) = 64,27$, $p = 0,000$]74,5% очратка антиретровирус терапиясенә бирелүчәнлекне прогнозларга мөмкинлек бирә. Алынган мәгълүматлар психоактив матдәләр куллану һәм депрессиянең антиретровирус терапиясен туктатуга бәйле булуын раслый. Антиретровируслы препаратлар белән дәвалау билгеләгәндә әлеге факторларга бәя бирү авыруларның терапиягә бирелүчәнлеген алдан әйтергә мөмкинлек бирә. Психоактив матдәләргә бәйлелекне бетерү һәм психиатрия ярдәмен үз эченә алган комплекслы дәвалау пациентларның антиретровирус терапиясен программаларныннан читкә чыгу куркынычын киметеп, ВИЧ-инфекцияне дәвалауга бирелгәнлекнең гомуми дәрәҗәсен арттырырга мөмкинлек бирә.

Төп төшенчәләр: ВИЧ, антиретровирус терапиясе, АРВТны өзү, АРВТгә бирелгәнлек, депрессия, психоактив матдәләр куллану.

MTHFR677C>T ФОЛАТЛАРЫ АЛМАШЫ ГЕНЫ ПОЛИМОРФИЗМЫ ҺӘМ ШИЗОФРЕНИЯНЕҢ КАТАТОНИК СИМПТОМАТИКАСЫ

Татьяна Владимировна Жиляева, Анжелика Вячеславовна Сергеева, Анна Сергеевна Благонравова, Елена Владимировна Акимова, Ләлә Наримановна Касыймова

РФ сәламәтлек саклау министрлыгының Түбән Новгород дәүләт медицина академиясе, , психиатрия һәм медицина психологиясе кафедрасы , 603005, Түбән Новгород шәһәре, Минин һәм Пожарский мәйданы, 10/1, e-mail: bizet@inbox.ru

Фолатлар алмашы тайпылышлары (шул исәптән метилентетрагидрофолатредуктаза(MTHFR)677C>T гены полиморфизмы генын йөртү) бүгенге көндә шизофрениянең төрле аспектларына бәйләп өйрәнелә. MTHFR677C>T полиморфизмын йөртү негатив һәм когнитив симптоматика дәрәҗәсе белән ассоциацияләнә. Әлеге полиформизымны йөртү гипергомоцистеинемиягә һәм метионин дефицитына китерә. Күп кенә тикшеренүләргә караганда, болар икесе дә шизофрения этиопатогенезына бәйсез өлеш кертә ала. Фолатлар алмашы тайпылышлары белән шизофрениянең кататоник симптомнары арасындагы узара бәйлелек өйрәнелмәгән. Шуңа

да әлеге хезмәтнең максаты – шизофрениянең кататоник симптомнарын MTHFR677C>T ның төрле генотипларын йөртү белән стандартлаштырылган рейтинг шкалалары нигезендә клиник яктан бәяләп, чагыштырып өйрәнү. Шизофренияле 150 пациентта MTHFR677C>T полиморфизмы булу-булмау өйрәнелә. Бер төркем пациентлар Шизофрениянең позитив һәм негатив синдромнарын бәяләү шкаласы (алга таба PANSS, n=52), Шизофрениянең негатив симптомнарын бәяләү шкаласы (алга таба SANS, n=64), шулай ук шизофрения вакытында депрессияне бәяләү өчен Калгари шкаласы (алга таба CDSS, n=62) ярдәмендә тикшерелә. Кататония дәрәҗәсен ачыклау өчен PANSS һәм SANS пунктлары файдаланыла. MTHFR677C>T (n=77) полиморфизмын йөрткән пациентлар MTHFR677CC (n=73) нормаль генотибын йөртүчеләрдән PANSS һәм SANS ның кататониягә караган аерым симптомнарының ачыграк чагылышы һәм суммар бәясе белән аерылып торалар. Ачыкланган аерымлыклар пациентларның җенесенә, яшенә, авыруның дәвамлылыгына, шулай ук CDSS һәм PANSS “шом-депрессия” факторы нигезендә үлчәп ачыкланган депрессия симптоматикасы булу-булмауга бәйле түгел. Алынган нәтиҗәләр фолатлар алмашы тайпылышлары ассоциациясе белән шизофрениянe кататоник симптомнарын, каттаонияне бәяләүдә стандартлаштырылган шкалалар кулланып, алга таба да өйрәтүнең зарурлыгын дәлилли.

