



Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием, посвященная 160-летию со дня рождения В.М. Бехтерева и 110-летию Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева
18-19 мая 2017 года, Санкт-Петербург

ШКОЛА В.М. БЕХТЕРЕВА: ОТ ИСТОКОВ ДО СОВРЕМЕННОСТИ

[ЭЛЕКТРОННОЕ ИЗДАНИЕ]
МАТЕРИАЛЫ

Издательский отдел ООО «Альта Астра»,
Санкт-Петербург, 2017

ISBN 978-5-905498-68-8

© СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2017
© Коллектив авторов, 2017
© ООО «Альта Астра», оформление, 2017



УДК: 616.89 : 93/99

ББК: 56.14

Школа В.М. Бехтерева: от истоков до современности: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 160-летию со дня рождения Владимира Михайловича Бехтерева и 110-летию Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. – [Электронное издание]. – СПб.: Альта Астра, 2017. – 1 эл. опт. диск (CD-ROM). – ISBN 978-5-905498-68-8.

Научные редакторы:

Незнанов Н.Г., Акименко М.А., Бочаров В.В., Залуцкая Н.М., Иванов М.В., Илюк Р.Д., Караваева Т.А., Крупицкий Е.М., Мазо Г.Э., Макаров И.В., Михайлов В.А., Липатова Л.В., Нарышкин А.Г., Насырова Р.Ф., Семенова Н.В., Скоромец Т.А., Соловьева С.Л., Рыбакова К.В., Попов Ю.В.

2017 г. отмечен знаменательными событиями в области нейронаук. В этом году исполняется 160 лет со дня рождения Владимира Михайловича Бехтерева, выдающегося Российского ученого, внесшего неоценимый вклад в развитие отечественной и мировой неврологии, психиатрии, нейрохирургии, нейроморфологии, нейрофизиологии, клинической и социальной психологии.

В 1907 г. в Санкт-Петербурге академиком В.М. Бехтеревым был учрежден Психоневрологический Институт, призванный воплотить мечту выдающегося ученого о всестороннем изучении мозга человека. В настоящее время, 110 лет спустя, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт имени В.М. Бехтерева Министерства здравоохранения Российской Федерации является одним из ведущих медицинских учреждений страны, исследовательским и учебным Центром Всемирной Организации Здравоохранения.

В сборник материалов конференции вошли работы ведущих российских и зарубежных ученых в области взрослой и детской психиатрии, наркологии, фармакологии, психотерапии, психологии, неврологии, нейрохирургии, отражающие последние достижения в области нейронаук.

Сборник предназначен для врачей-психиатров, наркологов, неврологов, психотерапевтов, нейрохирургов, клинических психологов, студентов медицинских вузов, ординаторов и аспирантов, а также широкому кругу специалистов, интересующихся вопросами психического здоровья.

Оригинал-макет подготовлен издательским отделом ООО «Альта Астра», 191144, Санкт-Петербург, Старорусская ул., д. 8, лит. А, тел./факс: (812) 386-38-31, Дизайн, верстка: Альков А.С.

*Сдано в набор 02.05.2017, подписано 12.05.2017, формат А4, 587 стр., объем 5,6 Мб
Электронное издание на CD-ROM, 12 см, цв., упаковка – SlimBox, цв. вкл., тираж 400 экз.*

ISBN 978-5-905498-68-8

© СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2017
© Коллектив авторов, 2017
© ООО «Альта Астра», оформление, 2017

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ.....	28
ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ.....	30
ЭВОЛЮЦИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	
НАУЧНАЯ ШКОЛА В.М. БЕХТЕРЕВА	
Акименко М.А.....	36
ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ (ИНВАЛИДНОСТЬ, ПОВТОРНОСТЬ И ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ) БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПРИ ВНЕДРЕНИИ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН	
Алтынбеков К.С.....	37
НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДИНАМИКИ ПЕРВИЧНОЙ И ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ШИЗОФРЕНИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2010–2014 ГОДЫ	
Алтынбеков К.С.....	39
ВКЛАД В.М. БЕХТЕРЕВА В ИЗУЧЕНИЕ МИОКЛОНУС-ЭПИЛЕПСИИ	
Базилевич С.Н., Одинак М.М., Михайленко А.А., Дыскин Д.Е., Прокудин М.Ю.....	41
К ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ ПЕТЕРБУРГСКОЙ (ЛЕНИНГРАДСКОЙ) ШКОЛЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ НА ЮЖНОМ УРАЛЕ	
Беребин М.А.....	41
ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	
Благовидова О.Б., Демчева Н.К., Ракицкий Г.Ф., Сунцов Ю.В.....	44
МЕСТО ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ ПРИЧИН НЕГОДНОСТИ К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ ПРИЗЫВНИКОВ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2014-2016 ГГ.	
Бойко С.Л., Спасюк Т.И., Флюрик С.В.....	45
ЧАСТОТА САМОУБИЙСТВ, КАК ОБЪЕКТ ИЗУЧЕНИЯ СУИЦИДОГЕНЕЗА: НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ	
Букин С.И., Сурмач М.Ю.....	46

ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И ИНДИКАТОРОВ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ОБЩЕСТВА В РЕГИОНАХ РОССИИ Буркин М.М., Молчанова Е.В.....	47
СТАТИСТИЧЕСКИЙ ВЫБОРОЧНЫЙ АНАЛИЗ ПРИЧИН РЕГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПО ДАННЫМ РКПБ № 1 МЗ РБ Валинуров Р.Г., Ахмерова И.Ю., Тулбаева Н.Р.....	48
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН ПО ДАННЫМ СТАТИСТИЧЕСКИХ ОТЧЕТОВ 2014-2016 ГГ. Валинуров Р.Г., Ахмерова И.Ю., Тулбаева Н.Р.....	50
ОРГАНИЗАЦИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ Валинуров Р.Г., Ахмерова И.Ю., Тулбаева Н.Р.....	52
СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ: АНАЛИЗ ДИНАМИКИ И РАЗРАБОТКА МЕР ПРОФИЛАКТИКИ Галако Т.И.....	54
ОСОБЕННОСТИ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ УСЛОВИЙ ТРУДА ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ Глушкова А.В.....	56
ШКОЛА В.М. БЕХТЕРЕВА: СТАНОВЛЕНИЕ ФАКУЛЬТЕТА МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В САМГМУ Ковшова О.С., Курбатова Е.Г.....	58
ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ Крахмалева О.Е., Чеперин А.И., Александрова Н.В., Четвериков Д.В.....	60
К ИСТОРИИ ОБЩЕСТВА ИМ. В.М. БЕХТЕРЕВА ПРИ ОДЕССКОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ Константин К.В.....	62
ПСИХИАТР Г.Я. ТРОШИН В ПРАГЕ: ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ Костригин А.А.....	63
МОНИТОРИНГ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ ПСИХОЛОГАМИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ Крылова Н.В.....	64
О ПОДГОТОВКЕ И ПРОВЕДЕНИИ ПОЛЕВЫХ ИСПЫТАНИЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ УКАЗАНИЙ МКБ-11 В РОССИИ Кулыгина М.А., Краснов В.Н., Рид Дж.М.....	65
ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОТНОШЕНИЯ ОБЩЕСТВА К ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИИ ПСИХИАТРИИ (НА ПРИМЕРЕ ЛАТВИИ) Малкова Е.Е.....	67
ШКОЛА БЕХТЕРЕВА НА КАРТЕ РОССИЙСКОГО НАУЧНОГО ЗАРУБЕЖЬЯ Марина Ю.С.....	69
МЕТОД ОЦЕНКИ И ТРЕНИНГА НАВЫКА ПОИСКА ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СТУДЕНТАМИ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА Мартынихин И.А., Акасевиц С.А.....	70

АНАЛИЗ БАЗОВЫХ МОДЕЛЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ Митихин В.Г.	72
МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЕНДЕНЦИЙ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ Митихина И.А.	73
НУЛЕВОЕ ЦИТИРОВАНИЕ НАУЧНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ ПО ПСИХИАТРИИ Немцов А.В., Кузнецова-Морева Е.А.	74
СВЯЗИ ПСИХИАТРИИ С ДРУГИМИ НАУКАМИ В ПРОШЛОМ И БУДУЩЕМ Осколкова С.Н.	76
КРИМИНАЛЬНАЯ АНТРОПОЛОГИЯ В РОССИИ И ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ, 1904-1914 ГГ. Погорелов М.А.	76
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ И МОСКОВСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ ШКОЛЫ: РАЗЛИЧИЯ И СХОДСТВО Савенко Ю.С.	77
АНАЛИЗ 20-ЛЕТНЕЙ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ Сиденкова А.П., Сердюк О.В.	79
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ РЕЛИГИОЗНЫХ ГРУПП И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ Соловьев А.Г., Бабкин Р.А.	80
ОПЫТ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ В СООБЩЕСТВЕ Солохина Т.А., Ястребова В.В.	81
АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В МНОГОПРОФИЛЬНЫХ СОМАТИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАХ Филиппов В.Л., Филиппова Ю.В.	83
ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННО- КОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПСИХИАТРИИ Чернов П.Д., Лысенко И.С., Ляшковская С.Л., Чубрикова А.В., Семенова Н.В.	86
В.М. БЕХТЕРЕВ И СОВРЕМЕННАЯ ЭТОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ Шевченко Ю.С.	88
ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА РОП «ПРОВЕДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РАЗБОРОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ)» Яковлева Ю.А.	90
К ПРОБЛЕМЕ ЭВОЛЮЦИОННОГО РАЗВИТИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ Ястребов В.С.	91
БИОЛОГИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ	
ГЕНЕТИКА ОБМЕНА ДОФАМИНА И СИМПТОМЫ АМОТИВИРОВАННОСТИ/АНГЕДОНИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ Алфимова М.В., Коровайцева Г.И., Абрамова Л.И., Аксенова Е.В., Великая Н.В., Гридчик М.А., Тер-Каспарьянц Н.С.	94

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ДЕЛИРИЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА КЛАПАНАХ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ Андреев Р.В., Цыган Н.В., Литвиненко И.В., Одинак М.М., Рябцев А.В., Курасов Е.С., Пелешок А.С.....	96
ПОЛИМОРФНЫЕ ВАРИАНТЫ ГЕНОВ РЕЦЕПТОРОВ ДОФАМИНА DRD2 И DRD4 У ЛИЦ УПОТРЕБЛЯЮЩИХ И НЕ УПОТРЕБЛЯЮЩИХ СИНТЕТИЧЕСКИЕ КАТИНОНЫ Асадуллин А.Р., Ахметова Э.А.....	97
МЕТРИЧЕСКАЯ СИСТЕМА РАША КАК ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ РАЗРАБОТКИ ПОРОГОВЫХ КРИТЕРИЕВ КЛИНИЧЕСКИХ ШКАЛ В ПСИХИАТРИИ Ассанович М.А.....	98
КРИТЕРИИ МИНИМАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ШКАЛЕ ОЦЕНКИ НЕГАТИВНЫХ СИМПТОМОВ (SANS) Ассанович М.В.....	100
ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАЗМОФЕРЕЗА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ФЕБРИЛЬНОЙ ШИЗОФРЕНИИ Ахмерова И.Ю., Тулбаева Н.Р., Туктарова С.У., Муфазалов А.Ф.....	101
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ТЕРАПИЯ Бомов П.О.....	103
ОСТРЫЕ ЭНДОГЕННЫЕ ПСИХОЗЫ И КАТАТОНΙΑ Веракса А.Е., Егоров А.Ю.....	104
ИЗУЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА LEPR У БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ Говорин Н.В., Озорнин А.С., Штань М.С.....	106
НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ ГЕНОМНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ШИЗОФРЕНИИ Голимбет В.Е.....	107
ТИРЕОТОКСИКОЗ СО СТОЙКОЙ КОМОРБИДНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ И БЕЗ ДЕПРЕССИИ. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ГОРМОНАЛЬНЫЙ И КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ Григорьева Е.А., Павлова Е.А.....	108
МАРКЕР НАРУШЕНИЯ ГЛУТАМАТЕРГИЧЕСКОЙ НЕЙРОТРАНСМИССИИ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ Дмитриева Е.М., Смирнова Л.П., Серёгин А.А., Летова А.А., Семке А.В., Иванова С.А.....	109
ХАРАКТЕРИСТИКА И ЗНАЧЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЬЮТЕРА БОЛЬНЫМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ Дорофейкова М.В., Искандарова А.Р., Петрова Н.Н., Савельева О.В.....	110
ОСНОВНЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА ДЕПРЕССИИ Дубинина Е.Е., Мазо Г.Э., Щедрина Л.В.....	111
ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ ОБМЕНА ФОЛАТОВ MTHFR677C>T И РИСК ОБОСТРЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ В ЗИМНЕ-ВЕСЕННИЙ ПЕРИОД В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ Жиляева Т.В., Сергеева А.В., Благонравова А.С., Касимова Л.Н.....	113

ДЕПРЕССИЯ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА И УРОВЕНЬ КАЛЬЦИДИОЛА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ Задорожная М.С., Петрова Н.Н., Дорофейков В.В.....	114
ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ЭКСПРЕССИИ ГЕНА РЕЦЕПТОРА 5HT _{2A} НА ЛИМФОЦИТАХ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МАРКЕРОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА Зозуля С.А., Ключник Т.П., Насырова Р.Ф., Отман И.Н., Тараскина А.Е., Сосин Д.Н., Иванов М.В., Ершов Е.Е., Крупицкий Е.М.....	115
НЕЙРОТРОФИЧЕСКИЙ ФАКТОР ГОЛОВНОГО МОЗГА (BDNF) КАК БИОМАРКЕР ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ Зубов Д.С., Иванов М.В.....	117
ДЕПРЕССИЯ КАК НЕЗАВИСИМЫЙ ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ГИПОТЕЗА «ГЕНЕТИЧЕСКОЙ КОМОРБИДНОСТИ» Кибитов А.О.....	119
ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ЭНДОФЕНОТИПОВ В ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ В ПСИХИАТРИИ Киренская А.В., Сторожева З.И., Ткаченко А.А.....	121
НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ: ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД Козловский В.Л.....	122
СТРАТЕГИЯ ПОИСКА МИШЕНЕЙ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СВЯЗИ МЕЖДУ МЕТИЛИРОВАНИЕМ ДНК И КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ Кондратьев Н.В., Голимбет В.Е.....	124
ПОИСК ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ, ЛЕЖАЩИХ В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ЛОБНО-ВИСОЧНОЙ ДЕМЕНЦИИ, СИНДРОМА БЕСПОКОЙНЫХ НОГ И ШИЗОФРЕНИИ Левченко А.Ю.....	126
МНОГОСТОРОННЯЯ ОЦЕНКА ПАЛИПЕРИДОНА ПАЛЬМИТАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВОГО ЭПИЗОДА ШИЗОФРЕНИИ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОЦЕНТРОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ «ФЕНИКС» Любов Е.Б.....	127
ТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИИ: КРИЗИС ИЛИ НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ Мазо Г.Э.....	128
МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА Марчук С.А., Докукина Т.В., Гилеп А.А., Гайдукевич И.В., Сергеев Г.В.....	129
ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ И СТАНДАРТИЗАЦИЯ В СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ Масловский С.Ю.....	132
ВОЗМОЖНОСТИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕПРЕССИЙ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ Медведева Ю.И., Курасов Е.С., Цыган Н.В., Зобин Я.С.....	134
ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ АНТИПСИХОТИК- ИНДУЦИРОВАННЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ Насырова Р.Ф., Сосин Д.Н., Ершов Е.Е., Незнанов Н.Г.....	135

РЕЦЕПТОРЫ НЕЙРОТРАНСМИССИИ НА ЛИМФОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ – МАРКЕРЫ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ Насырова Р.Ф., Тараскина А.Е., Сосин Д.Н., Ершов Е.Е., Крупицкий Е.М.....	137
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В ПРАКТИКЕ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ Новикова Н.В.....	139
СОЧЕТАННАЯ ПАТОЛОГИЯ АФФЕКТИВНЫХ И ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ Нурходжаев С.Н.....	141
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЛОВОЙ КОНСТИТУЦИИ С ПАТОМОРФОЗОМ КЛИНИКИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Орлов Г.В., Коновалова В.Н., Евсеева В.В.....	143
ЧАСТОТА ЭПИЗОДОВ И ВИДЫ ВНУТРИСЕМЕЙНОГО НАСИЛИЯ В ОТНОШЕНИИ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Петров Д.С., Ландышев М.А., Минаева Н.А.....	145
ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ И АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЯИЧНИКОВ Петрова Н.Н., Белозёр А.С.....	147
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА С ХРОНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ Петрунько О.В.....	149
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ АНТИДЕПРЕССАНТОВ В ОБЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ Попов М.Ю.....	151
ДИНАМИКА КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИИ ЗА 10 ЛЕТ КАТАМНЕЗА БОЛЕЗНИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА СОЦИАЛЬНУЮ АДАПТАЦИЮ Ренемане Л.Ю., Шамбурскис Д.....	153
ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ В СОСТОЯНИИ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ Рутковская Н.С.....	154
РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ О ЧАСТОТЕ ВНУТРИСЕМЕЙНОГО НАСИЛИЯ И ОЦЕНКА УРОВНЯ ИХ СОБСТВЕННОЙ АГРЕССИВНОСТИ Сахаров А.В., Голыгина С.Е., Герасимова Я.В.....	155
АНАЛИЗ КЛИНИКО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИХ И КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ГАЛЛЮЦИНАТОРНОЙ СИМПТОМАТИКИ ПРИ ЭНДОФОРМНЫХ ПСИХОЗАХ ОТДАЛЁННОГО ПЕРИОДА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ Сергеев В.А., Чернявский Я.В.....	157
КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ПРОИЗВОДНЫМИ БАРБИТУРОВОЙ КИСЛОТЫ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА Софронов А.Г., Лодягин А.Н., Батоцыренов Б.В., Прокопович Г.А.....	159

ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ НИКОТИНОВЫХ И ДОФАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ К СТАНДАРТАМ ТЕРАПИИ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ: ПРОБЛЕМА, ПОИСКИ РЕШЕНИЯ Сперанская О.И., Сторожева З.И., Бочкарев В.К., Ковалева М.Е.....	161
ПРОБЛЕМЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ Спирина И.Д., Шорников А.В.....	163
СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ТРОМБОЦИТАРНЫХ ФЕРМЕНТОВ ГЛУТАТИОНОВОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХОТИЧЕСКИМИ И АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ Терешкина Е.Б., Прохорова Т.А., Тихонов Д.В., Омельченко М.А., Помыткин А.Н., Савушкина О.К., Бокша И.С.....	164
ПРОСТРАНСТВЕННО-ВРЕМЕННАЯ ОСНОВА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ТРАНСФОРМАЦИИ СИМПТОМОВ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА И ШИЗОФРЕНИИ Тетеркина Т.И., Корсак О.В.....	165
ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ: ПЕРСПЕКТИВЫ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ Федоренко О.Ю., Иванова С.А., Семке А.В., Бохан Н.А.....	168
ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ЧАСТОТОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ Федоровский И.Д.....	169
МОЛЕКУЛЯРНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭКСПАНСИИ ТРИНУКЛЕОТИДНЫХ ПОВТОРОВ ПРИ ХОРЕЕ ГЕНТИНГТОНА Хальчицкий С.Е., Назаров В.Д., Гильяно Я.Д., Иванов М.В.....	170
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ТРАВой <i>HYPERICUM PERFOLIATUM</i> Харитонов С.В.....	171
ПРЕДИКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПСИХОСЕНСОРНЫХ ФЕНОМЕНОВ Худина Ю.С., Бачурина О.В.....	172
ТМС ПРИ ДЕПРЕССИЯХ: КЛИНИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ И ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ БИОМАРКЕРЫ Цукарзи Э.Э., Мельникова Т.С., Ковалев А.В., Мосолов С.Н.....	174
НОЗОЛОГИЧЕСКОЕ СОДЕРЖАНИЕ КАТЕГОРИИ «ОРГАНИЧЕСКОЕ БРЕДОВОЕ РАССТРОЙСТВО» У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА Шаповалов Д.Л., Войнова Е.А., Карпик И.Н., Щукин И.С.....	176
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПОЛИЦЕЙСКИХ ПРИ УВОЛЬНЕНИИ НА ПЕНСИЮ ПО ВЫСЛУГЕ ЛЕТ Шутова А.А., Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В., Соловьев А.Г.....	178
ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ИССЛЕДОВАНИИ Шушпанова О.В.....	178
ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЯ, УРОВЕНЬ ГЛОБАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА НА РАННИХ ЭТАПАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ Янковская А.Г.....	179

АНАЛИЗ ПАРАМЕТРОВ КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РЕКУРРЕНТНЫМ ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ Янушко М.Г., Шаманина М.В., Иванов М.В.....	180
ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ	
К ПРОБЛЕМЕ ДИАГНОСТИКИ АУТИЗМА Автенюк А.С., Макаров И.В.....	182
АМИНОФЕНИЛМАСЛЯННАЯ КИСЛОТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВЕГЕТАТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Алиджанова Д.А., Усманов С.А.....	184
КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ Альбицкая Ж.В.....	184
ВЛИЯНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ИХ МАТЕРЕЙ В СВЯЗИ С ЗАДАЧАМИ ПСИХОТЕРАПИИ Васильева А.В., Баландова О.И.....	186
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОЛОГО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО МЕГАПОЛИСА Глушкова А.В.....	187
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ У ДЕТЕЙ С ШИЗОФРЕНИЕЙ И ШИЗОТИПИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Горюнова А.В., Данилова Л.Ю., Горюнов А.В.....	189
ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА: ТРАДИЦИОННЫЕ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ Гречаный С.В.....	191
О ТЕМАТИЧЕСКОМ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ПСИХИАТРОВ В ОБЛАСТИ ПСИХИАТРИИ РАННЕГО ВОЗРАСТА Добряков И.В., Городнова М.Ю., Маргошина И.Ю.....	193
НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ В УСЛОВИЯХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО САНАТОРИЯ «КОМАРОВО» Драчинская Т.В., Инюшева О.М.....	195
ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ЗПР РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА Емелина Д.А., Макаров И.В.....	195
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОИЗВОЛЬНОЙ МОДАЛЬНО-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПАМЯТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ РАЗНЫХ ТИПАХ ДИЗОНТОГЕНЕЗА Зверева Н.В., Балакирева Е.Е.....	197
ЛЕГКО ПРОВОЦИРУЕМЫЕ ФАНТАЗИИ С СИТУАЦИОННО-ОБУСЛОВЛЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ Кравченко И.В.....	197

ВЗАИМОСВЯЗЬ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ И МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОДРОСТКОВ Лисовская Н.А., Дубинина Е.А., Антонова Т.Д., Коростовцева Л.С., Леонова И.А., Образцова Г.И., Алёхин А.Н., Свиряев Ю.В.....	200
АУТИЗМ БЛЕЙЛЕРА И АУТИЗМ КАННЕРА: СХОДСТВА И РАЗЛИЧИЯ Пашковский В.Э.....	202
МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНАЯ МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ МЛАДЕНЧЕСКОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ДЕТСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ Попов В.Н., Матвеева Е.В., Руденко Г.Ф.....	203
ОСОБЕННОСТИ САМООЦЕНКИ И САМООТНОШЕНИЯ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ И АЛИМЕНТАРНЫМ ОЖИРЕНИЕМ Попов Ю.В., Пичиков А.А.....	204
ФЕНОМЕН СУИЦИДАЛЬНОГО ФАНТАЗИРОВАНИЯ ПРИ САМОПОВРЕЖДЕНИЯХ У ПОДРОСТКОВ Попов Ю.В., Пичиков А.А.....	206
ЗАВЕРШЕННЫЕ СУИЦИДЫ У ПОДРОСТКОВ: ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ПУТИ ПРЕВЕНЦИИ (ПО МАТЕРИАЛАМ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ) Сазонова Т.А., Воронова С.З., Рожков С.Н., Чеперин А.И., Патер С.А., Четвериков Д.В.....	209
ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ФОРМИРОВАНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ИНТЕРЕСОВ У ДЕТЕЙ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Салов А.В., Салова М.Н., Прияткина Н.Ю.....	211
КЛИНИКО-НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МИШЕНИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДОШКОЛЬНИКОВ С РАССТРОЙСТВОМ ЭКСПРЕССИВНОЙ РЕЧИ Семакина Н.В., Злоказова М.В.....	213
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ПСИХОТИЧЕСКИХ ФОРМ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ Симашкова Н.В., Коваль-Зайцев А.А.....	214
ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА Скупова Т.В.....	216
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Султанова А.С.....	218
СТРУКТУРА ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ, НАХОДИВШИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ДЕТСКОМ ДНЕВНОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ Сухих Д.В., Злоказова М.В.....	219
ПСИХИЧЕСКИЙ ОНТОГЕНЕЗ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАНЗИТОРНУЮ ФОРМУ ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ Шарипова Ф.К.....	220
РОЛЬ САМУИЛА СЕМЕНОВИЧА МНУХИНА В СТАНОВЛЕНИИ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ШКОЛЫ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ Шигашов Д.Ю., Фесенко Ю.А.....	222

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОГО НАСЕЛЕНИЯ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2000–2014 ГГ. Филиппова Н.В., Барыльник Ю.Б., Паращенко А.Ф., Антонова А.А., Бачило Е.В., Деева М.А.....	224
ПСИХОДИАГНОСТИКА ИЗМЕНЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Шарипова Ф.К.....	226
КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И НЕЙРОКОГНИТИВНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	
НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННО-НЕЙРОКОГНИТИВНЫЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ Ананьева Н.И., Ежова Р.В., Вассерман Л.И., Гальсман И.Е., Андреев Е.В.....	228
ВОЗМОЖНОСТИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СТРУКТУРНОЙ МРТ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ШКАЛЬНОЙ ВИЗУАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ АТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ РАЗЛИЧНЫХ СТРУКТУР ГОЛОВНОГО МОЗГА И ВОКСЕЛЬНОЙ МОРФОМЕТРИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА Ананьева Н.И., Залуцкая Н.М., Стулов И.К., Андреев Е.В., Незнанов Н.Г.....	229
КОГНИТИВНЫЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ АНТИДЕПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ И СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ Ахапкин Р.В., Файзуллоев А.З., Емелин К.Э., Александровский Ю.А.....	232
КОГНИТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ ПРИ ШИЗОТИПИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ Виноградова М.Г., Чепелюк А.А.....	233
КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МРТ И МР-МОРФОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ Воробьев С.В., Соколов А.В., Фокин В.А.....	235
НАРУШЕНИЯ СНА И КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЛЮДЕЙ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП Вострокнутова О.О.....	236
КОГНИТИВНЫЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ, НА РАННЕМ ЭТАПЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ Гуреева И.Л., Гомзякова Н.А.....	238
ОБОСНОВАНИЕ ПЕРСПЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НЕЛИНЕЙНОЙ СТИМУЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ПОДДЕРЖАНИИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ Зуева М.В.....	240
ГОЛОВНЫЕ БОЛИ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ: ДВЕ НОЗОЛОГИИ, ОДИН ПАТОГЕНЕЗ Калыгин С.А., Искра Д.А.....	242
ВЫВЕДЕНИЕ АМИЛОИДНОГО БЕЛКА ИЗ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА: РОЛЬ СОСУДИСТЫХ ФАКТОРОВ РИСКА Лобзин В.Ю., Колмакова К.А.....	243

ПРИМЕНЕНИЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ДЕМЕНЦИИ: ПОЛЬЗА ИЛИ ВРЕД? Лобзин В.Ю., Сулин К.А., Колмакова К.А.....	244
ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ ДЕМЕНЦИЕЙ В АЛЬЦГЕЙМЕРОВСКОМ ЦЕНТРЕ Михайлова Н.М., Андросова Л.В.....	245
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ: МЕТОДОЛОГИЯ, МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО, КОМПЕТЕНТНОСТЬ Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А.....	249
КОГНИТИВНЫЕ И АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ У ЛИЦ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ДИСФУНКЦИИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ Пиотровская В.Р.....	251
ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У РОДСТВЕННИКОВ 1-ОЙ СТЕПЕНИ РОДСТВА ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф.....	253
ПРОБЛЕМА РАСПОЗНАВАНИЯ (ИДЕНТИФИКАЦИИ) КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ОБЩЕЙ ПОПУЛЯЦИИ Сердюк О.В., Сиденкова А.П.....	255
РОЛЬ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ, В КОРРЕКЦИИ НЕЙРОКОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА Чалдышкин А.В., Литвин А.С., Косова Е.О.....	257
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ЛИЦ С ТЯЖЕЛЫМИ КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ (ДЕМЕНЦИЯМИ) В ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ Языкова И.М., Сердюк О.В., Сиденкова А.П.....	258
НАРКОЛОГИЯ	
ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ Агибалова Т.В., Тучина О.Д., Смышляев А.В.....	261
ПОЛИМОРФИЗМ VNTR 40 ГЕНА DAT1 В ВОПРОСЕ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТИ К СИНТЕТИЧЕСКИМ КАННАБИНОИДАМ Ахметова Э.А.....	263
ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТАБИЛИЗАЦИИ РЕМИССИИ У БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТАНОВЛЕНИЕМ СУДА Баранок Н.В., Станкевич С.А., Летавина Л.А.....	263
ОСНОВНЫЕ ЦЕЛЕВЫЕ ГРУППЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ Бедина И.А., Алексеенко А.О.....	264
АНГЕДОНИЯ, ДЕПРЕССИЯ, ТРЕВОГА И ВЛЕЧЕНИЕ К УПОТРЕБЛЕНИЮ ОПИОИДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОПИАТНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ПРИ КУРСОВОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРОРАЛЬНОЙ ИЛИ ИМПЛАНТИРУЕМОЙ ФОРМОЙ НАЛТРЕКСОНА Блохина Е.А., Крупицкий Е.М., Звартау Э.Э., Вербицкая Е.В., Бушара Н.М., Палаткин В.Я., Ярославцева Т.С.....	266

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ Брюн Е.А., Кошкина Е.А.	267
МОТИВАЦИЯ ДОСТИЖЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ Бузина Т.С., Шаталов П.Н.	269
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ИНТЕРВЕНЦИЯМ В ДОКАЗАТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ВТОРИЧНУЮ ПРОФИЛАКТИКУ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ Бушара Н.М., Блохина Е.А., Крупицкий Е.М.	271
ПСИХОТЕРАПИЯ, НАПРАВЛЕННАЯ НА ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛЕЧЕНИЕ К АЛКОГОЛЮ Вальчук Д.С., Агибалова Т.В., Бузик О.Ж., Гуревич Г.Л., Тучина О.Д., Курлович Н.М.	271
РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНОЗИНА ГЛИЦИЛ-ЦИСТЕИНИЛ-ГЛУТАМАТ ДИНАТРИЯ (МОЛИКСАНА) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ Винникова М.А., Кренкель Н.Т.	273
АДДИКЦИЯ, ЗАВИСИМОСТЬ, СОЗАВИСИМОСТЬ: ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ОПЫТА КОНТАКТА И ПСИХОТЕРАПИЯ Городнова М.Ю.	274
ВЛИЯНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (ПАВ) И АЛКОГОЛЯ НА ПОДРОСТКОВУЮ СУИЦИДАЛЬНОСТЬ Григорьева А.А.	276
ОЦЕНКА ЭМОЦИОНАЛЬНО-МОТИВАЦИОННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С ОПИОИДНОЙ И ПОЛИСУБСТАНТНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Громыко Д.И., Илюк Р.Д.	278
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СПЕЦИФИКА НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Даренский И.Д.	280
ИНФЕКЦИОННАЯ КОМОРБИДНОСТЬ В НАРКОЛОГИИ: БАЗОВЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ Должанская Н.А., Корень С.В.	282
ВЫБОР ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ С УЧЕТОМ ФУНКЦИЙ ПРОСТРАНСТВЕННОЙ ОПЕРАТИВНОЙ ПАМЯТИ Донской Д.А.	283
РОЛЬ ИСПОЛНИТЕЛЬСКИХ ФУНКЦИЙ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ВЫБОРА ЭФФЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ Донской Д.А., Копытов А.В., Зезина А.Ю.	284
ПОКАЗАТЕЛИ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В ПОСТАБСТИНЕНТНОМ ПЕРИОДЕ Дубинина Л.А., Дубинина Е.Е.	284
НЕХИМИЧЕСКИЕ ЗАВИСИМОСТИ: ПРОБЛЕМЫ КЛАССИФИКАЦИИ И ТЕРАПИИ Егоров А.Ю.	286
«ШКОЛА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ» – НОВАЯ ФОРМА МЕЖСЕКТОРАЛЬНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА В ПРЕВЕНТИВНОЙ НАРКОЛОГИИ Еремеева А.А., Яшкович В.А., Соловьев А.Г.	288

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЗАРТНЫХ ИГР В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ Зезина А.Ю., Копытов А.В., Важенин М.М.....	289
АГРЕССИВНОЕ И АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ Ивашиненко Д.М., Бурделова Е.В., Ивашиненко Л.В.....	291
МНОГООСЕВАЯ ОЦЕНКА БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ОПИОИДЗАВИСИМЫХ, ПЕРЕНЁСШИХ ПЕРЕДОЗИРОВКУ Илюк Р.Д., Бетуганов Р.Р., Киселев А.С.....	292
РЕЗУЛЬТАТЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО (САНТАВ) ИССЛЕДОВАНИЯ И МРТ ВОКСЕЛЬ-БАЗИРОВАННОЙ МОРФОМЕТРИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ОПИОИДЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРЕДОЗИРОВКУ ОПИОИДАМИ Илюк Р.Д., Ананьева Н.И., Ерофеева Н.А., Громько Д.И., Гришина О.Г., Анучина А.А., Киселев А.С., Крупицкий Е.М.....	294
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ПРОФИЛАКТИКА, ТЕРАПИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ Кибитов А.О.....	296
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПСИХОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ, ВЫЗВАННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ МДПВ («СОЛИ») Клембовская Е.В., Сатьянова Л.С., Мустафина Т.Б.....	298
ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ И КОГНИТИВНОГО КОНТРОЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Климанова С.Г., Трусова А.В., Березина А.А., Гвоздецкий А.Н.....	300
ПРОБЛЕМА ДЕСТИГМАТИЗАЦИИ В НАРКОЛОГИИ: АКТУАЛЬНОСТЬ И ПУТИ РЕШЕНИЯ Клименко Т.В.....	301
МОБИЛЬНЫЕ ПРИЛОЖЕНИЯ ДЛЯ ЛИЦ С АДДИКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Колгашкин А.Ю., Тетенова Е.Ю., Надеждин С.А.....	302
МЕТОДОЛОГИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ БЕРЕМЕННОСТИ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЭКСПОЗИЦИЕЙ И ФАСН В РОССИИ Колпаков Я.В., Ялтонская А.В.....	303
МНОГОУРОВНЕВАЯ СИСТЕМА ДИАГНОСТИКИ ФАСН У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Колпаков Я.В., Ялтонская А.В., Ялтонский В.М., Абросимов И.Н.....	305
ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕПТИДНЫХ АНКСИОЛИТИКОВ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ СИНДРОМА ОТМЕНЫ ОПИАТОВ. СРАВНЕНИЕ С БЕНЗОДИАЗЕПИНАМИ Константинопольский М.А., Колик Л.Г.....	306
КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ И МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ Копытов А.В., Зезина А.Ю., Копытов Ал.В.....	307
РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ СРЕДИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ: ОПЫТ, ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ Кошкина Е.А., Бедина И.А., Алексеенко А.О.....	308
ДВОЙНОЕ СЛЕПОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ПЛАЦЕБО КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕГАБАЛИНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ Крупицкий Е.М., Рыбакова К.В., Скурат Е.П., Михайлов А.Д., Незнанов Н.Г.....	309

ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКАЯ ПУТАНИЦА В РОССИЙСКОЙ НАРКОЛОГИИ Кузнецов В.В.	310
ШКОЛА В.М. БЕХТЕРЕВА И КОНЦЕПЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ХИМИЧЕСКИХ И НЕХИМИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ Кулаков С.А.	311
РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО-НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМЫХ ЛИЦ Литвинцев Б.С., Фокин В.А., Ефимцев А.Ю., Петров А.Д., Шемчук О.С.	313
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ С СУДОРОЖНЫМ СИНДРОМОМ Максимова И.В.	315
НЕЙРОИММУННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ НОЦИЦЕПЦИИ ПРИ АДДИКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ Мастерова Е.И., Савочкина Д.Н., Невидимова Т.И.	316
ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К КАЧЕСТВЕННО-КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКЕ СТРУКТУРЫ И ДИНАМИКИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ОБОСТРЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К ПСИХОАКТИВНЫМ ВЕЩЕСТВАМ Михайлов М.А.	317
ИЗУЧЕНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И ДРУГИХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю., Петухов А.Е.	318
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ, НАХОДЯЩИХСЯ В МЕСТАХ СОЦИАЛЬНОЙ ИЗОЛЯЦИИ Находкин Е.Г.	319
АЛКОГОЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ В ЯНВАРЕ Немцов А.В.	321
ОСОБЕННОСТИ ЗЛУОПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОТРОПНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ Ненастьева А.Ю., Усманова Н.Н.	321
ПОИСК «НАСЛЕДСТВЕННОЙ» ФОРМЫ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ: II ТИП ПО КЛОНИНДЖЕРУ, КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА СЕМЕЙНОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ, ДИНАМИКА ФОРМИРОВАНИЯ СИНДРОМА ОТМЕНЫ И ОЦЕНКА ГЕНЕТИЧЕСКОГО РИСКА Николишин А.Е., Чупрова Н.А., Бродянский В.М., Соловьева М.Г., Кибитов А.О.	322
СИНТЕТИЧЕСКИЕ КАННАБИНОИДЫ, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У МОЛОДЕЖИ Николкина Ю.А.	325
СИСТЕМАТИЧЕСКОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ И ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА: ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ Николкина Ю.А., Игумнов С.А., Замогильный С.И., Зборовский К.Э.	327
АДДИКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА: ПОСТМОДЕРН И РЕАЛЬНОСТЬ Носачев Г.Н.	328

РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ В ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАБИЛИЗАЦИИ РЕМИССИИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИЕЙ ГУАНФАЦИНОМ И НАЛТРЕКСОНОМ Палаткин В.Я., Кибитов А.О., Крупицкий Е.М., Блохина Е.А., Бродянский В.М., Вербицкая Е.В., Звартау Э.Э.....	330
КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОСТИМУЛЯТОРЫ И ДРУГИЕ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА Поплевченков К.Н., Агибалова Т.В.....	332
ВЛИЯНИЕ УСТОЙЧИВЫХ (ХРОНИЧЕСКИХ) РАССТРОЙСТВ НАСТРОЕНИЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ И ТЕЧЕНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ Рыбакова К.В.....	334
ИЗУЧЕНИЕ АНОЗОГНОЗИИ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ Рыбакова Ю.В., Илюк Р.Д., Пушина В.В., Громыко Д.И., Анучина А.А., Крупицкий Е.М.....	335
НЕКОТОРЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Сахаров А.В., Голыгина С.Е., Вертопрахова Н.Ю., Григорьева О.О.....	337
ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ И УЧТЕННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ В 2014-2015 ГГ. Семенова Н.В., Лысенко И.С., Чернов П.Д., Масалов Д.В., Славина Т.Ю., Вукс А.Я., Крупицкий Е.М.....	339
ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ДВОЙНЫМ ДИАГНОЗОМ Сиволап Ю.П.....	340
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАВИСИМОСТИ Т СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ Синевич А.А., Копытов А.В., Зезина А.Ю.....	341
ХАРАКТЕРИСТИКА АДДИКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ, ПОСТУПИВШИХ НА ЛЕЧЕНИЕ В МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ СТАЦИОНАР СКОРОЙ ПОМОЩИ Синенченко А.Г., Зиновьев С.В.....	344
СТРЕСС И АДДИКЦИИ Снедков Е.В.....	345
ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ В РУТИННОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧЕЙ-НАРКОЛОГОВ Софронов А.Г., Добровольская А.Е., Егоров А.Ю., Петров А.Д.....	347
НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВ Тарумов Д.А., Литвинцев Б.С., Манчук А.А.....	348
ИНТЕРНЕТ-КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЛИЦ С АДДИКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ. АНАЛИЗ ЗАРУБЕЖНЫХ ПРОЕКТОВ Тетенова Е.Ю., Колгашкин А.Ю., Надеждин А.В.....	349
ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПСИХОСЕМАНТИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК В ОЦЕНКЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ РЕМИССИИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ Трусова А.В., Крупицкий Е.М., Скурат Е.П., Исмаилова Р.Д.....	350
ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ Фадеева Е.В.....	352

ОРЕКСИНОВЫЕ МЕХАНИЗМЫ ПОДКРЕПЛЕНИЯ КАК МИШЕНЬ ДЛЯ СОЗДАНИЯ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ЗАВИСИМОСТИ Шабанов П.Д., Морозов В.И., Лебедев А.А.....	354
СРАВНЕНИЕ МЕТОДА ГИПНОТЕРАПИИ АЛКОГОЛИЗМА В.М. БЕХТЕРЕВА С СОВРЕМЕННЫМ «КОДИРОВАНИЕМ» Шайдукова Л.К.....	356
ДЕФОРМАЦИЯ МЫСЛИТЕЛЬНОЙ, ПЕРЦЕПТИВНОЙ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ И МНЕСТИЧЕСКИХ СФЕР В СТРУКТУРЕ ПСИХОПАТИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЯМИ Шайдукова Л.К.....	358
РЕГУЛЯЦИЯ ФУНКЦИЙ ДОФАМИНОВОЙ СИСТЕМЫ АГОНИСТАМИ ДОФАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ: ОПЫТ НЕВРОЛОГИИ ПРИ РАЗРАБОТКЕ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ Шамакина И.Ю., Проскурякова Т.В., Анохин П.К., Шоханова В.А., Анохина И.П.....	360
РОЛЬ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ В СНИЖЕНИИ ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ В РОССИИ В 2003–2015 ГГ. Шельгин К.В.....	361
АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ПОДХОДЫ К ПОНИМАНИЮ ПСИХОЛОГИИ РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ С АДДИКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ: САМОЭФФЕКТИВНОСТЬ ИЛИ ВЫГОРАНИЕ В БОРЬБЕ С БОЛЕЗНЬЮ БЛИЗКОГО? Шишкова А.М., Бочаров В.В.....	362
НЕЙРОАКТИВНЫЕ СТЕРОИДНЫЕ ГОРМОНЫ – ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ МИШЕНИ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ Шушпанова Т.В., Бохан А.Н., Мандель А.И., Новожеева Т.П., Солонский А.В., Счастный Е.Д., Казенных Т.В.....	364
СОЗДАНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ АНТИКОНВУЛЬСАНТОВ ДЛЯ ТЕРАПИИ АЛКОГОЛИЗМА: ФАРМАКОФОРНАЯ МОДЕЛЬ С ГАМКА-РЕЦЕПТОРОМ Шушпанова Т.В., Новожеева Т.П., Станкевич К.С., Бохан Н.А.....	367
КЛИНИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПРОГРЕДИЕНТНОСТИ ПРИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИИ ПАВ У ПОДРОСТКОВ: КОРРЕЛЯЦИИ С ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ, ГЕНЕТИЧЕСКИМИ И МИКРОСОЦИАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ Яковлев А.Н., Пашкевич Н.В., Витчинкина В.И., Коростин М.И.....	369
МНОЖЕСТВЕННЫЕ АДДИКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПОДРОСТКОВ (СОЧЕТАНИЕ ХИМИЧЕСКИХ, ПИЩЕВЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ) Ялтонский В.М., Сирота Н.А., Ялтонская А.В., Московченко Д.В.....	371
ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ПСИХОТЕРАПИЯ	
СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ АСТРОКС И МЕКСИДОЛ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОРГАНИЧЕСКИМ АСТЕНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ (РЕЗУЛЬТАТЫ НАБЛЮДАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ) Александровский Ю.А., Незнанов Н.Г., Яхин К.К., Боев И.В., Ромасенко Л.В., Ахапкин Р.В., Вазагаева Т.И., Васильева А.В., Полторак С.В., Караваева Т.А., Бейбалаева Т.З., Каток А.А., Беляева П.А., Боев О.И.....	373
НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОКОРРЕКЦИИ ДЕПРЕССИЙ Бабарахимова С.Б.....	375

РОССИЙСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В ЭПОХУ ПЕРЕМЕН Бабин С.М.	377
ПРАКТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА ЭТАПЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ Бадретдинов Р.М., Мустафина Ф.Р., Рисберг И.В.	378
ВОЗМОЖНОСТИ БУСПИРОНА ПРИ СОМАТОФОРМНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ Белов Ю.Г., Курышов В.Н., Майер О.Н., Маслова Н.В., Щербина Р.Ю.	379
ПСИХОТЕРАПИЯ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ Васильева А.В., Гинтер Ю.Ю.	380
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЖИРЕНИЯ В СВЯЗИ С ЗАДАЧАМИ ПСИХОТЕРАПИИ Васильева А.В., Отрощенко О.Н.	381
ДИНАМИКА КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА, ПРОШЕДШИХ КУРС ПСИХОТЕРАПИИ НА ОСНОВЕ ИНТЕГРАТИВНОЙ МОДЕЛИ Гусева О.В., Коцюбинский А.П.	382
ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ПРЕДИСПОЗИЦИЯ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ Ивашиненко Д.М., Бурделова Е.В., Ивашиненко Л.В.	384
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНЫХ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ. ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ И ИНТЕГРАТИВНЫЕ МОДЕЛИ Ильченко Е.Г.	387
ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ КАК КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА Исурина Г.Л.	388
ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЕ ЗАДАЧИ ПСИХОТЕРАПИИ, НАПРАВЛЕННОЙ НА КОРРЕКЦИЮ ВЕСА Караваева Т.А., Разина М.В.	389
ВЛИЯНИЕ САМООТНОШЕНИЯ НА МОТИВАЦИОННЫЙ КОМПОНЕНТ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА Караваева Т.А., Разина М.В., Дмитриченко М.С.	390
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РАБОТА В ФОРМАТЕ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ ГРУППЫ С ПАЦИЕНТАМИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ Коновалов П.Н., Задорожная О.В.	391
МИЛИЕ-ТЕРАПИЯ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПСИХОЗАМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ Корман Т.А.	393
ПСИХОТЕРАПИЯ, ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ, ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ – СИСТЕМНЫЙ СИНЕРГИЗМ ПОДХОДОВ Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Медведев С.Э.	395
ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОСИНТЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В СТРУКТУРЕ СИНДРОМА КЕХРЕРА Краля О.В., Ломова Я.Ю.	396
ОСОБЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ ПИКТОПОЛИГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ Курасов Е.С., Медведева Ю.И., Цыган Н.В., Зобин Я.С.	399

ГУМАНИСТИЧЕСКИЕ ИДЕИ ШКОЛЫ В.М. БЕХТЕРЕВА В РАЗРАБОТКЕ ПОДХОДОВ К МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Ляшковская С.В., Лысенко И.С., Проценко С.А., Бубнова И.В., Чубрикова А.В., Чернов П.Д., Семенова Н.В.....	401
ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ С ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА Малинина Н.С.....	403
РАЗРАБОТКА МЕТОДА ЭЛЕКТРОННОЙ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ ТРЕВОГИ Мартынихин И.А., Дыгал К.А., Бутылин Д.Ю., Пальчикова Е.И.....	404
ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ Мизинова Е.Б., Полторак С.В.....	406
СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА БОЛЬНЫМИ ДЕЙСТВИЯ АНКСИОЛИТИКОВ ПРИ ПЕРВОМ ПРИЕМЕ: ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ И СТРУКТУРЫ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ Незнамов Г.Г., Метлина М.В., Сюняков Т.С., Коваленок Т.В., Чепелюк А.А., Богданова Н.И.....	407
О ТРАНЗИТОРНЫХ РАССТРОЙСТВАХ ЛИЧНОСТИ В ПРАКТИКЕ ВОЕННОЙ ПСИХИАТРИИ Нечипоренко В.В., Лыткин В.М., Курасов Е.С.....	408
ЯВЛЕНИЯ РЕЗОНАНСА И ТЕХНИКА «ОТЗЕРКАЛИВАНИЯ» ДВИЖЕНИЙ В ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ Оганесян Н.Ю.....	410
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПСИХОРЕЛАКСАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ И СОЦИАЛЬНО-КОГНИТИВНЫХ ЗАНЯТИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА Першина Н.А., Струкова Е.Ю., Логачева А.А.....	412
НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ОСОБЕННОСТИ ЕГО ПРОЯВЛЕНИЙ В ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ШИЗОФРЕНИИ Рамос Валерио Э., Оганесян Н.Ю.....	414
РАЗРАБОТКА СТАНДАРТИЗИРОВАННЫХ ПОДХОДОВ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ Романов Д.В.....	416
ИССЛЕДОВАНИЕ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ Сайдалиходжаева Д.Г.....	418
ДИНАМИКА ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ГЕСТАЦИИ Сайдалиходжаева Д.Г.....	420
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ В ОТНОШЕНИИ МОТИВАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ К ЛЕЧЕНИЮ Сорокин М.Ю.....	422
ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ АРТ-ТЕРАПИИ С ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА Сурикова М.А., Шешенин В.С.....	424
ОПЫТ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С РАССТРОЙСТВАМИ ПРИЁМА ПИЩИ Фаддеев Д.В., Палкин Ю.Р., Демьяненко А.М., Гречаный С.В.....	426

АЛГОРИТМ ПСИХОЛОГО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЛИЦ С РАННЕЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА Хяникяйнен И.В.....	428
КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ СМЕШАННОГО ТРЕВОЖНОГО И ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА У НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА Шеденко М.И., Четвериков Д.В.....	429
ПРИМЕНЕНИЕ АКУСТИЧЕСКОЙ БЕЗЭХОВОЙ КАМЕРЫ В ДИАГНОСТИКЕ И КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ Яковлев А.В., Караваева Т.А.....	432
МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ	
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ СТРЕССЫ И СУИЦИДАЛЬНЫЕ ИДЕАЦИИ: СВЯЗЬ СО СТРЕССОРНОЙ НАГРУЗКОЙ Азарных Т.Д.....	435
ВРЕМЕННАЯ ПЕРСПЕКТИВА БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА Ашнокова И.А., Сарайкин Д.М., Коцюбинская Ю.В.....	437
ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ЛИЦ С СИНДРОМОМ ИКАРА: «ДЕФИЦИТ» ИЛИ «ДИССОЦИИРОВАННОСТЬ»? Бадалов А.А., Бровкина С.Н.....	439
«ИДЕАЛЬНАЯ ФОРМА ТЕЛА»: МОДА ИЛИ БОЛЕЗНЬ? Бенько Л.А., Уморина В.Д., Буторин Г.Г.....	441
ЭКСПЕРТНЫЙ ПОДХОД КАК ОСНОВА НОВОГО НАПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОДИАГНОСТИКИ Беребин М.А.....	442
ОТНОШЕНИЕ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ К ПСИХИЧЕСКОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ РОДСТВЕННИКА Бочаров В.В., Корман Т.А.....	445
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПОНИМАНИЮ ПСИХОЛОГИИ РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ С АДДИКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ Бочаров В.В., Шишкова А.М.....	446
РОЛЬ ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ПОЗИЦИИ В ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОМ ЭКСПЕРИМЕНТЕ Бурлакова Н.С.....	448
МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ФМРТ ИССЛЕДОВАНИЙ Вассерман М.В., Матюшкина А.А.....	449
ДИАГНОСТИКИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СКЛОННОСТИ К НАРКОЗАВИСИМОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ Виндорф С.А.....	450
ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ЛИЦ ИЗ ОБЩЕЙ ПОПУЛЯЦИИ, СКЛОННЫХ К РАССТРОЙСТВАМ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ Гусева О.В., Перминова А.А., Щелкова О.Ю.....	452

КОРРЕКЦИЯ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЯНИЯ Ерошина О.С., Абашина В.В.....	454
СТИГМАТИЗАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ И МЕРЫ БОРЬБЫ С НЕЙ Захарова Н.М., Баева А.С., Гурин И.В., Шкурко В.В.....	456
НЕЛИНЕЙНЫЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ СЛОЖНОЙ ВРЕМЕННОЙ СТРУКТУРЫ КАК ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ АДЕКВАТНЫЙ МЕТОД ОСЛАБЛЕНИЯ ФЕНОМЕНА ТОЛПЫ У ПУБЛИКИ МАССОВЫХ ЗРЕЛИЩ И СПОРТИВНЫХ БОЛЕЛЬЩИКОВ Зуева М.В.....	458
К ВОПРОСУ О ПОСТАНОВКЕ ЦЕЛЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ БРИГАДЕ СПЕЦИАЛИСТОВ Исаева Е.Р., Мухитова Ю.В.....	460
СИТУАЦИОННЫЙ КОНТЕКСТ В ПСИХОЛОГИИ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ И КРИЗИСОВ Карпова Э.Б.....	463
ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ НЕЙРОТИЗМА У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И ТУБЕРКУЛЕЗОМ Любаева Е.В.....	465
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ ВЗРОСЛЫХ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ Мартусенко А.В., Елисеенко Н.А., Шапсигов А.А., Нагорная А.В.....	467
МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ФМРТ ИССЛЕДОВАНИЙ Матюшкина А.А.....	468
ЧУВСТВЕННОЕ ВОСПРИЯТИЕ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОМ И ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О НЕМ У ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА Нелюбина А.С.....	469
ПРОБЛЕМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ СТАРШЕ 18 ЛЕТ Саковская В.Г., Кузнецова Т.Ю.....	471
РАЗРАБОТКА КОМПЛЕКСА ШКАЛ ДЛЯ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ МОТИВАЦИИ ПРИ ПОГРАНИЧНЫХ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ Сарайкин Д.М.....	472
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН СТРАХА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ Сирота Н.А., Московченко Д.В., Ялтонский В.М.....	475
ОРИЕНТИРЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ Соловьева С.Л.....	476
ХРОНИЧЕСКАЯ СОЦИАЛЬНО-СТРЕССОВАЯ СИТУАЦИЯ И ДИНАМИКА ОТНОШЕНИЙ ЛИЧНОСТИ Урываев В.А.....	476
СТИГМАТИЗАЦИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ СО СТОРОНЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ Халезова Н.Б., Кольцова О.В., Селютина Е.В.....	478

ЭКСТРЕМАЛЬНЫЕ И КРИЗИСНЫЕ СИТУАЦИИ КАК ПРЕДМЕТ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ Хрусталева Н.С., Карпова Э.Б., Матан В.В.....	481
ДИСТРЕСС У МАТЕРЕЙ С ХРОНИЧЕСКИ БОЛЬНЫМИ ДЕТЬМИ Черная Ю.С.....	482
ПРОБЛЕМА СТИГМАТИЗАЦИИ, САМОСТИГМАТИЗАЦИИ И ДЕСТИГМАТИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Чернов П.Д.....	483
ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ Четвериков Д.В., Одарченко С.С.....	484
СОЧУВСТВИЕ К СЕБЕ: ЗАЩИТНЫЙ ФАКТОР ПРИ СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л.....	486
НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА Шалина О.С.....	488
СПЕЦИФИЧНОСТЬ КОМПЛАЕНТНОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ Шарипова Р.Р., Орлов Г.В.....	490
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЕВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОСТЕЙ Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б.....	492
СУБЪЕКТИВНАЯ СЕМАНТИКА БОЛЕЗНИ И ЕЕ ВОСПРИЯТИЕ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С МУКОВИСЦИДОЗОМ Ялтонский В.М., Абросимов И.Н.....	493
НЕВРОЛОГИЯ, НЕЙРОФИЗИОЛОГИЯ И НЕЙРОХИРУРГИЯ	
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА Абдувалиева М.А., Садикова Г.К.....	496
ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ ЦНС У НОВОРОЖДЕННЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕЙРОСОНОГРАФИИ Азимова Н.М., Зайнутдинова Д.Р.....	497
ОСОБЕННОСТИ КОГЕРЕНТНОСТИ ВЫЗВАННОГО ТЕТА РИТМА У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ Бочкарев В.К., Киренская А.В., Солнцева С.В.....	498
ПРИЧИНЫ ЗРИТЕЛЬНО-ПРОСТРАНСТВЕННЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА: ЭТИОЛОГИЯ, КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА Дынин П.С., Литвиненко И.В., Юрин А.А.....	499
КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ Иноятова И.Ш., Садыкова Г.К.....	500
МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ НЕВРОПАТИЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ Литвиненко И.В., Булатов А.Р., Журбин Е.А.....	501

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ СПЕКТРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА СРЕДНЕГО МОЗГА ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА И ИХ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ТЕРАПИИ ЛЕВАДОПОЙ Литвиненко И.В., Труфанов А.Г., Юрин А.А., Воронков Л.В.....	502
НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ПО ДАННЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ Литвиненко И.В., Юрин А.А., Труфанов А.Г., Воробьев С.В.....	503
НОВЫЕ МЕТОДЫ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРИ ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ Литвиненко И.В., Юрин А.А., Труфанов А.Г., Воробьев С.В., Ефимцев А.Ю.....	504
ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Маджидова Ё.Н., Саидова Д.П.....	505
ОСОБЕННОСТИ И ЧАСТОТА НАРУШЕНИЙ СЛУХА У ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИОННО- ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ Маджидова Ё.Н., Темирова М.К.....	505
НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ТУРЕТТА (ПЕРВЫЙ ОПЫТ) Нарышкин А.Г., Галанин И.В., Скоромец Т.А.....	506
АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДЕРЕЦЕПЦИИ Нарышкин А.Г., Горелик А.Л., Галанин И.В., Скоромец Т.А., Егоров А.Ю.....	508
ПРИМЕНЕНИЕ МОДИФИКАЦИИ ЭЭГ-ПРОБЫ НА ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИОННУЮ НАГРУЗКУ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Росман С.В.....	509
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТИМУЛЯЦИИ БЛУЖДАЮЩЕГО НЕРВА ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА Скоромец Т.А., Второв А.В., Клочков М.Н., Нарышкин А.Г., Галанин И.В.....	510
СТРАТИФИКАЦИЯ КОРЫ БОЛЬШОГО МОЗГА В УСЛОВИЯХ ПРЕНАТАЛЬНОЙ АЛКОГОЛИЗАЦИИ И ГИПОКСИИ Солонский А.В., Кудренко А.С.....	511
НЕЙРОПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПОТТЕРНЫ ПОСЛЕ ПРЕНАТАЛЬНОЙ МОДУЛЯЦИИ АКТИВНОСТИ ХОЛИНЕРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ МОЗГА Сташина Е.В., Гаврилов Н.А., Байрамов А.А., Шабанов П.Д.....	512
ЦИТОФЛАВИН И КАВИНТОН – ДВА УНИКАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТА Трофимова С.А., Балунев О.А., Дубинина Е.Е., Леонова Н.В.....	513
НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННАЯ ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА Труфанов А.Г., Юрин А.А., Литвиненко И.В.....	514
ИЗУЧЕНИЕ И КОРРЕКЦИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ С НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ Умарова М.Э., Маджидова Ё.Н., Ниязова М.Т.....	515
ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ Усманова Д.Д., Хажикакиев Х.Х.....	516

ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ И ОСОБЕННОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ Хаитбаева Н., Зияходжаева Л.У.....	517
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ Хамидова Н.А., Маджидова Е.Н.....	518
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОЙ НЕЙРОХИРУРГИИ Холявин А.И., Аничков А.Д., Обляпин А.В.....	519
ВЛИЯНИЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ДЕПРИВАЦИИ НА РАЗВИТИЕ ПОГРАНИЧНЫХ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА Чалая Е.Б., Будза В.Г., Чалая И.В.....	520
ОЦЕНКА НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ С ДЕФЕКТАМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ Якубова З.А., Якубов Р.К., Усманова Д.Д.....	522
ЭПИЛЕПТОЛОГИЯ В СИСТЕМЕ НЕЙРОНАУК	
ОЦЕНКА КЛИНИКО-НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ Абдусаттарова Г.Ш., Маджидова Ё.Н.....	524
ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТИВОСУДОРОЖНЫХ ПРЕПАРАТОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, ИХ ВЛИЯНИЕ НА ПЛОД Абдусаттарова Г.Ш., Маджидова Е.Н.....	525
АЛГОРИТМ МРТ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ: НЕОБХОДИМО И ДОСТАТОЧНО Ананьева Н.И., Ежова Р.В., Халиков А.Д., Тотолян А.А.....	526
КЛИНИКО-НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ (ОНКОГЕННОЙ) ЭПИЛЕПСИЙ Борисова Е.В., Ларина И.В., Пашкова И.М., Пелисова Л.А., Петренко М.В., Устьянцева В.В., Киссин М.Я.....	527
РЕМИССИОННАЯ И НЕКОНТРОЛИРУЕМАЯ ЭПИЛЕПСИЯ. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГО-НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ОТМЕНЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ Громов С.А.....	529
ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ МИКРОПОЛЯРИЗАЦИЯ И МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА Дружинин А.К., Горелик А.Л., Нарышкин А.Г., Михайлов В.А., Шова Н.И.....	530
ПРОСТРАНСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ БЭА ЭЭГ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ ПО ДАННЫМ СПЕКТРАЛЬНОГО И КОГЕРЕНТНОГО АНАЛИЗА Дружинин А.К., Михайлов В.А., Горелик А.Л., Корсакова Е.А.....	533
ПАТОГЕНЕЗ ЭПИЛЕПСИИ С ПОЗИЦИЙ АНАЛИЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ Дружинин А.К., Михайлов В.А., Горелик А.Л., Корсакова Е.А.....	535
ПРОСТРАНСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИСТЕМ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	

Дружинин А.К., Михайлов В.А., Горелик А.Л.....	537
АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА БИПОЛЯРНОГО СПЕКТРА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ Липатова Л.В., Якунина О.Н., Сивакова Н.А., Рукавишников Г.В., Капустина Т.В., Мазо Г.Э.....	539
ОСОБЕННОСТИ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ Максудова Х.Н., Ёдгарова У.Г.....	540
ВЛИЯНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ НА ПАМЯТЬ И ВНИМАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ Махров М.В.....	541
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИИ С ИПОЛЬЗОВАНИЕМ МУЛЬТИПОТЕНТНЫХ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА Махров М.В., Шамрук И.В., Хлебоказов Ф.П., Королевич П.П., Мисюк Н.Н., Космачева С.М., Потапнев М.П., Докукина Т.В.....	543
ЭПИЛЕПСИЯ ПОСТИНСУЛЬТНОГО ГЕНЕЗА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ. (НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ) Михайлов В.А., Дружинин А.К., Липатова Л.В., Киссин М.Я., Бочаров В.В.....	545
МОДУЛЯЦИЯ ФАРМАКОКИНЕТИКИ И ПРОТИВОСУДОРОЖНОЙ АКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ГАЛОДИФ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ ИНДУКЦИЕЙ ФЕРМЕНТОВ БИОТРАНСФОРМАЦИИ Новожеева Т.П., Шушпанова Т.В., Маркова Е.В., Бохан Н.А.....	548
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ Одинцова Г.В., Кравцова С.В., Чугунова А.А.....	549
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОБЫ С ПЛАЦЕБО ПРИ ПСИХОГЕННЫХ НЕЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ Прокудин М.Ю., Дыскин Д.Е., Базилевич С.Н., Моисеева А.М., Кошкарёв М.А.....	551
ХАРАКТЕРНЫЕ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ БЕССУДОРОЖНЫХ ФОРМ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ДЕТЕЙ Садыкова Г.К., Мухамедханова М.И.....	552
НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ДИНАМИКИ ЭПИАКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С РЕМИССИЕЙ ПРИПАДКОВ Сивакова Н.А., Корсакова Е.А., Громов С.А.....	553
ПСИХОЗЫ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ КАК ОСНОВАНИЕ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР Тарханов В.С., Петракова А.В., Точина Е.Э., Ягупова Н.Х., Денисова Е.А.....	555
КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ОРГАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ В СВЯЗИ С ЭПИЛЕПСИЕЙ Усюкина М.В., Киренская А.В., Лаврущик М.В.....	557
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ТЕЧЕНИЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ Хаитбаева Ш.Х., Садикова Г.К.....	560
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АЛЛЕЛЬНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА CYP2D6*10 (100С> Т, RS1065852) У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО РЕГИОНА И СИБИРИ Шнайдер Н.А., Липатова Л.В., Сивакова Н.А., Тепляшина В.В., Дроков А.П.,	

Сосина К.А., Незнанов Н.Г., Насырова Р.Ф.....	561
РОЛЬ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА В ТЕРАПИИ ТРУДНОКУРАБЕЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ Яковлева Ю.А.....	562
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ БИПОЛЯРНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ Якунина О.Н., Липатова Л.В., Сивакова Н.А.....	564
ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ	
ОГРАНИЧЕННАЯ ДЕЕСПОСОБНОСТЬ (СТ.30 ГК РФ) Валинуров Р.Г., Шулина И.Н.....	566
СОВЕРШЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ЛИЦАМИ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ КАК ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА Васюшкина М.А., Коноркина Е.А.....	567
ОХРАНА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВОДИТЕЛЕЙ ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ. АКТУАЛЬНАЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬНАЯ БАЗА РФ Кузьмина С.В.....	568
О ПРАВОВЫХ КОЛЛИЗИЯХ УСИЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ПРЕССИНГА ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ Пряатель В.А.....	571
ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПРИ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ С УЧАСТИЕМ УЯЗВИМЫХ ГРУПП ПАЦИЕНТОВ: ГРАНИЦЫ АВТОНОМИИ Семенова Н.В.....	572
ТРАНЛЯЦИОННАЯ МЕДИЦИНА И ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ПРОИЗВОЛЬНОСТИ ПОВЕДЕНИЯ Ткаченко А.А.....	574
ПРАВОВЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВОВЛЕЧЕНИЯ В СИСТЕМУ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ОСУЖДЕННЫХ ЗА АДМИНИСТРАТИВНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ В СООТВЕТСТВИИ С ЧАСТЬЮ 2.1 СТАТЬИ 4.1 КОАП РФ Целинский Б.П., Рыбакова Л.Н.....	576

ПРЕДИСЛОВИЕ

2017 г. отмечен знаменательными событиями в области нейронаук. В этом году исполняется 160 лет со дня рождения Владимира Михайловича Бехтерева, выдающегося Российского ученого, внесшего неоценимый вклад в развитие отечественной и мировой неврологии, психиатрии, нейрохирургии, нейроморфологии, нейрофизиологии, клинической и социальной психологии.

В 1907 г. в Санкт-Петербурге академиком В.М. Бехтеревым был учрежден Психоневрологический Институт, призванный воплотить мечту выдающегося ученого о всестороннем изучении мозга человека. В настоящее время, 110 лет спустя, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт имени В.М. Бехтерева Министерства здравоохранения Российской Федерации является одним из ведущих медицинских учреждений страны, исследовательским и учебным Центром Всемирной Организации Здравоохранения.

Всего 10 лет назад мы отмечали вековой юбилей Института, но сколько произошло с этого времени изменений. С горечью следует отметить, что практически завершился уход из жизни поколения «шестидесятников» в лице профессоров М.М. Кабанова, И.П. Лапина, Б.Д. Карвасарского, О.Ф. Ерышева, Р.А. Харитонова. Это поколение смогло в сложных условиях политического диктата отстоять принципы развития ленинградской (санкт-петербургской) психиатрической школы, успешно развивая идеи реабилитации больных с нервно-психической патологией. Масштабы этих исследований были так наглядны, а результаты столь убедительны, что коллектив сотрудников Института им. В.М. Бехтерева завоевал высокий авторитет как у нас в стране, так и за рубежом.

Идеи оказались настолько плодотворными, что за прошедшие 10 лет их удалось реализовать в исследованиях биопсихосоциальной парадигмы больных с нервно-психическими заболеваниями. В связи с развитием идей о биопсихосоциальной сущности этих болезней в последние годы возникла необходимость в многоосевом диагностическом подходе, который бы базировался на определенных теоретических представлениях и одновременно отвечал современным потребностям службы психического здоровья.

Такой научной и практической потребности в наибольшей степени соответствует холистический (целостный) подход, развивающий фундаментальные традиции Бехтеревской научной школы. За эти годы в Институте были созданы новые организационные формы помощи больным: отделение эндокринологической психиатрии, отделение персонализированной психиатрии и неврологии, центр психического здоровья, центр по лечению болезни Паркинсона и др. По праву следует сказать, что Институт им. В.М. Бехтерева в течение прошедших 110 лет был и остается ведущим научным, лечебным и учебным учреждением.

И настоящая юбилейная конференция собрала многочисленных участников со всех концов нашей страны и из-за рубежа. Анализ предлагаемых для публикации тезисов докладов показал, что материалы, представленные в них, способствуют выполнению задач, которые стоят перед Институтом.

Директор института,
Президент Российского общества психиатров,
Главный внештатный специалист-эксперт
по психиатрии Росздравнадзора,
Президент Всемирной ассоциации динамической психиатрии,
Заслуженный деятель науки РФ, профессор

Н.Г. Незнанов

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ

Председатель:

Скворцова В.И. - Министр здравоохранения Российской Федерации

Косткина Л.А. - Помощник Председателя Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации
В.И. Матвиенко

Сопредседатели:

Скоромец А.А. - д.м.н., профессор, академик РАН, Заслуженный деятель науки РФ, Первый заместитель председателя Правления Всероссийского общества неврологов, главный специалист невролог Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга

Незнанов Н.Г. - д.м.н., профессор, Заслуженный деятель науки РФ, директор ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Президент Российского общества психиатров, главный внештатный специалист-эксперт по психиатрии Росздравнадзора, Президент Всемирной ассоциации динамической психиатрии, Санкт-Петербург

Члены программного комитета:

Акименко М.А. - д.м.н., профессор, ученый секретарь ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург

Александровский Ю.А. - д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, Заслуженный деятель науки РФ, лауреат Государственной премии СССР, руководитель отдела пограничной психиатрии ФГБУ «ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва

Алтынбеков С.А. - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, психотерапии и наркологии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова Министерства здравоохранения Республики Казахстан, директор Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии Республики Казахстан, главный психиатр Республики Казахстан, Президент Ассоциации специалистов, работающих в сфере психического здоровья Республики Казахстан (РОО «АСРСПЗ»), Алматы

Аммон Мария - д.п.н., профессор, Президент немецкой академии психоанализа, Генеральный секретарь Всемирной Ассоциации динамической психиатрии, руководитель клиники динамической психиатрии Менершвайге, Берлин/Мюнхен, Германия

Ананьева Н.И. - д.м.н., профессор, руководитель отделения клинко-диагностических исследований, заведующая рентгеновским отделением ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург

Бабин С.М. - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психотерапии и сексологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Президент Российской Психотерапевтической Ассоциации, Санкт-Петербург

Багненко С.Ф. - д.м.н., профессор, академик РАН, ректор ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Бельских А.Н. - д.м.н., профессор, начальник ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны России, генерал-майор медицинской службы, Санкт-Петербург

Бочаров В.В. - к.п.н., руководитель лаборатории клинической психологии и психодиагностики ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, заведующий кафедрой клинической психологии ФГБОУ ВО «СПб ГПМУ» Минздрава России, Санкт-Петербург

Бохан Н.А. - д.м.н., профессор, академик РАН, Заслуженный деятель науки РФ, директор ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАН, Томск

Бурбиль Ильзе - д.п.н., профессор, научный консультант клиники динамической психиатрии Менершвайге, Мюнхен, Германия

Букреева Н.Д. - д.м.н., руководитель научно-организационного отдела ФГБУ «ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва

Васильева А.В. - д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии, руководитель международного отдела ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург

Геген Бернар - профессор, руководитель отдела нейрофизиологии и эпилептологии университетского госпиталя Святой Анны, Париж, Франция

Гехт А.Б. - д.м.н., профессор, Заслуженный врач РФ, директор ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр им. З.П. Соловьева ДЗМ» Минздрава России

Громов С.А. - д.м.н., профессор, главный научный сотрудник отделения лечения больных с органическими психическими заболеваниями и эпилепсией ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург

Гузева В.И. - д.м.н., профессор, заведующая кафедрой нервных болезней ФГБОУ ВО «СПб ГПМУ» Минздрава России, Главный внештатный детский специалист Минздрава России по специальности «Неврология», Санкт-Петербург

Зиганшин Ф.Г. - Заслуженный врач Республики Татарстан, главный врач ГАУЗ «Республиканская клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Республики Татарстан, Казань

Иванов М.В. - д.м.н., профессор, руководитель отделения биологической терапии психически больных ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург

Иванова Н.Е. - д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе ФГБУ «РНХИ им. проф. А.Л. Поленова» – филиала ФГБУ «СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Иллариошкин С.Н. - д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, заместитель директора по научной работе ФГБНУ «Научный центр неврологии», Москва

Казаковцев Б.А. - д.м.н., профессор, руководитель отдела эпидемиологии и организационных проблем психиатрии ФГБУ «ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва

Караваева Т.А. - д.м.н., руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Вице-Президент Российской Психотерапевтической ассоциации, Санкт-Петербург

Кекелидзе З.И. - д.м.н., профессор, главный внештатный специалист-психиатр Минздрава России, вице-президент Российского общества психиатров, Генеральный директор ФГБУ «ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва

Кибитов А.О. - д.м.н., руководитель лаборатории молекулярной генетики ФГБУ «ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва

Клюшник Т.П. - д.м.н., профессор, директор ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» Минздрава России, Москва

Колабутин В.М. - Председатель Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга

Кондинский А.Г. - к.м.н., главный врач ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург

Корчагина Г.А. - д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе НИИ наркологии – филиал ФГБУ «ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва

Коцюбинский А.П. - д.м.н., профессор, руководитель отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург

Краснов В.Н. - д.м.н., профессор, директор Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, заместитель Председателя Правления Российского общества психиатров, Москва

Крупницкий Е.М. - д.м.н., профессор, руководитель отдела наркологии ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, профессор факультета психиатрии Пенсильванского университета, Санкт-Петербург

Лиманкин О.В. - д.м.н., главный врач СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кашенко», главный психиатр-эксперт Росздравнадзора по Северо-Западному ФО РФ, вице-президент Российского общества психиатров, Санкт-Петербург

Липатова Л.В. - д.м.н., руководитель отделения лечения больных с органическими психическими заболеваниями и эпилепсией ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург

Литвиненко И.В. - д.м.н., профессор, Главный невролог Министерства обороны РФ, начальник кафедры нервных болезней им. М.И. Аствацатурова ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Министерства обороны РФ, Вице-президент Национального общества по изучению болезни Паркинсона и расстройств движений, Санкт-Петербург

Лобзин С.В. - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой неврологии им. акад. С.Н. Давиденкова ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Лутова Н.Б. - д.м.н., руководитель отделения интегративной фармако-психотерапии психических расстройств ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург

Мазо Г.Э. - д.м.н., руководитель отделения эндокринологической психиатрии ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, профессор кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург

Макаров В.В. - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психотерапии и сексологии ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России, Вице-президент Всемирного Совета по психотерапии, Президент Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги, Москва

Макаров И.В. - д.м.н., профессор, руководитель отделения детской психиатрии ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Главный детский специалист-психиатр Минздрава России в Северо-Западном ФО РФ, председатель секции детской психиатрии Российского общества психиатров, Санкт-Петербург

Маркарян А.А. - д.м.н., профессор, директор Российского центра науки и культуры, Дания, Копенгаген

Медведев С.В. - д.м.н., профессор, академик РАН, директор ФГБУН «Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой» РАН, Санкт-Петербург

Менделевич В.Д. - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой медицинской и общей психологии с курсом педагогики ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, член-корр. Международной академии психологических наук, Казань

Михайлов В.А. - д.м.н., заместитель директора по инновационному научному развитию и международному сотрудничеству, руководитель отделения реабилитации психоневрологических больных ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург

Морозов П.В. - д.м.н., профессор кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, член Правления и региональный представитель Всемирной психиатрической ассоциации по Восточно-европейскому региону, Москва

Насырова Р.Ф. - д.м.н., руководитель отделения персонализированной психиатрии и неврологии ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург

Одинак М.М. - д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, Заслуженный врач РФ, профессор кафедры нервных болезней им. М.И. Аствацатурова ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Министерства обороны РФ, Санкт-Петербург

Петрова Н.Н. - д.м.н., профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Председатель Правления Бехтеревского психиатрического общества Санкт-Петербурга, Председатель комиссии Российского общества психиатров по работе с молодыми учеными, Санкт-Петербург

Пирадов М.А. - д.м.н., профессор, академик РАН, директор ФГБНУ «Научный центр неврологии», Москва

Помников В.Г. - д.м.н., профессор, ректор ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты России, Санкт-Петербург

Попов Ю.В. - д.м.н., профессор, Заслуженный деятель науки РФ, заместитель директора по научной работе, руководитель отделения психиатрии подросткового возраста ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург

Пиле Таба - профессор кафедры неврологии Университета Тарту, президент Эстонского общества неврологов и нейрохирургов, глава комиссии по неврологии Министерства социальных дел Эстонии, Тарту, Эстония

Решетников М.М. - д.п.н., профессор, Заслуженный деятель науки РФ, ректор ЧОУВО «Восточно-Европейский институт психоанализа», Санкт-Петербург

Салакс Ю.М. - д.м.н., профессор, директор Института истории медицины Рижского университета имени Страдыня, Рига, Латвия

Семенова Н.В. - д.м.н., руководитель научно-организационного отделения, председатель независимого этического комитета ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, член Совета по этике Минздрава России, Санкт-Петербург

Семке А.В. - д.м.н., профессор, зам. директора по научной и лечебной работе, заведующий отделением эндогенных расстройств НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра РАН, Томск

Сирота Н.А. - д.м.н., профессор, декан факультета клинической психологии, заведующая кафедрой клинической психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова», Москва

Скоромец Т.А. - д.м.н., профессор, руководитель отделения нейрохирургии ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург

Скрипченко Н.В. - д.м.н., профессор, Заслуженный деятель науки РФ, заместитель директора по научной работе ФГБУ «НИИДИ» ФМБА России, Санкт-Петербург

Смулевич А.Б. - д.м.н., профессор, академик РАН, Заслуженный деятель науки РФ, руководитель отдела ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», заведующий кафедрой психиатрии и психосоматики ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва

Созинов А.С. - д.м.н., профессор, ректор ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань

Соловьева С.Л. - д.п.н., профессор, заведующая кафедрой психологии и педагогики ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова», ведущий научный сотрудник ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева», Санкт-Петербург

Софронов А.Г. - д.м.н., профессор, член-корр. РАН, заведующий кафедрой психиатрии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, главный врач СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова», главный психиатр и главный нарколог Санкт-Петербурга, Санкт-Петербург

Софронов Г.А. - д.м.н., профессор, академик РАН, Заслуженный деятель науки РФ, научный руководитель ФГБНУ «Институт экспериментальной медицины», Председатель ФГБУ «Северо-западное отделение медицинских наук», Санкт-Петербург

Тиганов А.С. - д.м.н., профессор, академик РАН, Заслуженный деятель науки РФ, научный руководитель ФГБНУ «НЦПЗ», Москва

Улитин А.Ю. - д.м.н., Заслуженный врач РФ, директор ФГБУ РНХИ им. профессора А.Л. Поленова – филиал ФГБУ «СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Хасанов Р.Ш. - д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, заслуженный врач РФ и РТ, ректор ГБОУ ВО «Казанская государственная медицинская академия», Главный онколог ПФО и РТ, Казань

Хрусталева Н.С. - д.п.н., профессор, заведующая кафедрой «Психология кризисных и экстремальных ситуаций» ФГБОУ ВО «СПбГУ», Санкт-Петербург

Шамрей В.К. - д.м.н., профессор, Заслуженный деятель науки РФ, начальник кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Министерства обороны РФ, Главный психиатр Министерства обороны РФ, Санкт-Петербург

Шойгу Ю.С. - к.п.н., директор ФКУ «Центр экстренной психологической помощи МЧС России», Москва

Эвжен Ружечка - профессор, руководитель отдела неврологии Университет Charles, Прага, Чехия

Ялтонский В.М. - д.м.н., профессор кафедры клинической психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова», руководитель отдела профилактических исследований Национального научного центра наркологии МЗ РФ, Москва

Ястребов В.С. - д.м.н., профессор, руководитель Центра по изучению систем поддержки психического здоровья ФГБНУ «НЦПЗ», Москва

Яхин К.К. - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, заместитель Председателя Правления Российского общества психиатров, Казань

Яхно Н.Н. - д.м.н., профессор, академик РАН, Заслуженный деятель науки РФ, председатель Московского общества неврологов, вице-президент Российского общества неврологов, вице-президент Международной ассоциации неврологии и нейронаук, профессор кафедры нервных болезней лечебного факультета, директор научно-образовательного клинического центра неврологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва

ЭВОЛЮЦИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

НАУЧНАЯ ШКОЛА В.М. БЕХТЕРЕВА

Акименко М.А.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Созданная в начале XX века клиническая школа В.М. Бехтерева принадлежала к числу «приоритетнейших созданий В.М. Бехтерева», в ее рядах были известные в стране и за границей невропатологи, психиатры и психологи [Шевалева Е.А., 1925]. Школа В.М. Бехтерева соответствовала «триединству» в понимании Н.И. Моисеевой [1988]: 1) многочисленные ученики – «кузница кадров», 2) объединение учеников – «единомышленников» вокруг единой проблемы, 3) единые методики исследований.