Төп төшенчәләр: шизофрения, кататония, (MTHFR) 677C>T полиморфизны, фолатлар дефициты, PANSS, SANSS.

АШКАЗАНЫ – ЭЧӘК ТРАКТЫНДАГЫ СОМАТИЗАЦИЯЛӘНГӘН ТАЙПЫЛЫШЛАР ҺӘМ ОРГАНИК АВЫРУЛАРНЫҢ КЛИНИК-ПСИХОЛОГИК ҮЗЕНЧӘЛЕКЛӘРЕ (ЧАГЫШТЫРМА АСПЕКТ)

Альберт Вазгенович Погосов, Юлия Владимировна Богушевская

Курск дәүләт медицина университеты, психиатрия һәм психосоматика кафедрасы,
305041, Курск ш., К.Маркс урамы, 3, e-mail: yuliyabogushevskaya@yandex.ru

Тикшеренүнең максаты – ашказаны-эчәк трактындагы соматизацияләнгән тайпылышларның (соматоформалы вегетатив дисфункция, аерым алганда, ярсынган эчәклек синдромы, ипохондрия тайпылышы) һәм органик авыруларның (ашказаны, уникеилле эчәк җәрәхәтләре, җәрәхәтле колит) клиник-психологик үзенчәлекләрен өйрәнү һәм дифференциацияләнгән психокоррекция чараларын булдыру. Әлеге клиник-психологик үзенчәлекләрнең чагыштырып табылган нәтиҗәләре аерымлыкларның шактый булуын күрсәтә. Соматизацияләнгән тайпылышлар күзәтелгән авырулар регрессия һәм интеллектуализация кебек психологик саклану механизмнарын кулланалар, аларда шәхес шомлануының уртача (югарыга үсү тенденциясе) дәрәҗәсе күзәтелә. Органик авырулар вакытында регрессия, интеллектуализация механизмнары һәм реактив билгеләр өстенлек итә, шәхес шомлануының югары дәрәҗәсе, депрессия, шәхеснең алекситимик һәм ипохондрик билгеләре күзәтелә. Теоретик яктан гаять әһәмиятле әлеге мәгълүматларны дәвалау чараларын булдырганда исәпкә алу зарур. Медикаментлар ярдәмендә дәвалау белән беррәттән, әлеге чаралар үз эчләренә дифференциацияләнгән психокоррекция юнәлешләрен алырга тиеш.

Төп төшенчәләр: ашказаны-эчек трактындагы соматизацияләнгән тайпылышлар, ашказаны-эчек трактындагы органик авырулар, психологик саклану механизмнары, эмоциональ һәм шәхескә бәйле үзенчәлекләр, психокоррекция.

ГЕПАТОЛЕНТИКУЛЯР ДЕГЕНЕРАЦИЯ ПРОЦЕССЫНДАГЫ НЕВРОЛОГИК ФОРМАЛАРНЫҢ КЛИНИК БАРЫШЫ ТИПЛАРЫ

Алексей Васильевич Овчинников[1], Владимир Викторович Шпрах[2]

[1]Владивосток ОАО «РЖД»станциясендә бүлек клиник хастаханәсе, Владивосток ш., Верхнепортовая урамы, 25, e-mail: vladannamail-primorye-ru2014@yandex.ru, [2] Иркутск дәүләт дипломнан соң белем бирү медицина академиясе, 664049, Иркутск ш., Юбилей микрорайоны, 100, e-mail: irkmapo@irk.ru

Гепатолентикуляр дегенерация процессында неврологик формаларның клиник барышы үзенчәлекләре төрле яшьтәге 47 авыруга (уртача алганда – 33,4 яшь, 18 ел дәвамында авырыйлар) 4 ел дәвамында җыелган катамнез нәтиҗәләре буенча өйрәнелә. 21,27% очракта патологик симптомнарның көчәюе күзәтелә; үлем белән тәмамланган очраклар – 4,25%; неврология дефектының стабильләшү очраклары – 48,9%; патология регрессы – 25,5% очракта күзәтелә. Бу гепатолентикуляр дегенерация барышының 2 тибын аерып күрсәтергә мөмкинлек бирә: уңай (74,46%) һәм тискәре (25,5%). Авыру барышының тискәре тибы куркынычы факторлары булып клиник билгеләрнең көчәюе, организмнан артык бакырны чыгарырга булышучы терапия билгеләүне тоткарлау дәвамлылыгы һәм психик тайпылышларының ни дәрәҗәдә булуы тора. Гепатолентикуляр дегенерациянең прогнозы авыруның дәвамлылыгына, дәвалауны башлау срокларына һәм дәвалау схемаларын төгәл үтәүгә бәйле.

Төп төшенчәләр: гепатолентикуляр дегенерация, клиника, авруның барышы.

МӘКТӘП УКУЧЫЛАРЫНДА АДДИКТИВ ТӘРТИП ФОРМАЛАШУ КУРКЫНЫЧЫН КИМЕТҮДӘ ПСИХОГИГИЕНА ЮНӘЛЕШЕ

Павел Николаевич Москвитин[1,2], Алексей Юрьевич Егоров[3,4,5]

[1] Новокузнецк дәүләт табибларның белемнәрен камилләштерү институты, 654005, Новокузнецк ш., Төзүчеләр проспекты, 5, [2]Новосибирск гигиена фәнни-тикшеренү институты, 630108 Новосибирск ш., Пархоменко урамы, e-mail: moskvitinpn@mail.ru, [3]И.М. Сеченов исемендәге физиология һәм биохимия эволюциясе институты, 194223, Санкт-Петербург ш., Тореза проспекты, 44, [4]Санкт-Петербург дәүләт университеты, 199034, Санкт-Петербург ш., Университет яр буе урамы,. 7-9, [5]И.И. Мечников исемендәге Төньяк-Көнбатыш дәүләт медицина университеты, 191015, Санкт-Петербург ш.,Кирочная урамы, 41, e-mail: draegorov@mail.ru.

Балалар һәм яшүсмерләрдә психоактив матдәләр бәйлелек формалашу куркынычын киметүдә психогигена юнәлеше өйрәнелә. “Профилактика психодрамасы” ысулын куллануның нәтиҗәлелеге күрсәтелә. 8,9 һәм 10 сыйныфларда укучы 300-әр бала (төп һәм контроль төркемнәр) тикшерелә. Профилактика психодрамасы ысулы буенча тренинглар программасы уздырыла. Төп төркемдә психоактив матдәләр кулануга сорау туу мотивациясе күрсәткечләре динамикасы түбәнәю буенча статистик яктан әһәмияткә ия аерымлыклар табыла. Анкета уздыру сорау мотивациясендәге “коммуникация”, “гедонизм”, “эч пошканнан гына”, “аң торышының үзгәрүе” кебек күрсәткечләренең кимүен күрсәтә. Контроль төркемдә әлеге күрсәткечләр динамикасы үзгәрешсез кала.

Төп төшенчәләр: психогигена, “Профилактика психодрамасы”, аддиктив тәртип профилактикасы, мәктәп укучылары арасында сәламәт яшәү рәвеше кыйммәтләре.

ТИКЛЫ БАЛАЛАРНЫ ДӘВАЛАУНЫҢ НӘТИҖӘЛЕЛЕГЕНӘ ОБЪЕКТИВ КОНТРОЛЬ ЫСУЛЛАРЫ

Валерий Петрович Зыков[1], Эльмира Агасалимовна Каширина[2], Юлия Валерьевна Наугольных[2]

[1] Россия дипломнан соң белем бирү медицина академиясе, 125993, Баррикадная урамы, 2/1, яшь балалар неврология кафедрасы, [2] № 110 балалар шәһәр поликлиникасы, 127490, Мәскәү шәһәре, Декабристлар урамы 39, e-mail: julia-nv@mail.ru