Уже к 1927 г. на I Всесоюзном съезде невропатологов и психиатров в зале находилось около 700 учеников В.М. Бехтерева, только в президиуме их было 16. Кроме того, в 20-х гг. 20 кафедр невропатологии и психиатрии возглавлялись учениками В.М. Бехтерева. Общее число учеников составило около 5 тысяч человек [Кабанов М.М. и др., 1977].

Школа научных сотрудников, собравшихся вокруг В.М. Бехтерева, делилась, по замечанию А.А. Ухтомского (1875–1942), «на старшую и младшую линии». Старшая представлена рядом выдающихся психиатров и невропатологов: В.Н. Осипов (1872–1947), П.А. Останков (1867–1949), М.И. Аствацатуров (1872–1947), А.В. Гервер (1873–1939), А.Ф. Лазурский (1874–1917), Ю.К. Белицкий (1872–1961), Р.Я. Голант (1885–1953), Л.М. Пуссеп (1875–1942), М.Н. Жуковский (1868–1916), М.П. Никитин (1879–1937), А.Г. Молотков (1874–1950), Б.С. Дойников (1879–1948), А.С. Грибоедов (1875–1944), Е.Л. Вендерович (1881–1954) и др. Вторая линия – это линия «физиологов поведения»: В.П. Протопопов (1880–1957), Н.М. Щелованов (1892–1984), В.Н. Осипова (1876–1954). К этому необходимо добавить, что внутри школы психоневрологов постепенно оформилась и определилась третья, психологическая линия школы В.М. Бехтерева, которую представляли А.Ф. Лазурский, М.Я. Басов (1892–1931), В.Н. Мясищев (1893–1973), Б.Г. Ананьев (1907–1972) и др. [Левченко Е.В., 2003, 1996].

Для создания научной школы М. Бехтерев в структуре Психоневрологического Института в 1908 г. организовал курсы, которые в дальнейшем получили статус II-го государственного Университета. Образование в университете получили около 12 000 обучающихся, впитавших идеи не только В.М. Бехтерева, но М.М. Ковалевского, Е.В. де Роберти, Н.И. Кареева, А.Ф. Лазурского, А.А. Ухтомского и еще 325 других профессоров и преподавателей Психоневрологического Института, которые представляли цвет отечественной науки и активно поддерживали начинание В.М. Бехтерева. В настоящее время нам удалось проследить судьбу ста выпускников и студентов Университета при Психоневрологическом институте. Студентами и выпускниками этого университета стали: В.Н. Мясищев, М.Я. Басов, И.С. Бабчин, Каминский Л.С., Граборов А.Н. и др.

Таким образом, в течение первой трети XX века сложная многомерная психоневрологическая концепция В.М. Бехтерева, включавшая проблемы общей биологии, анатомии, физиологии, психологии, невропатологии, психиатрии, а также анализ философских, социологических и педагогических вопросов, определяла не только создание и работу ряда исследовательских учреждений, но и периодических научных изданий, научных заседаний и съездов. То, что школа В.М. Бехтерева сохранила свою самостоятельность до настоящего времени, свидетельствует о специфичности ее мировоззренческого основания.

ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ (ИНВАЛИДНОСТЬ, ПОВТОРНОСТЬ И ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ) БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПРИ ВНЕДРЕНИИ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Алтынбеков К.С.

*Республиканский научно-практический центр психического здоровья МЗ РК,
г. Алматы, Республика Казахстан*

Шизофрения остается актуальной проблемой системы здравоохранения во многих странах в силу невозможности первичной профилактики, длительного хронического течения, качественно снижающего уровень социального функционирования не только самих пациентов, но и членов их семей, высокой степени инвалидизации и, по существу, отсутствия возможностей для проведения патогенетического лечения. Не является исключением и Республика Казахстан (далее РК). Вместе с тем, динамика развития психиатрии в последние десятилетия и результаты анализа показателей деятельности психиатрической помощи РК показывают, что, продуманные изменения подходов к курации и рациональное использование доступных инструментов терапии шизофрении позволяют качественно улучшить эффективность и результативность медико-социального обслуживания пациентов.

Целью публикации является освещение динамики изменений основных показателей деятельности службы психического здоровья РК в период с 2010-2014 года в аспекте внедрения в практику современных подходов к лечению шизофрении.

Материалы – статистические сборники «Психиатрическая помощь населению РК» 2010–2014 гг., отечественные публикации, отражающие опыт внедрения в практику атипичных антипсихотиков и методов психосоциальной реабилитации (за период с 2005–2015 гг.), региональные отчеты, отражающие количественный и качественные показатели обеспеченности населения лекарственными препаратами для лечения шизофрении.

Метод – информационно-аналитический.

Результаты. В РК за период 2010–2014 гг. происходила реструктуризация психиатрической сети, ориентированная на деинституализацию, развитие стационарзамещающих технологий и приближение помощи к населению. С 19 до 15 (на 21 %) уменьшилось число ПНД и, соответственно, стационарных отделений в психоневрологических диспансерах. Коечный фонд психиатрических больниц и стационарных психиатрических отделений сократился на 830 коек (на 8,7 %). Обеспеченность психиатрическими койками в учреждениях, оказывающих специализированную психиатрическую помощь, на 10 тыс. населения, по отчетным данным, составила: в 2010 – 5,8; в 2011 – 5,6; в 2012 – 5,3; в 2013 – 5,2; в 2014 году – 5,0.

При этом в 2010–2014 годах число психиатров оставалось стабильным: 0,4–0,5 на 10 тыс. населения.

Средняя длительность пребывания пациента с шизофренией в стационаре в 2010 году по РК составляла 77,6 дня, находясь в диапазоне от 49,5 дней (г. Алматы) до 126,0 дней (Атырауская область).

Повторность госпитализаций больных шизофренией в психиатрические стационары в течение года в 2010 году по РК был 57,5 % (мин. 27,6 % – г. Алматы, макс. 95,9 % – Алматинская область). Чрезвычайно высокая частота регоспитализаций в 2010 году отмечалась также в Западно-Казахстанской (95,2 %), Кызылординской (93,7 %), Павлодарской (89,1 %), Южно-Казахстанской (86,8 %) областях и в г. Астана (85,8 %)

Общее число инвалидов в связи с шизофренией по РК в 2010 году составило 143,1 (на 100 тыс. населения); на 100 диспансерных больных с шизофренией 44,1.

Число больных шизофренией по РК, признанных инвалидами впервые в жизни в 2010 году было 5,7 (на 100 тыс. населения).

Число больных с шизофренией, снятых с учета в связи с выздоровлением или стойким улучшением по РК в 2010 году составило 0,2 (на 100 тыс. населения).

В анализируемый период под курацией Республиканского центра психиатрии психиатры Казахстана участвовали в 2-х международных исследованиях – PILAR и HospiPalm (Clinical Study Report R092670SCH4017, Synoptic Study Report R076477SCH4016), а также значительно углубили опыт применения атипичных антипсихотиков (арипипразол, амосульприд, палиперидон, кветиапин), включая пролонгированные формы атипичных нейролептиков. Отражением этого явилось значительное повышение количество научных публикаций и методических рекомендаций, посвященных эффективности и безопасности применения современных антипсихотических препаратов (на 40 % по сравнению с предыдущими годами). Кроме того, в период 2013–2015 гг. практически все регионы Казахстана участвовали в серии семинаров, посвященных обучению навыкам психосоциальной работы, которые впоследствии нашли широкое отражение в повседневной практике. Методологической основой семинаров являлись труды германского психиатра Й. Боймля. Результаты адаптации его трудов нашли отражение в отечественном руководстве по ведению психообразовательных групп при шизофрении (Алматы, 2015). Наконец, именно в этот период были опубликованы фармакоэкономические исследования, проведенные в Казахстане, показавшие необходимость рационализации подходов к терапии шизофрении с использованием как типичных, так и атипичных антипсихотиков.

Объективным результатом указанных выше организационно-методических преобразований и научной активности явилась позитивная динамика основных показателей качества оказания помощи больным шизофренией. Так в 2014 году средний срок стационарного лечения больного шизофренией в РК снизился до 69,2 дней. При этом наибольшее снижение наблюдалось в «традиционных лидерах» – Атырауской и Акмолинской областях: с 126,0 и 100,3 до 63,9 и 85,3 дней соответственно.

Повторность поступления больных с шизофренией в Республике Казахстан снизилась с 57,5 % в 2010 году до 38,4 % в 2014 году (в 1,5 раза). Наибольшее снижение показателя повторности госпитализации больных шизофренией с 2010 года по 2014 годы произошло в Алматинской (с 95,9 % до 43,6 % соответственно), 3-Казахстанской (с 95,2 % до 49,8 %), Кызылординской (с 93,7 % до 37,1 %), Павлодарской (с 89,1 % до 24,9 %), Ю-Казахстанской (с 86,8 % до 12,3 %) областях, в городах Алматы (с 27,6 % до 5 %) и Астана (с 85,8 % до 24,8 % соответственно). Здесь следует отметить определенные хронологическое совпадение указанных показателей с увеличением удельного веса атипичных антипсихотиков в структуре лекарственного обеспечения регионов (прослеживаемое по региональным отчетам). Особое внимание привлекает Ю-Казахстанская область, в которой произошел катастрофический спад повторности госпитализации именно на фоне увеличения более чем до 25 % представленности атипичных нейролептиков в структуре лекарственного обеспечения.

Число первично инвалидизированных больных с шизофренией за 5 лет сократилось на 25 % в абсолютных значениях и на 30 % в расчете на численность населения. Показатели больных шизофренией, снятых с учета в связи с выздоровлением или стойким улучшением, по РК увеличились вдвое в 2011 году по сравнению с 2010 годом, и в дальнейшем оставались достаточно стабильными на уровне 0,4 случаев на 100 тысяч населения.

Заключение. Представленные данные, в комплексе с показателями увеличения работы дневных стационаров, позволяют заключить, что в РК наблюдается отчетливая тенденция к замене госпитализации в стационар больных относительно легкими формами заболеваний и с профилактической целью альтернативное обследование и лечение в амбулаторных условиях или в дневном стационаре. Совершенствование методов обследования больных, переход на принципы рациональной психофармакотерапии, улучшение преемственности между амбулаторно-поликлиническими учреждениями и стационарами также сокращает сроки пребывания больных на койках. Благоприятная динамика показателей может служить определенным подтверждением гипотезы о долгосрочной эффективности оптимизации подходов к организации психиатрической помощи и рациональной психофармакотерапии с расширением использования современных антипсихотиков второго поколения.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДИНАМИКИ ПЕРВИЧНОЙ И ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ШИЗОФРЕНИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2010–2014 ГОДЫ

Алтынбеков К.С.

*Республиканский научно-практический центр психического здоровья
МЗ РК, г. Алматы, Республика Казахстан*

Состояние психического здоровья в настоящее время относится к числу наиболее серьезных медико-социальных проблем, стоящих перед всеми странами. Со времен Э. Крепелина шизофрения считается болезнью с прогрессивно ухудшающимся (прогредиентным) течением, что находит свое подтверждение в современных нейробиологических исследованиях, отражающих структурно-функциональные изменения в головном мозге.

Для обеспечения качества психиатрической помощи населению и повышения эффективности психиатрической службы немаловажное значение имеет информация об уровне заболеваемости, распространенности и динамики психических заболеваний.

Нами проведено исследование региональных особенностей состояния психического здоровья населения Республики Казахстан. Изучены основные республиканские показатели психического здоровья населения в период с 2010 по 2014 гг. Уровень первичной заболеваемости всеми психическими расстройствами, число впервые заболевших лиц, уменьшились за пять лет с 122,2 на 100 тыс. населения до 58,9 на 100 тыс. населения соответственно (на 51,8 %), или с 19 951 человек в 2010 г. до 10 191 в 2014 году (на 48,9 %). В разных областях республики отмечалось неравномерное снижение заболеваемости, наиболее резкий спад зарегистрирован в Павлодарской области (в 6 раз) и в г. Алматы (в 5 раз), но в целом во всех областях наблюдалось существенное постепенное снижение показателей.

Вместе с тем, наблюдается и общая тенденция к ежегодному постепенному снижению заболеваемости всеми психическими расстройствами. Так, в 2013–2014 годах отмечается отрицательный прирост общей заболеваемости в абсолютных значениях (–1,5 % и –1 % в год соответственно) и в расчете на численность населения (–2 % и –3 % соответственно). В разных областях республики темпы динамики общей заболеваемости в 2012–2014 гг. были неравномерными, в некоторых областях был зафиксирован небольшой положительный прирост (например, в Актюбинской, Атырауской, Костанайской, Южно-Казахстанской и г. Астане), а в остальных областях наблюдалось снижение показателей. Общая заболеваемость шизофренией в Республике Казахстан с 2010 по 2014 годы уменьшилась с 40 418 до 37 186 человек (на 8,0 %), или с 245,8 до 213,5 случаев на 100 тыс. населения (на 13,1 %). Наиболее высокие показатели общей заболеваемости на протяжении всех пяти лет отмечались в Павлодарской, Северо-Казахстанской, Костанайской, Восточно-Казахстанской областях и г. Алматы, наиболее низкие – в Алматинской и Южно-Казахстанской областях. В Кызылординской и Акмолинской областях за 5 лет зафиксирован прирост общей заболеваемости шизофренией (на 27,4 % и 3,5 % соответственно), в остальных регионах показатели снизились и в относительных, и в абсолютных (в большинстве регионов) значениях.

Представим для сравнения данные по общей заболеваемости шизофренией и ее удельный вес в структуре заболеваемости всеми психическими расстройствами в Республике Казахстан и Российской Федерации. Показатели общей заболеваемости всеми психическими расстройствами в Республике Казахстан в 1,7–2,5 раза ниже, чем аналогичные показатели в России. Уровень общей заболеваемости шизофренией в Республике Казахстан ниже, чем в России, в 1,4–1,6 раза, а доля шизофрении в структуре общей заболеваемости всеми психическими расстройствами, наоборот, превышает аналогичный общероссийский показатель (на 12 %–14 % в 2010–2011 гг. и на 53 %–59 % в 2012–2014 гг.).

При этом в динамике за 5 лет можно отметить тенденции, характерные для обеих стран – снижение общей заболеваемости всеми психическими расстройствами (более выраженное в Республике Казахстан – на 37,8 %, чем в Российской Федерации – на 4,4 %, за счет изменившейся в Республике Казахстан системы регистрации заболеваемости), снижение общей заболеваемости шизофренией (также более выраженное в Республике Казахстан – на 13,1 %, чем с психическими расстройствами – на 3,6 %). И если в России доля шизофрении в структуре общей заболеваемости всеми психическими расстройствами остается довольно стабильным (12,0–12,1 %), то в Республике Казахстан она выросла за 5 лет на 40 %.

Таким образом, результаты эпидемиологических исследований показывают снижение показателей общей и первичной заболеваемости шизофренией в Республике Казахстан. Важно отметить, что при этом в Республике Казахстан доля больных с шизофренией (как впервые выявленных, так и находящихся под наблюдением в психиатрических учреждениях страны), оказывается существенно выше, чем в России.

ВКЛАД В.М. БЕХТЕРЕВА В ИЗУЧЕНИЕ МИОКЛОНУС-ЭПИЛЕПСИИ

Базилевич С.Н., Одинак М.М., Михайленко А.А., Дыскин Д.Е., Прокудин М.Ю.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

В.М. Бехтерев, выпускник Медико-хирургической академии 1878 года, с 1893 по 1913 гг. являлся директором клиники душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии. Упоминание его имени в описании «одной» болезни, по нашему мнению, является незаслуженно забытым в научном Международном сообществе. 19 марта 1896 г. на научном собрании врачей клиники В.М. Бехтерев демонстрировал клинический случай до этого неизвестной болезни, которую называл «плясковой падучей». В 1897 г в статье «О хореической падучей» он подробно описывает данное наблюдение и относит его к особой (самостоятельной) форме эпилепсии, приведя впервые доказательства связи гиперкинеза с падучей. Следует сказать, что к этому времени все ранее описанные в литературе сходные наблюдения представляли собой случайное совпадение двух разных заболеваний – пляски Святого Витта и эпилепсии.

С точки зрения нынешнего представления о клинике гиперкинезов и современной эпилептологии, описанный В.М. Бехтеревым гиперкинез у пациента с «хореической падучей» являлся миоклоническим, а пациент болел одной из форм прогрессирующей миоклонической эпилепсии (болезнью Унферрихта–Лундборга). При этом, исходя из классических и общепризнанных в то время воззрений о миоклонии, выделенной «из хаоса моторных неврозов» Н. Фридрейхом в 1881, у В.М. Бехтерева альтернативы распознаванию у больного хореи («пляски»), в своем наблюдении, по существу, не было.

Впервые понятие прогрессирующей эпилепсии с миоклонусом вводит в своей монографии 1903 г. шведский невролог Г. Лундборг. Он собирает в своей работе все описанные в мировой литературе к тому времени клинические наблюдения сочетания у одного больного миоклонуса и падучей. В своей книге Г. Лундборг приводил наблюдения Г. Унферрихта (1891 г.) и В. Бехтерева (1897 г.).

Таким образом, если В.М. Бехтерев ошибочно (в соответствии с существовавшими представлениями) принял миоклонию за хорею и вместо «миоклоническая падучая» назвал болезнь «хореическая падучая», значит, он самостоятельно и независимо от Г. Унферрихта и за 7 лет до публикации Лундборга описал новое заболевание — миоклонус-эпилепсию. В таком случае клиническая неврология имеет право на эпоним «болезнь Унферрихта-Бехтерева-Лундборга».

К ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ ПЕТЕРБУРГСКОЙ (ЛЕНИНГРАДСКОЙ) ШКОЛЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ НА ЮЖНОМ УРАЛЕ

Беребин М.А.

*Южно-Уральский государственный университет (национальный исследовательский университет)
г. Челябинск, Россия*

Сегодня представляется бесспорным вклад Ленинградского (ныне Санкт-Петербургского) Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева в развитие медицинской психологии в нашей стране. Сегодня, пожалуй, трудно найти среди медицинских психологов старшего поколения тех, кто хотя раз не бывал в стенах «Бехтеревки» на обучении, конференциях и просто в отделениях и лабораториях. В этом большую роль всегда играла лаборатория клинической психологии и психодиагностики, которую в

обозримый автором публикации период (с середины 1980-х годов) руководил проф. Л.И. Вассерман. Именно проводимые в тот период образовательные мероприятия послужили для многих ныне работающих медицинских психологов первым важным шагом в этой профессии и науке.

Исторически сложилось, что практика медицинской психологии была представлена значительно шире, чем наука, поскольку большинство медицинских психологов работали в психиатрических больницах, а кандидаты и доктора наук по этой специальности в регионах (за исключением гг. Москвы и Ленинграда) были представлены буквально единичными специалистами. Не являлась исключением и ситуация в Челябинской области, считающейся центром Южного Урала.

В 80-90-х годов XX века челябинская психиатрическая служба являлась одной из самых авторитетных в стране: новая больница почти на 1300 коек была одной из самых больших в стране, а сам Челябинск был в числе крайне немногочисленных нестоличных городов, в которых работали три кафедры психиатрии. При этом авторитет самых известных в то время челябинских психиатров – проф. В.С. Григоревских и Н.Е. Буториной послужил одним из аргументов в пользу проведения в Челябинске в 1991 г. Пленума Всесоюзного общества психиатров (к сожалению, преобразованного по независящим от челябинцев основаниям в Советское общество психиатров страны).

Однако медицинская психология в нашей области в этот период была представлена в основном лишь в двух психиатрических больницах гг. Челябинска и Магнитогорска, а научными исследованиями в этой области занимались лишь некоторые заинтересованные в этом психиатры. Определенным прорывом послужило открытие в Челябинске в 1993 году курса (в последствии – кафедры) психиатрии, психотерапии и медицинской психологии в Уральском институте усовершенствования врачей под руководством доцента А.А. Глинкина. Именно искренний научный интерес Анатолия Андреевича к медицинской психологии стимулировал ее развитие в нашей области в тот период. Первыми преподавателями медицинской психологии были тогда ассистенты В.А. Сергеев (единственный в то время в области врач-психиатр, кандидат наук по этой специальности) и М.А. Беребин. Оба относили и относят себя к последователям петербургской школы медицинской психологии и считают себя учениками проф. Л.И. Вассермана, на долгие годы определившего их профессиональный путь.

Активная деятельность кафедры в этой области привела к развитию практических структур, оказывающих медико-психологическую помощь группам профессионалов, например, сотрудникам МВД и педагогам школ. Проработавший около 10 лет под руководством Беребина М.А. Центр медико-психологической помощи работников образования Челябинской области был одним из первых в стране научно-практических учреждений такого рода. Выполненные в нем исследования по проблемам нарушений психической адаптации и, как бы сегодня сказали – по изучению феномена эмоционального выгорания у педагогов, – были основаны на методологии петербургской школы медицинской психологии, при непосредственной поддержке и научном руководстве проф. Л.И. Вассермана. Как следствие, в Челябинской области в это время проводилось большое число фрагментов научных исследований по программам, реализуемым Психоневрологическим институтом, что находило свое отражение в публикациях института. Определенным толчком к дальнейшему развитию медицинской психологии в регионе послужили защиты кандидатских диссертаций М.А. Беребина и А.В. Штраховой, выполненные в Институте им. Бехтерева в 1996-1997 гг.

Именно это событие простимулировало организацию кафедры клинической психологии в Южно-Уральском государственном университете (ЮУрГУ) в 1999 г., основу кад-

рового потенциала которой и составили все защитившиеся на тот момент в «Бехтеревке» кандидаты наук. Продолжился курс на подготовку научных кадров, разделявших идеи петербургской школы. Так в 2004 г. в ПНИ им. Бехтерева защитила диссертацию сотрудник кафедры, выпускница МГУ, опытный нейропсихолог Л.А. Ермакова. В последствии защиты диссертаций сотрудниками кафедры выполнялись уже в Санкт-Петербургском университете и РГПУ им. Герцена, в которых начали работать многие сотрудники лаборатории клинической психологии СПб НИПНИ, выступившие в качестве оппонентов и рецензентов по этим диссертациям. Всего в настоящее время на кафедре работают 7 доцентов, чья научная квалификация в области медицинской психологии удостоверена Диссертационными советами Санкт-петербургских вузов, и, в том числе, Бехтеревского института. Это позволяет считать кафедру клинической психологии ЮУрГУ своеобразным «филиалом» петербургской (ленинградской) школы медицинской психологии, а Людвиг Иосифович Вассермана – ее научным вдохновителем. Следует также отметить, что «петербургские» корни кафедры проявляются и аттестуются также в результатах ее образовательной деятельности. Первым председателем Государственной аттестационной комиссии был именно Л.И. Вассерман, а немного позднее – проф. О.Ю. Щелкова, много лет проработавшая в лаборатории клинической психологии ПНИ, ныне – зав. кафедрой медицинской психологии и психофизиологии СПбГУ. Всего имеют право считать себя последователями петербургской школы более 300 выпускников кафедры.

На кафедре проводится и научно-исследовательская деятельность, основанная на многолетнем сотрудничестве с лабораторией клинической психологии и психодиагностики (заведующий – В.В. Бочаров). Эта работа проводилась в совместных исследованиях при разработке психодиагностических методик, поэтому в опубликованных СПбНИПНИ пособиях указаны фамилии челябинских ученых. В других публикациях кафедры результаты работы по направлениям, начало которым было положено исследованиями сотрудников лаборатории. Среди них следует назвать развитие вопросов методологии медицинской психодиагностики (О.Ю. Щелкова), компьютерной психодиагностики на основе экспертных технологий (Б.В. Иовлев, К.Р. Червинская), основанных на теории отношений В.Н. Мясищева психодиагностических методик (Э.Б. Карпова), диагностики расстройств депрессивного спектра (И.Г. Беспалько), изучения гуман-функций (ISTA, В.В. Бочаров) и др.

Сегодня эта кафедра справедливо считается одной из самых известных и профессиональных в университетской среде страны и признаваемой специалистами региона. Все последние годы она являлась опорным подразделением для профессионального сообщества врачей-психотерапевтов и медицинских психологов области, а ее руководитель М.А. Беребин около 10 лет главным специалистом по психотерапии и медицинской психологии Минздрава Челябинской области. В этот период существенную организационно-методическую поддержку оказывал проф. Б.Д. Карвасарский. Его содействие позволило региональной службе психотерапии и медицинской психологии выдвинуться в число одной из самых эффективных в стране, а разработанные для нее нормативные основы были поддержаны Борисом Дмитриевичем и нашли свое отражение в издававшихся под его руководством ведомственных документах по организации специализированной психотерапевтической и медико-психологической помощи. Такое взаимодействие позволило впоследствии психотерапевтам и медицинским психологам области успешно решать многие задачи, примером которых являлась деятельность в период падения известного «челябинского метеорита».

Представляется, что 110-летний юбилей Бехтеревского института дает основания упомянуть не только о его глобальном вкладе в психиатрическую науку и практику, но не очень известной широкой общественности роли в становлении региональных служб медицинской психологии, на пример, в Челябинской области.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Благовидова О.Б., Демчева Н.К., Ракицкий Г.Ф., Сунцов Ю.В.

*ФМИЦ ПН, Москва
Краевая КПБ, г. Хабаровск, Россия*

Показатели заболеваемости, ежегодно получаемые в системе учреждений МЗ РФ, характеризуют не столько частоту возникновения и распространенность патологии, сколько охват медицинским обслуживанием части реального контингента больных. Анализ, проведенный ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России, показал, что сокращение числа больных, обращающихся за психоневрологической помощью в учреждения психиатрической службы страны, и обусловленное этим снижение показателей общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами, является следствием того, что за 2005–2013 гг. сузилась сеть психиатрических учреждений и уменьшилось число врачей-психиатров и психотерапевтов. Наблюдается широкий разброс в уровнях общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами по регионам страны, достигающий порой десятков и сотен раз. Для разработки эффективных национальных программ охраны психического здоровья необходимы более сопоставимые данные и тщательно спланированные эпидемиологические исследования.

Вместе с тем, проведение сплошного скрининга психических расстройств может сопровождаться ложноположительными результатами, несёт в себе потенциальную угрозу стигматизации, сопряжено с организационными сложностями и серьёзными экономическими затратами. С 2014 года нами проводится исследование, цель которого – оптимизация методов раннего выявления психической патологии. Поскольку показатели социального функционирования и качества жизни рассматриваются в качестве одного из критериев, разграничивающих психическую норму и патологию, был выбран способ диагностики психического состояния человека, разработанный в ГНЦ В.П. Сербского (Чуркин А.А., Демчева Н.К., патент на изобретение 2007 г.). «Шкала оценки качества жизни и социального функционирования» (Шкала КЖ и СФ) не содержит прямых вопросов о психическом состоянии, но математико-статистический анализ данных, полученных с помощью этого опросника, позволяет подсчитать риск наличия психической патологии с высокой степенью достоверности.

На первом этапе исследования врачи амбулаторного звена в сельских районах Хабаровского края проводили разъяснительную беседу со своими пациентами старше 18 лет о проведении научной программы по изучению качества жизни сельского населения. При получении информированного письменного согласия принять участие в данной программе, пациентам предлагалось заполнить анкету, содержащую шкалу КЖ и СФ и вопросы, касающиеся социально-демографических данных. Указанным образом было обследовано 718 человек. По результатам анкетирования выделено 3 группы: с отсутствием или минимальным риском формирования психических расстройств – 261 (36,35 %); с субсиндромальным уровнем психической патологии (средняя или высокая степень риска формирования психических расстройств) – 212 (29,53 %); с клинически выраженным уровнем психических нарушений – 245 (34,12 %) человек, из них впервые выявленные психические расстройства на синдромальном уровне имелись у 166 (23,11 % от общего числа анкетированных). На последующем этапе исследования было установлено, что уровень и структура первичной заболеваемости имеет статистически значимые отличия от показателей, полученных официальной психиатрической службой. Выделение групп риска формирования психической патологии позволяет осуществлять дифференцированный подход к реализации диагностических и лечебно-профилактических программ.

МЕСТО ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ ПРИЧИН НЕГОДНОСТИ К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ ПРИЗЫВНИКОВ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2014-2016 ГГ.

Бойко С.Л., Спасюк Т.И., Флюрик С.В.

Гродненский ГМУ, г. Гродно, Республика Беларусь

В Республике Беларусь по состоянию здоровья от службы в армии освобождаются почти 30 % призывников. Отмечается неуклонное ухудшение психического здоровья призывников, особую тревогу военных медиков вызывает катастрофический рост невротических состояний и психических и поведенческих расстройств, связанных с различными формами употребления психоактивных веществ. Это ставит под сомнение регулярное пополнение подразделений спецназа и других элитных частей. В связи с вышеуказанным возрастает роль своевременной оценки психического статуса у лиц призывного возраста, диагностики у них отклонений и обоснованного вынесения в отношении них клинично-экспертного диагноза с позиции военно-врачебной экспертизы.

Целью работы явился анализ состояния причин негодности к военной службе и временной негодности к военной службе при медицинском освидетельствовании призывников Гродненской области за 2014–2016 гг.

Научная идея исследования – представляет научный интерес актуальное состояние и временная динамика частоты психических и поведенческих расстройств среди лиц призывного возраста, проживающих в Гродненской области Республики Беларусь.

Работа выполнена как этап межкафедральной научно-исследовательской работы «Комплексная оценка состояния психического здоровья лиц призывного возраста» (кафедра психологии и педагогики ГрГМУ, кафедра военной и экстремальной медицины) на 2016–2019 гг. Основание для выполнения НИР – решение научно-технического совета.

Способ реализации и методы исследования: эпидемиолого-статистический анализ заболеваемости лиц, подлежащих призыву на военную службу в Гродненской области за 2014–2016 гг.

Порядок применения требований к состоянию здоровья граждан при приписке к призывным участкам, призыве на срочную военную службу определяет Постановление Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь 20.12.2010 № 51/170 Инструкция «Об определении требований к состоянию здоровья граждан при приписке к призывным участкам, призыве на срочную военную службу, службу в резерве, военную службу офицеров запаса, военные и специальные сборы, поступлении на военную службу по контракту, в учреждение образования «Минское суворовское военное училище» и военные учебные заведения, военнослужащих, граждан, состоящих в запасе Вооруженных Сил Республики Беларусь», с изменениями и дополнениями от 7 декабря 2015 г. № 31/114.

В ходе работы проведены подборка и детальный анализ российского и зарубежного опыта по изучению состояния здоровья лиц призывного возраста, получена и обработана информация о состоянии здоровья лиц призывного возраста, причин негодности к срочной службе в рядах Вооруженных Сил Республики Беларусь.

При оценке контрольного медицинского освидетельствования на областном сборном пункте за 2014–2016 гг. установлено ежегодное увеличение призывников, годных к военной службе: от 50,9 % в 2014 году до 52,6 % в 2016 году. При этом четко снижается процент обследованных, признанных временно негодными к службе в Вооруженных Силах: от 23,9 % в 2014 году до 16,5 % в 2016 году, с разницей в 8 %! Однако неуклонно растет число лиц, которые признаются негодными к военной службе, это категории

«не годны к военной службе в мирное время» и «не годны к военной службе с исключением с воинского учета»: в 2014 году каждый четвертый призывник признавался негодным к военной службе – 25,1 %, в 2016 году этот показатель достиг 30,9 %.

Анализируя причины и распределение призывников, признанных негодными к военной службе и временно негодными к военной службе (получивших отсрочки по состоянию здоровья) установлено, что в течение изучаемого периода лидирующее место занимают терапевтические заболевания со склонностью к снижению в процентном соотношении: от 37 % в 2014 году до 29,8 % в 2016 году. Хирургическая патология стабильно занимает второе место, без заметной динамики в течение трех лет. Однако уже на третьем месте – психические и поведенческие расстройства, в диагностике которых наблюдается планомерное увеличение случаев: от 13,6 % в 2014 году до 18,1 % в 2016 году.

Выводы: полученные на данном этапе результаты НИР обращают внимание на важность и актуальность выбранной научной проблемы, определяют более детальное изучение диагностических направлений среди причин для признания призывника негодным к военной службе и временно негодным к военной службе (получившего отсрочку по состоянию психического здоровья).

ЧАСТОТА САМОУБИЙСТВ, КАК ОБЪЕКТ ИЗУЧЕНИЯ СУИЦИДОГЕНЕЗА: НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ

Букин С.И., Сурмач М.Ю.

*Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология»,
Гродненский ГМУ, г. Гродно, Республика Беларусь*

Многообразие проявлений личности в пресуицидальном периоде и неопределенное множество внешних факторов, окружающих человека до совершения самоубийства, создают условия, в которых поиск связей между отдельными из них определяется как поризм, ведущий к еще большему усложнению объекта исследования за счет появления новых, более сложных факторов (совокупностей факторов) риска самоубийства. В этих условиях поиск объективно эффективных способов профилактики суицидов в популяции затруднен.

Традиционно, частота самоубийств (ЧСУ) используется в качестве оценочного параметра распространенности суицидов в популяции. Она транслирована в представление о глобальном статистическом показателе, определяемом совокупностью частот территориальных субъектов. Принимается, как данность, что годовые интервалы ЧСУ достаточны для понимания динамических дефиниций, тенденций и прогнозов. В то же время это положение не позволяет в полной мере реализовать подход к изучению самоубийства, как феноменологического конструкта, наделенного свойствами, выявление которых в каждом клиническом случае позволит с высокой эффективностью редуцировать суицидальные интенции. Оно также усложняет реализацию поиска этиологически значимых причин самоубийства, достоверных факторов его риска. Мы попытались доказать гипотезу о том, что подход к оценке ЧСУ нуждается в изменении через переход от изучения годовых интервальных значений распространённости суицидов в популяции – к ежемесячным.

Целью данной работы являлось определение основных динамических свойств и закономерностей ЧСУ при ее изучении по ежемесячным интервалам.

Материалы и методы. С целью анализа ЧСУ нами проанализированы его значения в период 2004–2013 годов, данные о миграции населения Гродненской области; 346

случаев госпитализаций пациентов, совершивших попытку самоубийства. Для обработки данных использовался статистический пакет прикладных программ “SPSS Statistics 17.0”, “Microsoft Office Excel” (Analysis Tool Pak).

Получены следующие результаты. Установлено отсутствие зависимости показателей ЧСУ от численности и миграции населения. Определено наличие значительных отличий показателей ЧСУ между ее значениями республиканского, областного и районных уровней.

Динамические показатели ЧСУ характеризуют суицидальную активность населения как хаотическую динамическую систему, в которой определяется наличие месяцев, ежегодно группирующихся по выраженности показателей ЧСУ: наиболее высоких – май-август и наиболее низких – сентябрь-апрель. Это свидетельствует об подчиненности ЧСУ неопределенным в настоящее время правилам, определяющим в структуре года неблагоприятным период с мая по август, а в нем наиболее напряженными с точки зрения риска суицида – июнь и июль каждого года.

Выраженная десистематизация сведений о самоубийстве в понимании его как свойства популяции позволила методами математического моделирования установить связь между ЧСУ населения по месту проживания пациента и его склонностью к совершению самоубийства через определение вероятности совершения им самоубийства: так, в исследуемом периоде установлено, что самоубийства в стационарных учреждениях здравоохранения совершены пациентами (жителями сельской местности либо городскими), проживающими в районах, для жителей которых констатировалась наиболее высокая вероятность совершения СУ в предыдущем месяце.

Таким образом, результаты наших исследований с одной стороны подтвердили гипотезу о возможности более точного изучения ЧСУ в разрезе ежемесячных динамических интервалов, с другой – дополнили знания о ЧСУ в популяции, как о предмете изучения суицидогенеза. Исследование ЧСУ в формальных моделях математического моделирования выявляет ее независимость от численности населения и миграционных процессов и позволяет выделить новый критерий объективной оценки самоубийства, как свойства популяции, – вероятности совершения суицида, или математического ожидания происшествия с пациентом случайного события – самоубийства.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И ИНДИКАТОРОВ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ОБЩЕСТВА В РЕГИОНАХ РОССИИ

Буркин М.М., Молчанова Е.В.

ПетрГУ, ИЭ КарНЦ РАН, г. Петрозаводск, Россия

Введение. Демографические процессы в России и регионах страны имеют серьезные социально-экономические и политические последствия. Несмотря на наметившиеся положительные тенденции, медико-демографическую ситуацию нельзя назвать благополучной. Россия по-прежнему отстает от развитых стран мира по уровню средней продолжительности жизни, но опережает по заболеваемости и смертности, в том числе от предотвратимых причин.

Целью данного исследования является оценка влияния состояния психического здоровья общества на демографические процессы в регионах Российской Федерации с помощью математических методов.

Материалы и методы. В качестве информационной базы использовались данные Росстата «Регионы России» и «Здравоохранение в России». Показатели по 80 субъектам Российской Федерации (без учета автономных округов) за десятилетний период (2005–2014 гг.) были сформированы в виде базы данных, состоящей из следующих блоков: медико-демографическая ситуация, уровень экономического развития территории и благополучие населения, развитие социальной инфраструктуры, экологические и климатические условия, научные исследования и инновации. Всего порядка 70 показателей, характеризующих различные аспекты регионального развития. При проведении расчетов было реализовано несколько вариантов регрессионных моделей по панельным данным.