Тиклы гиперкинез күзәтелгән 10-17 яшьлек 43 авыруны 6 атна дәвамында (тәүлегенә 3әр мәртәбә 500 м) гопантен кислотасы белән дәвалауның нәтиҗәлелеге өйрәтелә. Дәвалауның нәтиҗәлелегенә Халыкара Йельск шкаласы буенча соматосенсорлы булдырылган потенциаллар ысулы, нейропсихология тикшеренүе, Спилберг-Ханинның шәхескә һәм ситуациягә бәйле шомлану тестлары кулланып бәя бирелә. Гопантен кислотасы белән дәвалау тикларның Йельск шкаласы буенча билгеләнә торган суммар авырлыгын (пациентларның төрле төркемнәрендә $p<0,03$, $p<0,02$), ситуациягә бәйле шомлануны ($p<0,001$; $p<0,03$), киметә, кыска вакытлы ишетү-сөйләм хәтеренең күләмен ($p<0,01$; $p<0,05$) арттыра. Булдырылган соматосенсорлы потенциаллар ысулы, нейропсихологик тест белән берләштән, тикларны дәвалау нәтиҗәлелеген контрольдә тотуның объектив ысулы булып тора.

Төп төшенчәләр: тиклар, тикларның дәрәҗәсен билгеләүче Йельск шкаласы, булдырылган соматомоторлы потенциаллар, шәхескә һәм ситуациягә бәйле шомлану, ишетү-сөйләм хәтере, гопантен кислотасы.

ДИАФРАГМА НЕРВЫСЫНЫҢ ИКЕ ЯКЛАП ИДИОПАТИК ЗАРАРЛАНУЫ: КЛИНИК ТИКШЕРЕНҮЛӘР ҺӘМ ӘДӘБИЯТКА КҮЗӘТҮ

Зифа Гомәр кызы Хәятова[1] , Әнвәр Ибраһим улы Богданов[1], Владимир Иванович Анисимов[2], Виктор Игоревич Ильинский[2], Айрат Рөстәм ул Кәбиров[2], Алсу Газинур кызы Фазлыйәхмәтова[2], Марат Абделхәй улы Хәйруллов[2]

[1] Казан дәүләт медицина университеты, неврология һәм реабилитация кафедрасы,420012, Казан шәһәре, Бутлеров урамы, 49 йорт, e-mail: hayatova@list.ru, [2] ТР Сәламәтлек саклау министрлыгының РКБ , 20064, Казань шәһәре, Оренбург тракты урамы, 138 йорт

Диафрагма парезының (зарарлану дәрәҗәсенә бәйле рәвештә), аерым алганда, диафрагма нервысының төрле этиологияле нейропатиясе килеп чыгу сәбәпләре тикшерелә. Диафрагма нервысының ике яклы идиопатик нейропатиясен клиник яктан күзәтүләр тасвирлана, әлеге проблеманы яктырткан хезмәтләрдән мәгълүматлар тәкъдим ителә.

Төп төшенчәләр: диафрагма парезы, диафрагма нервысының идиопатик нейропатиясе, диафрагма нервы.

БАСЫЛГАН МӘКАЛӘЛӘР РЕФЕРАТЛАРЫ

БАЗАЛЬ ГАНГЛИЙЛӘРНЕҢ БЕРЕНЧЕЛ (ФАР АВЫРУЫ) ҺӘМ ИКЕНЧЕЛ КАЛЬЦИФИКАЦИЯСЕ (КЛИНИК КҮЗӘТҮ)

Татьяна Всеволодовна Матвеева, Ксения Сергеевна Овсянникова

Казан дәүләт медицина университеты, неврология, нейрохирургия һәм медицина генетикасы кафедрасы,
420012, Казан ш., Бутлеров урамы, 49, e-mail: oks-88@list.ru

Базаль ганглийләрнең беренчел (Фар авыруы) һәм икенчел кальцификациясе күзәтелгән пациентларны клиник күзәтү очраклары сурәтләнә. Һәр ике авыруда да калкансыман биз функциясе тайпылышлары күзәтелә. Базаль ганглийлар кальцификациясе нәтиҗәсендә килеп чыккан неврологик билгеләренең үзенчәлекләре, дәвалауны вакытында башлау өчен аларны башлангыч чорда ук ачыклауның мөһимлелегенә басым ясала.

Төп төшенчәләр: Фар авыруы, базаль ганглийлар кальцификациясе, гипотиреоз, гипопаратиреоз, Паркинсон синдромы.