Результаты и их обсуждение. Применение методов математического моделирования для регионов России позволило установить, что основные демографические индикаторы (продолжительность жизни, рождаемость, смертность от внешних причин) в значительной мере связаны с социально-экономическими факторами (уровнем благосостояния, денежными доходами населения). Важную роль играет ситуация социального напряжения (социального стресса), обусловленная переходом к рыночной экономике. В работе дана интегральная оценка влияния на демографические показатели среднедушевых денежных доходов, уровня заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами, преступности, объема продаж алкогольных напитков на душу населения, семейно-брачных отношений.

Регрессионная модель с фиксированными эффектами также позволила получить значимый вариант моделирования, который можно использовать для оценки уровня смертности от самоубийств в регионах России. Было обнаружено, что эпидемически высокий уровень суицидов демонстрирует четкую зависимость от факторов социального стресса и неблагоприятных экономических условий.

Заключение. Результаты моделирования позволили определить некоторые приоритетные направления в области развития психиатрической и психотерапевтической помощи в регионах России. Работа выполнена при поддержке РФФИ № 15-06-03978а.

СТАТИСТИЧЕСКИЙ ВЫБОРОЧНЫЙ АНАЛИЗ ПРИЧИН РЕГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПО ДАННЫМ РКПБ № 1 МЗ РБ

Валинуров Р.Г., Ахмерова И.Ю., Тулбаева Н.Р.

РКПБ № 1 МЗ Республики Башкортостан, г. Уфа, Россия

Представляется важным осуществление углубленного клинико-статистического анализа контингента больных с повторной госпитализацией в пределах 30 дней после выписки (регоспитализацией), т.к. именно по этой группе больных с установленным диагнозом, ясной программой терапии и социально-реабилитационных мероприятий можно наиболее квалифицированно судить об успешности их ведения, как в стационаре, так и во внебольничных условиях.

Прицельно были изучены истории болезней 55 пациентов, регоспитализированных в мужское подострое отделение №11 в 2015 и 2016 годах.

В обследуемой группе преобладают пациенты, страдающие психическими расстройствами, осложненными алкогольной зависимостью.

Сведения о контингентах, поступивших по регоспитализации, выявили две наиболее частые причины регоспитализации в подострое мужское отделение – отказ

от поддерживающего лечения 15 пациентов, в т. ч. 9 – группы активного диспансерного наблюдения (АДН) и алкоголизация с психопатоподобным поведением – 23, в т. ч. 21 – АДН.

Цель данного исследования – акцент на факторе алкогольной зависимости у больных с психическими расстройствами, как наиболее провоцирующем частые госпитализации.

Отечественными психиатрами было установлено, что частота сочетания шизофрении и алкоголизма достаточно велика, по данным некоторых авторов примерно 13 % больных шизофренией страдают также алкоголизмом или находятся в состоянии хронической алкогольной интоксикации («миксты»). Истинная распространенность сочетания этих двух заболеваний должна быть выше, так как часть больных вообще не попадают в поле зрения психиатров, а в тех случаях, когда больные в связи со злоупотреблением алкоголем наблюдаются у наркологов, диагноз эндогенного заболевания (шизофрения или циклотимия) по разным причинам не выносится.

Известно, что хроническая алкогольная интоксикация способствует обострению шизофрении, провоцирует развитие фаз и их длительность при циклотимии, приводит к социальной дезадаптации. В свою очередь аффективные расстройства, многообразные изменения личности при шизофрении могут способствовать злоупотреблению алкоголем, формированию алкогольной зависимости. Злоупотребление алкоголем при наличии эндогенного заболевания трудно квалифицировать как алкоголизм, т.к. несмотря на многолетнее пьянство, полного набора признаков зависимости нет, не прослеживается синдром похмелья, патологическое влечение непостоянно, особенно при формировании апатического дефекта. В условиях общепринятой практики стационарную и амбулаторную помощь больные – «миксты» получают в психиатрических учреждениях. Как правило, больные с сочетанной патологией выделены в группу активного диспансерного наблюдения.

Из полученных данных, выявлено, что алкоголизация, сопровождаемая психопатоподобным поведением, явилась причиной регоспитализации 21 пациента группы АДН (50 % от общего числа регоспитализаций пациентов АДН). Именно алкоголизация пациентов мужского пола, страдающих психическими расстройствами, является наиболее частой причиной повторных госпитализаций 23 из 55 случаев (42 % от общего числа). Психическое состояние пациентов, поступивших в отделение после длительной алкоголизации, характеризуется симптомами алкогольной интоксикации, нередко у них развивается острый алкогольный психоз. Обострение эндогенного процесса, спровоцированного алкоголизацией, наблюдалось у 2 пациентов и проявлялось неразвернутым бредовым синдромом.

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 декабря 2015 г. № 1034н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ» ограничил полномочия врачей-психиатров-наркологов по оказанию специализированной помощи лицам с сопутствующим эндогенным заболеванием с «места лечения сопутствующего заболевания или же после прохождения курса лечения сопутствующего заболевания» (приказ МЗ РФ от 06.05.2010 № 225н) до «оказания консультативной помощи врачам других специальностей по вопросам диагностики наркологических расстройств, лечения и медицинской реабилитации пациентов с наркологическими расстройствами», в связи с чем, качество наблюдения и лечения больных группы «микст» зависит лишь от квалификации, инициативы и добросовестности врачей-психиатров.

Ограничение перспективы совместного лечения и наблюдения больных «микстов» психиатрами и психиатрами-наркологами может отразиться достигнутом уровне социальных мероприятий, частоте госпитализаций и профилактической деятельности амбулаторного звена.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН ПО ДАННЫМ СТАТИСТИЧЕСКИХ ОТЧЕТОВ 2014-2016 ГГ.

Валинуров Р.Г., Ахмерова И.Ю., Тулбаева Н.Р.

РКПБ № 1 МЗ Республики Башкортостан, г. Уфа, Россия

В Республике Башкортостан на 01.01.2017 г. под наблюдением врачей-психиатров находится 136 463 пациента, из них 47 073 пациентов (34,5 %) состоит на диспансерном учете, 89 390 пациентов (65,5 %) получают амбулаторную психиатрическую помощь.

В 2016 г. первичная заболеваемость психическими расстройствами составила 210,3 на 100 тыс. человек, за последние 3 года снижение показателя составило 12,3 %, что соответствует общероссийским тенденциям снижения первичной заболеваемости. В 2016 г. впервые в жизни взято под наблюдение врача-психиатра в диспансерную группу 2359 человек (или 27,5 %), в группу получающих амбулаторную психиатрическую помощь – 6203 человек (или 72,4 % соответственно), за последние 3 года отмечается увеличение доли диспансерной группы на 1,8 %.

За последние 3 года наблюдается уменьшение общего числа лиц трудоспособного возраста с впервые в жизни установленным психическим расстройством на 19,4 %, из них мужчин трудоспособного возраста – на 25,6 %, число женщин трудоспособного возраста увеличилось на 25,6 %.

В РБ в 2016 г. зарегистрировано 86 574 психических больных лиц трудоспособного возраста, из них по полу большинство мужчин – 54 791 человек (или 63,8 %), соответственно женщин – 31 783 человека (или 36,7 %).

В 2016 г. заболеваемость психическими расстройствами среди лиц трудоспособного возраста составила 128,9 на 100 тыс. человек соответствующего возраста. За последний год наблюдается снижение заболеваемости психическими расстройствами среди лиц трудоспособного возраста на 10,6 %, из них мужчин трудоспособного возраста – на 28,8 %.

Структура контингентов лиц с психическими расстройствами остается стабильной, большую долю составляют больные психическими расстройствами не психотического характера (62,2 %), на 2 месте – больные с психозами (21,4 %), в том числе больных с шизофренией – 8,5 % и на 3 месте – больные с умственной отсталостью (16,3 %). Накопление больных отмечается как в городском населении, так и в сельском.

По статистическим данным в РБ в 2016 г. зарегистрировано 19 591 женщин фертильного возраста, находящихся под диспансерным наблюдением психиатра. Из 217 беременностей женщин, наблюдаемых психиатром, 75 закончились родами.

В РБ в 2016 г. число инвалидов с психическими расстройствами составило 32483 человека. В общем числе инвалидов 11,4 % составляют больные с I группой, большинство (или 64,9 %) – со II группой, 8,3 % – с III группой инвалидности и 15,2 % – дети-инвалиды (0-17 лет). Первичный выход на инвалидность стабильный на протяжении последних 3-х лет и составляет 2,3 на 10 тыс. человек.

Детское население на 01.01.2017 г. составляет 894 015 человек, из них дети (0-14 лет) – 768 491, подростки (15-17 лет) – 125 524. Всего психиатрами РБ наблюдается 20 867 детей (0-18 лет), страдающих психическими расстройствами (или 2,3 %), из них в диспансерной группе – 6625 (или 31,7 %), в группе амбулаторной психиатрической помощи – 14 242 (или 68,2 % соответственно).

В 2016 г. впервые под наблюдение психиатра взято 2767 детей, первичная заболеваемость детей психическими расстройствами составила 309,5 на 100 тыс. человек детского возраста, увеличившись на 27,7 % за последний год. Всего детей-инвалидов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в РБ – 4954 человек, что составляет 15,2 % от числа всех инвалидов с психическими расстройствами.

В 2016 г. впервые признаны инвалидами 402 детей (0-18 лет), из них с шизофренией – 4 (0,9 %), с неорганическими психозами – 63 (15,7 %), с психическими расстройствами вследствие эпилепсии – 11 (2,7 %), с детским аутизмом – 57 (14,2 %), с умственной отсталостью – 187 (46,5 %) и с другими психическими расстройствами – 1 (0,2 %).

Структура психиатрической службы РБ на 01.01.2016 г. представлена ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница №1 (ГБУЗ РКПБ №1 г. Уфа) на 1350 коек, ГБУЗ Республиканская психиатрическая больница №2 (ГБУЗ РПБ №2 г. Стерлитамак) на 400 коек, 21 психиатрическими отделениями при ЦРБ и городских больницах, 156 психиатрическими кабинетами в 63 учреждениях здравоохранения в муниципальных районах и городских округах РБ, 21 психотерапевтическими кабинетами в 16 учреждениях здравоохранения в муниципальных районах и городских округах РБ, ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр на 150 коек.

Всего в РБ развернуто 3725 коек, из них по профилю «психиатрия» 3320, по профилю «психотерапия» – 405. Детских коек в РБ развернуто – 95, из них по профилю «психиатрия» – 65, по профилю «психотерапия» – 30. В 2016 г. обеспеченность койками психиатрического профиля составила 8,2 на 10 тыс. человек (2015 г. – 8,1, 2014 г. – 8,0), за последние 3 года рост на 2,5 %.оборот койки увеличился с 4,6 до 4,9. Число дней работы койки в году – 341,6 (2015 г. – 333,8, 2014 г. – 323,4), за последние 3 года увеличение показателя на 5,6 %. Средняя длительность пребывания больного на койке составила 70,6 дней (2014 г. – 76,0), за последние 3 года длительность лечения законченного случая сократилась на 7,1 %. Летальность составила 0,30 % (или 49 случаев) (2015 г. – 0,32 % или 39 случаев, 2014 г. – 0,42 % или 46 случаев), за последние 3 года снижение показателя летальности в 1,8 раза.

Одним из главных направлений реформирования здравоохранения, экономии бюджетных средств, повышения эффективности работы при дефиците психиатрических коек является развитие стационарозамещающих технологий. На сегодняшний день данный вид оказываемой помощи в РБ представлен в полном объеме, согласно Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в РБ на 2016 г., и составляет 782 (2015 г. – 670, 2014 г. – 570), за последние 3 года отмечается увеличение числа мест дневного стационара в 1,4 раза.

Круглосуточная стационарная психиатрическая помощь детям и подросткам оказывается на 65 койках, в т. ч. 10 койках совместного пребывания Республиканской клинической психиатрической больницы № 1 МЗ РБ. В 2016 г. в детском отделении больницы пролечено 577 ребенка (2015 г. – 552, 2014 г. – 542), за последние 3 года рост на 6,4 %. Разработана программа «Развитие лечебно-реабилитационной помощи детям с расстройствами аутистического спектра в РБ» на 2016-2018 гг.

За отчетный период общее количество проведенных судебно-психиатрических экспертиз в РБ составило 6574, т.е. на 75,1 % больше, чем в 2014 году.

В РБ в 2016 г. обеспеченность врачами-психиатрами составила 0,8 на 10 тыс. человек (2015 г. – 1,1, 2014 г. – 1,1). Все врачи-психиатры имеют сертификат специалиста. Укомплектованность врачами-психиатрами в РБ на 01.01.2017 г. в стационарах – 50,0 %, амбулаторной сети – 65,6 % от всех штатных единиц.

Обзор состояния психиатрической службы РБ за последние годы отражает значительные позитивные изменения: число пациенто-мест дневного стационара стабильное на протяжении 3 лет и соответствует потребности в местах по программе гос. гарантии; повышается качество оказываемой специализированной психиатрической помощи детям с аутистическими расстройствами; снижается средний койко-день пролеченного пациента; отмечается снижение удельного веса наркологических больных, что свидетельствует о работе психиатрической койки по профилю; на протяжении 10 лет отмечается снижение внутрибольничной летальности; соотношение показателей заболеваемости и контингента больных диспансерного наблюдения и получающих амбулаторную психиатрическую помощь свидетельствует о позитивных сдвигах в работе внебольничной службы; увеличилось число судебно-психиатрических экспертиз; отмечается рост АПНЛ и пациентов группы АДН; снижается число повторных госпитализаций и регоспитализаций; увеличивается показатель числа пациентов, охваченных бригадными формами оказания психиатрической помощи.

ОРГАНИЗАЦИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

Валинуров Р.Г., Ахмерова И.Ю., Тулбаева Н.Р.

РКПБ № 1 МЗ Республики Башкортостан, г. Уфа, Россия

Здоровье населения, в том числе психическое, является одним из основных показателей благосостояния общества и государства. Напряженная, неустойчивая социальная, экономическая, экологическая обстановка, высокая распространенность алкоголизма и наркоманий, трудности социальной поддержки и слабое финансирование психиатрических служб привели к росту психических заболеваний среди детей, отмечаемому за последнее десятилетие.

Успехи реаниматологии и интенсивной терапии способствовали позитивным сдвигам показателей перинатальной смертности, вместе с тем констатируется повышение частоты нервно-психических нарушений у детей разных возрастных групп. К пубертатному возрасту среди них регистрируется значительное число инвалидов.

На 1 января 2017 года в Республике Башкортостан развернуто 3320 коек психиатрического профиля, что составляет 8,2 на 10 тыс. населения, в РФ – 138 950 (9,5 на 10 тыс. населения).

Детские психиатрические койки развернуты в Республиканской клинической психиатрической больнице № 1 МЗ РБ (г. Уфа) – 65 круглосуточных коек психиатрического профиля, (в т. ч. 10 совместного пребывания с родителями), в психиатрической больнице г. Стерлитамака – 25 коек дневного стационара и 30 круглосуточных коек психотерапевтического профиля в Республиканском психотерапевтическом центре.

Психиатрическую помощь детскому населению республики оказывают 31 детских врача-психиатра, что составляет 0,4 на 10 тыс. детского населения и соответствует обеспеченности кадрами по ПФО (0,43). В амбулаторной службе республики задействованы 28 детских психиатров в (РКПБ № 1 МЗ РБ – 13 врачей, РПБ № 2 МЗ РБ – 4 врача, РКПЦ –

4 врача). Стационарную помощь оказывают 5 детских врачей-психиатров в условиях детского стационарного отделения РКПБ № 1 МЗ РБ. За последние три года на кафедре психиатрии, наркологии с курсами ИДПО Башгосмедуниверситета прошли обучение по вопросам детской психиатрии 50 врачей-психиатров.

По состоянию на 1 января 2017 года на учете у психиатра состоит 20 867 детей, из них: в диспансерной группе – 6625, получают амбулаторную психиатрическую помощь – 14 242.

За 2016 год взято под наблюдение врача-психиатра 2767 детей, из них 699 пациентов в диспансерную группу (25,3 %), 2068 получали амбулаторную психиатрическую помощь (74,7 %). Детей-инвалидов с психическими расстройствами в Республике Башкортостан – 4954.

Для обеспечения комплексного подхода к ранней диагностике, лечению и реабилитации детей с расстройствами аутистического спектра в Республике Башкортостан, создания единой базы данных, приказом Минздрава РБ от 19.06.2015 года №1919-Д был утвержден «Лист маршрутизации детей и подростков до 17 лет включительно с психическими расстройствами аутистического спектра».

В соответствии с приказом работа построена следующим образом. При подозрении на психическое расстройство аутистического спектра мед. работниками ФАПов, сельских амбулаторий, врачами-педиатрами поликлиник, ребенок направляется к врачу-психиатру по месту жительства, который после проведения первичной диагностики, для исключения или подтверждения диагноза аутизм в обязательном порядке направляет ребенка на консультацию в диспансерное отделение Республиканской клинической психиатрической больницы №1. По результатам консультации определяется необходимость госпитализации в детское отделение больницы, тактика наблюдения и лечения, формируется индивидуальная реабилитационная программа. Таким образом, за 2015 год специалистами диспансерного отделения было проконсультировано 97 детей с подозрением на аутизм, из них первично – 38, повторно – 59 детей, направлено на госпитализацию 45 человек. За 2016 года проконсультирован 127 ребенок, госпитализировано – 69.

В целях улучшения качества и доступности медицинской помощи детям с расстройствами аутистического спектра разрабатывается ведомственная целевая программа «Развитие лечебно-реабилитационной помощи детям с расстройствами аутистического спектра в Республике Башкортостан».

Данная программа ставит задачи раннего выявления аутистических расстройств, индивидуального подхода к лечебно-реабилитационному процессу в зависимости от типа аутистического расстройства. В рамках программы проводится обучение специалистов со средним медицинским образованием, врачей общей практики, неврологов, педагогов основным клиническим и диагностическим критериям, способствующим раннему выявлению детей с аутизмом, совместно с Академией наук Республики Башкортостан генетические исследования для определения «группы риска», организованы «школы» для родителей детей с РАС, планируется введение цикла «Аутизм» в образовательную программу для клинических психологов на факультете психологии Башкирского государственного университета

СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ: АНАЛИЗ ДИНАМИКИ И РАЗРАБОТКА МЕР ПРОФИЛАКТИКИ

Галако Т.И.

Кыргызская ГМА, г. Бишкек, Республика Кыргызия

Суициды на сегодняшний день являются одной из глобальных и наиболее острых проблем человечества; индикатором психического здоровья и социального благополучия населения.

Всемирная организация здравоохранения в 2014 г. опубликовала обширный доклад под названием «Предотвращение самоубийств: глобальный императив». Согласно данным, приведенным в этом документе, в 2012 году самоубийства составили 1,4 % всех летальных исходов в мире, заняв 15-е место среди причин смерти. Это вторая по частоте причина кончины молодых людей в возрасте от 15 до 29 лет.

В 2007–2008 гг. при поддержке регионального бюро ВОЗ проводилось исследование суицидологической ситуации в Кыргызстане. На основе полученных при исследовании данных начали проводиться организационные мероприятия по превенции суицидов.

В последующем отслеживалась динамика суицидологической ситуации в Республике.

Достаточно серьезные социальные катаклизмы, имевшие место по всей территории Кыргызстана и, в особенности в южных областях в 2010 г., несомненно, повлияли на естественную динамику суицидологической ситуации.

Основные показатели динамики суицидов.

– Наиболее высокий уровень распространённости завершённых суицидов за последние 10 лет отмечался в 2012 г. – 9,49 на 100 тыс. населения с последующим снижением. В 2015 г. по данным Национального статистического комитета (НСК) этот показатель составил 6,93

– Такая же тенденция отмечается по суицидальным попыткам -показатель распространённости на 100 тыс. населения в 2012 г. составил 27,9; к 2015 г. снизился до 19,5.

– Данные статистические показатели, конечно же, говорят о положительной динамике распространённости суицидов, но вместе с тем, и о снижении выявляемости суицидов.

– Стабильно высокие показатели суицидов сохраняются по Иссык-Кульской области и почти в 1,5 раза возросли показатели попыток по Нарынской области, что вызывает необходимость выявления факторов и причин такого роста.

– Динамика суицидального поведения по гендерному признаку показывает постепенное снижение завершённых суицидов и рост суицидальных попыток среди мужчин. Мужчины, совершившие суицид в 2015 г., составили 78,41 %, а суицидальные попытки – 44,46 %. По сравнению с 2007 г. количество суицидальных попыток среди мужчин возросло в 2 раза.

– По данным Республиканского медико-информационного центра (РМИЦ) возрастной показатель динамики суицидов значительно изменился к 2015 г. Если до этого с 2007 г. количество детско-подростковых суицидов постоянно снижалось, то в 2015 г. этот показатель увеличился почти в 1,5 раза и составил 7,32 % от общего количества суицидов. Количество суицидальных попыток немного снизилось (14,81 % в 2014 г. и 11,62 % в 2015 г.).

– Ведущим способом совершения завершённых суицидов сохраняется самоповешение (более 80 %), а суицидальных попыток – самоотравление, причем, причем более чем в 20 % случаев с использованием психотропных препаратов.

Следует обратить особое внимание на детско-подростковые суициды.

В течение последних 10 лет в Кыргызстане распространённость суицидов среди подростков и молодежи 15-29 лет остается высокой. В КР в 2013 г. суицид стал второй причиной смертности среди молодежи в возрасте 15-29 лет после несчастных случаев, связанных с транспортом, и составил 164 зарегистрированных случаев суицидов по данным Национального статистического комитета.

На 2014 г. превышает уровень «кризисной ситуации» показатель распространённости суицидов среди подростков и молодых людей до 24 лет в Иссык-Кульской области – 21,03 (по критериям ВОЗ, распространённость суицидов выше 20 на 100 000 населения следует рассматривать как «кризисную ситуацию»). Достаточно высокая распространённость самоубийств среди этой возрастной группы отмечается и в Нарынской области – 17,22 на 100 000 населения. По данным министерства внутренних дел (МВД) в 2015 г. зарегистрировано 90 случаев суицидов среди подростков.

Предоставленные данные от разных источников существенно отличаются. Так, по данным НСК на 2013 г. в Баткенской области было зарегистрировано 13 случаев суицида среди молодежи, тогда как по данным МВД – 33 случая суицида в этой же области, где 2 случая – среди подростков моложе 14 лет (точнее 8 и 13 лет).

Таким образом, несмотря на относительную стандартизацию учета суицидов, сохраняется проблемы регистрации и гармонизации регистрационно-учетных форм различными министерствами, ведомствами и службами.

Суицид является очень чувствительной темой в семьях и в целом в культуре народа Кыргызской Республики. Во многих случаях смертность от суицида не фиксируется или же маскируется, поэтому показатели являются не достоверными.

Данная ситуация обусловлена низкой информированностью населения по проблемам суицидов и факторам, предрасполагающим к ним.

На участвовавшие случаи суицидов среди детей и подростков распоряжением Правительства КР от 22 марта 2016 года № 120-р был утверждён межведомственный план мероприятий по профилактике суицидов, правонарушений и преступлений среди детей и молодежи в Кыргызской Республике на 2016-2018 гг.

Однако, отсутствует план действий по предупреждению суицидов для всех групп населения с учетом региональной, культурной и этнической особенностей. Данная фрагментарность государственных мер не решает проблему предупреждения суицидов в целом.

На основе анализа обозначены наиболее значимые проблемы:

– Отсутствие мер на уровне государства в отношении предупреждения суицидов.

– Отсутствие системы межведомственного учета, отражающей реальное положение с суицидами.

– Низкая информированность населения по проблемам суицидов и факторам, предрасполагающим к ним.

Учитывая обозначенные проблемы, в проекте Государственной программы по охране психического здоровья населения Кыргызской Республики на 2017-2030 гг., который представлен в Правительство КР на рассмотрение и утверждение, предусматриваются следующие основные меры по превенции суицидов:

1. Разработка и внедрение межведомственного плана действий по предупреждению суицидов.

2. Повышение потенциала специалистов организаций здравоохранения по вопросам, связанным с профилактикой и оказанием ранней помощи при суицидах (особенно на уровне первичной медико-санитарной помощи).

3. Разработка и внедрение единой методологии регистрации и учета суицидов как на уровне министерства здравоохранения КР, так и на национальном уровне.

4. Проведение информационно-разъяснительных мероприятий среди населения по проблемам суицидов и факторов, предрасполагающим к ним с учетом региональных, возрастных, половых, культурных, этнических, религиозных особенностей.

Считаем, что реализация данных мер на разных уровнях, несомненно, должна привести к дальнейшему снижению уровня суицидов по Республике.

ОСОБЕННОСТИ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ УСЛОВИЙ ТРУДА ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ

Глушкова А.В.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Работа в сфере здравоохранения представляет собой один из самых сложных и ответственных видов трудовой деятельности человека, который характеризуется высоким уровнем нагрузок психологического плана, требует внимательности, выносливости и высокой трудоспособности. Врачи и медсестры являются основными человеческими ресурсами, которые проводят значительную часть своего времени в больницах. Они должны регулярно работать в течение ночи, в чрезвычайных ситуациях, с обширной рабочей нагрузкой и стрессом, который может негативно сказаться на их производительности и качестве трудовой жизни.

Врачи-психиатры относятся к группе медицинских профессий с самым высоким индексом категории тяжести работы, что обусловлено высокой эмоциональной нагрузкой при работе с психически больными.

Ряд исследователей отмечают влияние интенсивного рабочего труда на снижение качества жизни врачей общего профиля, работающих в государственных и муниципальных клиниках. Врачи обычно сталкиваются с целым рядом трудностей, таких как бессонница, стрессы, нагрузки и усталость, которые могут иметь негативные последствия для их самочувствия, общения, способности к обучению и принятию решений, что в целом ведет к снижению качества жизни врачей. Изменение интенсивности рабочей нагрузки во многом повышает оплату труда, и врачи, и медицинский персонал встает перед психологической дилеммой: или усталость и хорошая заработная плата, или комфортная профессиональная нагрузка и неудовлетворительная заработная плата.

В условиях профессиональной медицинской деятельности личность врача подвергается постоянному давлению со стороны психотравмирующих обстоятельств – высокие психоэмоциональные, умственные и физические нагрузки, всевозрастающая ответственность за здоровье и жизнь пациентов, осознание границ врачебных возможностей, недостаток времени. К ним же присоединяются и социальные фрустрирующие факторы – низкая оплата труда, необеспеченность жильем, психологическое давление администрации лечебных учреждений, нарастание социального напряжения в обществе, продолжающиеся реформы в здравоохранении, которые, в свою очередь, приво-

дят к проблемам собственного здоровья врачей и, соответственно, ведут к ухудшению качества оказываемой медицинской помощи населению, оттоку врачебных кадров из отрасли, падающему престижу профессии.

Исследователи отмечают, что психиатры относятся к группе медицинских профессий с самым высоким индексом категории тяжести работы, что обусловлено высокой эмоциональной нагрузкой при работе с психически больными. Врачу-психиатру приходится соприкасаться с агрессивными тенденциями, психомоторным возбуждением, импульсивными действиями, непредсказуемым поведением со стороны больных, бредовыми и галлюцинаторными феноменами, что отражается на психологическом состоянии врача.

У врачей-психиатров или наркологов существует вероятность проявления в их адрес физической агрессии со стороны аффектированных пациентов. Врачи по большому счету не застрахованы от нелояльного отношения к ним со стороны администрации, сутяжных тяжб со стороны кверулянтов или негативного воздействия со стороны средств массовой информации.

Известно, что среди врачей-психиатров отмечается повышенная заболеваемость психическими расстройствами, часто встречаются тревожные нарушения, депрессии, суицидальные попытки, психосоматические расстройства, злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами, что, безусловно, отражается на их профессиональной деятельности.

Также у врачей психиатрических учреждений отмечаются высокие показатели распространенности стресса и депрессии, они чаще болеют и рано выходят на пенсию. У психиатров самый высокий показатель неудовлетворенности профессией и самая высокая частота случаев депрессии. У них более высокий процент дисциплинарных взысканий, наложенных за злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами. В целом для психиатров характерно эмоциональное опустошение, связанное с работой: их труд в психологическом плане более тяжелый, чем у других врачей, а отношение общественности к психическому заболеванию и, возможно, к самим психиатрам усугубляет ощущение изоляции, также присутствует стигматизация

Материальные трудности являются одной из основных причин негативного психологического настроения, сказывающегося на качестве жизни врачей-психиатров. Согласно данным ряда исследователей, материальным положением не удовлетворены 90,0 % врачей-психиатров; проведением отпуска и своего досуга – 60,8 % и 54,6 % соответственно; жилищно-бытовыми условиями – 45,2 %; содержанием работы – 29,7 %; взаимоотношениями с администрацией – 23,2 % и отношениями с коллегами – 9,2 % респондентов. Уровень социального функционирования в определенной степени зависит и от стажа работы по специальности. Так, врачи со стажем работы до 10 лет не были удовлетворены материальным положением, жилищно-бытовыми условиями и проведением отпуска достоверно больше, чем их коллеги со стажем более 10 лет

Таким образом, состояние здоровья, уровень «стрессирования» и ухудшение качества жизни врачей-психиатров в последнее время все больше привлекает внимание специалистов в здравоохранении. Эффективное функционирование любой службы здравоохранения требует, чтобы поддерживалось хорошее состояние здоровья ее сотрудников. Для этого требуются комплексные медико-социальные и санитарно-гигиенические исследования условий труда врачей с выяснением их роли в формировании качества и стиля жизни. Это позволит разработать комплексную программу улучшения условий труда и повышения качества жизни среди медицинских работников учреждений психиатрического профиля.

ШКОЛА В.М. БЕХТЕРЕВА: СТАНОВЛЕНИЕ ФАКУЛЬТЕТА МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В СамГМУ

Ковшова О.С., Курбатова Е.Г.

СамГМУ, г. Самара, Россия

В конце 1980-х годов в нашей стране сформировалось понимание необходимости построения эффективной системы клиничко-психологической помощи населению. До последнего десятилетия XX века подготовка психологов в РФ для учреждений здравоохранения осуществлялась в классических университетах. Однако в условиях роста распространенности пограничных психических и социально-стрессовых расстройств, психосоматических заболеваний, саморазрушающего поведения и аномалий развития и одновременной крайней недостаточности числа квалифицированных кадров (на тот момент лишь 1 тысяча специалистов по медицинской психологии при потребности в 20–40 тысяч), эта необходимость построения эффективной системы клиничко-психологической помощи населению была очевидна.

По решению объединенной коллегии два медицинских ВУЗа России впервые в качестве эксперимента приступили к подготовке нового специалиста — медицинского (клинического) психолога — с обеспечением преемственности этапов додипломной и последипломной подготовки. Одним из них стал Самарский государственный медицинский университет (СамГМУ), где в соответствии с новой моделью профессиональной подготовки, созданной академиком А.Ф. Красновым при активном участии профессоров Ю.И. Малышева и В.Д. Ивановой, был открыт факультет медицинской психологии.

Согласно первоначальной концепции подготовки клинического психолога в медицинском ВУЗе, такой специалист, возможно, должен был совмещать в одном лице врача-клинициста и психолога. В связи с этим блок профессиональных дисциплин включал не только общие вопросы медицинской практики, но и углубленное изучение специальных психологических дисциплин. Разработанная программа интеграции клинических и медико-психологических дисциплин способствовала расширению кругозора будущего специалиста, но в то же время отрицательно сказывалась на его психологической подготовке.

С 1991 года на кафедре общей и медицинской психологии, возглавляемой с момента ее основания профессором Н.И. Мельченко, одновременно в течение первых шести лет являвшейся деканом факультета, были подготовлены все основные программы блока психологических дисциплин. Огромную помощь в этот период становления факультета медицинской психологии оказали выдающиеся специалисты Санкт-Петербургской Школы медицинской психологии — НИИ им. В.М. Бехтерева.

Поскольку до 2000 года не существовало Государственного стандарта новой специальности, все кафедры, участвовавшие в реализации учебного процесса на факультете, самостоятельно разрабатывали учебные программы, адаптируя их к специфике обучения медицинского психолога. Нашими учителями и кураторами стали выдающиеся ученые НИИ им. В. М. Бехтерева, которые помогли в становлении факультета медицинской психологии, принимали активное участие в развитии Самарской научно-педагогической школы медицинской психологии. Среди наших педагогов — кураторов были такие как: Борис Дмитриевич Карвасарский (российский психиатр и психотерапевт, медицинский психолог, ученик В.Н. Мясищева. Доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения неврозов и психотерапии института им. В.М. Бехтерева, заслуженный деятель науки РФ. Главный психотерапевт Министерства здравоохранения РФ, возглавлявший Федеральный научно-методический центр по психотерапии и медицинской психологии Министерства здравоохранения РФ). Вассерман Людвиг Иосифович — доктор

медицинских наук, профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии, руководитель Лаборатории клинической психологии психоневрологического института им В.М. Бехтерева, профессор Виктор Анатольевич Ташлыков, профессор Артур Александрович Александров и профессор Светлана Леонидовна Соловьева

В Диссертационном совете Д 208.085.03 в Самарском государственном медицинском университете при участии профессоров НИИ им. Бехтерева – Профессора Ташлыкова В.А и профессора Александрова А.А., профессора Соловьевой С.Л. с 2003 по 2008 годы были защищены кандидатские и докторские диссертации сотрудниками кафедры и факультета медицинской психологии: Калашниковой В.В. – диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук «Роль психотерапии в комплексном лечении больных ИБС пожилого и старческого возраста»; Ковшовой О.С. – диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук «Артериальная гипертония подростков: психосоматический аспект»; Суховой Е.В. – диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук «Медико-психологическая реабилитация больных хроническими заболеваниями легких»; Захаровой Е.В. – диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук «Психокоррекция в комплексной терапии больных хроническими бронхолегочными заболеваниями»; Муниной Н.Г. – диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук «Значение интегративной психотерапии в оптимизации лечения больных артериальной гипертонией»; Хайрнатовым Р.Р. – диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук «Исследование психологических характеристик мужчин, больных псориазом, в связи с задачами психокоррекционной работы» (защищена на заседании Диссертационного совета Д 208.093.01 при Санкт-Петербургском НИИ им. В.М. Бехтерева); Сухобрус Е.А. – диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук «Психологические реакции и их динамика в процессе лечения у больных с механической травмой длинных трубчатых костей нижних конечностей» (защищена на заседании Диссертационного совета Д 208.093.01 при Санкт-Петербургском НИИ им. В.М. Бехтерева) и другие. К настоящему времени в СамГМУ осуществлен 21-й выпуск студентов факультета медицинской психологии. Клинические психологи работают в поликлиниках и стационарах, в психоневрологических диспансерах и психиатрической больнице, в реабилитационных центрах и центрах социальной помощи населению, в центрах репродуктивного здоровья, в пенитенциарной системе, МСЭК и образовательных учреждениях города Самары и области. Как специалисты они востребованы и в других городах и регионах нашей страны – Москве, Санкт-Петербурге, Мурманске, Краснодаре, Пензе, городах Самарской области и других.

За 25 лет своей работы факультет, благодаря постоянному вниманию и поддержке ректора университета академика РАН, з.д.н. РФ, профессора Г.П. Котельникова, прошёл большой путь. Выпускники высоко ценятся как пациентами и врачами, так и организаторами здравоохранения.

Кафедра медицинской психологии продолжает традиции, заложенные основателями факультета в 1991 году, приумножает достижения, работает и совершенствует педагогический процесс. В 2014 году Программа подготовки по клинической психологии в СамГМУ получила признание лучшей программы подготовки в РФ.

Научный потенциал кафедры медицинской психологии и психотерапии высок: защищены 21 кандидатская и 2 докторские диссертации по специальности 19.00.04 «медицинская психология», общая публикационная активность превышает 800 работ, издано 30 монографий и 25 учебных пособий, благодаря чему возрос профессиональный престиж российских клинических психологов и интерес отечественных и зарубежных специалистов к нашему университету и факультету медицинской психологии.

Сегодня мы, преподаватели факультета, выпускники, студенты, выражаем искреннюю признательность и благодарность всем выдающимся специалистам Санкт-Петербургской Школы медицинской психологии НИИ им. В.М. Бехтерева, поздравляем со 110-летием основания института и с гордостью и уверенностью говорим: есть такое призвание — обеспечивать психологическое здоровье людей.

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Крахмалева О.Е., Чеперин А.И., Александрова Н.В., Четвериков Д.В.

КПБ им. Н.Н. Солодникова, г. Омск, Россия

Психосоциальная реабилитация является одной из главных задач детско-подростковой психиатрии. Ее целью является восстановление утраченного социального статуса, возвращение к прежней учебной и другим видам деятельности или сохранение у них такого уровня активности, который соответствует их возможностям. Это система комплексных мероприятий, предусматривающих смягчение и устранение негативных последствий болезни, процесс, целью и содержанием которого являются объединение комплекса различных по объему, форме и соотношению видов медицинской и социальной помощи на всех её этапах (медицинской, профессиональной и социальной реабилитации).

В детской службе БУЗ ОО КПБ им. Н.Н. Солодникова внедрена и активно используется модель терапии и реабилитации, которая реализует интеграцию биологической, психиатрической и социальной терапии в едином комплексе лечебных мероприятий. Это позволяет выполнять основные задачи, направленные на восстановление утраченных функций детей и подростков, повышение их уровня социальной адаптации и качества жизни, предупреждение негативных социальных последствий (криминализации и аддиктизации).

В психореабилитационном процессе детской психиатрической службы производится комплексное воздействие на пациента по следующим направлениям: индивидуальная работа с пациентом и сложностями его социального функционирования, работа с группами детей и подростков, работа в сообществе с привлечением в реабилитационный процесс других специалистов организаций, родственников, волонтеров и работа по профилактике стигмы. В зависимости от возраста, формы и тяжести заболевания и социальной ситуации ребенок или подросток получает психореабилитационную поддержку в соответствующем его потребностям структурном подразделении службы, специфика которых будет изложена ниже.

Психореабилитационный процесс опирается на серьезную научную базу. Взаимодействие с кафедрой психиатрии Омского государственного медицинского университета и социальной работы омского государственного университета позволяет оптимизировать процесс интеграции маленьких пациентов в общество и внедрять научно обоснованные методы психосоциальной реабилитации.

Особенностью психореабилитационной деятельности является тесное межведомственное взаимодействие руководства и специалистов больницы. В него включены министерства по делам молодежи и спорта, образования, труда и социальной защиты, органы внутренних дел, средства массовой информации.

Анализ отечественного и зарубежного опыта психосоциальной реабилитации детей показал, что наиболее эффективным являются программы, реализуемые при

участи не только врачей психиатров. Необходима интеграция работы психотерапевтов, психологов, логопедов, специалистов по социальной работе и родителей в сочетании ресурсов как стационарного психиатрического звена, так и возможностей внебольничной помощи, с использованием психофармакотерапии, психотерапии, психологической и социальной поддержки.

Многочисленные клинические наблюдения привели нас к необходимости организации интегративного подхода в сопровождении детей с психическими расстройствами. Ведь проблема является меж-дисциплинарной, затрагивая педагогику, психологию и социальную работу, санитарную культуру родителей. Поэтому для ее успешного решения необходимо формировать компетентность родителей и специалистов из этих сфер в области проявлений распространенных психических расстройств, возможностей их лечения, особенностей психолого-педагогического сопровождения больных детей, а также в психиатрическом законодательстве. Эта работа ведется во внебольничных социальных пространствах: в средствах массовой информации, аудиториях родителей и представителей организаций министерств образования, социального развития, внутренних дел.

В результате интеграции специалистов детской психиатрической службы с представителями смежных областей большее их количество стало компетентнее в природе нарушений учебной деятельности детей и обоснованно направлять родителей с детьми на консультации к специалистам – детским психиатрам и психотерапевтам. Полученная информация учитывается педагогами в построении учебного процесса, планировании уроков и дополнительных занятий. Родители, получив доступные знания, стали внимательнее относиться к проблемам обучения детей, режиму их нагрузок и отдыха. Отношение к психиатрической помощи детям стало изменяться в сторону большего доверия и осознания ее необходимости.