СИНТЕТИК СТИМУЛЯТОРЛАРГА БӘЙЛЕЛЕК СИНДРОМЛЫ ПАЦИЕНТЛАРНЫҢ МЕТИЛЕНДИОКСИПИРОВАЛЕРОННЫ ВЕНАГА ҖИБӘРЕП КУЛЛАНУНЫҢ КЛИНИК ОЧРАГЫ

Азат Раил улы Әсәдуллин[1,2], Владимир Ләбибович Юлдашев [1], Эльвина Аслямовна Әхмәтова[2]

[1]Башкорт дәүләт медицина университеты, Уфа, Ленин урамы, 3, e-mail: droar@yandex.ru
[2] БР сәламәтлек саклау министрлыгының №1 республика наркология диспансеры,
Уфа, Пушкин урамы 119/1, e-mail: aea1202@yandex.ru

Соңгы елларда бөтен дөньяда наркотикларның яңа синтетик төрләрен куллану арта бара. Шул ук вакытта, толерантлык һәм башка катлауланулар формалашу сәбәпле, стимуляторларны ингаляция юлы белән кертү урынына веналарга җибәреп куллану ысулы күбрәк күзәтелә. Мондый төр стимуляторларга ачык бер мисал булып метилендиоксипировалерон тора. Әлеге төркем стимуляторларына физик һәм психик бәйлелек һәм аларны парентераль юл белән кабул итү феномены формалашуның клиник очрагы сурәтләнә.

Төп төшенчәләр: клиник очрак, метилендиоксипировкалерон, «тоз», наркотикларга бәйлелек, синтетик стимуляторлар, наркотик матдә.

НАРКОЛОГИЯ СТАТИСТИКАСЫ ПРОБЛЕМАЛАРЫ ХАКЫНДА

Владимир Викторович Кузнецов

Калининград өлкәсенең наркология диспансеры,
236006, Калининград ш., Барнаульский урамы, 6 а, e-mail: vkuznet@yandex.ru

Россия наркологиясендә парадоксаль хәл күзәтелә: беренчел медицина документларында (амбулатория карталары, авыру тарихлары) диагноз формулировкалары һәм кодировкалары МКБ-10га тулысынча туры китереп башкарылса, аларны статистик яктан эшкәртү исә үзгәртелгән МКБ-9 буенча уздырыла. Наркология хезмәтенә караган барлык статистика информациясе беренчел статистика мәгълүматлары җыюның инде күптән искергән методологиясенә нигезләнгән һәм дәвалау сыйфатын бәяләү өчен дә, наркология хезмәте үсемен планлаштыру, аны модернизацияләү нәтиҗәләлеген бәяләү өчен дә, дәүләт гарантияләре Программасын төзү өчен дә яраклы дип санала алмый.

Төп төшенчәләр: наркология ярдәме, статистика.

ПЕТР ПАВЛЕНСКИЙ ОЧРАГЫНА ПСИХОЛОГИК АНАЛИЗ ЯСАУ ӨЧЕН НОРМАЛЬ ҺӘМ АНОМАЛЬ ШӘХЕСНЕҢ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬ КРИТЕРИЕН ФАЙДАЛАНУ

Сергей Александрович Капустин

М.В. Ломоносов ис. Мәскәү дәүләт университеты, психология методологиясе кафедрасы,
e-mai: skapustin@mail.ru

Мәкаләдә Петр Павленский очрагына психологик анализ ясау өчен нормаль һәм аномаль шәхеснең экзистенциаль критериен файдалану нәтиҗәләре китерелә. Анда “үз тәртибенең башкаларның таләпләренә туры килүенә каршы протестка ореинтлашкан” аномаль шәхес тибын ачыклау ихтималы зур булуы күрсәтелә. Мондый

тип шәхселәр психология крнсультацияләренә мөрәҗәгать иткән кешеләр арасында еш очрый. Әмма әлеге нәтиҗә һич кенә дә Павленскийда психик патология булуга дәлил була алмый, бары тик аның шәхесенең кеше асылы белән конфликтта булуын, һәм бу конфликтның тормышта психологик проблемалар һәм тайпылышлар килеп чыгуга этәргеч булырга мөмкинлеген генә күрсәтә.

Төп төшенчәләр: кешенең табигате һәм асылы, экзистенциаль дихотомияләр, нормаль һәм аномаль шәхес, Петр Павленский.