Больничная помощь юным пациентам оказывается в зависимости от особенностей протекания заболевания в соответствующем подразделении детско-подростковой психиатрической службы. Поэтому организация психосоциальной реабилитации в каждом из них имеет свою специфику.

Психиатрическое диспансерное отделение для детей и подростков занимается психосоциальной реабилитацией пациентов, состояние которых позволяет курировать их амбулаторно. Работа ведется как в диспансере, так и на дому и в коррекционных образовательных учреждениях. Это подразделение является звеном, соединяющим общество и систему психиатрической помощи детям. Специалисты кабинета медико-социально-психологической помощи в составе диспансера занимаются ранним выявлением психических расстройств, профилактикой суицидального поведения и организацией помощи детям и подросткам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

Детский дневной стационар для детей и подростков осуществляет психосоциальную реабилитацию детям, не нуждающимся в обязательной госпитализации, но требующих ежедневного врачебного наблюдения и более активных, чем это возможно в амбулаторных условиях, терапевтических вмешательств. Лечение и реабилитация проводятся без отрыва от привычной домашней обстановки. Двухсменный режим работы отделения помогает поддерживать обычный ритм учебной деятельности. Реабилитация детей, страдающих заиканием, проводится при обязательном участии родителей.

Психореабилитационная работа детского стационарного отделения состоит в организации адекватной состоянию детей, нуждающихся в стационарном лечении, занятости в течение дня, организации их досуга, восстановлении навыков учебной работы, формировании и укреплении навыков самообслуживания и социализации, профилактике госпитализма.

В стационарном подростковом отделении психосоциальная реабилитация основана на соблюдении таких постулатов, как включение подростка в постоянную активную деятельность: учебную, трудовую и организованные развлечения. Даже при остром психотическом состоянии, если отсутствуют психомоторное возбуждение и нарушение сознания, подбираются занятия, к которым подросток проявляет интерес (книги, рисование, лепка, спортивные игры). Реабилитационные мероприятия направлены на то, чтобы подросток, несмотря на заболевание, получил образование. Максимальные усилия направляются на адаптацию в семье.

Особенностью психореабилитационной работы, проводимой в отделении интенсивного оказания психиатрической помощи для детей и подростков, является то, что занятия с пациентами проводятся в привычной для ребенка микросоциальной среде. Эффективно осуществляется психосоциальная реабилитация детей и подростков из сиротских учреждений.

Анализируя организацию психосоциальной реабилитации детей и подростков, можно констатировать, что ее базовой концепцией является системный подход, при котором больной ребенок или подросток рассматривается как сложная система с разными уровнями функционирования. Высшим из них является социальный, а остальные входят в него в качестве базовой основы. Процесс психосоциальной реабилитации представляет собой сложную биопсихосоциальную систему, в которой возвращение юного пациента в общество выступает в качестве системообразующего фактора.

К ИСТОРИИ ОБЩЕСТВА ИМ. В.М. БЕХТЕРЕВА ПРИ ОДЕССКОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ

Константин К.В.

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

К научной школе В.М. Бехтерева принадлежал проф. Е.А. Шевалев (1878–1946). По его инициативе в Одессе было создано Общество имени Бехтерева, и цель данного сообщения – дать первый обзор деятельности этого Общества.

В конце 1923 г. организовались систематические «Научные собрания» сотрудников кафедры психиатрии, психологической лаборатории Одесского медицинского института (ОМИ) и врачей Одесской психиатрической больницы. Всего до середины 1926 г. состоялись 60 научных собраний (первое – 27.10.1923 г.; последнее – 9.06.1926 г.), причем было заслушано свыше 70 докладов, рефератов и клинических демонстраций. При этом наметились два основных направления: одно по преимуществу психиатрическое, другое педологическое. В связи с этим собрания так организовались, чтобы заседания по этим двум тематикам чередовались. Трехлетняя деятельность «Научных собраний» выявила потребность преобразовать их в Общество, устав которого был утвержден в июле 1926 г. Ввиду того, что исполнялось 40-летие научной и общественной деятельности В.М. Бехтерева, решено было присвоить этому Обществу его имя. Так появилось в Одессе «Общество нормальной и патологической рефлексологии, психологии и педологии имени академика В.М. Бехтерева при Одесском медицинском институте» бессменным председателем которого был проф. Шевелев. Общество объединяло психиатров, педологов, дефектологов, а также всех тех, кто работал как в области рефлексологии, так и в области экспериментальной психологии. К началу 1928 г. Общество насчитывало 46 членов, и в состав правления входили: проф. С.О. Лозинский (товарищ председателя,

педология), проф. Н.Н. Тарасевич (товарищ председателя, дефектология) и другие. Первое заседание Общества состоялось 24 ноября 1926 г. В 1926/27 академическом году было 19 заседаний, в 1927/28 ак. г. – 16, в 1928/29 ак. г. – 18. Обычно на каждом заседании Общества заслушивалось одно сообщение, и его работа организовывалась таким образом, чтобы заседания, посвященные вопросам психиатрии и патопсихологии, чередовались, по мере возможности, с заседаниями, по вопросам педологии, психологии и рефлексологии. Ряд заседаний были совместными с другими обществами. Так, 12.01.1928 г. состоялось совместное заседание с ОМИ и Обществом невропатологов, посвященное памяти Бехтерева. В 1932 г. Общество влилось в Одесское единое научное медицинское общество.

ПСИХИАТР Г.Я. ТРОШИН В ПРАГЕ: ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Костригин А.А.

Дом русского зарубежья им. А. Солженицына, Москва, Россия

Аннотация. Автор представляет малоизвестные работы Г.Я. Трошина (1874-1938) в области психопатологии, написанные в эмиграции им в период жизни и творчества в Праге.

Ключевые слова: Трошин, психопатология, Прага, история психиатрии.

Григорий Яковлевич Трошин (1874-1938) является одним из выдающихся российских психиатров и психологов первой половины XX века. Им внесен значимый вклад в разработку концепций в области общей и детской психопатологии и дефектологии, психологии детского чтения, специальной педагогики и психологии, сравнительной психологии нормального и аномального развития, психофизиологии головного мозга, психологии и психопатологии творчества и др.

Будучи учеником Владимира Михайловича Бехтерева (1857-1927), Трошин до 1922 г. (когда он эмигрировал из России) изучал, в основном, психофизиологические вопросы и проблемы детской психопатологии, создал первую в России клинику для детей с отклонениями психического развития. В эмиграции в Праге к этим ведущим направлениям его научной деятельности добавляются психология творчества и общая психопатология.

Сосредоточивая внимание на последней области, необходимо отметить, что Трошин подготовил несколько работ, в том числе, малоизвестный учебник «Руководство по психиатрии», который не был опубликован, но представляет большую ценность. В руководство входят следующие тома: «Строение душевной жизни», «Формы выпадения и исхода», «Церебропатии. Травматический психоз», «Хронико-инфекционные психозы», «Интоксикационные психозы», «Остроинфекционные психозы», «Dementia praecox», «Параноя», «Психогенные психозы».

В этом пособии Трошин, как видно из названий, предлагает новую классификацию психозов, в том числе, обосновал подход к разграничению психиатрических заболеваний и болезненных проявлений этих состояний, утверждая, что психические болезни могут выражаться в различных формах, и в то же время форма болезни может быть присуща для разных заболеваний.

Психопатологическое наследие Г.Я. Трошина представляет собой оригинальный, но пока малоизученный подход к проблемам сущности и классификации психиатрических заболеваний.

МОНИТОРИНГ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ ПСИХОЛОГАМИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Крылова Н.В.

Областной наркодиспансер, Калининград, Россия

В мировой практике медицина уже давно развернулась в сторону психологической и социальной помощи пациентам, ориентируясь на повышение качества жизни пациента и возвращение его в общество как достаточно жизнеспособную личность. Однако, в России медицинские психологи постоянно сталкиваются с незаслуженным обесцениванием их работы со стороны медицинского сообщества в реалиях организации отечественного здравоохранения.

Целью данного исследования, проходившего в конце 2016 года, стало оценить реальную картину кадрового обеспечения медицинскими психологами учреждений здравоохранения Калининградской области. В мониторинге приняло участие 73 государственных учреждения здравоохранения Калининградской области.

По результатам мониторинга было установлено, что на 30.12.2016 г. общее количество ставок медицинских психологов в 73-х учреждениях здравоохранения Калининградской области составляет 55,5 ст., они укомплектованы на 87,4 %, вакантно – 12,6 % (48,5 ст. и 7 ст. соответственно).

В штате учреждений здравоохранения, с учетом направления работы, мы отмечаем следующее распределение: 13 учреждений, оказывающих медицинскую помощь несовершеннолетним, имеют 4,5 ст., они укомплектованы полностью; 4 учреждения родовспоможения имеют 5,75 ст., которые укомплектованы на 78,3 %; а 56 учреждений, оказывающие медицинскую помощь взрослому населению, имеют 45,25 ст. с укомплектованностью 87,3 %.

В ходе мониторинга было установлено, что 27 специалиста занимают 1 полную ставку, неполную занятость имеют: 8 специалистов – 0,5 ст. и 1 специалист – 0,25 ст., а также свыше одной ставки занимают: 2 специалиста – 1,25 ст., 6 специалиста – 1,5 ст., 1 специалист – 1,75 ст. и 1 специалист сразу 2 ст.

Исследовав образование психологов, работающих в системе здравоохранения Калининградской области, было установлено, что из 49 медицинских психологов имеют специальность по диплому: «медицинская (клиническая) психология» – 28 специалиста, из них 2 медицинских психолога имеют ученую степень – кандидат психологических наук. Наименование специальностей других психологических наук имеют 19 специалистов, наименование специальностей педагогических наук – 2 специалиста, из них 1 специалист-филолог и 1 учитель биологии и химии.

Подводя итог исследования, можно констатировать нехватку квалифицированных специалистов в области медицинской психологии, что дает почву для дальнейшего анализа причин сложившейся ситуации.

О ПОДГОТОВКЕ И ПРОВЕДЕНИИ ПОЛЕВЫХ ИСПЫТАНИЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ УКАЗАНИЙ МКБ-11 В РОССИИ

Кулыгина М.А., Краснов В.Н., Рид Дж.М.

МНИИП – филиал ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского, Москва, Россия

Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) в настоящее время осуществляет пересмотр Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем В целях совершенствования данной диагностической системы Департамент Психического развития и зависимостей ВОЗ проводит планомерную работу по оценке клинической применимости и надежности предложений для главы МКБ-11 «Психические и поведенческие расстройства». Одной из инициатив, способствующих реализации этого процесса, стало создание в 2012 г. Всемирной сети клинической практики (ВСКП), международного сообщества, объединяющего более 13 тыс. профессионалов в сфере охраны психического здоровья и первичной медицинской сети из разных стран.

Деятельность ВСКП осуществляется на 9 языках, что делает возможным учет мультикультурального контекста и максимальное вовлечение специалистов. Около 1000 русскоязычных экспертов зарегистрированы в этом крупнейшем сообществе, целью которого является совершенствование и продвижение научной и клинической работы. Что касается профессиональной принадлежности участников, от России значительно больше представлены психиатры, около 80 %, по сравнению с общим составом ВСКП, где количество врачей не достигает 50 %. Это свидетельствует о более требовательном подходе к вопросам диагностики и терапии и повышает значимость высказываемого мнения отечественных специалистов.

Полевые испытания МКБ-11 осуществляются в двух форматах: 1) интернет-исследования заданных клинических случаев и 2) исследования в естественных клинических условиях. Только члены ВСКП получают возможность принять участие в интернет-исследованиях, которые проводятся по определенной схеме. На русском языке уже прошли исследования по темам: «Шизофрения и другие преимущественно психотические расстройства», «Обсессивно-компульсивные и сходные расстройства» и «Использование классификации и технических средств в клинической практике». В процессе реализации находятся исследования по диагностике аффективных и тревожных расстройств, а также проблем взаимоотношений и плохого обращения.

Подготовка интернет-исследований на русском языке предполагает несколько этапов, включающих двойной прямой и обратный переводы англоязычных клинических и диагностических материалов, экспертную оценку и последующую коррекцию перевода, тестирование окончательного варианта. В этом процессе задействованы от 8 до 10 специалистов, и он занимает от 3х до 5 месяцев. Главная трудность связана с поиском наиболее адекватных аналогов при переводе и точных терминологических соответствий для диагностических категорий.

Собственно само интернет-исследование состоит из ознакомления с диагностическими указаниями, последующего оценивания представленных в материалах клинических случаев и обоснования выбора тех или иных диагностических заключений. Основной принцип, заложенный в анализе результатов, предполагает попарное сравнение диагностических заключений по заданным клиническим случаям, причем участникам для оценки предъявляются слепым методом и в случайном порядке как категории, предложенные для МКБ-11, так и уже действующие из МКБ-10. Тем самым оценивается целесообразность обновления и эффективность применения новых диагностических указаний и их отличия от уже существующих.

Результаты проведенных исследований подтверждают высокий уровень квалификации отечественных специалистов при оценке психотических расстройств, а также эффективность владения используемым в настоящее время диагностическим инструментарием МКБ-10. В комментариях, поступающих от отдельных участников, содержались критические замечания относительно предлагаемых принципов диагностики МКБ-11, которые воспринимались поверхностными и недостаточными для систематики клинической психопатологии. Вместе с тем, основная причина претензий видится в том, что профессиональные ожидания российских психиатров превышают основное назначение международной классификации болезней, которая должна быть, прежде всего, единой, доступной для понимания и пользования всеми участниками, задействованными в охране психического здоровья населения во всем мире.

С учетом того, что вносимые изменения должны быть заведомо полезными, прежде всего, для клинической практики, важным условием пересмотра МКБ является тестирование новых диагностических указаний в естественных клинических условиях, т.е. в которых они будут применяться в дальнейшем. Этот этап исследования, в свою очередь, подразделяется на исследование клинической согласованности и клинической применимости диагностических указаний.

Исследование клинической согласованности охватывает основные психические расстройства, учитывая выраженность показателей бремени болезни и представленность таких состояний в практике лечебных учреждений. По договоренности с Департаментом Психического здоровья и зависимостей ВОЗ Россия участвует в том разделе испытаний, который включает психотические расстройства и аффективные расстройства с психотической симптоматикой у пациентов старше 18 лет.

Главный вопрос, который ставится в исследовании, придут ли разные специалисты, использующие единые диагностические указания, к одному и тому же диагностическому выводу, основываясь на общей информации. Целью исследования является сбор информации, которая позволит улучшить диагностические указания за счет выявления: 1) расстройств, при диагностике которых не удавалось достичь наиболее полного совпадения диагностических мнений, 2) конкретных аспектов, по которым происходило расхождение позиций клиницистов. Соответственно в исследовании принимают участие два клинициста, которые одновременно проводят диагностическое интервью с пациентом и по завершении независимо друг от друга заполняют он-лайн форму в Электронной системе базы данных, которая разработана специально для этих целей. Им предлагается выбрать до 3х диагнозов для конкретного клинического случая или указать, что нет оснований для какого бы то ни было диагноза. Далее необходимо обосновать свой выбор, отвечая пошагово на вопросы относительно основных признаков по каждой диагностической категории. Кроме того, требуются ответы на вопросы по поводу тяжести состояния, уровня функционирования пациента, а также целесообразности указаний для обозначенных диагнозов.

Исследование клинической применимости диагностических указаний МКБ-11, фокусируется на оценке возможности их широкого использования, точности соответствия клинической картине расстройства, ясности и пригодности для диагностики, оценки прогноза и выбора лечения, а также для взаимодействия с пациентами и их родственниками. Участвующие в этом разделе клиницисты проводят диагностику своих пациентов по обычной процедуре, а затем вводят в Электронную систему базы данных сведения о результатах оценивания, основываясь на применении диагностических указаний МКБ-11. Процедура этой части исследования не отличается от стандартной диагностики как этапа лечебного процесса.

В случае если в конкретных клинических условиях будут обнаружены затруднения при использовании обновленных диагностических указаний МКБ-11 или если в отношении отдельных категорий будет установлено значительное несовпадение диагностических суждений, Департамент Психического здоровья и зависимостей ВОЗ сможет внести изменения в окончательную версию классификации, которая должна стать оптимальным и универсальным инструментом для выявления психических расстройств и для нужд здравоохранения во всем мире.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОТНОШЕНИЯ ОБЩЕСТВА К ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИИ ПСИХИАТРИИ (НА ПРИМЕРЕ ЛАТВИИ)

Малкова Е.Е.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Хорошее общественное психическое или психологическое здоровье является необходимым условием для стабильного, безопасного и благополучного общества.

В настоящее время одним из главных вопросов социальной политики Латвии в психосоциальной сфере является поиск способов повышения эффективности оказания помощи людям с нарушениями психического здоровья в процессе деинституционализации. Проблема заключается в том, что деинституционализация психически больных в Латвии проводится на фоне роста числа лиц обратившихся за помощью к врачам психиатрам. Так, согласно данным Министерства здравоохранения, на декабрь 2015 года в Латвии насчитывается 84 300 жителей, у которых диагностированы психические заболевания или же констатированы нарушения в поведении. Чаще всего медики диагностируют органические психические расстройства, шизофрению, шизотипические расстройства, а также умственную отсталость. Эти диагнозы были поставлены 69 % от общего числа пациентов с проблемами в психике. Особую озабоченность вызывает факт констатирования у 7 % жителей Латвии в возрасте 15—64 лет клинических форм депрессии, при том, что за оплаченной государством помощью в ее лечении обращаются всего 0,3 % пациентов.

Несмотря на все вышесказанное, Министерство Благосостояния Латвии 15.06.2015 г. утвердило «План действий по внедрению деинституализации в период 2015-2020 годов». Одной из целевых групп, согласно данному плану, являются совершеннолетние лица с расстройствами психики длительно проживающие в учреждениях (институциях) социального обслуживания и реабилитации и, как следствие, изолированные от общества, лишённые возможности контролировать свою жизнь и принятие собственных решений.

При этом одним из важнейших приоритетов деинституализации психически больных считается преодоление стигматизации в отношении душевнобольных в обществе путем создания благоприятной среды и благожелательного отношения в обществе.

Исходя из этого, целью нашего исследования стал анализ отношения граждан Латвии к лицам, страдающим психическими расстройствами. Для этого нами были использованы материалы Министерства Благосостояния Латвии, анализировались клиничко-психологические (клиничко-психологический метод) и социально-психологические показатели (специально разработанная анкета) отношения к душевно больным.

Исследование было проведено среди 60 жителей Латвии, как граждан, так и неграждан в период марта 2016 года, разделенных впоследствии на две равные группы: 30 «профессионалов» – специалистов помогающих профессий– психологов, социальных

работников и социальных педагогов, имеющих непосредственный опыт взаимодействия с психически больными людьми и постоянно повышающих свой уровень профессиональной компетентности, и 30 «непрофессионалов» – лиц, не имеющих профессионального отношения к психически больным людям.

Среди всех исследованных 80 % оказались представителями женского пола, поскольку среди представителей социальных помогающих профессий традиционно преобладают женщины. По возрасту участвующие в исследовании респонденты были разделены нами условно на две группы – 47 % взрослые среднего возраста (от 24 до 40 лет) и 53 % взрослые люди старшего возраста (от 40 лет и старше). 77 % исследованных имели высшее образование, 23 % – средне-специальное, причем в группе непрофессионалов интерес к анкетированию проявили исключительно лица с высшим образованием. Кроме того, в выборке «профессионалов» 100 % опрошенных имели опыт общения с душевнобольными, а 30 % указали, что в их семье есть душевнобольные. При этом в группе «непрофессионалов» не имели опыта общения с душевнобольными 60 %, у 40 % имелся такой опыт, а 17 % имели достаточно близкие с ними отношения.

Право на свободу и право на личную неприкосновенность закреплены в статье 5 Европейской Конвенции о защите прав человека и основных свобод 1950 г. Однако, согласно полученным в ходе нашего обследования данным, только 46,7 % «профессионалов» считают, что психически больные люди должны обладать теми же правами, что и окружающие. Причем право решать, нуждается ли такой больной в психиатрической помощи, отдали государству уже 83,3 % ответивших, и лишь 16,7 % оставляют право выбора за человеком. Это может быть объяснено с точки зрения так называемых профессиональных деструкций, поскольку люди, работающие с психически больными профессионально, чувствуют, что вне стен психиатрической лечебницы зачастую являются единственными, кто в состоянии отличить странности характера от психического заболевания.

В группе «непрофессионалов» эти цифры еще меньше – не сомневаются в правоспособности душевно больных только 33,3 % опрошенных, а право решать вопрос о лечении оставили за больным только 26,7 %.

Цифры, связанные с ограничением конкретных прав, еще более наглядно демонстрируют отношение общества к данному вопросу. Например, по мнению 73,3 % респондентов-специалистов и 56,7 % неспециалистов, психически больные люди не должны иметь детей. 100 % специалистов откажут им в праве на ношение оружия и 96,7 % против их службы в правоохранительных органах и армии. Те же ответы у неспециалистов составили 96,7 % и 93,3 %.

При этом более лояльны оказываются именно «профессионалы» в отношении психически больных, совершивших преступление: лишь 13,3 % опрошенных считают, что эти люди должны отвечать перед законом наравне с обычными людьми. Видимо, профессиональные знания относительно специфики психических заболеваний позволяют специалистам осознавать невозможность одинакового подхода к системе наказаний. В то же время 73,3 % «непрофессионалов» уверены, что различий в системе наказаний быть не должно.

Полученные результаты об уровне осведомленности респондентов о психических болезнях демонстрируют, в целом, невежественное отношение общества в плане осведомленности о сущности психических расстройств. Несмотря на то, что необремененные специальными знаниями респонденты соглашались с тем, что более чем в половине случаев не распознали бы психическую болезнь, тем не менее, в большинстве случаев несоблюдение больными общественных норм не связывают с болезнью. Более половины респондентов считают, что душевная болезнь часто квалифицируется в случаях, когда человек сталкивается с неизвестными науке явлениями.

Кроме того у неспециалистов нашей выборки отмечается более эмоциональное отношение к душевнобольным. Они более склонны видеть в страдающем человеке личность, проявляя сочувствие тому, что он находится в сложной жизненной ситуации, а общество не всегда готово это признать. Тем не менее, среди чувств, которые респонденты испытывают в отношении к психически больным, преобладает страх (16,7 % специалистов, 46,7 % неспециалистов).

Не смотря на то, что большая часть респондентов считают психически больных интересными, получив информацию об особенностях их психического состояния скорее всего прекратят с ними общение, даже если это их давние знакомые, коллеги по работе или ребенок, учащийся в одном классе с их детьми, поскольку в таком случае общение будет в значительной степени затруднено ощущением недопонимания.

Подавляющее большинство (80,0 %) неспециалистов и незначительная часть (13,3 %) специалистов не озадачиваются данными проблемами. Более того, 6,7 % специалистов и 10,0 % неспециалистов считают, что психически больные люди обуза для общества и подлежат уничтожению. Из «гуманных» соображений, ради того, чтобы психически больные люди не стали легкой жертвой преступников, изолировать их согласны 30,0 % специалистов и почти в два раза большее количество обычных людей (63,3 %). И уже более 70 % от общего числа опрошенных готовы изолировать психически больного человека, который гипотетически может совершить опасные действия.

В целом можно сделать вывод о морально-психологической неготовности населения Латвии к процессу деинституализации, поскольку даже специалисты в области сопровождения больных с психиатрическими диагнозами оказываются не готовы ни к практическому взаимодействию на бытовом уровне, ни к элементарному соблюдению их основных прав и свобод.

ШКОЛА БЕХТЕРЕВА НА КАРТЕ РОССИЙСКОГО НАУЧНОГО ЗАРУБЕЖЬЯ

Марина Ю.С.

Дом русского зарубежья им. А. Солженицына, Москва, Россия

Российская научная диаспора, возникшая еще в XVIII в. и институционально оформившаяся в результате революционных потрясений 1917 года и последовавшей за ними гражданской войны, внесла выдающийся вклад в мировую науку и культуру, развитие национальных научных и гражданских обществ стран пребывания. Однако до сих пор ее подлинная история остается мало изученным социокультурным феноменом.

Важной составной частью российского научного зарубежья были медики – по оценкам историков медицины, «российское медицинское зарубежье» составляло несколько тысяч человек и было одной из самых значительных профессиональных групп российской эмиграции. Они образовали несколько основных центров российского медицинского зарубежья, не всегда совпадавших с центрами российской эмиграции. В то же время они оказались для многих российских медиков-ученых не только временным убежищем, но местом сохранения и преумножения своего научного потенциала.

Стресс «эмиграцией» обернулся для российского научного организма в целом и существенным позитивным импульсом. По разным причинам оказавшись за рубежом, российские ученые-медики, как правило, стремились не терять личные и профессиональные связи с родиной. Абсолютное большинство из них, несмотря на политические, социальные,

этнические и конфессиональные различия, продолжали идентифицировать себя с русской культурой, а многие осознавали и позиционировали себя частью российского национального научного сообщества, активно распространяли и пропагандировали достижения отечественных научных школ, расширяя таким образом их влияние на развитие всей мировой науки и культуры — от Китая до Северной и Южной Америки и Австралии.

Бехтеревская научная школа в лице ряда профессоров, преподавателей, студентов и выпускников Психоневрологического института, уехавших (и/или репатриировавшихся) за пределы России в годы Гражданской войны, также существенно расширила границы своего идейного и институционального влияния. Месту бехтеревцев на карте российского научного зарубежья и посвящен наш доклад.

МЕТОД ОЦЕНКИ И ТРЕНИНГА НАВЫКА ПОИСКА ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СТУДЕНТАМИ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Мартынихин И.А., Акаевич С.А.

*ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова,
Санкт-Петербургский национальный исследовательский университет
информационных технологий, механики и оптики, Санкт-Петербург, Россия*

Актуальность. Действующие образовательные стандарты высшего профессионального образования основаны на компетентностном подходе и требуют формирования в процессе обучения «способности и готовности» выпускников осуществлять разнообразную профессиональную деятельность. Отработка неподготовленными студентами медицинских ВУЗов практических навыков непосредственно в клинике ведет к тратам значительных ресурсов. Виртуальное и симуляционное обучение может быть эффективно на начальных этапах формирования практических навыков, что делает актуальным разработку информационных систем для обучения такого типа, в т. ч. в психиатрии [Мартынихин И.А., 2016].

Одни из основных навыков, которые должны быть сформированы в результате обучения студентов лечебного факультета на цикле психиатрии, являются умение ведения беседы с пациентом, его целенаправленного расспроса и оценки состояния на синдромальном уровне. В основе этих умений лежит процесс поиска релевантной ситуации дополнительной информации, который в свою очередь в последние десятилетия является предметом активного изучения в сфере исследования экспертных знаний, когнитивных эвристик и искусственного интеллекта. При этом использование для отработки этого навыка информационной системы может решать как практические задачи обучения, так и дидактические, т.е. выявлять наиболее сложные для учащихся аспекты, требующие отдельного внимания в учебных программах.

Материалы и методы. При сотрудничестве кафедры психиатрии и наркологии ПСПб ГМУ им. И.П. Павлова и кафедры компьютерных образовательных технологий НИУ ИТМО разработана информационная система “DiffCards”, предназначенная для оценки и тренинга навыка учащихся по поиску релевантной дополнительной информации при проведении дифференциальной диагностики. В исследовании приняли участие 145 студентов 5 курса ПСПб ГМУ им. И.П. Павлова, которым было предложено решить по 14 задач из раздела общей психопатологии в системе DiffCards (9 в режиме обучения и 5 в режиме аттестации), всего в анализ включено 1711 решений.

Задания состоят из кратких описаний ситуации (например, «Пациент 78 лет, поступает на терапевтическое отделение многопрофильного стационара в связи с пневмонией») и карточек с дополнительной информацией (например, «ориентировка», «память», «эмоциональное состояние» и пр.), которые изначально закрыты. Учащемуся необходимо последовательно открывать карточки для получения дополнительной информации, которая даст ему возможность правильно ответить на поставленный вопрос (в данном случае необходимо было поставить синдромальный диагноз). Например, открыв карточку «Ориентировка» в указанной выше задаче студент прочитает «Себя называет верно, текущую дату путает в пределах нескольких дней, знает, что поступает в больницу, однако, что это за больница не понимает...». Учащийся может открыть любое число карточек, однако в условиях указано, что в случае, если он открывает больше карточек, чем задано в качестве порогового значения автором задачи (например, 4 из 8), каждая дополнительно открытая карточка снижает балл за задачу так, что при всех открытых карточках даже в случае правильного ответа, респондент получит ноль баллов. В режиме обучения после ответа учащемуся выводится правильный ответ, все карточки в открытом виде и комментарии автора задачи к ответу. В режиме аттестации респонденту выводится только балл. Основной вопрос в задаче может быть сформулирован в виде открытого вопроса или в форме выбора одного из нескольких вариантов.

Результаты. В среднем в 50 % решений учащиеся давали правильный ответ, при этом после решения задач в режиме обучения, где правильных ответов было 47 %, в режиме аттестации сходные задачи студенты решали лучше (58 % правильных ответов), что можно объяснить эффектом тренинга. Однако статистика решений существенно различается от задачи к задаче, делая необходимым анализ решений по отдельным задачам (и парам сходных задач), более того, подобный анализ может дать важную дидактическую информацию по частным аспектам изучаемых тем.

В качестве примера рассмотрим решения двух аналогичных задач, где проводилась дифференциальная диагностика между деменцией и делирием. Дифференциальная диагностика между этими состояниями у пожилых пациентов – важный в практическом отношении вопрос для врачей не-психиатров, однако ему редко уделяется должное внимание при обучении на цикле психиатрии. Если во многих зарубежных учебных пособиях есть соответствующие дифференциальные таблицы, где делирий рассматривается, как острое, преходящее когнитивное расстройство, а деменция – как хроническое и стабильное, то в отечественных пособиях при описании клиники делирия есть смещение акцента в сферу патологии восприятия (традиционная дефиниция: «делирий – галлюцинаторное помрачение сознания»), при том, что иллюзии и галлюцинации хотя и являются наиболее яркими аспектами этого состояния, но не являются обязательными. Соответственно, были сформулированы две задачи (№1 в режиме обучения, №2 – в режиме аттестации), отличающиеся по условию лишь полом и возрастом пациентов. В задачах пожилой пациент поступал с соматической патологией в многопрофильную больницу; открывая карточки, можно было выяснить, что он негрубо дезориентирован во времени и ситуации, тревожен, двигательно возбужден, мышление затруднено, внимание отвлекаемо, отмечается частичная амнезия событий последних дней, состояние изменилось остро по мере утяжеления соматического состояния, до этого пациент удовлетворительно функционировал, жил один, обслуживал себя полностью самостоятельно. В задаче № 1 обманов чувств у пациента не было, в № 2 были описаны клинически малозначимые галлюцинации («с потолка капает»). Учащиеся решали задачи в разные дни.

В первой задаче – правильный ответ (делирий) дали лишь 22 % учащихся (30 из 139), во второй задаче – уже 63 % (59 из 94), $p < 0,0001$. Самый частый ответ в задаче №1 – парциальная деменция (27 % ответов), в задаче №2 этот ответ занял второе место (19 %, $p < 0,0001$). Другие ответы при втором решении также встречались реже (додементные стадии психоорганического синдрома (19 % vs. 9 %), корсаковский синдром (17 % vs. 7 %), тревожно-фобический синдром (13 % vs. 5 %), депрессия (1 % vs. 0 %)).

Самой частой открытой карточкой в задаче № 1 была «жалобы» (71 % респондентов), также учащиеся в среднем выбирали ее раньше других. Во второй задаче эту карточку выбирали значительно реже (34 %). Действительно, жалобы при психических расстройствах (особенно когнитивной сферы) не часто бывают информативны. Далее по популярности шли карточки «память» (63 % и 50 %) и «ориентировка» (62 % и 71 %). Наибольшее различие в карточках, открытых студентами, давшими правильный ответ, и теми, кто дал неправильный ответ, в задаче № 1 имела карточка «поведение/двигательная сфера» (73 % и 36 % соответственно). Действительно, она информативна, но не позволяет провести полное разграничение между делирием и деменцией, т.к. эти синдромы могут сочетаться. Исходя из условий задачи, наиболее важной для разграничения была карточка «динамика состояния», которую при правильном ответе выбирали чаще, чем при неправильном (30 % vs. 19 %), но в среднем реже, чем любую другую карточку. Во второй задаче наибольшая разница при правильном и неправильном ответе была по карточке «внимание и восприятие» (63 % и 20 %), т.е. появление в этом разделе описаний галлюцинаций существенно повлияло на ответ. Существенное различие также имела карточка «поведение/двигательная сфера» (75 % и 49 %), тогда как по карточке «Динамика состояния» такого различия не было (42 % и 46 %), более того, треть студентов, давших ответ деменция, открывали её и не увидели противоречий. Таким образом, проанализированные задачи выявляют пробелы знаний учащихся и показывают аспекты, требующие дополнительного освещения в учебных материалах.

Вывод. Разработанный метод позволяет оценить навыки учащихся по поиску дополнительной информации при дифференциальной диагностике, улучшать их в процессе обучения, выявлять пробелы в программах обучения.

АНАЛИЗ БАЗОВЫХ МОДЕЛЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Митихин В.Г.

НЦПЗ, Москва, Россия

Введение. В современных социально-экономических условиях реформы психиатрических служб должны опираться на системный анализ результатов их деятельности и прогностические оценки возможных альтернатив развития служб. Необходим переход от концептуальных моделей, на которых базируется деятельность психиатрических служб (биопсихосоциальная модель, модель деинституционализации, модели реабилитации, диагностики и т.д.) к математическим моделям, позволяющим осуществлять объективный анализ и прогноз функционирования служб на основе статистической и экспертной информации.

Цель исследования – анализ концептуальных моделей психиатрической службы и формирование соответствующих математических моделей, позволяющих определять перспективные направления ее дальнейшего развития на основе изучения различных

факторов, влияющих на показатели психического здоровья населения и эффективность социо-реабилитационной помощи.

Материалы: Данные официальной государственной статистики о социально-экономическом положении в России в период 1992-2015 гг.; данные официальной российской медицинской статистики о показателях деятельности психиатрической службы в период 1992-2015 гг.; материалы отчетов психиатрических учреждений служб психического здоровья и общественных организаций в психиатрии.

Методы исследования: клинико-эпидемиологический и статистический анализ данных, математическое и компьютерное моделирование, метод анализа иерархий.

Результаты. Выполнен системный анализ основных концептуальных моделей организации психиатрической помощи от биопсихосоциальной модели до модели диагностики и классификации психических расстройств DSM-5, а также концептуального проекта исследований RDoC (Research Domain Criteria).

Разработаны популяционные модели для основных характеристик психического здоровья населения России, которые позволяют раскрыть связи между структурными трендами характеристик психиатрической службы и трендами характеристик психического здоровья населения с учетом демографических и социальных факторов жизни населения. Учет этих связей и факторов обеспечивает возможность прогнозирования состояния психического здоровья населения и определять направления развития службы.

Заключение. Показано, что наряду с традиционными методами научных исследований для решения поставленных задач в рамках системного подхода необходимо использовать иерархические модели и метод анализа иерархий.

Представленные модели и подходы обеспечивают оценку деятельности подразделений службы психического здоровья с учетом экспертной информации.

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЕНДЕНЦИЙ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Митихина И.А.

НЦПЗ, Москва, Россия

Введение. Анализ мировых и отечественных тенденций развития психиатрической службы, результаты эпидемиологических исследований, позволяют говорить о том, что современная система психиатрической помощи это сложная, многофакторная, мультифункциональная, иерархически организованная система. Необходим анализ проблем организации современной психиатрической помощи, который основан на междисциплинарном, системном подходе к изучению тенденций и факторов, влияющих на состояние психического здоровья населения, уровень и качество оказываемой психиатрической помощи. На важность изучения зависимости психических расстройств от социальных и демографических факторов указано ВОЗ в Европейском плане действий по охране психического здоровья на период 2013–2020 гг.

Цель исследования – разработка популяционных медико-демографических моделей для оценки характеристик психического здоровья населения (болезненность, заболеваемость, уровень суицидов) на основе изучения динамики социально-экономических процессов и позволяющих оценивать параметры перспективных направлений развития психиатрической помощи.

Материалы: данные официальной медицинской статистики о контингентах зарегистрированных больных в период 1992-2015 гг.; данные официальной государственной статистики о социально-экономическом положении в России в период 1992-2015 гг.; данные отечественной и зарубежной литературы о закономерностях изменения численности населения и междисциплинарных подходах к ее оценке.

Методы исследования: клинико-эпидемиологический анализ данных, математическое и компьютерное моделирование, корреляционный и регрессионный анализ.

Результаты. Разработаны популяционные модели влияния медико-демографических и социально-экономических факторов на психическое здоровье населения России (болезненность, заболеваемость и уровень суицидов в период 1992-2015 гг.). Линейные регрессионные модели получены на основе статистического анализа значений указанных показателей психического здоровья и широкого круга медико-демографических и социально-экономических факторов и показателей (общий список факторов и показателей включает более 60 наименований) в период 1992-2015 гг.

Модели имеют высокую надежность и объясняют вариацию рассматриваемых показателей психического здоровья населения на уровне 95-99 %.

Заключение. Разработанные модели и методы могут быть использованы для: 1) сравнительного анализа структуры и динамики психической патологии в зависимости от происходящих в стране, регионе медико-демографических и социально-экономических изменений, реформ системы психиатрической помощи; 2) оптимального планирования структуры и деятельности отечественной системы психиатрической помощи.

НУЛЕВОЕ ЦИТИРОВАНИЕ НАУЧНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ ПО ПСИХИАТРИИ

Немцов А.В., Кузнецова-Морева Е.А.

МНИИП – филиал ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского, Москва, Россия

Главное, но не единственное направление наукометрии – оценка эффективности работы в науке по цитированию публикаций. Это условный (приближенный) показатель качества научной продукции, и еще один пример перехода качества в количество. Оценка научной деятельности по цитированию может быть отнесена и к отдельным исследователям, и к научным учреждениям.

В качестве учреждений выбраны все (четыре) научно-исследовательские институты в России. В стране их доля в общей научной продукции по психиатрии составляет около 80 процентов:

- 1) Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт имени В.М. Бехтерева (далее ИБ),
- 2) Томский научно-исследовательский институт психического здоровья (ТИП),
- 3) Научный центр психического здоровья (Москва, ЦПЗ),
- 4) Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (Москва, ЦПН).

Ранжированные по индексу Хирша (ИХ, по восходящей) институты «выстраиваются» также по количеству авторов и публикаций: ИБ (24 – 200 – 1287), ТИП (36 – 240 – 1893), ЦПЗ (56 – 440 – 2921), ЦПН (64 – 840 – 10 775). Эти три показателя имеют близкие к линейным отношения. Из этого следует, что ИХ и количество публикаций являются производными от количества авторов (сотрудников), т.е. показателя, никак не связанного с категорией качества. В случае нормирования ИХ по количеству авторов меняет

соотношение институтов. Это, несомненно, накладывает ограничения на использование ИХ в качестве основного показателя продуктивности учреждений. Сейчас очевидно, что требуются несколько других или другой синтетический показатель для оценки научной деятельности институтов. Но пока этого нет, ИХ по праву остается ведущим.

В порядке подхода к поискам новой характеристики исследованы четыре института по нулевому цитированию, т.е. по количеству публикаций, ни разу не процитированных.

Материал исследования получен в базе данных Российского индекса научного цитирования (РИНЦ) по этим институтам. Эта организация имеет много наветов. Из них больше всего относятся не столько к самому РИНЦ, сколько к подходу ценить научную деятельность по цитированию. Несомненно, лучше это делать с помощью независимых и высококвалифицированных экспертов. Но где взять такое количество таких экспертов, чтобы обработать все возрастающее количество публикаций? Тем более, что количество публикаций растет быстрее, чем квалификация научного сообщества, особенно в России. Вот почему так необходим технический инструмент для оценки качества научной продукции. Таким инструментом стал метод на основе измерения размеров цитирования.

Время анализа 1990-2014 гг. До 1990 г. в РИНЦ зарегистрировано очень мало публикаций, а после 2014 г. цитирование резко снижается, в 2017 г. – до нуля. Это можно считать естественным процессом для российской науки. В 1990-2014 гг. в РИНЦ зарегистрировано 16 876 публикаций четырех институтов и 71 862 цитирований этих статей: более 4-х цитирований на одну статью, что на первый взгляд неплохой показатель.

В качестве иллюстрации анализ можно начать с одного из четырех институтов со средним ИХ, который равен 56. Это означает, что 56 публикаций имеют ИХ 56 и больше. Такие работы составляет всего 1,4 % от всех работ. Важный вопрос, как распределяются по цитированию остальные 98,6 % публикаций? А это выглядит так, что количество работ со все уменьшающимся количеством цитирования прогрессивно нарастает. Например, выборочно 2 публикации процитированы 40 раз, 10 – по 20 раз, 122 – по 5 раз, 529 публикаций по 1 разу и наконец 1938 публикаций не процитированы ни одного раза (нулевое цитирование – 47 % от всех работ).

Во все годы с 1990 по 2008 происходило нарастание процитированных публикаций 4-х институтов. Практически параллельно, с небольшим отставанием нарастало и количество публикаций с нулевым цитированием. После 2008 г. цитирование вышло на плато, а нулевое цитирование продолжало свой рост до 100 % в 2017 г. Несомненно, часть работ с нулевым цитированием еще будет процитировано, но прогноз показывает, что к 2014 г. соотношение существенно не изменится.

В целом в 1990-2014 гг. в четырех институтах доля публикаций с нулевым цитированием составляла от 39 % до 52 %, а в среднем по всем институтам 47,6 %, т.е. почти половину.

В качестве контроля были исследованы 22 научно-исследовательских института медицинского профиля. Доля работ с нулевым цитированием колебалась от 21 % до 94 %, а более половины (65 %) – от 40 % до 60 %. В эту группу вошли психиатрические институты.

В заключение следует сказать, что данное сообщение по сути дела о том, что российская медицинская наука малоэффективна. Но из этого не следует, что ее надо сворачивать. Ровно наоборот: для сохранения медицинской науки в России требуется повышение научной квалификации сотрудников, а также их заинтересованности в работе. К сожалению, движение под флагом оптимизации этому не способствует.

СВЯЗИ ПСИХИАТРИИ С ДРУГИМИ НАУКАМИ В ПРОШЛОМ И БУДУЩЕМ

Осколкова С.Н.

ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского, Москва, Россия

Введение. Психические проблемы с древности связывались с соматическими, средовыми, ситуационными факторами, очень давно с наследственностью, типом личности. Поэтому неизбежно изучение психопатологии было сопряжено с познаниями внутренних, инфекционных болезней, влияния стресса, позднее с семейными исследованиями.

В середине XX в. на фоне поиска причин психопатологии началось психологическое изучение личности больных и их родственников, сближение психиатрии с зарождающейся нейробиологией. Однако многие проблемы связи психиатрической науки с другими не решены и спорны и в XXI веке.

Цель исследования: определение места современной психиатрии среди других наук как путь совершенствования профилактики, диагностики и терапии.

Материалы и методы: системный анализ связей психиатрии с другими науками, исходя из международных и отечественных литературных данных, DSM-V, ICD-10 и материалов ВОЗ.

Результаты: представлен наиболее многоаспектный подход к диагностике, лечению, преодолению стигматизации психических расстройств на основе анализа международной научной литературы, отражающей динамичное состояние проблемы с определением места психиатрии как медицинской науки, предмета и специальности. Доказано, что успехи и достижения в области нейронаук, с раскрытием нейровизуализационных, нейрохимических, геномных исследований ставят перед психиатрией в настоящем и будущем сложные задачи. Это и адаптация новых классификаций – DSM-V и будущей ICD-11 с информативным и согласованным сопоставлением полученных результатов с акцентом на доказательность клинических диагностических критериев, и новое переосмысление сути ряда психических расстройств. Несмотря на разнонаправленность научных мнений, основной круг полемики зарубежных исследователей и автора доклада охватывает интенсивные поиски причин психических расстройств, терапевтических мишеней для определения наиболее эффективных подходов в диагностике и медицинской реабилитации, исходя из старых и новых воззрений. В работе также отстаивается твердая позиция необходимости клинической психиатрии, несмотря на достижения многих наук, дополняющих ее.

Заключение. Современная психиатрия находится в состоянии интенсивного развития, и психиатры разных стран должны вести постоянный научно-практический диалог с представителями других специальностей.

КРИМИНАЛЬНАЯ АНТРОПОЛОГИЯ В РОССИИ И ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ, 1904-1914 ГГ.

Погорелов М.А.

*Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»,
Москва, Россия*

Криминология начала оформляться как научная дисциплина в раннесоветский период, получив государственную поддержку на волне пенитенциарной реформы 1920-х гг. Тем не менее, развитие этой области исследований в дореволюционный

период остается неясным. Исследования преступности существовали как разнородные исследовательские программы (криминальная антропология, уголовная социология, учение о факторах преступности) и разрабатывались представителями, главным образом, юридических или медицинских дисциплин. В докладе я бы хотел обратиться к первой попытке институционализировать это новое исследовательское направление, которая была связана с Психоневрологическим Институтом. Проект криминальной антропологии Чезаре Ломброзо был значительно переосмыслен Дмитрием Дрилем, одним из самых известных его критиков, и Владимиром Бехтеревым. Их концепция подчеркивала, что хотя преступление является результатом как биологических, так и социальных причин, последние играют ключевую роль. Преступник является «жертвой» социальной среды, соответственно, объект «борьбы с преступностью» – условия, которые ее порождают. Отсюда широкая программа социального реформирования. Эта идея была изначально заложена в концепцию Психоневрологического института, созданного для «оздоровления» общества. Кроме того, комплексный исследовательский подход Дриля и Бехтерева, который совмещал изучение как индивидуальных особенностей, так и социальных условий, был воплощен в интеграции биомедицинских и общественных наук в образовательной программе Института. Еще в 1904 г. Дриль был приглашен быть сотрудником «Вестника психологии, криминальной антропологии и гипнотизма», а в 1907-8 г. – возглавил кафедру уголовной антропологии Психоневрологического института. Одной из четырех секций Института стала криминологическая, а через год был создан Криминологический Институт – первый исследовательский центр такого рода. Таким образом, во-первых, в ряде статей и докладов Бехтерев сформулировал собственную концепцию преступности и исследовательской программы криминологии. Во-вторых, эта идея была непосредственно воплощена при организации Психоневрологического Института.

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ И МОСКОВСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ ШКОЛЫ: РАЗЛИЧИЯ И СХОДСТВО

Савенко Ю.С.

Независимая психиатрическая ассоциация России, Москва, Россия

Историю отечественной психиатрии представляют, прежде всего, две научные школы: Санкт-Петербургская (СПб.ш.) и Московская (М.ш.). То, что их различает, не было неизменным. Грандиозной фигуре Бехтерева, 38 лет (1893-1927) возглавлявшего СПб.ш., соответствовала в Москве школа Корсакова (1888-1900) – Сербского (1900-1912) – Ганнушкина (1917-1933) – Розенштейна (1924-1934).

СПб.ш. Бехтерева выросла на фундаменте, заложенном выдающимися организационными вкладами Балинского, основоположника первой кафедры (1857), первой клиники психиатрии (1867) и окружных психиатрических больниц, и «физиолого-клиническим» направлением Мержеевского. М.ш. выросла на традиции Пинелевской реформы в России (1832), проторяемой Саблером и Фрезе, и клинко-психопатологическом направлении. Аналогичное различие составляло начавшееся за 30 лет до этого противостояние клинко-описательной школы Захарьина и клинко-физиологической школы Боткина в клинике внутренних болезней. И Балинский, и Боткин тесно сотрудничали с Сеченовым. Аналогичным было различие философских и психологических ориентаций обеих столиц. Москва была «средоточием идеализма» в философии и феноменологии в психологии (Челпанов, Шпет), а в СПб. господствовали позитивизм, логицизм

Александра Введенского, марксизм Плеханова и рефлексология Бехтерева и Павлова, но также и естественный эксперимент Лазурского и интуитивизм Лосскова.

Наряду с очевидной взаимодополнительностью истоков различия соматологических и психиатрических школ, акцентуации ими разных, но одинаково необходимых сторон клинического исследования, происходила их конвергенция через посредство многочисленных учеников Бехтерева и Ганнушкина. Роль моста между школами сыграли Казань, начиная с Фрезе, и Харьков, а также сама избираемая проблематика, как у Кандинского, Останкова, Аствацатурова в СПб. и у Гиляровского, Гуревича, Шмарьяна в Москве.

Отравление Бехтерева в 1927 г., арест и гибель Бруханского и даже сына Бехтерева в 1937 г., преждевременная смерть в результате травли Выготского и Розенштейна в 1934 г. и смерть Ганнушкина в 1933 г. не уничтожили их идей и их выдающегося примера, а последующие потрясения съезда 1936 г. и Павловской сессии 1951 г. не уничтожили традиционных различий, но изменили их доминанту. С 1960-х годов это было противостояние СПб.ш. в 3 раза более расширительной диагностике шизофрении М.ш. Но даже в эти годы указанное различие было упрощением: в противовес концепции Снежневского в 1968 г. вышел объемистый том, посвященный другим взглядам на шизофрению под ред. проф. Л.Л. Рохлина. Первоначальное расхождение СПб. и М. школ потеряло свою однородность и остроту. В СПб. появились психопатологические школы (Авербух, Хвилевский, Ф. Случевский), а в М. клиничко-экспериментальные (Серейский). Позиции разветвились по различным проблемам и концепциям. Из них объединяющую роль играли: концепция установки Узнадзе, концепция бессознательного, проективные тесты, социальная реабилитация, экспертиза генерала Григоренко, критика МКБ-10. Во всех из них мне привелось участвовать. Летом 1989 года, спустя три месяца после учреждения НПА, мы предложили проф. Кабанову, а затем проф. Личко возглавить Ассоциацию, – хороший пример позиции вне противостояний.

Итак, позиции СПб. и М.ш. никогда не были оппозиционными, хотя так нередко воспринимались, но все более проясняющимся образом оказывались альтернативными, т.е. другими (иными), которые могут сочетаться за счет разных аспектов, уровней и масштабов рассмотрения, представляя сложную структурную систему, а не смешение, интеграцию, синтез.

Само понятие «М.ш.» стало означать «школа Снежневского», хотя таким тождеством никогда не было. Ядром расхождения являлась малопрогрессирующая (вялотекущая) шизофрения. Что это: стадия шизофрении или самостоятельная форма, настолько особая, что выделена в МКБ в самостоятельный кластер «шизотипического расстройства»? Но в судебных заседаниях судебные психиатры упорно называют его шизофренией.

Но всегда существовало нечто общее, объединяющее и более важное, чем отмеченные различия – это традиция научной добросовестности и активной гражданской позиции Бехтерева и Останкова в Санкт-Петербурге и Корсакова, Сербского и Ганнушкина в Москве. Мы чувствуем себя наследниками обеих школ. Возникающие различия СПб. и М. школ в постановке и решении проблем совершенно необходимы: конкуренция альтернативных исследовательских программ – наиболее перспективный путь развития.

Наиболее выразительным остается поворот самого Бехтерева (1919 г.), как выдающегося исследователя головного мозга, к пониманию психических расстройств как «расстройств личности» без упоминания о головном мозге, хотя современный тренд возвращается к прежней односторонности.

АНАЛИЗ 20-ЛЕТНЕЙ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Сиденкова А.П., Сердюк О.В.

УГМУ, Свердловская ОКБ, Екатеринбург, Россия

Введение. С увеличением возраста населения встречаемость психических расстройств, свойственных старшему периоду жизни, возрастает. Эпидемиологические данные демонстрируют достоверно большую заболеваемость со значимым ежегодным приростом новых случаев психических расстройств в пожилом возрасте в сравнении с когортой 18-59 лет. По данным отечественных клинико-эпидемиологических исследований, более 80 % пожилых лиц из общей популяции страдают разнообразными психическими расстройствами.

Психические расстройства позднего возраста, практически вне зависимости от их этиологии, выражено и стойко дезадаптируя самого больного, оказывают огромную нагрузку на родственников пациента, медицинский персонал, детерминируя потребность в специально организованной помощи.

Таким образом, увеличение в демографической структуре популяции лиц старших возрастных групп, рост числа психических расстройств, ассоциированных с поздним возрастом, значительные финансовые затраты семей этих больных и государства, связанные с данными расстройствами, актуализируют изучение психических расстройств пожилых.

Цель настоящего исследования: эпидемиологический анализ поздних психических расстройств в Свердловской области.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования явились данные «Отчетов о заболеваниях психическим расстройствами» Свердловской области (форма №10 государственной статистической отчетности «годовая») с 1995 по 2015 годы, ежегодных отчетов Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Свердловской области (Свердловскстат). Применены эпидемиологический и статистический методы.

Результаты исследования. Анализ показателей ежегодных годовых отчетов Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Свердловской области показал, что демографические процессы в Свердловской области соответствуют общемировой демографической динамике. Ежегодный прирост доли лиц старших возрастных групп в общей структуре популяции, начиная с 2010 года, наращивает темпы с ежегодным статистически значимым ускорением. Так доля лиц старше трудоспособного возраста в 1995 году составляла 20,4 % в общей популяции Свердловской области, с 2010 года наблюдается статистически значимый прирост этого показателя – 22,4 %, который к 2015 году достиг 26,6 % ($p < 0,5$). Статистические сведения, указанные в годовой форме № 10 «Отчета о заболеваниях психическим расстройствами» Свердловской области показывают неуклонный рост доли лиц старше 60 лет, страдающих психическими расстройствами в общей популяции лиц, зарегистрированных в психиатрической службе. Проанализированы ежегодные отчеты службы за последние 20 лет (с 1995 по 2015 год), выявлено, что прирост удельного веса пожилых лиц с психической патологией увеличился практически вдвое, с 13,6 % в 1995 году до 23,6 % в 2015 году. Среди лиц с впервые установленным диагнозом произошел еще более значимый прирост пожилых больных: с 10,8 % в 1995 году до 21,8 % в 2015 году ($p < 0,5$). Анализ структуры причин обращаемости за психиатрической помощью выявил прирост числа зарегистрированных в течение года случаев психических расстройств различной этиологии (психозы, шизофрения, аффективные психозы, невро-

тические расстройства), так и случаев первичного обращения пожилыми гражданами за психиатрической помощью.

Показатели повторной и первичной обращаемости по основным видам психической патологии (органические и аффективные психозы, шизофрения, невротические расстройства) показывают интенсивный прирост случаев геронтологических обращений, что свидетельствует о влиянии демографических процессов на медицинскую практику.

Обсуждение. Динамическая оценка социально-демографических показателей Свердловской области и эпидемиологическая оценка поздних психических расстройств в Свердловской области за период с 1995 по 2015 годы показала значимый рост случаев психических расстройств в общей популяции психически больных, увеличение пожилых лиц среди впервые обратившихся за психиатрической помощью, что нашло отражение в общей эпидемиологической динамике наиболее значимых форм психической патологии.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ РЕЛИГИОЗНЫХ ГРУПП И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Соловьев А.Г., Бабкин Р.А.

СГМУ, г. Архангельск, Россия

Изучение связи религиозной деятельности и психического здоровья ведется давно, но научное осмысление ее предпринимается сравнительно недавно. До конца XX в общество пребывало в убеждении, что религиозное мировоззрение уступает под натиском прогресса. Доля верующих в структуре общей численности населения планеты должна была неуклонно снижаться. Однако, с 1970-х гг. социологи фиксируют обратную тенденцию: к 2050 году прогнозируется, что в мире будет около 88 % религиозных людей.

Цель исследования – изучение механизмов влияния религиозной деятельности на психическое здоровье.

Результаты и обсуждение. Психиатры, психотерапевты, психологи всегда заимствовали у религиозных организаций удачные приемы и методики, направленные на оздоровление и гармонизацию душевного состояния. Многие религиозные группы (РГ) используют целительские практики; ритуалы и обряды схожи с психотерапевтическими приемами. Религиозная деятельность позволяет ослабить действие социально-психологических факторов не только при психических (неврозы, расстройства адаптации, зависимости), но и соматических заболеваниях (например, онкозаболевания).

Каковы бы ни были эффекты для психического здоровья, нельзя не признать, что религия играет роль фактора, стабилизирующего группу. Верующий, погруженный в своеобразное религиозное пространство, приобретает прочную личностную и социальную идентичность. РГ позволяет человеку (вне контекста общественной пользы, экономической эффективности и пр.) структурировать его время бесконечно долго, однако, механизмы этого до конца не раскрыты.

В РГ осуществляется четыре типа интеракций: физические (например, изменение режима питания во время соблюдения религиозных постов, ритуальный прием психоактивных веществ, изменение режима сна-бодрствования и др.); когнитивные (чтение и обсуждение религиозной литературы, духовные наставления и др.); аффективные (исполнение религиозных песен, групповые молитвы и др.) и социально-поведенческие взаимодействия (изменение коммуникационного поля, приемы привлечения новых последователей, религиозные обряды и др.).

Не исключено, что данные взаимодействия основаны на механизмах фрустрации, подчиненной определенному ритму. Пульсирующий характер фрустрационных реакций тесно связан с ритуально-обрядовой практикой. Таким образом, аффекты и другие эмоциональные реакции кристаллизуются в когниции (рациональные мотивы), а те, в свою очередь, определяют поведение верующих.

Заключение. Таким образом, важно изучать аффективные реакции как специфические душевные переживания, присущие членам РГ, в плоскости вероятных положительных лечебно-реабилитационных эффектов. Результаты могут быть использованы для формирования идеальной модели терапевтической среды при лечении и реабилитации различных психических расстройств: неврозов, состояний зависимости, посттравматических стрессовых расстройств и др.

ОПЫТ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ В СООБЩЕСТВЕ

Солохина Т.А., Ястребова В.В.

НЦПЗ, Москва, Россия

Реформирование отечественной психиатрической службы предполагает активное использование ресурсов сообщества, в том числе, потенциала общественных организаций (НКО). Уже в настоящее время в НКО лицам с психическими расстройствами предоставляется медицинская, психологическая и психотерапевтическая помощь, поддержка в сфере социальной защиты, спорта, искусства, культуры, права, что облегчает интеграцию в общество.

Модель комплексной психиатрической реабилитации (МКПР) была внедрена непосредственно в сообществе при поддержке общественной организации «Семья и психическое здоровье». Разработанная нами модель представляет собой комплексный, долгосрочный, поэтапный, индивидуализированный процесс клинического и психосоциального восстановления, состоящий из ряда модулей: лечебно-консультативная помощь, включая психофармакотерапию; психосоциальное лечение (психообразование, комплаенс-терапия, тренинги по развитию навыков и проч.); психотерапия (арт-терапия, танцевально-двигательная терапия, музыкотерапия, мультимодальная терапия и проч.); работа с семьей (психообразование, психологическое консультирование, развитие навыков, групп-аналитическая психотерапия); досуговая и культурно-просветительская работа; терапия средой; собрания сообщества; помощь в трудоустройстве. В литературе имеются сведения, что использование комплексных программ психосоциального лечения в сочетании с традиционной медикаментозной терапией дает положительный эффект и позволяет добиться лучших результатов, нежели, чем разрозненные интервенции, не связанные между собой (К.Т. Mueser et al., 2002). Комплекс вмешательств в МКПР осуществляется психиатрами, психологами различной специализации, социальными работниками и направлен на улучшение социального функционирования, повышение качества жизни и социальной компетентности пациентов.

Цель исследования – оценка в динамике клинических, социально-психологических и иных характеристик участников модели комплексной психиатрической реабилитации для пациентов с хроническими психическими заболеваниями и оценка ее эффективности.

Материал и методы исследования. Проводилась оценка клинических, клинко-эпидемиологических, социально-демографических и социально-психологических характеристик у 208 пациентов к началу участия в МКПР и не менее, чем через 3 года после участия в ней. Используются клинко-психопатологический и психологический методы исследования. Синдромальная квалификация изученных состояний проводилась в соответствии с «Глоссарием психопатологических синдромов» (М., 1990). Использована батарея из клинических и психологических опросников и шкал: осознание болезни при психозе (M. Birchwood et al., 1994), отношение к лекарственным препаратам (Т. Hogan et al., 1983), оценка социального функционирования SAS-SR (Weissman M., Bothwell S., 1976), PANSS, шкала когнитивной оценки (МОСА) и проч. Для статистической обработки данных использовались методы и алгоритмы, реализованные в среде MS Excel.

Результаты исследования. Анализ показал, что регулярно посещают комплексную реабилитационную программу 48 человек, с определенной периодичностью (1-2 раза в месяц и реже) – 61 человек, участие в ней завершили 99 пациентов. Длительность участия в МКПР составила $3,9 \pm 3,5$ лет. На начало участия в реабилитационной программе возраст участников составлял $35,6 \pm 2,1$ года, длительность заболевания – $17,5 \pm 2,5$ лет.

В изученной выборке преобладали пациенты с диагнозом шизофрения – 89,4 %, из них большинство страдали параноидной формой шизофрении (74,0 %). Оценка вариантов течения следующая: непрерывный тип – 37,9 %, эпизодический тип течения с нарастающим дефектом – 33,1 %, эпизодический тип со стабильным дефектом – 18,7 %, у 10,0 % течение квалифицируется как вялое. Наиболее распространёнными оказались расстройства астено-анергического круга, протекающие с повышенной утомляемостью, снижением активности, апатией, гипобулией и неглубокими атипичными депрессиями (43,7 %). Более чем у трети пациентов состояния характеризовались проявлениями когнитивного дефицита, снижением волевого контроля, аутизацией и эмоциональным обеднением. У 20,1 % больных наблюдалась остаточная продуктивная, проявлявшаяся отдельными галлюцинаторными, бредовыми, аффективными синдромами.

Установлено, что все пациенты находились в состоянии разной степени выраженности ремиссии. Негативная симптоматика в структуре ремиссии проявлялась изменениями псевдопсихопатического характера (шизоидная структура личности типа фершробен – 28,4 %, структура личности подобная дефицитарным шизоидам – 30,8 %) и псевдоорганического характера (по типу снижения уровня личности – 19,7 %, изменения личности астенического типа – 21,1 %).

Социальные характеристики пациентов на момент обращения за помощью отражали разную степень социальной дезадаптации, но для большинства из них был характерен низкий уровень социального функционирования: инвалидность по психическому заболеванию имели 76,4 % участников МКПР; 90,3 % не работали; 89,4 % пациентов никогда не состояли в браке; 79,3 % проживали с родителями и круг их общения ограничивался только семьей. Оценка показала, что у 69,7 % участников МКПР социальные навыки были сохранены частично и требовалось их восстановление и развитие. Таким образом, совокупность клинических и социальных характеристик свидетельствует о тяжести изученного контингента.

При динамическом наблюдении установлено, что у участников МКПР значительно сократилась частота госпитализаций в психиатрические стационары: с $0,22 \pm 0,19$ до $0,14 \pm 0,16$ в среднем на пациента в год, что на 38,2 % реже, чем до начала участия в ней. В числе причин сокращения частоты госпитализаций могут рассматриваться следующие факторы: появление у пациентов информированности о заболевании, увеличение объема знаний относительно лечения психических заболеваний, осознание болезни и

понимание необходимости длительной психофармакотерапии. Так, участие в групповой психообразовательной работе и комплаенс-терапия способствовали формированию устойчивого осознания болезни и пониманию необходимости лечения у 72,1 % участников. По шкале осознания болезни при психозе статистически достоверно ($p < 0,001$) улучшились показатели осознания болезни (в среднем, с $2,7 \pm 0,94$ до $3,7 \pm 0,54$), распознавания симптомов как проявления психического заболевания (в среднем, с $2,5 \pm 0,88$ до $3,6 \pm 0,66$), понимания необходимости регулярной длительной терапии (в среднем, с $2,8 \pm 0,70$ до $3,8 \pm 0,37$). У пациентов начали формироваться навыки совладания с болезнью, они научились выделять и отслеживать симптомы-предвестники обострения, стали лучше понимать свое состояние, занимать активную, осознанную позицию относительно назначаемого лечения.

Участие в других видах групповой психосоциальной и психотерапевтической работы способствовало восстановлению у пациентов коммуникативных и иных навыков, трудоустройству, повышению социальной компетентности, стрессоустойчивости, что улучшало социальное функционирование участников МКПР. Отмечено развитие и восстановление навыков независимой жизни: 89,0 % пациентов хорошо справлялись с домашними обязанностями, овладели основными бытовыми навыками и самостоятельно применяли их в быту.

Выводы. Результаты исследования продемонстрировали, что участие в МКПР способствует снижению числа повторных госпитализаций тяжелого в клиническом отношении контингента пациентов, а также повышает уровень их социально-психологической адаптации. Результаты исследования подтверждают важность развития форм помощи реабилитационной направленности непосредственно в сообществе в условиях деинституализации психиатрической службы.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В МНОГОПРОФИЛЬНЫХ СОМАТИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАХ

Филиппов В.Л., Филиппова Ю.В.

*НИИ гигиены, профпатологии и экологии человека ФМБА России,
ГМПБ №2, Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Концепция единого подхода к разработке теоретических и организационных основ диагностики, лечения и профилактики психических расстройств у различных групп населения предусматривает решение основной задачи – формирование системы сохранения психического здоровья людей. На актуальность проблемы указывает рост распространенности заболеваемости пограничными психическими расстройствами (ППР) и психосоматическими расстройствами (ПСР) среди населения и, особенно, среди пациентов многопрофильных соматических стационаров (более 80 %).

Отечественные авторы (Филашихин В.В, Аведисова А.С., 2010) отмечают высокий темп роста обращаемости пациентов с психическими расстройствами в негосударственную психиатрическую службу г. Москвы, увеличивающиеся за последние 7 лет в среднем на 20 % в год (на 24 %, 81 %, 28 %, 4 %, 7 %, 20 % соответственно). Число госпитализаций за период с 2002 г. по 2008 г. увеличилось в 3 раза, а обращений в амбулаторную службу – более чем в 4 раза, в основном за счет 10-кратного увеличения повторных обращений.

По данным ВОЗ в квалифицированной психолого-психиатрической помощи хотя бы раз в жизни нуждается 15-20 % населения. Среди всех обращающихся в поликлиники доля лиц с отдельными психическими расстройствами достигает 30 %. Более 50 % больных, обращающихся в поликлиники, обнаруживают отдельные признаки депрессии. По прогнозу ВОЗ, к 2020 году депрессия выйдет на первое место в мире по трудопотерям среди всех заболеваний, обогнав сегодняшних лидеров – сердечно-сосудистые и инфекционные болезни. Около 60 % всех самоубийств совершают больные с депрессией. Врачами интернистами депрессия и другие ППР практически не выявляются, что приводит к значительному (в 2-3 раза) повышению стоимости лечения соматических заболеваний за счет частых госпитализаций и необоснованных лечебных назначений, а также использования ненужных исследований и консультаций специалистов и т.д.

Существующая негативная тенденция с психическим здоровьем требует выбора приоритетов в разработке крупномасштабных мероприятий по организации психотерапевтической помощи населению, профилактике, диагностике и лечению больных с ППР и ПСР. Комплексное дезадаптирующее влияние, обусловленное хроническим социально-психологическим, социально-экономическим и информационным стрессом, связанное с резким изменением сформированных ранее психологических установок населения, привело к резкому росту ППР и ПСР, саморазрушающему поведению людей.

Целью исследования было рассмотрение проблемы организации психотерапевтической помощи в многопрофильных соматических стационарах.

Материал, методы и результаты. Исследована распространенность и клинические особенности ППР среди пациентов многопрофильного соматического стационара. Обследовано 1443 больных, страдающих психосоматическими расстройствами (гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки, бронхиальная астма, диабет 2-го типа и др. Использован клинико-психопатологический метод исследования. Мужчин было 529 (36,6 %), женщин – 914 (63,4 %). Распределение всех исследованных лиц по возрастным группам показало, что большинство было старше 40 лет (64,9 %). На возрастные группы до 29 лет и от 30 до 39 лет приходится 35,1 % (17,1 % и 18,0 %, соответственно). Мужчин до 29 лет было 5,9 %, женщин – 11,2 %; мужчин в возрасте от 30 до 39 лет было 6,8 %, женщин 11,2 %; мужчин 40 лет и старше было 25,2 %, женщин 39,7 %.

Данное обследование подтвердило проведенные нами ранее исследования и показало, что более 80 % пациентов многопрофильного соматического стационара нуждались в психотерапевтической помощи. Среди обследованных пациентов больницы более 40 % страдали депрессиями различной степени выраженности и нозологической принадлежности, которые не были диагностированы ранее, а пациенты не получали адекватного лечения.

Более 30 % больных неоднократно госпитализировались в стационары и длительно лечились в поликлиниках. Необходимо подчеркнуть, что диагностика и лечение этой группы «трудных больных» в обычных условиях малоэффективны, а результат – хроническое течение заболеваний, недовольство медицинской помощью и жалобы.

Среди всех обследованных пациентов стационара преобладали лица с тревожно-депрессивными, невротическими и невротоподобными расстройствами. Пациентов с органическими психическими расстройствами было значительно меньше, и они находились в отделениях лечения лиц, перенесших инсульт и медицинской реабилитации. Нозологический спектр госпитализированных пациентов и тяжесть клинических проявлений определялись профилем отделений.

Важно отметить, что обращение больных за специализированной психотерапевтической помощью в ПНД остается низким. Нежелание пациентов лечиться в психиатрических учреждениях приводит к перегрузке поликлиник и общесоматических стационаров пациентами с ППР, которые интернистами не диагностируются. К врачам-психиатрам и психотерапевтам обращаются не более 5 % всех лиц, страдающих ППР. Подобные больные обычно госпитализируются и длительно находятся в стационарах, являются постоянными пациентами поликлиник, что приводит к значительному экономическому ущербу. Социально-экономический и медицинский ущерб, наносимый последствиями невнимания к развитию психотерапевтической помощи в поликлиниках и общесоматических стационарах очевиден.

Несмотря на то, что потребность в психотерапевтической помощи резко возросла, ее экономическое обеспечение явно недостаточно. Многочисленные попытки организовать широкую психотерапевтическую помощь населению в системе ПНД испытывают трудности, обусловленные менталитетом населения и возможными негативными для пациентов последствиями этического, социально-психологического, а в ряде случаев и правового характера. По различным причинам (отсутствие необходимых кадров, психиатрических льгот, оборудованных кабинетов и др.) эту помощь в необходимом объеме пока не удалось организовать и в многопрофильных соматических стационарах и в психотерапевтических кабинетах поликлиник.

В зарубежных клиниках каждого больного соматического стационара, как правило, лечат два врача: интернист соответствующего профиля и психотерапевт, а в многопрофильных больницах для лечения подобных больных организованы специализированные центры и отделения психотерапии. Основанием для этого послужили современные сложные психодиагностические и психотерапевтические методы, которыми интернисты и общепрактикующие врачи не владеют. Эффективность лечения психосоматических расстройств (т.н. «трудных больных») в психотерапевтических отделениях достаточно высокая, что позволяет повысить экономический эффект лечения.

Важно подчеркнуть, что игнорирование отечественного и зарубежного опыта в использовании психотерапии при лечении психосоматических больных в стационарных условиях уже привело и, неизбежно, будет приводить к хроническому течению заболеваний, а в последующем – к инвалидности пациентов. Вместе с тем, до настоящего времени полноценных отделений (служб) психотерапии в крупных многопрофильных больницах нет.

Заключение. Результаты исследования указывают на необходимость принятия неотложных мер по совершенствованию диагностики, лечения и профилактики ППР и ПСР. Учитывая высокую распространенность психосоматических расстройств, лечение которых эффективнее методами психотерапии, целесообразнее с экономических и лечебно-диагностических позиций организовать «отделения психотерапии психосоматических расстройств». Для исключения концентрации больных психосоматическими расстройствами и негативной взаимоиндукции, целесообразнее организовывать подобные отделения без коечного фонда, но с хорошим оснащением специализированных кабинетов.

Принимая во внимание высокую социальную значимость состояния психического здоровья населения, считать приоритетными организационные мероприятия по формированию системы диагностики и развитию дифференцированной психотерапевтической и психологической помощи пациентам в условиях стационаров и поликлиник (развертывание служб и отделений психотерапии в больницах по приказу МЗ России №438 от 16.09.2003 «О психотерапевтической помощи»).

ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПСИХИАТРИИ

Чернов П.Д., Лысенко И.С., Ляшковская С.Л., Чубрикова А.В., Семенова Н.В.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Отрасль информационных технологий является одной из наиболее динамично развивающихся как в мире, так и в России. В медицине информационно-коммуникационные технологии находят все более широкое применение, в частности, в рамках телемедицины.

Телепсихиатрия начала активно развиваться в мировой практике только в последние несколько лет. На данный момент информационно-коммуникационные технологии преимущественно применяются в соматической медицине, но в психиатрии они носят единственный характер и чаще всего заключаются в частных случаях. Актуальность использования информационно-коммуникационных технологий в психиатрии в России и стремление внедрить их в клиническую практику подтверждается рядом нормативных документов.

28.04.2011 г. вышел приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации №364 «Об утверждении Концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения». 01.11.2013 г. вышло распоряжение Правительства Российской Федерации № 2036-р «Об утверждении Стратегии развития отрасли информационных технологий в Российской Федерации на 2014-2020 г. и на перспективу 2025 г.». В которой отмечалась важность междисциплинарных исследований на стыке информационных технологий и других областей знаний, а одним из ключевых направлений является: биоинформатика и прикладные информационные технологии в медицине, фармакологии и генетике. 15.04.2014 г. вышло постановление Правительства Российской Федерации № 294 «Концепция развития системы здравоохранения Российской Федерации до 2020 г.». Включающее подпрограмму «Развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины». В 2016 г. был создан проект Федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационно-телекоммуникационных технологий в сфере охраны здоровья граждан и создания национальных научно-практических медицинских центров».

Среди уже внедренных активно применяются: электронная карта больного, электронный документооборот, дистанционное обучение, обмен опытом, проведение онлайн видеоконференций (консилиумы, клинические разборы), создание информационных ресурсов. В сфере психотерапии и медицинской психологии применяется телефонное и онлайн консультирование для экстренной психологической помощи, взаимодействия с клиентами из труднодоступных регионов, где возможность получения психологической помощи отсутствует или затруднительна и психологической работы с лицами с особыми потребностями: приобретённой инвалидностью, химическими и нехимическими аддикциями и др. Возможна дистанционная диагностика и оценка валидности результатов проведенного обследования, организация клиентских групп взаимопомощи.

Одним из ключевых направлений развития психиатрической помощи детскому населению является организация сайтов психологической поддержки, развитие интерактивного консультирования – проекты «телемедицина» и «телепсихиатрия», регионального мониторинга, системно-эпидемиологических исследований по разным нозологиям, построение моделей оптимизации деятельности специализированной службы с акцентом на внебольничную помощь.

В сфере наркологической медицинской помощи и реабилитации лиц, страдающих наркологическими заболеваниями телемедицина позволяет осуществлять наркологический контроль и лечения лиц, страдающих наркологическими заболеваниями, в том числе отбывающих наказание в местах лишения свободы.

Наиболее перспективными видами психиатрической помощи с использованием информационно-коммуникационных технологий являются: веб-кабинет (средство организации диспансерного наблюдения, позволяющее пациентам самостоятельно или с помощью родственников вносить данные о различных показателях здоровья, свои жалобы, обмениваясь этой информацией с врачом, имеющим доступ к записям пациента); единая подробная электронная медицинская карта больного, доступная по всем лечебно-профилактическим учреждениям; телемониторинг (выявление периодов неблагоприятного течения заболевания и коррекция возникших нарушений организма и нервной системы); медицинские услуги с помощью мобильных приложений.

Оценка эффективности и качества психиатрической помощи с использованием информационно-коммуникационных технологий указывает на высокую удовлетворенность пациентов от ее получения и приверженность к лечению. Так опубликованные исследования, посвященные сравнительному анализу оценок в личном контакте и дистанционной формы диагностики неврологических и психиатрических больных, показывают достоверное сходство оценок.

Внедрение телепсихиатрии повышает доступность психиатрической помощи, экономит ресурсы. Дистанционная форма работы предоставляет возможность анонимности и позволяет частично избавиться от опасений в связи с возможным социальным неодобрением и стигматизацией, вызванными самим фактом обращения за психиатрической помощью, что может иметь значение для проживающих в малых городах или сельской местности.

В 2013 году на сайте общественной организации «Российское общество психиатров» был проведен опрос «Информационные технологии и будущее психиатрии» в котором приняло участие 235 врачей. По его итогам было выявлено, что желание использовать информационно-коммуникационные технологии в психиатрии выше чем реальная частота их применения. Наибольшее расхождение между желаемым и реальным применением информационных технологий отмечается в онлайн консультировании больных, получении пациентами медицинской информации, профессиональном общении врачей через сеть «Интернет», а также при использовании информационных технологий в научных исследованиях. Отмечается потребность использования информационно-коммуникационных технологий в обучении, поиске справочной информации и для ведения медицинской документации.

Кроме этого востребованной является мобильная телепсихиатрия. Так, например, в Индии благодаря использованию беспроводного подключения к Интернету и мобильной платформы в виде специально построенного автобуса с помещением для приема пациентов, которое оборудовано телевизором, встроенной камерой высокого разрешения и аптекой при помощи сотрудника телепсихиатрической клиники пациенты 156 сел с населением около 300 000 человек могут получить консультацию врача, назначения, медицинские сведения и лекарственные средства.

Наиболее важными проблемами, с которыми сталкиваются специалисты по результатам мировой практики остаются создание правовой базы для оказания услуг, выработка стандартов дистанционной помощи, определение границ терапевтического взаимодействия и ответственности при работе в рамках GCP.

В.М. БЕХТЕРЕВ И СОВРЕМЕННАЯ ЭТОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

Шевченко Ю.С.

РМАНПО, Москва, Россия

В своей «Объективной психологии», впервые вышедшей в начале прошлого века, В.М. Бехтерев специальное внимание уделил инстинктивным основам поведения человека и животных (Бехтерев В.М., 1991). При этом, высказанные им положения, во-многом предвосхитившие последующие исследования этологов и бихевиористов, остаются актуальными до настоящего времени. Так, говоря об «инстинктивных рефлексах» как о сложных наследственных автоматизмах В.М. Бехтерев понимал под последними «сложные движения и действия, которые выполняются по преимуществу наподобие рефлекса под влиянием органических импульсов и которые имеют своим предназначением удовлетворять соответственным образом органические потребности или охранять организм от вредных влияний, приводящих к нарушению его жизненных процессов» (стр. 167). При этом *актуализация* той или иной биологической потребности вызывает «наступательные» движения, ее *удовлетворение* (насыщение) обуславливает покой организма, а *пресыщение* (также, как и все воздействия, грозящие нарушением благосостояния организма) приводит к «оборонительным» движениям. Наглядным примером этого служат проявления пищевой и сексуальной активности и уклонения от нее.