ГОМУМИ БЕЛЕМ УЧРЕЖДЕНИЕЛӘРЕНДӘ УКУЧЫ ЯШҮСМЕРЛӘР ГАИЛӘСЕНЕҢ ҮЗЕНЧӘЛЕКЛӘРЕ ҺӘМ ЯШҮСМЕРЛӘР АРАСЫНДА ПСИХОАКТИВ МАТДӘЛӘР КУЛЛАНУНЫҢ ТАРАЛУЧАНЛЫГЫ

Илья Игоревич Белокрылов

Психик сәламәтлекне фәнни-тикшеренү институты, 634014, Томск шәһәре,
Алеутская урамы, 4 йорт, e-mail: ibvk11@mail.ru

Тикшеренүнең максаты – гомуми белем бирү мәктәбенең өлкән сыйныф укучылары арасындагы наркология ситуациясе һәм аңа тәэсир ясаучы микросоциаль күрсәткечләрнең үзенчәлекләрен өйрәнү. Мәктәп укучыларының 8,7% ның наркотиклар куллану тәҗрибәсе бар. Психоактив матдәләр куллана башлау куркынычы тудыручы микросоциаль факторларны анализлау шуны күрсәтә: бу өлкәдә профилактика эшен матди яктан начар тәэмин ителгән, конфликтлы, алкогольне тиешеннән артык кулланган гаиләдә үсүче яшүсмерләр белән дә, тыштан караганда уңышлы тоелган гаиләдән яшәүче укучылар белән дә бер дәрәҗәдә алып бару зарур.

Төп төшенчәләр: яшүсмерләр, психоактив матдәләр куллану, микросоциаль факторлар, профилактика.

ПСИХИАТРИЯ СТАЦИОНАРЫ ШАРТЛАРЫНДА ҺӘМ АННАН ЧЫККАННАН СОҢ УК БАШЛАНГАН СУИЦИД ДЕЗАДАПТАЦИЯСЕ КҮЗӘТЕЛГӘН ПАЦИЕНТЛАРГА КЛИНИК-ПСИХОПАТОЛОГИК ХАРАКТЕРИСТИКА

Татьяна Викторовна Моренец

Брянск өлкә психиатрия хастаханәсе №1, 241047, Брянск шәһәре, Салтыков-Щедрин урамы, 1а,
Смоленск дәүләт медицина университеты, 214019, Смоленск шәһәре, Крупский урамы, 28 йорт,
e-mail: morenect@mail.ru

Психиатрия шартларында һәм аннан чыкканнан соң ук башланган суицид очраклары анализлана. Мәкаләдә үз-үзләренә берничә мәртәбә кул салырга омтылган авырулар контингенты үзләренә кул салган пациентлар белән чагыштырып өйрәнелә. Суицидаль конфликтның характеристикалары, суицидның максатлары һәм үзенчәлекләре дә исәпкә алына. Суицидка барган пациентларның клиник-социаль үзенчәлекләре, шулай ук психиатрия стационарында суицид дезадаптациясе куркынычы факторлары ачыклана.

Төп төшенчәләр: суицидка омтылыш, суицид куркынычы, суицид, үз-үзеңә кул салу.

ПСИХИК АВЫРУЛАРДА ТЫШКЫ СТИГМАТИЗАЦИЯНЕҢ ТАРАЛУЫ ҺӘМ АНЫҢ ДӘВАЛАНУГА МОТИВАЦИЯ БЕЛӘН УЗАРА БӘЙЛӘНЕШЕ

Михаил Юрьевич Сорокин

В.М. Бехтерев ис. СПБ НИПНИ ФДБУ, психик тайпылышлы авыруларны интегратив фармако-психотерапия юлы белән дәвалау бүлеге, житәкчесе мед.фәнн..д.. Лутова Н.Б. 192019, Санкт-Петербург шәһәре,
Бехтерев урамы, 3, e-mail: m.sorokin@list.ru