Указывая на роль «внешних влияний», возбуждающих инстинктивные реакции в виде ряда «шаблонных сложных движений», автор по сути говорил о влиянии релизеров – «ключевых стимулов» на реализацию «комплексов фиксированных движений – КФД» согласно современной этологической терминологии. При этом В.М. Бехтерев подчеркивал, что в инстинктивных актах, направленных к определенной цели, связанной с биологической потребностью, природой намечены только основные пути для выполнения движений, сами же они, хоть и реализуются в основе без предшествующего опыта, могут варьироваться в зависимости от внешних условий и совершенствоваться под влиянием индивидуального опыта и подражания, т.е. приобретать характер «сочетательно-органический». Иными словами, речь идет о постнатально приобретенных, условно-рефлекторных компонентах врожденного естественного навыка. Социализация инстинктивного поведения у человека элевирует лежащие в его основе биологические потребности, преобразуя голод в аппетит, половое влечение в любовь, страх загрязнения в чистоплотность. Регрессивная, в том числе болезненная трансформация последних выражается в булимии (патологическом обжорстве), сексуальной расторможенности, мизофобии. Подавление инстинктивных основ тех же форм поведения проявляется в истинной анорексии (с отсутствием чувства голода), сексуальной индифферентности, утрате навыков опрятности. Такое снижение порога активности особи с угасанием КФД, обусловленное обычно гормональными причинами, в этологии обозначается как «вакуум активности» (Lorenz K., 1965).

В высшей степени важным, как подчеркивал В.М. Бехтерев (1991), является выяснение того, какие элементы в инстинктивном поведении наследственны, и какие зависят от индивидуального опыта. Указанная дихотомичность врожденного и приобретенного нашло свое отражение в МКБ-10, включающей в единой рубрике «расстройства привычек и влечений» (F63), к которым относятся клептомания, трихотилломания, пиромания, патологическая склонность к азартным играм и проч. На самом деле, в каждом случае воровства, манипулирования с собственным телом, поджога или увлеченной игры, прослеживается сочетание врожденных и культурально обусловленных механизмов. С другой стороны, даже доказав «безусловную» ненормальность того или иного

поведенческого феномена, клиницист сталкивается с необходимостью его дальнейшей психопатологической квалификации, то есть отнесения к собственно патологической привычке, к сверхценному образованию, к навязчивому, неодолимому или импульсивному влечению. Принципиальным положением этологии является постулат об адаптивном либо защитном контексте любого поведения (и нормального и аномального) в конкретной экологической ситуации (Eibl-Eibesfeldt I, 1989). При этом крайне важным для «понимающей психопатологии» является тот факт, что реализация любой инстинктивной поведенческой модели (как в «чистом» виде, так и в культурально оформленном) приятно само по себе и способно стать не только компенсаторным механизмом при дефиците положительных эмоций, но и сделаться самоцелью, поскольку соматовегетативно-инстинктивная биология человека – это «праздник, который всегда с тобой». В этом смысле актуален эволюционно-этологический тезис о том, что в основе большинства психических болезней, как и другой, в т.ч. донозологической патологии, лежит адаптивная биологически детерминированная, но искаженная реакция (Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Коробов А.А., Корнетов Н.А., 1990), что позволяет рассматривать психическую патологию как один из важнейших и облигатных факторов эволюции человека (Самохвалов В.П., 1995).

Важным представляется указание В.М. Бехтерева на то, что инстинкт не везде и не всегда обнаруживает безошибочно-полезное для организма руководство его движениями, подчас несомненно обманывает и приводит к пагубным последствиям. Одной из причин ошибок инстинктивного реагирования может быть «смешение полезных и вредных для организма внешних влияний» (например, приятный вкус и запах ядовитых для организма веществ). Из этологии известно, что ключевой стимул представляет собой крайне простую и ограниченную информацию. Инстинктивная ориентация на узкий диапазон сигналов, запускающих и прекращающих реализацию КФД может обмануть животное и привести не к удовлетворению биологической потребности, а к ущербу и даже смерти. С другой стороны, несовершенство церебрального аппарата, обеспечивающего такую избирательность инстинктивного реагирования, заведомо (даже без внешних артефактов) обрекает животное с врожденной или приобретенной патологией на гибель. Иное дело с человеком, нередко (а в результате стремительно ухудшающейся экологии и благодаря успехам неонатологии все чаще и чаще) рождающимся и выживающим с перинатальной энцефалопатией, проявляющейся минимальной мозговой дисфункцией подкорковых механизмов, обеспечивающих включение, функционирование и завершение реализации инстинктивных моделей поведения. В этих случаях КФД могут запускаться в ответ на неспецифические стимулы, реализовываться неадекватно напряженности соответствующих потребностей, не реагировать на сигналы о том, что цель инстинктивного поведения достигнута и активность должна смениться покоем, не корректироваться полученным индивидуальным опытом. Энцефалопатическая составляющая патологического поведения, имеющего инстинктивные корни, ставит вопрос о дополнении традиционных медикаментозных и психотерапевтических подходов методами нейропсихологической коррекции, особенно перспективными в отношении детей и подростков.

Иллюстрируя свои мысли примерами пищевой, половой и социальной активности животных, В.М. Бехтерев, по сути, выделяет три основных обобщенных смысла всех наследуемых форм поведения, обозначаемых как *инстинкт самосохранения*, *инстинкт сохранения рода* и *инстинкт сохранения вида*. Изучая биологические корни искусства, мы пришли к выводу о необходимости дополнения указанной иерархической триады четвертым обобщенным инстинктом, а именно *инстинктом сохранения мира*

(который на уровне человека может быть обозначен как экологический инстинкт). Речь идет об ориентированности форм и продуктов врожденного поведения на отражение таких характеристик устойчивости внешнего мира как ритм и симметрия.

В советское время в нашей стране этология признавалась исключительно в аспекте зоопсихологии, тогда как «этология человека» декларировалась в качестве «реакционного, антимарксистского направления» антропоморфизма и фактически находилась под запретом. Это в существенной степени обусловило, сохраняющееся по сей день, отставание этологического направления в отечественной психологии и особенно психиатрии, которого, судя по представленному анализу научного наследия В.М. Бехтерева, могло бы и не быть.

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА РОП «ПРОВЕДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РАЗБОРОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ)»

Яковлева Ю.А.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Телепсихиатрия – одна из методик дистанционного оказания медицинской помощи, основанная еще в 60-х годах прошлого века, модифицированная в условиях современных инновационных технологий. Телепсихиатрия способна облегчить процесс оказания медицинской помощи как в стационарной, так и в амбулаторной сети (Grady B, Singleton M., 2011). В январе 2014 года на базе института В.М. Бехтерева был разработан проект Российского Общества Психиатров по проведению разборов и клинически трудных случаев в регионах России с дистанционным участием.

Цель проекта – улучшение диагностики психических расстройств в регионах, интерпретация научными экспертами результатов диагностических исследований, обсуждение вопросов адекватного подбора терапии и улучшение качества проводимых реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы. Участниками проекта являлись: РОП, НИИ психоневрологического профиля, кафедры психиатрии ВУЗов, региональные ЛПУ. Руководителем проекта является: председатель правления РОП, директор СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, профессор, д.м.н. Незнанов Н.Г. Координатор: старший научный сотрудник отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста, к.м.н. Яковлева Ю.А.

Результаты. Были определены цели для проведения разборов, этапы подготовки и план проведения разбора, утверждены участники разборов – сотрудники НИПНИ им. В.М. Бехтерева, ведущие специалисты в области психиатрии.

Этапы подготовки к разбору:

1. Подача заявки регионального ЛПУ
2. Обработка заявки регионального ЛПУ

Предоставление необходимой документации (информированное согласие пациента на участие в разборе, информирование согласие пациента на видеосъемку, согласие на разглашение и обработку медицинских сведений – формы согласия предварительно были разработаны и одобрены ЛЭК, а также необходимые медицинские сведения, включая данные инструментальных и экспериментально-психологических исследований)

3. Выбор научного эксперта и ознакомление его с имеющейся документацией.

4. Согласование окончательных сроков и времени проведения разборов, а также предоставление дополнительной документации.

Непосредственными участниками клинических разборов с использованием телемедицинского подхода, помимо научного эксперта, являлись: координатор, лечащий врач, психолог, проводивший обследование пациента, сам пациент, сотрудники регионального ЛПУ, сотрудники НИПНИ.

Процедура проведения клинического разбора включала следующие положения:

1. Пациент представлялся на разбор лечащим врачом ЛПУ. В отсутствие пациента врач докладывал данные анамнеза жизни и истории развития заболевания пациента, данные инструментальных и лабораторных исследований, данные о терапии и динамике состояния пациента в ходе ее проведения. Данные экспериментально-психологического обследования по возможности предоставлялись психологом лично.

2. Вопросы участников разбора к лечащему врачу и психологу.

3. Беседа научного эксперта с пациентом.

4. Вопросы участников разбора к пациенту.

5. Обоснование лечащим врачом установленного диагноза и тактики выбранной терапии.

6. Иные мнения участников разбора.

7. Заключение научного эксперта.

8. Ответы научного эксперта на оставшиеся вопросы.

В рамках данного проекта было проведено 9 разборов.

Сложностями реализации проекта были следующие: недостаточная активность региональных ЛПУ в инициации и подаче заявок для разборов, в ряде случаев отказ пациентов от участия непосредственно перед разбором, недостаточная информация о наличии и возможностях данного проекта.

Положительными аспектами являлись: интерес сотрудников региональных ЛПУ к данному проекту, улучшение качества оказания помощи пациентам (катамнестически), внедрение результатов современных научных исследований в практическое здравоохранение.

Заключение. В целях улучшения качества оказываемой помощи пациентами с психическими расстройствами необходимо развивать и усовершенствовать методы консультирования с применением инновационных технологий, в условиях развития трансляционной медицины.

К ПРОБЛЕМЕ ЭВОЛЮЦИОННОГО РАЗВИТИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Ястребов В.С.

НЦПЗ, Москва, Россия

Введение. Предметом активного обсуждения психиатров, организаторов здравоохранения в последнее время является проблема формирования различных видов психиатрической помощи, происходившего в различные исторические периоды, в условиях проводимых в стране преобразований. Известно, что большое влияние на этот процесс оказывает ряд факторов, характерных для различных периодов развития государственных, социальных, экономических и общественных институтов. Отличительной особенностью реформ психиатрических служб конца XX и начала XXI века явилась актив-

ная разработка правовых и этических стандартов помощи, сокращение стационарных видов помощи, формирование и расширение движения потребителей психиатрической помощи, разработка программ дестигматизации, активное развитие психосоциальной реабилитации, изучение актуальных проблем экономической политики в психиатрии, формирование программ охраны психического здоровья населения. В условиях проводимых изменений предпринимались единичные попытки обсуждения проблемы эволюционного развития отдельных направлений психиатрии, которые ограничивались лишь обозначением проблемы эволюции психиатрической службы (Н.Г. Незнанов и соавт, 2006). Более углубленному, комплексному изучению закономерностей развития психиатрической науки и практики способствовал перенос многих положений законов биологической эволюции на социальные явления, общественно-политические события, технологические преобразования. Учение об эволюционных процессах сегодня находит применение в области социальных систем (институты общественных и социальных организаций, истории, культуры – Г.В. Осипов, 1970). Задачей этих институтов является оценка тенденций и качественных изменений, которые происходят в условиях общественных, социально-экономических и иных изменений.

Целью настоящего исследования является характеристика эволюционного развития отечественной системы психиатрической помощи, происшедшего в условиях формирования государственных и общественных институтов, прогресса психиатрической науки и смежных с ней дисциплин.

Материал исследования: совокупность научных публикаций, посвященных истории психиатрии, результаты собственных исследований.

Методы: эпидемиологический, статистический, экономический, системного анализа, метод анализа иерархий (МАИ).

Результаты и их обсуждение. Необходимо отметить, что создание полноценной психиатрической службы и эффективно действующей системы помощи представляет собой сложный, долговременный и затратный процесс, который требует значительных временных периодов, больших интеллектуальных и материально-технических вложений и затрат, должного развития научных знаний и достижений, высокого уровня социально-экономического обеспечения и общественного развития, высококвалифицированного персонала разного профиля и мн. др. Полноценная оценка этого сложного процесса требует всестороннего анализа многих факторов, который возможен лишь в рамках комплексных исследований, проводимых на основе закономерностей эволюционного развития системы психиатрической помощи, которое происходит в условиях меняющихся социально-экономических и иных условий. С учетом сказанного, настоящее исследование проводилось в рамках концепции научных основ организации психиатрической помощи, представляющей собой направление психиатрии, основной целью которого является изучение закономерностей формирования психического здоровья населения, определение факторов, влияющих на образование различных контингентов лиц с психическими расстройствами, а также на организационную и функциональную структуру психиатрических служб (В.С. Ястребов и соавт, 2016).

Известно, что психиатрические службы сами по себе организованы иерархически и, в зависимости от своего статуса, имеют различный уровень функциональных обязанностей, находятся на различном уровне административного и иного подчинения, материально-технического обеспечения. При этом важно отметить, что их функционирование происходит в условиях постоянно меняющейся социальной среды. В соответствии с этим в нашем исследовании был применен метод комплексного, интегрального

анализа и оценки деятельности психиатрических служб с использованием аппарата анализа иерархий и современных информационных технологий (Т.Л. Саати, 1993), который является одним из наиболее важных методов в теории принятия решений. В отличие от принятой за рубежом двухмерной матричной модели, нами был предложен подход, который, позволяет рассматривать психиатрическую службу как многомерную матричную модель, в организационном плане находящуюся в многомерном пространстве, каковым является социум с его многими характеристиками – медико-демографическими, культуральными, эпидемиологическими, географическими, экономическими и др. При этом был использован метод анализа иерархий (МАИ), несомненным достоинством которого является возможность динамического отслеживания происходящих в этом социуме изменений, определения их влияния на показатели психического здоровья и внесения соответствующих корректив в действующие службы психического здоровья (В.С. Ястребов, В.Г. Митихин, 2004). К сказанному добавим, что в качестве важного подхода при определении надежных индикаторов эффективности терапевтических и иных вмешательств в психиатрии, по мнению А.П. Коцюбинского и соавт. (2013), является концепция функционального диагноза, которая в рамках холистического подхода включает триаду диагностических характеристик – клинко-биологических, психологических и социальных.

Установлено, что в различные периоды становления отечественной психиатрической службы (монастырский, приказной, земский, советский, российский) происходило формирование различных видов психиатрической помощи – от развития системы призрения больных, формирования клинической, больничной, внебольничной психиатрии, психиатрической реабилитации до создания комплексной системы психиатрической помощи. Комплексное изучение различных аспектов психического здоровья населения, уровня инвалидизации вследствие психической патологии, динамики показателей суицидов, экономических аспектов экономической политики отечественной психиатрии, особенностей функционирования современной модели психосоциальной реабилитации, а также деятельности внебольничной и стационарной системы психиатрической помощи выявило важную закономерность. Установлена тесная связь уровня психического здоровья, показателей деятельности психиатрических служб с особенностями проводимой государством социальной и экономической политики, с характером принимаемых административных решений в отношении служб социальной сферы, здравоохранения и психиатрических служб.

Отличительной характеристикой современной системы психиатрической помощи является ее междисциплинарный подход к оказанию помощи и разработке новых методов лечения, социального восстановления больных, изучение влияния социальных, экономических и иных факторов на уровень психического здоровья населения. Большая роль в содействии эволюционному развитию службы принадлежит ведущим ученым-психиатрам, клиницистам, организаторам помощи (С.С. Корсаков, П.Б. Ганнушкин, Д.Е. Мелехов, А.В. Снежневский и др.).

Заключение. При изучении закономерностей развития действующей системы психиатрической помощи, особенностей ее функционирования, а также при разработке перспективных её направлений продуктивным является системно-эволюционный подход, который дает возможность установления роли социально-экономических и иных факторов в формировании системы психиатрической помощи, определения особенностей взаимодействия психиатрической науки, смежных с ней областей знаний и практики работы психиатрических служб.

БИОЛОГИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

ГЕНЕТИКА ОБМЕНА ДОФАМИНА И СИМПТОМЫ АМОТИВИРОВАННОСТИ/ АНГЕДОНИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Алфимова М.В., Коровайцева Г.И., Абрамова Л.И., Аксенова Е.В.,
Великая Н.В., Гридчик М.А., Тер-Каспарьянц Н.С.

НЦПЗ, ПКБ № 1 ДЗМ, Москва, Россия

Амотивированность, включающая в себя симптомы безволия, ангедонии и социальной отчужденности, рассматривается в качестве одного из двух субдоменов негативной симптоматики при шизофрении. Известно, что негативные симптомы оказывают значительное влияние на качество жизни пациента. Ввиду недостатка эффективных психофармакологических средств контроля негативной симптоматики, существует большая потребность в исследованиях, направленных на идентификацию новых молекулярных мишеней терапии негативных симптомов. Выявление генов, влияющих на снижение побудительной мотивации при шизофрении, представляет большой интерес для решения данной медико-биологической проблемы.

Основное внимание в связи с нарушениями мотивации при различных психических расстройствах привлечено к дофаминергической нейротрансмиссии. Причем первоначально теоретический контекст этих работ заключался в представлениях о роли мезолимбической дофаминовой системы в реакции на «награду». К настоящему времени взгляды на роль дофамина в мотивации существенно изменились. Признается, что дофаминергическая трансмиссия может быть связана с целым рядом психических процессов, посредством которых формируются побудительные мотивы и поведенческий ответ организма на вознаграждающие стимулы. Так, например, D. Barch и E. Dowd (2010) полагают, что нарушения обмена дофамина при шизофрении могут быть фактором, объясняющим дисфункцию целого ряда узлов и связей внутри «мотивационной» префронтальностриатной системы, включающей стриатум, орбитальную и дорсолатеральную префронтальную, а также переднюю поясную кору. J. Salamone и M. Correa

(2013) обращают внимание на роль мезолимбической дофаминовой системы не только в гедонической, завершающей (консумматорной) фазе поведения, направленного на получение награды, но и в инструментальной фазе, включающей процессы активации поведения, расчет требуемых усилий и настойчивость в следовании цели. Изменения взглядов на мозговую организацию мотивационных процессов отражают усложнение представлений о психологическом строении побудительной мотивации, которая включает в себя, но не исчерпывается такими конструктами как оценка вознаграждающего эффекта стимула, проявляющаяся, в частности, в виде предвкушения (антиципирующего удовольствия), оценка требуемых усилий и принятие решения на основе соотношения выгоды и цены.

С учетом существующих взглядов нами было спланировано молекулярно-генетическое исследование нарушений мотивации при шизофрении, дифференцирующее гедонические и активационные/энергетические компоненты мотивации. Гедонические были разделены на антиципирующее и консумматорное удовольствие, а активационные – на импульсивное стремление к удовольствию и настойчивость в достижении цели. В молекулярно-генетических исследованиях общей популяции эти компоненты изучены весьма неравномерно. Как правило, оценивали либо генетические корреляты нейропсихологической системы активации (BAS) в целом, либо такие личностные черты как экстраверсия, поиск новизны и поиск ощущений, в наибольшей степени отражающие импульсивное стремление к удовольствию. Данные в целом подтверждают роль полиморфизма генов *COMT*, *DRD4*, *DRD3*, *DRD2* и *DAT1* в вариативности оценок перечисленных конструктов. В отдельных работах продемонстрирована ассоциация генов *COMT* и *DRD3* с особенностями активации мозга в ответ на вознаграждение и *DAT1* при его ожидании; выявлена связь генов *DRD2*, *DRD3*, *DRD4*, *COMT*, *DAT1*, *DDC*, *DBH* и *SLC18A2* с готовностью прилагать усилия для получения отсроченного вознаграждения. Однако в последнем случае исследования проводились преимущественно на лицах с различными аддиктивными расстройствами. И в целом в клинических исследованиях генетика обмена дофамина интенсивно изучается у лиц с зависимостями, в то время как работ, в которых бы исследовали молекулярно-генетические механизмы амотивированности при шизофрении, пока мало, и они преимущественно проводятся в рамках анализа негативного синдрома, без дифференциации компонентов побудительной мотивации.

В данное исследование были включены больные расстройствами шизофренического спектра и здоровые испытуемые без наследственной отягощенности психическими расстройствами, европейского происхождения, с образованием не менее 9 классов. Для оценки антиципирующего и консумматорного удовольствия были использованы одноименные шкалы опросника Времени переживания удовольствия (TEPS), для оценки импульсивного стремления к удовольствию – шкалы Поиск новизны из Опросника темперамента и характера (TCI) и Поиск развлечений BIS/BAS, для оценки упорства в достижении цели – шкалы Настойчивость TCI и Драйв BIS/BAS. В различных по численности группах больных и здоровых изучали связь данных показателей с полиморфными локусами в генах *DRD2*, *DRD4*, *COMT* и *DBH*. Кроме того, у здоровых проверяли влияние дофаминового индекса на оценки по перечисленным шкалам. Индекс был составлен из генотипов по четырем полиморфным локусам в генах *DRD2*, *DRD4* и *COMT* с учетом литературных данных о связи конкретных аллелей этих генов с активацией стриатума при обработке информации о награде. Предварительно нами было показано, что больные в целом характеризуются повышением оценок по активирующим компонентам мотивации, а у части больных могут быть снижены гедонические компоненты, в первую очередь консумматорное удовольствие.

Основные результаты данного этапа исследования сводятся к следующему. Выявлен вклад полиморфного локуса *DRD2* rs2514218 в дисперсию оценок консумматорного удовольствия. Оценки консумматорного удовольствия были выше у носителей минорного (протективного в отношении шизофрении) аллеля, и этот эффект был выражен только в группе больных. Аналогичная тенденция наблюдалась для антиципирующего удовольствия. Результаты также указывают на возможную связь полиморфного локуса *DRD2/ANKK1* Taq1A с консумматорным удовольствием в группе больных шизофренией женщин и с самооценкой прилагаемых усилий (ТСИ Настойчивость) в общей группе больных, с наиболее высокими баллами консумматорного удовольствия и настойчивости у гомозигот по общему аллелю. У здоровых выявлены пограничные ассоциации Настойчивости с полиморфными локусами в гене *COMT* и промоторе гена *DRD4*, а также Поиска развлечений с локусом *DRD2/ANKK1* Taq1A.

Результаты указывают на потенциальное влияние генетического полиморфизма D2-рецепторов как на гедонические, так и на активационные компоненты мотивации при шизофрении. Учитывая, что консумматорное удовольствие не коррелировало с настойчивостью ни в группе больных, ни в группе здоровых, можно предположить плейотропное действие гена *DRD2* на эти составляющие мотивации через его включение в разные нейронные цепи в разных узлах мозговой «мотивационной» системы. В связи с этим представляется перспективным изучение межгенных взаимодействий на амотивацию при шизофрении, в частности, с учетом данных, полученных *in vitro* и на модельных животных, о взаимодействии *DRD2* с генами, кодирующими рецепторы глутамата, и с геном рецептора серотонина типа 2с.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 16-06-00100а.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ДЕЛИРИЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА КЛАПАНАХ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Андреев Р.В., Цыган Н.В., Литвиненко И.В., Одинак М.М.,
Рябцев А.В., Курасов Е.С., Пелешок А.С.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Развитие симптоматического делирия раннего послеоперационного периода при операциях на клапанах сердца в условиях искусственного кровообращения является прогностическим неблагоприятным фактором и увеличивает срок пребывания пациента в стационаре. Симптоматический делирий раннего послеоперационного периода является одним из острых клинических типов послеоперационной мозговой дисфункции, возникающим в результате нарушения церебральной микроциркуляции при кардиохирургических операциях.

Цель исследования. Оценить особенности развития симптоматического делирия при операциях на клапанах сердца в условиях искусственного кровообращения.

Материалы и методы. Нами обследовано 83 пациента (53 мужчины, 30 женщин) в возрасте от 17 лет до 81 года (средний возраст составил 63 [54; 70] года), которым выполняли хирургические операции на клапанах сердца в условиях искусственного кровообращения. Средняя продолжительность операций составила 230 [200; 288,75] минут,

искусственного кровообращения – 97 [83; 118] мин, полного искусственного кровообращения – 65 [55; 89] мин. Профилактику воздушной эмболии проводили по стандартной методикой.

Результаты исследования. В предоперационном периоде лобная дисфункция была диагностирована у 23 (27,7 %) пациентов. Симптоматический делирий раннего послеоперационного периода диагностирован у 9 (10,8 %) пациентов. Согласно результатам оценки по батарее FAB в предоперационном периоде все обследованные пациенты были разделены на две группы: группа «контроль» (16-18 баллов) – 60 пациентов; группа «лобная дисфункция» (15 баллов и менее) – 23 пациента. Симптоматический делирий раннего послеоперационного периода был диагностирован у 3 (5 %) пациентов в группе «контроль» и 6 (26 %) пациентов в группе «лобная дисфункция» (отношение шансов 6,15; 95 % доверительный интервал 1,24-44,56; $p=0.024$).

Заключение. Наличие лобной дисфункции в дооперационном периоде служит клиническим маркером риска развития симптоматического делирия раннего послеоперационного периода, что требует проведения дополнительных мероприятий по комплексной защите головного мозга и своевременной профилактике послеоперационной мозговой дисфункции у данной группы пациентов.

ПОЛИМОРФНЫЕ ВАРИАНТЫ ГЕНОВ РЕЦЕПТОРОВ ДОФАМИНА DRD2 И DRD4 У ЛИЦ УПОТРЕБЛЯЮЩИХ И НЕ УПОТРЕБЛЯЮЩИХ СИНТЕТИЧЕСКИЕ КАТИНОНЫ

Асадуллин А.Р., Ахметова Э.А.

Башкирский ГМУ, г. Уфа, Россия

В связи с лавинообразно возрастающей тенденцией формирования зависимости от синтетических «дизайнерских» катинонов (СК), крайнюю актуальность приобретают исследования механизмов развития данного расстройства. В настоящее время признана общность биологических механизмов формирования зависимости от ПАВ. Вследствие доминирующего участия дофамина в системе вознаграждения, представляет большой интерес сравнительное исследование полиморфизма генов рецепторов дофамина и его транспортеров у лиц принимающих СК и здоровых лиц.

Целью нашего исследования являлся анализ частоты встречаемости генотипов и аллелей генов рецепторов дофамина *DRD2* (rs1800497 (11q23.2)) и *DRD4* (120 п. о. VNTR(11p15.5)) у лиц, указанных выше групп сравнения.

Материалы и методы исследования. В работе использованы 349 образцов ДНК неродственных индивидов. Все исследуемые были разделены на контрольную и основную группы. Основная группа состояла из 181 аддиктов (23,7±0,8 лет), страдающих зависимостью от СК (F15 по МКБ-10), контрольная – из 168 соматически и психически здоровых людей (22,8±0,6 лет). При оценке статистической значимости различий исследуемых выборок использовали критерий Пирсона (χ^2) и значение p -уровня ($p<0,05$). Статистический анализ проводили в программе «Statistica» версии 8.0. ДНК выделяли фенольно-хлороформным методом предложенным Mathew, 1984. Генотипирование проводили методом амплификации ДНК с использованием технологии ПЦР анализа в амплификаторе типа Терцик (ДНК-технологии, Россия).

Результаты исследования. В результате анализа распределения частот аллелей и генотипов выявлены статистически достоверные различия между обеими группами.

Выводы: Установлено, что маркером повышенного риска формирования зависимости от СК является генотип DRD2*A1*/A1 ($\chi^2=60,02$; $p=0,0005$; OR:7,06; CI 7,09-12,25) и аллель A1 рецептора дофамина DRD2* ($\chi^2=56,58$; $p=0,0005$; OR: 3,27; CI: 2,37-4,52) В группе здоровых лиц выявлено статистически значимое увеличение частоты генотипа *S/*S ($\chi^2=6,79$; $p=0,01$; OR:0,25; CI: 0,08-0,75) VNTR 120 гена рецептора дофамина DRD4. Этот генотип, вероятно, является протективным. Сделано предположение, что носители аллеля A1*/ рецептора дофамина DRD2 могут быть отнесены к группе риска употребления СК.

МЕТРИЧЕСКАЯ СИСТЕМА РАША КАК ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ РАЗРАБОТКИ ПОРОГОВЫХ КРИТЕРИЕВ КЛИНИЧЕСКИХ ШКАЛ В ПСИХИАТРИИ

Ассанович М.А.

Гродненский ГМУ, г. Гродно, Республика Беларусь

Психометрические рейтинговые шкалы широко применяются в психиатрии. Результаты исследования с помощью рейтинговых шкал полезны для точной квалификации тяжести психопатологической симптоматики у пациента и контроля его состояния в динамике проводимой терапии. Каждая клиническая психометрическая шкала должна иметь объективные, надежные и точные пороговые критерии оценки выраженности измеряемого психопатологического конструкта. В настоящее время в клинической психометрике существуют два способа определения критериев интерпретации. Первый способ основан на внешнем клиническом критерии и реализуется с помощью ROC-анализа. Второй способ включает методы, основанные на распределении и стандартной ошибке измерения в рамках классической теории тестов. В последние годы в психиатрии стали активно использоваться новые подходы к разработке клинических рейтинговых шкал. Одним из наиболее перспективных подходов базируется на использовании метрической системы Раша. Данная система позволяет создать психометрическую шкалу, которая характеризуется стабильностью, независимостью от особенностей популяции, имеет равноинтервальную калибровку. Метрический аппарат системы Раша позволяет с высокой точностью определить пороговые критерии оценки выраженности измеряемого конструкта.

Цель настоящего исследования состояла в оценке диагностической эффективности и клинической валидности пороговых критериев шкалы оценки депрессии Гамильтона (HRSD), разработанных на основе метрической системы Раша.

Материал и методы исследования. Первичные данные включали протоколы исследования с помощью HRSD пациентов с легкой, умеренной и тяжелой степенями депрессии, а также здоровых испытуемых. Были сформированы две выборки первичных данных. Выборка 1 состояла из данных исследования группы испытуемых в количестве 551 человек. Эта группа включала здоровых лиц, пациентов с клинически верифицированным диагнозом депрессии различной степени тяжести. Возраст испытуемых находился в диапазоне 23-54 года. Среди них мужчин – 231 человек и женщин – 320 человек. Выборка 2 состояла из данных исследования новой группы испытуемых в количестве 333 человек. Эта группа включала здоровых лиц и пациентов с клинически верифицированным диагнозом депрессии различной степени тяжести. Возраст испытуемых находился в диапазоне 24-53 года. Среди них 145 мужчин и 189 женщин.

Дизайн исследования включал полный психометрический анализ методики HRSD на основе метрической системы Раша и разработку пороговых критериев интерпретации.

Пороговые критерии HRSD разрабатывались тремя способами. Первый способ включал использование стандартной ошибки измерения в рамках классической теории тестов (КТТ-критерии). Второй способ базировался на внешнем клиническом критерии и проведении ROC-анализа (ROC-критерии). Третий способ заключался в определении пороговых критериев на основе метрической системы Раша (Раш-критерии). Кроме того в исследовании оценивалась диагностическая эффективность оригинальных критериев шкалы HRSD.

Результаты и их обсуждение. Оценка воспроизводимости пороговых критериев показала, что КТТ-критерии и ROC-критерии характеризовались низкой воспроизводимостью. В двух выборках данных указанные пороговые критерии имели различные значения. Критерии, разработанные на основе КТТ, не обеспечили согласования с клиническими данными, в связи с чем были удалены из дальнейшего анализа. Пороговые критерии, созданные с помощью метрической системы Раша, обнаружили полную воспроизводимость. В обеих выборках данных они имели одинаковые значения.

Сравнительная оценка диагностической эффективности ROC-критериев, Раш-критериев и оригинальных критериев HRSD показала, что все критерии обнаружили достоверное рассогласование с клиническим внешним критерием. Оригинальные критерии шкалы имели самый высокий уровень рассогласования с клиническими данными, превышающий 40 %. ROC-критерии и Раш-критерии достоверно лучше согласовывались с клиническими данными, обнаруживая расхождение в 30 % случаев. Поскольку оценка диагностической эффективности проводилась на двух разных выборках данных, это позволило выполнить перекрестный анализ эффективности ROC-критериев. ROC-критерии, разработанные на одной выборке данных, были оценены на другой выборке. В результате было выявлено, что ROC-критерии, оцененные на выборке, на которой они не разрабатывались, отличались достоверно более низкой диагностической эффективностью по сравнению с «прямыми» ROC-критериями и Раш-критериями.

Недостаточная диагностическая эффективность новых пороговых критериев определила необходимость проведения психометрической модификации оригинальной шкалы для оценки депрессии Гамильтона. Полный психометрический анализ HRSD на основе модели Раша обнаружил, что 7 пунктов шкалы имели низкую конструктивную валидность. В результате общая суммарная оценка по шкале в недостаточной степени дифференцировала испытуемых по степеням выраженности депрессии. Недостаточные дискриминативные способности шкалы снизили ее диагностическую эффективность и определили достаточно высокий уровень рассогласования новых пороговых критериев с клиническими данными.

Учитывая обнаруженные психометрические проблемы HRSD из шкалы были удалены пункты с низкой конструктивной валидностью. Оставшиеся 10 пунктов были подвергнуты психометрическому анализу в системе Раша с построением равноинтервальной шкалы и разработкой новых пороговых критериев. Новые критерии, разработанные на основе метрической системы Раша, прошли клиническую верификацию. Оценка диагностической эффективности показала, что пороговые Раш-критерии модифицированного варианта HRSD достоверно согласовывались с клиническими данными. Уровень расхождения с клиническими данными не превышал 13 %. По показателю отношения шансов диагностическая эффективность новых критериев в 5 раз превосходила эффективность оригинальных пороговых критериев и в 3 раза эффективность Раш-критериев немодифицированной шкалы. Высокий уровень согласованности новых критериев был воспроизведен на двух выборках данных.

Выводы. Полученные в исследовании результаты показали, что пороговые критерии, разработанные на основе классической теории тестов непригодны к использованию в клинике. Пороговые критерии, созданные с помощью ROC-анализа имеют низкую воспроизводимость и полностью зависимы от распределения оценок в выборке испытуемых. ROC-критерии демонстрируют высокую диагностическую эффективность только на тех выборках данных, которые использовались в их разработке. Пороговые критерии, разработанные на основе модели Раша, обладают высокой воспроизводимостью, не зависят от особенностей популяции, имеют высокую диагностическую точность. Метрическая система Раша представляет собой технологию полного цикла, позволяющую разработать клиническую психометрическую шкалу, соответствующую принципам объективного и точного измерения. Оригинальная шкала оценки депрессии Гамильтона отличается серьезными психометрическими проблемами, снижающими ее диагностическую эффективность. Часть пунктов шкалы имеет низкую конструктивную валидность.

Модификация шкалы, включавшая удаление невалидных пунктов, позволила разработать пороговые критерии оценки выраженности депрессии, характеризующиеся высокой стабильностью и согласованностью с клиническими данными.

КРИТЕРИИ МИНИМАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ШКАЛЕ ОЦЕНКИ НЕГАТИВНЫХ СИМПТОМОВ (SANS)

Ассанович М.В.

Гродненский ГМУ, г. Гродно, Республика Беларусь

Введение. Клиническая значимость оценки негативной симптоматики при шизофрении является актуальной проблемой современной психиатрии и обуславливается высокой распространенностью негативного синдрома (от 28 % до 53 % пациентов имеют один и более выраженный негативный симптом), стойкостью и относительной малообратимостью в процессе терапии, значительным влиянием на функционирование пациента, определяющим неблагоприятный прогноз исхода заболевания. С целью решения данной проблемы разработаны клинические психометрические шкалы оценки выраженности психопатологической симптоматики. Одним из наиболее широко используемых инструментов является Шкала оценки негативных симптомов (SANS), созданная N. Andreasen в 1983 году. Данная шкала используется для оценки изменения состояния пациента в динамике проводимой терапии. В связи с этим особую значимость имеет определение того, характеризуют ли различия в оценках при повторных обследованиях действительные изменения выраженности негативных симптомов. Разница в оценках может быть обусловлена влиянием случайной ошибки измерения и не иметь отношения к изменению состояния пациента. Для определения точных и достоверных критериев в изменении состояния пациента в процессе проводимой терапии используется Индекс минимальных клинически важных различий (MCID – Minimal clinically important difference), представляющий собой наименьшие изменения в состоянии пациента, которые пациентом или клиницистом воспринимаются как полезные и свидетельствуют о том, что лечение эффективно. Методологической основой MCID на практике и в исследованиях является Индекс минимальных определяемых изменений (MDC – Minimal Detectable Change). Он рассчитывается для вероятности действительных различий, равной 95 % и учитывает стандартную ошибку измерения величины разности первого и последующего измерений.

Цель исследования: определить критерии минимально значимых клинических изменений (MCID) в оценках шкалы SANS в динамике проводимой терапии.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 72 пациента мужского и женского пола с диагнозом шизофрения, проходивших курс лечения в стационарных отделениях УЗ ГОКЦ «Психиатрия-наркология». Среди них: мужчин – 52, женщин – 20. Возрастной диапазон: 21-54 года. В соответствии с действующей классификацией диагноз «параноидная шизофрения» был выставлен 57 пациентам, «простая шизофрения» – 6 пациентам, «кататоническая шизофрения» – 5 пациентам, «недифференцированная шизофрения» – 4 пациентам. Оценка степени выраженности негативной симптоматики с использованием шкалы SANS проводилась дважды с интервалом 4-6 недель: при поступлении и накануне выписки из стационара. Параметры минимальных клинически важных различий рассчитывались для суммарных оценок каждой из пяти субшкал SANS (сумма оценок всех пунктов, за исключением глобальной оценки исследователя): «аффективное уплощение», «алогия», «абулия-апатия», «ангедония-асоциальность», «внимание» и для суммарной оценки всех 25 пунктов шкалы SANS. Для определения критериев минимальных клинически важных различий (MCID) рассчитывалось значение индекса минимальных определяемых изменений (MDC) для каждой из субшкал SANS и для шкалы SANS в целом.

Результаты. Величина минимальных клинически значимых различий для субшкалы «аффективное уплощение» составила 7 баллов, для субшкалы «алогия» – 5 баллов, для субшкалы «абулия-апатия» – 5 баллов, для субшкалы «ангедония-асоциальность» – 5 баллов, для субшкалы «внимание» – 3 балла. Величина минимальных клинически важных различий для шкалы SANS в целом составила 14 баллов.

Заключение. В ходе проведенного исследования были установлены критерии минимально значимых клинических различий для всех субшкал SANS и для шкалы SANS в целом. Шкала SANS характеризуется достаточной чувствительностью к изменениям в состоянии пациента в процессе проводимой терапии. Величины минимально значимых клинических различий для субшкал SANS находятся в диапазоне от 3 до 7 баллов, для полной шкалы SANS – 14 баллов.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАЗМОФЕРЕЗА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ФЕБРИЛЬНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Ахмерова И.Ю., Тулбаева Н.Р., Туктарова С.У., Муфазалов А.Ф.

РКПБ № 1 МЗ Республики Башкортостан, г. Уфа, Россия

В последние десятилетия все большее количество исследователей приходят к выводу о том, что в патогенезе шизофрении (Ш) большую роль играет эндотоксикоз, обусловленный нарушением метаболизма ряда биогенных аминов и нейромедиаторов. Применение плазмофереза (ПФ) у больных гипертоксической формой Ш оказывает отчетливый антипсихотический эффект и позволяет избежать летальных исходов. Примером такого подхода может быть следующее наблюдение.