108 кешене (49ы-психиатрия стационары пациентлары, 59ы-ирекле сау-сәламәт кешеләр) тикшереп, психик авыруларда социаль стигматизация феноменын өйрәнәләр. Аның дәвалау процессына йогынтысы тикшерелә. Психик авырулар һәм сәламәт кешеләр психик тайпылышларның социаль стигмасын төрлечә кабул итә. Пациентларда тышкы стигматизациянең югары дәрәҗәләре аларның дәвалануга булган мотивациясе структураларындагы үзгәрешләр белән үзара бәйләнештә була. Шулай итеп, дәвалануга карата булган тышкы мотивациянең өстенлек итүе психик авыруларга шәхси уңышсызлыкка дучар, тулы булмаган кешеләргә караган кебек караш формалашуга китерә. Терапиягә карата актив мөнәсәбәтне, авыруларның дәвалауның уңышлы булуында һәм алдагы прогнозларда үзләренең рольләрен аңлауларын күз алдында тоткан югары дәрәҗәдәге фармакопсихотерапия мотивациясе – тулаем алганда тышкы стигматизациянең түбәнәюе белән нисбәтле.

Төп төшенчәләр: дәваланга мотивация, психик авыруларда дәваланга мотивациянең структурасы, психик тайпылышлар стигмасы, тышкы стигматизация, социаль стигматизация, психиатриядә стигматизация, психиатриядә стигматизация белән дәваланга мотивациянең узара бәйләнеше.

АЛКОГОЛЬГӘ ҺӘМ ОПОИДЛАРГА БӘЙЛЕ ЗАТЛАРНЫҢ ТОРМЫШ СЫЙФАТЫ ҺӘМ ҮЗ-ҮЗЛӘРЕН САКЛАУ-КУЛДА ТОТУ ТӘРТИБЕ

Ярослав Витальевич Колпаков

Россия сәламәтлек саклау министрлыгының В.П. Сербский исемендә психиатрия һәм наркология федераль медицина тикшеренү үзәге , Наркология фәнни-тикшеренү институты, профилактика бүлеге, профилактик наркология бүлечәсе, 119002, Мәскәү, Кече Могильцевский тыкрыгы, 3, e-mail: kolpakov_jv@mail.ru

Мәкаләдә алкогольгә һәм опоидларга бәйле затларның тормыш сыйфатын һәм шуңа бәйле үз-үзәрен саклау-кулда тоту тәртибе күрсәткечләрен өйрәнү нәтиҗәләре тәкъдим ителә. Стационарда дәваланган 40 авыруны тикшереп, алкогольгә һәм опоидларга бәйле ир-атларның үз-үзләрен саклау-кулда тоту тәртибе күрсәткечләре һәм тормыш сыйфаты параметрлары структураларында аерымлыклар ачыклана.

Төп төшенчәләр: бәйлелек, психоактив матдәләр, тормыш сыйфаты, үз-үзенеңне кулда тоту, шәхесне психологик яклау механизмы.

ЭЧКЕ ЭШЛӘР БҮЛЕГЕ ХЕЗМӘТКӘРЛӘРЕ АРАСЫНДА АДАПТАЦИЯ ТАЙПЫЛЫШЛАРЫНЫҢ КЛИНИК-ПСИХОПАТОЛОГИЯ ҺӘМ ПСИХОЛОГИЯ ҮЗЕНЧӘЛЕКЛӘРЕ.

Альберт Вазгенович Погосов[1], Павел Владимирович Шибаев[2]

[1]Курск дәүләт медицина университеты, психиатрия һәм психосоматика кафедрасы, 305041, Курск ш., ул. К. Маркса, 3, [2]Россия эчке эшләр министрлыгының Курск өлкәсе буенча МСЧ, 305029, Курск ш., Кызыл Октябрь урамы, 4, e-mail: schibaev.pavel@yandex.ru

Төньяк Кавказда командировкаларда булган эчке эшләр бүлеге хезмәткәрләрен тикшерәләр. 119 пациентта адаптация тайпылышлары диагнозы ачыклана. Озакка сузылган командировкаларның, психик травмалар китереп чыгаручы хәл тудырып, депрессия реакцияләренә, катнаш шомлану һәм депрессия халәтләренә сабәп булуы күрсәтелә. Характер акцентуацияләре адаптация тайпылышы үсешенә этәргеч бирә, тормыш сыйфатының түбәкәюенә китерә.

Төп төшенчәләр: адаптация тайпылышлары, эчке эшләр бүлеге хезмәткәрләре, тормыш сыйфаты.

ПСИХИК ПАТОЛОГИЯ ФОРМАЛАРЫ КАТНАШ КОМБАТАНТЛАРНЫҢ КЛИНИК-ПСИХОЛОГИЯ ҺӘМ СОЦИАЛЬ-ДЕМОГРАФИЯ ҮЗЕНЧӘЛЕКЛӘРЕ

Сергей Юрьевич Стреминский

РФ сәламәтлек саклау министрлыгының Алтай дәүләт медицина университеты, психиатрия, медицина психология һәм наркологиясе (ФПК һәм ППС курсы белән) кафедрасы, Барнаул шәһәре, Ленин проспекты, 40, e-mail: stremindoktor@mail.ru

Психик патология формалары катнаш комбатантларның клиник-психология һәм социаль-демография үзенчәлекләрен өйрәнү максаты белән баш миләрендә экзоген-органик тайпылышлар булган 102 авыруны тикшереп, аларның 45ендә невротик тайпылыш билгеләре ачыклана. Клиник-психопатологик һәм клиник-анамнестик ысуллар кулланыла. Статистика ягыннан әһәмияткә ия клиник-психологик һәм социаль-демография аерымлыклар күзәтелгән 2 төркем аерып табыла. Тикшерү нәтиҗәләре катнаш патологияле пациентларда нейротизм һәм интроверсия дәрәҗәсенең югары булуын күрсәтә. Гаилә проблемалары (r=0,31) һәм финанс проблемалары (r=0,32) булган интровертлар арасында турыдан-туры корреляция бәйләнеше ачыклана. Бу әлеге пациентларның социаль-адаптация өлкәсендә проблемалары булуны дәимли.

Төп төшенчәләр: психик патологиянең катнаш формалары, баш миендәге экзоген-органик авырулар, невротик тайпылышлар, комбатантлар.

БАСЫЛГАН МӘКАЛӘЛӘР РЕФЕРАТЛАРЫ

КӨЧЛЕ ПОЛИМОРФ ТАЙПЫЛЫШЛАРДАН СӘЛАМӘТЛӘНҮ МӘСЬӘЛӘСЕНӘ КАРАТА

Елена Олеговна Кулешова

Алтай дәүләт медицина университеты, психиатрия, медицина психологиясе һәм наркологиясе (ФПК һәм ППС курсы белән) кафедрасы, 656038, Барнаул шәһәре, Ленин проспекты, 40,
e-mail: emoryll@rambler.ru

Көчле полиморф тайпылышларның барышы һәм прогнозларындагы төрле вариантларны өйрәнү максаты белән, әлеге психик патологияле 146 кешене авыруның постпсихотик чорында тикшергәннәр. Клиник-динамик, клиник-катамнестик ысуллар һәм психометрик методикалар кулланыла. Тикшерелгән нозологияле затларда авыруның постпсихотик чорында клиник һәм социаль структураларның статистик яктан әһәмияткә ия аерымлыклары ачыклана. Шулай итеп, тикшерү авыруның соңгы нәтиҗәләре бертөрле_генә булмауны күрсәтә: инвалидлыкка илтүче авыр вариантлар белән беррәттән, авыруларның бер өлешендә прогнозлар шактый уңай, күзгә күренеп торган тискәре социаль билгеләрсез булып чыга.

Төп төшенчәләр: көчле полиморф тайпылышлар, шизофрения дебюты, сәламәтләнү.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК
Том XLVIII, вып. 2, 2016

Перевод на англ. язык *М.Г. Ахметовой*
Перевод на тат. язык *Л.И. Фидаевой*
Компьютерная верстка *М.Г. Гизатуллиной*

На обложке:
портрет невропатолога и психиатра В.М. Бехтерева.
1913, Репин Илья Ефимович (1844—1930)

Журнал зарегистрирован в УФС по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Республике Татарстан, свидетельство № ПИ ТУ 16-00661.
Подписано в печать Формат 60x84 1/8. Бумага офсетная.
Гарнитура Times New Roman. Усл. печ. л. Тираж 500 экз. Заказ

Издательство «Медицина» ГАУ «РМБИЦ». 420059, Казань, ул. Хади Такташа, 125.
Отдел оперативной полиграфии ГАУ «РМБИЦ». 420059, Казань, ул. Хади Такташа, 125.
Цена договорная.