Больная Р-ва Е.В., 1986 г.р. поступила в РКПБ №1 9.12.13, выписана 17.02.14. Наследственность психопатологически не отягощена. Беременность у матери протекала с токсокозом. Роды посредством кесарева сечения в связи с ягодичным предлежанием плода. В психомоторном развитии не отставала. ДДУ не посещала. Учиться начала в 7 лет. Закончила 11 классов и БГПУ, биологический факультет. Болела простудными забо-

леваниями, ветряной оспой, ангинами. ЧМТ, судорожные приступы, снохождения, сновидения отрицались. Замужем с 20 лет, имела 1 беременность, с токсикозом во 2-й половине. 15 июля 2013 г. поступила в роддом, в связи со слабостью родовых сил произведена амниотомия и родоусиление окситоцином. Через 13 часов в связи со слабостью родовых сил, гипоксией плода осуществлено родоразрешение посредством кесарева сечения в нижнем сегменте, произведена кистэктомия слева с применением спинномозговой анестезии. Послеоперационный период без осложнений, температура в норме, получала трамадол, окситоцин, антибиотикотерапию. Выписана на 8 сутки. 5 августа 2013 г. отмечалось повышение t 39,0, беспокоила боль в левой молочной железе, 6 августа появилась боль в животе при t 37,5. Стационарирована в городскую клиническую больницу с подозрением на острый аппендицит. Проведена лапароскопия, санация, дренирование брюшной полости, получала антибиотик. Больная выписана с диагнозом: «Послеродовой эндометрит». В конце ноября 2013 г. отмечалась субфебрильная температура, испытывала общее недомогание. На фоне соматического неблагополучия нарушился сон, стала тревожной, беспокойной, отмечались сновидные состояния – как будто муж поднялся на крышу дома что-то отремонтировать, сорвался и упал, ребенок сгорел во время пожара, а ее, живую, укладывают в гроб, который забивают и опускают в могилу. Кричала, звала на помощь, не узнавала близких. Внутренним взором видела картины разрушения зданий, пожара, себя со стороны, как одевает ребенка, выбегает из дома, раздаёт драгоценности грабителям в масках, перед глазами мелькали лица незнакомых людей. 9.12.13 родные вызвали специализированную психиатрическую бригаду. Доставлена в РКПБ№1 в недобровольном порядке. Следуя по дороге в больницу, пыталась выпрыгнуть из машины, было ощущение, что состарилась, заболела, ее не могут вылечить и возят в инвалидной коляске.

При поступлении соматическое состояние относительно удовлетворительное. t 37,2. На передней стенке живота старый послеоперационный рубец. Согласно данным осмотра гинеколога: молочные железы мягкие, отделяемое – молоко. Живот мягкий, безболезненный. Матка нормальной величины в антефлексии, подвижная, плотная. Придатки не пальпируются. Выделения сукровичные в небольшом количестве. Неврологическое состояние: глазные щели и зрачки равные. Фотореакция удовлетворительная. Недостаточность конвергенции. СХР равные, живые. Патологических рефлексов, менингеальных знаков нет. Координаторные пробы не выполняет по психическому состоянию.

Психическое состояние: крайне тревожна, напряжена. Назвала свое имя. Ориентирована в месте нахождения, текущую дату назвать не смогла. На вопросы отвечала не всегда по существу. Не могла объяснить свое состояние. Рассказывала о «беспокойном» ребенке, уставала, плохо спала. Две недели назад почувствовала тревогу, чужие мысли в голове, подсказки, трудность сосредоточения, ощущение управления мыслями и действиями. При закрытых глазах видела людей, страшные картинки «как из кадра фильма». Было ощущение, что ее живую закапывают в гроб. Мышление замедлено по темпу, непоследовательное, с элементами разорванности. Внимание истощаемое. Назначено парентеральное введение сенорма 10 мг/сут., аминазина 100 мг/сут. и циклодол 4 мг/сут. 10.12.13 то неподвижно лежала в кровати, то неожиданно вскакивала с кровати, порывалась куда-то бежать, размахивала руками, падала на пол, становилась обездвиженной, мутичной, то кричала «отдай моего мужа». Аутоориентировка сохранена, в месте нахождения ориентирована формально, говорила – «в больнице», но не находила свою палату, ложилась на чужую кровать. Кормилась с рук персонала, t 37, 4. 11-12.12.13 оставалась растерянной, беспокойной, издавала нечленораздельные звуки, на обращенную речь не реагировала, t 37,8. Переведена в отделение интенсивной терапии 13.12.13. Отменен прием нейролепти-

ков. В последующие дни лежала неподвижно с широко открытыми глазами, тонус мышц конечностей повышен. Речевому контакту была недоступна, инструкции не выполняла, на раздражители реагировала слабо. Кормилась через зонд, моча выводилась через катетер. В ОАК отмечалось снижение гемоглобина, эритроцитопения, лейкоцитоз, увеличение числа сегментоядерных и палочкоядерных форм нейтрофилов, лимфопения, повышение СОЭ. КФК превышало норму в 14 раз (3202 ед.л), ЛДГ в 2,4 раза (1073 ед.л), АСТ и АЛТ в 2 раза (118 ед.л и 105 ед.л). При УЗИ органов малого таза и брюшной полости обнаружено: рубец на матке, нефроптоз. При МРТ-исследовании данные за патологию мозга не выявлены. При ЭЭГ-исследовании: негрубые общемозговые изменения биопотенциалов в виде медленных волн в лобных отделах полушарий, без признаков асимметрии. Дисфункция срединных образований. 17.12.13 – статус фебрильный, состояние кататонического ступора сменялось возбуждением в пределах кровати, взгляд блуждающий, тонус мышц повышен. Температурная кривая носила неправильный характер. Проводилась инфузионная дезинтоксикационная, дегидратационная, ноотропная, вазотропная, антиагрегационная антибиотико-, витаминно-, антигистаминная и гормонотерапия. Объем вливаемой жидкости составлял 1600-2400 мл/сут. С 20.12.13 назначен сенорм 10 мг/сут, аминазин 50 мг/сут, депакин хроно 500 мг/сут. 27.12.13 начато проведение ПФ. ПФ проводили на аппарате «Наemonetics –PS2» при скорости вращения ротора 7 тыс. об/мин, в непрерывном изоволевом режиме. В качестве антикоагулянта использовался раствор Sodium Citrate 4 %. За сеанс удаляли 600 мл, за курс 1800 мл плазмы. Замещение плазмы осуществляли Refortani 6-10 % в соотношении 1:1. Курс ПФ состоял из 3-х сеансов с интервалом в 2-3 дня.

7.01.14 прояснилось сознание, стала рассказывать, как во внутреннем поле зрения видела пожар, обвал зданий, переживала за ребенка и родных, представляла себя то дома, то на работе, то в Космосе, совершала космические полеты, «полетела для завершения дела отца», испытывала ощущения полета, «летела на овальном космическом корабле», во время полета «присоединялись другие корабли и сливались в один», видела планеты и звезды. В Космосе «переработала информацию», которая была «записана на грампластинке, и люди увидели сцены военных действий ВОВ», после «возвращения из Космоса» пошла на работу, «там была койка, легла и оказалась в реанимации». 19.01.14 с улучшением состояния переведена в клиническое психиатрическое отделение. Назначен трифтазин 8 мг/сут, аминазин 100 мг/сут. Выход из психоза литический, завершение фебрильного периода совпало с нивелировкой соматических синдромов, редукцией признаков токсикоза и параллельно кататано-онейроидных расстройств. В периоде формирования ремиссии статус определялся характерными для этапа выхода из эндогенных психозов астеническими нарушениями. Последующее катамнестическое диспансерное наблюдение за больной на протяжении двух лет определенно свидетельствовало об улучшении качества жизни со стойкой бытовой реабилитацией.

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ТЕРАПИЯ

Бомов П.О.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

В последние десятилетия отмечается стремительный рост аффективных (депрессивных) расстройств в общей структуре психических нарушений. В связи с увеличением доли пожилых людей в популяции, частота возникновения патологии этого спектра

также неуклонно возрастает. Многие исследователи пытаются уточнить и расширить наши знания не только о клинических особенностях данного вида нарушений, но и изучить патогенетические звенья с учетом патопластического влияния позднего возраста.

Цель исследования: выявить клинические особенности депрессивных расстройств у больных позднего возраста (с дебютом после 45 лет).

Материал и методы исследования: в исследование были включены 38 пациентов с синдромом депрессии (тоскливой, тревожной, апатической) в возрасте от 52 до 69 лет (28 женщин и 10 мужчин). Длительность заболевания у большинства больных была от 1 до 30 лет. Пациенты обследовались дважды в стационарном отделении: при поступлении и после купирования основных психопатологических расстройств. Для обследования больных использовали клинико-anamnestический, клинико-психопатологический методы, шкалу Гамильтона (Hamilton Rating Scale for Depression, 1960), краткую шкалу оценки психического статуса (Mini-mental State Examination, MMSE, 1975).

Анализ результатов проведенного нами исследования показал значительное преобладание пациентов женского пола над мужским. Клиническая структура аффективной патологии была представлена гипотимией с тревожным аффектом, ипохондрической фиксацией на своих переживаниях, выраженным замедлением мышления и движений. Только лишь у 6 пациенток зафиксирован смешанный тревожно-тоскливый аффект. У 7 пациентов в структуру аффективного синдрома были включены бредовые идеи депрессивного содержания (самообвинения, самоуничужения, ипохондрический бред). Отмечено, что идеи ипохондрического содержания (сверхценные, бредовые) были диагностированы у более чем половины обследованных пациентов, что значительно затрудняло терапевтические мероприятия. Большинство пациентов имели умеренную выраженность депрессивного синдрома (54 %), выраженные расстройства были констатированы у 20 % больных, легкие – у 26 %.

Заключение. Указанные клинические особенности пациентов с депрессиями позднего возраста помогут, на наш взгляд, более квалифицированно осуществлять как психофармакологические, так и, в дальнейшем, психосоциальные вмешательства, что приведет к сокращению срока пребывания больных в стационаре, снизит возможность появления побочных эффектов терапии и будет способствовать адекватному прогнозированию исхода болезни.

ОСТРЫЕ ЭНДОГЕННЫЕ ПСИХОЗЫ И КАТАТОНΙΑ

Веракса А.Е., Егоров А.Ю.

*ГПБ №3 им. И.И. Скворцова-Степанова, ИЭФБ им. И.М. Сеченова,
СПбГУ, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия*

Острые эндогенные психозы (ОЭП) являются проявлениями различных нозологий. ОЭП, в том или ином качестве, могут включать в себя аффективные и бредовые симптомы, галлюцинаторные переживания; зачастую эти психотические состояния сопровождаются синдромами нарушения сознания и кататоническими явлениями. Целью настоящего исследования было проанализировать особенности психофармакотерапии пациентов психиатрического стационара, страдающих ОЭП с кататонической симптоматикой и без нее. Исследование проводилось на базе Санкт-Петербургской психиатрической больницы № 2 Св. Николая Чудотворца и Санкт-Петербургской психиатрической больницы № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова.

В исследование было включено 137 пациентов. Из них 69 мужчин (50,4 %), 68 женщин (49,6 %). Средний возраст исследуемых пациентов составил $34,2 \pm 11,1$ лет. Средняя длительность заболевания составила $4,5 \pm 7,2$ лет. Средний возраст начала болезни – $29,6 \pm 10,9$ лет. Динамическая клиническая оценка психического и соматоневрологического состояния производилась исследователями при поступлении больного в стационар (до начала лечения) и затем через каждые 7 ± 1 дней до его окончательного выхода из состояния психоза. Одновременно осуществлялась оценка состояния с помощью психометрических шкал: (шкала оценки кататонических расстройств – Bush-Francis Catatonia Rating Scale (BFCRS), BPRS и CGI).

В соответствии с результатами оценки по шкале BFCRS все пациенты были разделены на две группы: пациенты с кататонической симптоматикой ($n=66$, суммарный балл по BFCRS $\text{min}=1$, $\text{max}=24$) и без нее ($n=71$, суммарный балл по BFCRS=0). Кроме того, пациенты были распределены в четыре терапевтические группы в зависимости от классов препаратов, которые лечащие врачи назначали им для купирования психоза; 1 – бензодиазепины (БД, $n=28$), 2 – монотерапия нейролептиками или сочетание одного нейролептика и одного бензодиазепаина (НБД, $n=58$), 3 – комбинация вальпроевой кислоты с бензодиазепином или нейролептиком (ВБДН, $n=22$), 4 – полипрагмазия (ПП, терапия двумя и более препаратами одной группы или наличие четырех и более психотропных препаратов одновременно, $n=29$).

В каждой исследуемой терапевтической группе примерно в половине случаев отмечались явления кататонии: БД – 46,4 %, НБД – 48,3 %, ВБДН – 50,0 %, ПП – 48,3 %. При оценке состояния пациентов по шкале кататонии в динамике статистически достоверной разницы между терапевтическими группами не отмечалось. При оценке клинической картины с помощью психометрических шкал BPRS и CGI было отмечено, что более высокие баллы характеризовали группу пациентов с кататонической симптоматикой до начала лечения. В дальнейшем не наблюдалось статистически значимой разницы в динамике состояния согласно полученным результатам данных шкал. Оказалось, что кататоническая симптоматика наблюдалась у лиц более молодого возраста ($31,29 \pm 1,27$ против $36,92 \pm 1,33$ лет; $p < 0,05$) и с более ранним началом заболевания ($27,44 \pm 0,81$ против $31,66 \pm 0,92$ лет; $p < 0,05$).

Пациентам с кататонической симптоматикой и без нее назначалась терапия как типичными, так и атипичными антипсихотиками. В группе пациентов без кататонии атипичные антипсихотики назначались достоверно чаще, чем у пациентов с кататонией ($p < 0,05$), в терапии пациентов с кататоническими включениями чаще использовались классические нейролептики ($p < 0,05$). Дозировки (в хлорпромазиновом эквиваленте) были практически одинаковыми в обеих группах. Независимо от кататонической симптоматики значимо быстрее выход из психоза происходил в случаях монотерапии бензодиазепинами. Наибольшая продолжительность психотического эпизода отмечалась у больных из терапевтической группы полипрагмазии.

Таким образом, анализ фармакотерапии пациентов, страдающих ОЭП, показал высокую частоту встречаемости кататонических симптомов в их клинической картине: примерно у половины пациентов. Полученные данные говорят об отсутствии дифференцированного подхода в методах медикаментозной терапии у пациентов, имеющих те или иные явления кататонии. Наблюдающееся в психиатрической практике активное использование антипсихотиков, особенно типичных нейролептиков, вероятно, влияет на продолжительный выход пациентов из острого состояния. Из вариантов биологического лечения монотерапия бензодиазепинами должна рассматриваться как наиболее оптимальный вариант для купирования ОЭП вне зависимости от наличия или отсутствия кататонической симптоматики.

ИЗУЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА *LEPR* У БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ

Говорин Н.В., Озорнин А.С., Штань М.С.

ЧГМА, г. Чита, Россия

Во всем мире широко изучаются точечные мутации у больных шизофренией с целью выявления возможных генетических факторов риска, которые могут объяснить склонность к метаболическим нарушениям. Одним из вариантов таких мутаций является замена аргинина на глутамин в положении 223 гена, кодирующего рецептор лептина (*LEPR* (Q223R)).

Цель исследования – сравнить частоту встречаемости аллелей и генотипов полиморфизма Arg223Gln гена *LEPR* среди пациентов с первым психотическим эпизодом и относительно здоровых людей в Забайкалье.

Материалы и методы. Обследование пациентов проводилось на базе ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского» г. Читы с 2014 по 2016 годы. В исследуемую группу вошло 80 пациентов европеоидной расы обоих полов с первым психотическим эпизодом: 40 мужчин и 40 женщин, средний возраст которых составил $26,73 \pm 5,19$ лет. В контрольную группу вошли 70 психически и соматически здоровых людей европеоидной расы: 35 мужчин и 35 женщин, в возрасте $25,76 \pm 3,79$ лет, не имевших достоверных различий по возрасту и полу с клинической группой ($p < 0,05$). Все участники исследования являлись уроженцами Забайкальского края.

В работе соблюдались этические принципы, предъявляемые Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации и Правилами клинической практики в Российской Федерации. Исследование одобрено в локальном этическом комитете ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России 13.11.2013 (протокол № 57). От всех обследованных получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Взятие крови проводили утром натощак. В исследовании применялись молекулярно-генетический метод с последующей статистической обработкой полученных данных с использованием пакетов анализа STATISTICA 10 для Windows, Microsoft Excel 2010.

Результаты исследования. В результате молекулярно-генетического исследования в обеих группах обнаружены гомо- и гетерозиготные состояния для Arg223Gln гена *LEPR*. Распределение генотипов отличалось от ожидаемого в соответствии с законом Харди-Вайнберга (в контрольной группе $p = 4.0E-5$; в исследуемой группе $p = 0$), в связи с чем, при анализе данных не использовалась мультипликативная модель наследования.

Среди лиц, страдающих шизофренией в Забайкалье обнаружено следующее соотношение частот генотипов полиморфных участков Arg223Gln гена *LEPR*: Arg/Arg – у 60 % (48 пациентов), Arg/Gln – у 15 % (12 пациентов), Gln/Gln – у 25 % (20 пациентов); в контрольной группе Arg/Arg – 81,43 % (57 человек), Arg/Gln – 11,43 % (8 человек), Gln/Gln – 7,14 % (5 человек).

Согласно полученным данным относительный риск развития шизофрении у носителей генотипа Arg/Arg равен 0.42 [CI 95 %: 0.20 – 0.90], для Arg/Gln-респондентов – 0.86 [CI 95 %: 0.31 – 2.43] и для обладателей Gln/Gln генотипа – 4.33 [CI 95 %: 1.53 – 12.27]. Среди лиц с первым психотическим эпизодом в 3,5 раза чаще встречались носители гомозигот по мутантному аллелю. Учитывая, что нами не рассмотрена мультипликативная модель наследования, мы не можем говорить о частоте встречаемости аллелей Arg и Gln в общей популяции уроженцев Забайкалья и в популяции больных шизофренией.

При изучении гендерных отличий выявлено, что у пациентов женского пола с генотипом Gln/Gln риск развития шизофрении составляет 16,37 при доверительном интервале 2,01-133,12, тогда как у мужчин $OR=2,26$ (CI:0,54-9,52).

В исследуемой нами группе больных шизофренией гомозиготы по мутантному рецессивному аллелю встречались чаще, чем в контрольной группе, а генотипы Arg/Arg+Arg/Gln превалировали в группе сравнения.

Заключение. Показано, что генотип Gln/Gln полиморфизма Arg223Gln гена LEPR является фактором генетического риска ($OR=4,33$; при доверительном интервале 1.53 – 12.27) для шизофрении у лиц европеоидной расы уроженцев Забайкальского края. Причем, у лиц женского пола с генотипом Gln/Gln риск развития шизофрении выше, чем у мужчин и составляет 16,37 при доверительном интервале 2,01-133,12.

НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ ГЕНОМНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ШИЗОФРЕНИИ

Голимбет В.Е.

НЦПЗ, Москва, Россия

На протяжении последнего десятилетия полногеномный анализ ассоциаций (GWAS) является главным инструментом для исследования многих распространенных заболеваний с наследственным компонентом, в том числе и шизофрении. Методология GWAS предполагает тотальное скринирование генома без заранее сформулированных гипотез для обнаружения значимо ассоциированных с болезнью – «индексных» – полиморфизмов и установления их роли в этиологии и патогенезе заболевания. Первая задача решается достаточно успешно и к настоящему времени в геноме человека выявлены уже сотни участков, связанных с шизофренией. В их числе гены, кодирующие главный комплекс гистосовместимости (МНС), гены глутаматных рецепторов, потенциал-зависимых кальциевых каналов, никотиновых ацетилхолиновых рецепторов, гены, отвечающие за формирование синапсов и нейропластичность, а также вариации числа копий (CNV) – участки большой протяженности, которые могут содержать дополнительные копии гена, или же встраиваться в его структуру и прерывать функцию (фрагменты LOF – lost of function). Что касается доказательств, подтверждающих участие гена в патогенезе, то успехи в этом направлении гораздо более скромные. Одним из важных результатов GWAS является то, что лишь небольшое число выявленных вариаций в генах-кандидатах имеет функциональный характер, т.е. ведет к изменениям на уровне аминокислот. Напротив, обнаруженные полиморфизмы обогащены eQTL для тканей мозга и крови, что указывает на их роль в регуляции экспрессии генов (Ripke et al., 2014). Более того, показан значительный (около 50 %) вклад полиморфных сайтов, расположенных внутри регуляторных элементов генов, в наследуемость шизофрении (Gusev et al., 2014). Этот результат определяет важный приоритет в исследованиях – изучение нарушений регуляции генов на уровне транскрипции. Важным шагом в этом направлении является изучение метилирования ДНК. 5-метилцитозин в составе CpG-динуклеотидов представляет собой хорошо изученную эпигенетическую метку, тесно связанную как с генетической изменчивостью, так и с уровнем транскрипции генов (Bell et al., 2011). Известно, что статус метилирования цитозинов внутри так называемых CpG-островков в промоторе гена указывает на его активацию или репрессию. Метилирование в других районах — вокруг CpG-островков («CpG-пляжи» и «CpG-шельфы») и CpG-бедных районов — также может иметь функцио-

нальное значение, в частности, может регулировать связывание транскрипционных факторов, влияющих на активность соседних генов (Schybeler, 2015). Изучение таких районов позволяет идентифицировать новые функциональные элементы, вовлеченные в регуляцию данных генов (Burger et al., 2013). Метилирование ДНК, как и другие эпигенетические метки, часто отражает актуальный статус работы гена и, таким образом, является интегральным показателем различных средовых и генетически обусловленных сигналов на молекулярном уровне. Поэтому можно ожидать, что для шизофрении, как многофакторного заболевания, эпигенетические маркеры могут быть более точными предикторами, чем генетические маркеры. Сравнительная простота идентификации 5-метилированных цитозинон позволяет использовать их как удобные биомедицинские маркеры. Такие маркеры были найдены и уже нашли коммерческое применение для лечения ряда онкологических заболеваний. В качестве примеров поиска и изучения различий в метилировании ДНК в исследованиях психических заболеваний можно привести изучение связи посттравматического синдрома и метилирования в гене NR3C1 (Melas et al., 2013), суицидального поведения и метилирования в промоторе гена BDNF (Kang et al., 2013), шизофрении и гиперметилирования в промоторе HTR2A (Ghadirivasfi et al., 2011). В нашей лаборатории проводится поиск эпигенетических маркеров одного из ключевых проявлений шизофрении – когнитивного дефицита. Этапы исследования включают в себя поиск мишеней и получение ПЦР-продуктов для дальнейшего высокопроизводительного секвенирования выявленных участков. В исследовании предполагается использовать два источника ДНК: периферийную кровь и первичные клеточные культуры стволовых нервных клеток обонятельного эпителия, который является единственным доступным источником клеток ex vivo с общим эмбриональным происхождением с клетками мозга (Borgmann-Winter et al., 2015). Эти клетки будут использованы в качестве модели для функциональных исследований регуляции транскрипции. Использование первичных клеточных культур стволовых нервных клеток обонятельного эпителия может служить платформой для дальнейших фундаментальных и предклинических исследований.

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (проект №16-15-00056).

ТИРЕОТОКСИКОЗ СО СТОЙКОЙ КОМОРБИДНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ И БЕЗ ДЕПРЕССИИ. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ГОРМОНАЛЬНЫЙ И КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Григорьева Е.А., Павлова Е.А.

Ярославский ГМУ, ФГБУ Ярославская ОКБ, г. Ярославль, Россия

Ярославская область – район йодного дефицита, в связи с чем аутоиммунные и йододефицитарные тиреопатии являются основными причинами тиреотоксикоза.

Цель работы: исследование тиреоидного гормонального статуса у пациентов тиреотоксикозом с коморбидной депрессией и без депрессии. Обследовано 100 пациентов в возрасте от 19 до 65 лет с наличием тиреотоксикоза (диффузный токсический зоб – 30; узловой токсический зоб – 50; аутоиммунный тиреоидит в фазе гипертиреозидизма – 20). Изучались истории болезни, амбулаторные карты. Клиническая оценка дополнялась оценкой по шкалам HAM-D и HAM-A. Все больные получали терапию, назначенную эндокринологом, пациенты с депрессией дополнительно – сертралин (25-50 мг) в зависимости от доминирующего уровня депрессии. При первом клиническом обследовании

и на 40 день терапии одновременно осуществлялся забор крови на содержание T_{3cb} , T_{4cb} , ТТГ, ТГ. В результате исследования выявлено: депрессивное расстройство усиливает симптомы, свойственные гипертиреозу, а тиреотоксикоз изменяет структуру депрессии. Уровень депрессии был лабильный и колебался от легких до умеренных в течение нескольких часов, суток. При депрессиях констатировалось большее снижение работоспособности и активности наряду с эпизодами тревожного возбуждения, а также соматическая тревога, общие соматические симптомы, поглощенность собой, потеря веса тела. В обеих группах на начало исследования выявлен повышенный уровень T_{3cb} , T_{4cb} , но уровень T_{3cb} выше у пациентов без сопутствующей депрессии. На фоне лечения у всех пациентов имело место снижение T_{3cb} , T_{4cb} , особенно заметное при комбинированной терапии в основном за счет аутоиммунного тиреоидита в фазе гипертиреозидизма. Уровни ТТГ и ТГ в обеих группах как на начало исследования, так и на лечении не выходили за границы нормы, но наиболее высокие показатели (верхняя граница нормы) определялись при аутоиммунном тиреоидите. Уровень ТГ к 40 дню терапии у больных с коморбидной депрессией при аутоиммунном тиреоидите снижался наиболее значительно. Таким образом, депрессия, внося свои особенности в гормональный статус больных тиреотоксикозом, не изменяет общей тенденции: повышенный уровень T_{3cb} , T_{4cb} в обеих группах снижается в ответ на лечение. А уровни ТТГ и ТГ с вариациями не выходят за пределы нормальных показателей. Если учитывать эндокринологические диагнозы, из общей тенденции выявляются частности.

МАРКЕР НАРУШЕНИЯ ГЛУТАМАТЕРГИЧЕСКОЙ НЕЙРОТРАНСМИССИИ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Дмитриева Е.М., Смирнова Л.П., Серёгин А.А., Летова А.А.,
Семке А.В., Иванова С.А.

Томский НИМЦ, г. Томск, Россия

На сегодняшний день в мире актуальны протеомные исследования, связанные с поиском белков специфичных для психических расстройств. Диагноз шизофрении ставится по клиническим признакам, и не включает в дифференциальную диагностику лабораторных критериев. Трудности в создании новых эффективных методов диагностики и подбора персонализированной терапии связаны с недостаточным пониманием молекулярных механизмов патогенеза расстройства. Выявление белков-маркеров или регуляторных белков максимально приблизит к пониманию специфичных механизмов развития болезни и послужит основой для создания панели биохимических маркеров дифференциальной диагностики психических заболеваний.

Цель исследования – проведение сравнительного протеомного анализа белков сыворотки крови больных параноидной шизофренией и здоровых лиц.

Материал и методы: В работе проанализирован белковый спектр сыворотки крови 30 человек. Исследуемая группа состояла из 16 больных параноидной шизофренией, находившихся на лечении в отделении эндогенных расстройств НИИ психического здоровья НИМЦ г. Томска. В исследование включено 6 человек с непрерывным типом течения, 5 – с эпизодическим с нарастающим дефектом, 4 – с эпизодическим со стабильным дефектом, 4 – с периодом наблюдения менее года. Средний возраст больных составил $34,5 \pm 14,03$ лет (от 20 до 65), среди них мужчин – 52,6 %, женщин – 47,4 %. Средняя продолжительность расстройства к моменту исследования составила $6,3 \pm 6,2$ года. Группу контроля составили 14 психически и соматически здоровых донора, сопоставимые по полу и возрасту с исследуемыми группами.

Подготовка образцов включала очистку сыворотки от мажорных белков с помощью аффинной хроматографии, разделение белков с помощью 1-D электрофореза, трипсинолиз белков в геле с последующей экстракцией. Анализ белков сыворотки крови проводили с использованием масс-спектрометра орбитального типа Q Exactive™ HF hybrid quadrupole-Orbitrap. Количественный масс-спектрометрический анализ, с использованием меченых синтетических пептидных стандартов, проводили на масс-спектрометре QQQ TSQ Vantage (Thermo Scientific). Идентификация белков проводилась с использованием программного пакета Mascot ("Matrix Science", США). Изучение уровня глутамата в сыворотке крови проводилось с помощью набора Glutamate Colorimetric Assay Kit (Biovision, USA). Качественный анализ выявленных белков проводился методом вестерн-блоттинга на системе Trans-Blot Turbo (BioRad, USA). Статистическая обработка результатов была проведена с помощью точного критерия Фишера с поправкой Йетса и непараметрического критерия Манна-Уитни с использованием программы STATISTICA 10.0. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. При сравнении масс-спектрометрических профилей сыворотки крови больных шизофренией и здоровых лиц был обнаружен специфичный белок – белок метаботропного глутаматного рецептора б типа с молекулярным весом 95376 Da, отсутствующий у здоровых лиц.

Метаботропный глутаматный рецептор б типа (mGluR6) является ауторецептором, способным модулировать высвобождение нейротрансмиттера и, соответственно, опосредованно влиять на активацию NMDA-рецепторов. Выявление в сыворотке крови больных шизофренией, данного белка, говорит о повреждении метаботропных рецепторов у этих больных. Белок рецептора, по всей видимости, проникает в кровеносное русло через повреждённый ГЭБ.

Количественное определение mGluR6 в сыворотке крови, в тех же группах, показало достоверное увеличение концентрации белка у больных шизофренией по сравнению с концентрацией данного белка у психически и соматически здоровых лиц. Присутствие mGluR6 в сыворотке крови больных шизофренией, и его отсутствие у здоровых лиц также было подтверждено методом вестерн-блоттинга.

При определении концентрации глутамата в сыворотке крови больных шизофренией и здоровых доноров, было выявлено достоверное повышение его уровня у больных в 1,5 раза, что подтверждает глутаматную гипотезу шизофрении и полученные нами результаты.

Выводы. Результаты проведенной работы подтверждают гипотезу о наличии выраженных патологических изменений в системе глутаматергической нейротрансмиссии у больных шизофренией. Весьма вероятно, что при увеличении количества обследуемых лиц, выявленный белок сможет претендовать на роль маркерного белка шизофрении.

ХАРАКТЕРИСТИКА И ЗНАЧЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЬЮТЕРА БОЛЬНЫМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Дорофейкова М.В., Искандарова А.Р., Петрова Н.Н., Савельева О.В.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, СПбГУ, СПб ПНД №5, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Когнитивные нарушения признаются неотъемлемой характеристикой шизофрении (Heinrichs R.W., 2005), они определяют степень адаптации и функциональный исход заболевания (Green M.F., 1996). В последние годы активно изучается

использование компьютерных методик, направленных на когнитивную и социальную реабилитацию (Byrne L.K. et al., 2015), однако рутинное использование компьютерной техники пациентами остаются вне контекста этих исследований.

Цель исследования: изучить особенности использования компьютера в повседневной жизни и его взаимосвязи с когнитивным функционированием и социальной адаптацией у больных шизофренией.

Материал и методы: с помощью анкеты, характеризующей работу пациентов с персональным компьютером, клинико-шкальной оценки с применением Шкалы позитивных и негативных симптомов PANSS, методики «Краткая шкала оценки когнитивных функций при шизофрении» (BACS), Шкалы персонального и социального функционирования (PSP) были обследованы 61 больной шизофренией в возрасте $37,8 \pm 10,9$ года (длительность заболевания – $15,7 \pm 9,7$ года, 59 % мужчин), находящийся на лечении в медико-реабилитационном отделении ПНД № 5.

Результаты. Выявлено, что 28 пациентов (45,9 %) использовали компьютер в повседневной жизни. Среди активно использующих компьютер больных преобладали более молодые ($33,8 \pm 7,9$ против $41,1 \pm 12,1$ года, $p=0,007$) пациенты с меньшей длительностью заболевания ($12,6 \pm 7,5$ против $18,4 \pm 10,6$ года, $p=0,017$). Пациенты этой группы реже имели инвалидность, или инвалидизация была менее выраженной ($p=0,007$). Тенденция к большей выраженности негативной симптоматики ($p=0,059$) была выявлена в группе пациентов, не использующих компьютер ($20,0 \pm 5,0$ против $22,5 \pm 5,0$ балла по PANSS). Наиболее часто в качестве способов применения компьютера больные указывали получение информации (42,6 %), 2 пациента указали в качестве причины снятие напряжения, 3 – компьютерные игры. Для 57,1 % пользователей компьютера он был способом поддержания и расширения круга общения, а также получения информации с помощью социальных сетей. 53,6 % пациентов проводили время за компьютером в вечерние часы, 39,3 % не могли указать закономерность использования компьютера в течение суток. 35,7 % больных проводили за компьютером по несколько часов в день и еще 21,4 % не фиксировали это время. Пациенты, использующие компьютер, имели более высокую суммарную оценку когнитивного функционирования ($33,9 \pm 12,7$ против $18,5 \pm 19,9$ Т-балла, $p=0,051$) и статистически значимо более высокие показатели вербальной памяти ($35,4 \pm 9,8$ Т-балла, $p=0,032$), рабочей памяти ($34,6 \pm 7,5$ Т-балла, $p=0,022$) и речевой беглости ($40,1 \pm 9,2$ против $28,0 \pm 7,5$ Т-балла, $p=0,002$) при том, что возраст и длительность заболевания не были напрямую связаны с этими показателями.

Таким образом, применение компьютера характерно для более молодых больных шизофренией с меньшей длительностью заболевания и выраженностью негативных расстройств. Более половины пользователей компьютера среди пациентов используют его для поддержания социальных контактов. Использование компьютера сопряжено с большей сохранностью когнитивных функций пациентов: речевой беглости, рабочей и вербальной памяти.

ОСНОВНЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА ДЕПРЕССИИ

Дубинина Е.Е., Мазо Г.Э., Щедрина Л.В.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Депрессивные расстройства являются одними из широко распространенных и трудно курабельных состояний в психиатрии. Терапия антидепрессантами достаточно

часто бывает малоэффективной и связана с развитием большого количества побочных эффектов. Концептуализация феномена терапевтически резистентной депрессии (ТРД), которая началась практически с момента появления первых антидепрессантов, до сих пор оставляет много спорных вопросов. В течение длительного времени попытки выделения предикторов вероятностной терапевтической резистентности базировались на оценке роли клинических показателей. С современных позиций депрессивное расстройство – это заболевание, имеющее нейробиологическую основу, поэтому поиск биомаркеров является одним из путей, нацеленных на оптимизацию диагностического процесса, прогноза риска и течения заболевания.

В связи с этим в настоящее время большое внимание уделяется изучению патогенеза данного заболевания. Известно, что развитие депрессии связано со стрессорными воздействиями на организм. При длительном течении заболевания проявляется сенсбилизация организма к стрессорным воздействиям, но при этом наблюдается более углубленное нарушение регуляции и взаимосвязи нейробиохимических процессов, связанных с развитием депрессии.

Метаболический фон любой клетки напрямую зависит от характера информации, поступающей из окружающей внешней и внутренней сред организма. Носителями этой информации являются первичные посредники – гормоны, цитокины, нейротрансмиттеры. Процесс передачи сигнала через клеточную мембрану приводит к активации функциональной активности клеток, опосредованной включением вторичных внутриклеточных мессенджеров, концентрация которых находится под контролем первичных мессенджеров. Одним из представителей вторичных посредников являются активные формы кислорода (АФК) и продукты их метаболизма, в частности, продукты перекисного окисления липидов (ПОЛ), с которыми связано развитие окислительного стресса.

В последнее время большое внимание уделяют роли ОС в качестве одного из патогенетических звеньев при развитии ряда психических нарушений, в том числе депрессивного расстройства. Депрессия часто сопровождается снижением концентрации отдельных компонентов неферментативной и активности ферментативной антиоксидантной защиты (АО) и повышением активности прооксидантной системы (ПОС), о чем свидетельствуют результаты наших исследований и литературные данные. Состояние хронического ОС тесно связано с иммунным ответом организма, центральным и периферическим воспалением, апоптозом, и нейродегенерацией, повреждением нейронов и снижением нейрогенеза, что косвенно затрагивает все основные предполагаемые клеточные механизмы развития депрессии. Наблюдается тесная связь и взаимное влияние свободно-радикальных процессов, их интенсивности, направленности и состояния эндокринной системы у больных с депрессивным нарушением. ОС и провоспалительные цитокины провоцируют нейродегенеративные нарушения и антинейрогенетические эффекты в мозговой ткани при депрессивных расстройствах. На фоне ОС развивается воспалительная и иммунная дисрегуляция, что может влиять на метаболизм нейротрансмиттеров и нейротрофинов, нейроэндокринную функцию, синаптическую пластичность и изменение нейрональной цикличности, что приводит к развитию депрессивной симптоматики.

Учитывая трудность диагностики депрессивных состояний в психиатрии, малую эффективность терапии антидепрессантов на фоне большого количества побочных эффектов, актуальным является освещение вопросов, связанных с патоморфизмом этого заболевания. Для понимания этой проблемы необходимо остановиться на определенных биохимических аспектах клеточной регуляции и метаболических нарушений при депрессивных состояниях с целью изучения возможных характеристик нейробиологического профиля, как специфического фенотипа терапевтически резистентной депрессии. Это может

приблизить исследователей к пониманию биологической сущности феномена терапевтической резистентности, а также более дифференцировано подойти к определению стратегий лечения и формированию адекватных терапевтических ожиданий.

ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ ОБМЕНА ФОЛАТОВ МТНFR677C>T И РИСК ОБОСТРЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ В ЗИМНЕ-ВЕСЕННИЙ ПЕРИОД В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Жиляева Т.В., Сергеева А.В., Благонравова А.С., Касимова Л.Н.

НижГМА, Нижний Новгород, Россия

Нарушения обмена фолатов в последние несколько лет активно изучаются во всем мире в связи с различными аспектами шизофрении. В частности, показано, что полиморфизмы в генах фолатного обмена ассоциированы с заболеваемостью шизофренией, а также выраженностью отдельных ее симптомов. Так, носительство дефектного аллеля Т генетического полиморфизма МТНFR677C>Т (способствует развитию биохимических нарушений в условиях недостаточного поступления фолатов с пищей) чаще выявляется при шизофрении, чем в общей популяции (подтверждено в мета-анализах зарубежных исследований). В процессе набора материала по аналогичному исследованию в России (Нижегородская область) было обнаружено, что процентное соотношение носителей различных аллелей генетического полиморфизма МТНFR677C>Т среди больных шизофренией резко меняется в зависимости от сезона взятия крови у пациентов в стационаре. Поскольку данных о взаимосвязи генетических полиморфизмов фолатного метаболизма с сезонностью обострения при шизофрении в мировой литературе не встречается, полученные наблюдения требуют проверки и подтверждения с помощью методов математической статистики, что и было целью данной работы.

Материалы и методы. ДНК 415 пациентов с диагнозом шизофрения обследованы методом ПЦР на наличие однонуклеотидного полиморфизма МТНFR677C>Т. Взятие венозной крови у пациентов осуществлялся из локтевой вены в отделениях 2 психиатрических стационаров (круглосуточных: n=404 и дневных, n=11) после подписания информированного согласия.

Результаты исследования. При первичном статистическом анализе полученных результатов обнаружено, что носительство дефектного аллеля Т генетического полиморфизма МТНFR677C>Т у больных шизофренией, обследованных в зимне-весенние месяцы, встречается достоверно чаще, чем у пациентов, обследованных в летне-осенние месяцы: 58 % (111 из 192) против 46 % (103 из 223) соответственно ($p=0,0236$, $\chi^2=5,13$ с поправкой Йетса на непрерывность). Поскольку месяц забора крови для генетического анализа не всегда совпадал с месяцем госпитализации в психиатрический стационар по поводу обострения заболевания, дополнительно проанализированы медицинские амбулаторные карты обследованных пациентов (n=150, первые включенные в исследование), у 139 пациентов был идентифицирован месяц обострения расстройства по методике: из анамнеза выбирались последние годы с единственной госпитализацией за год, месяц госпитализации считался месяцем обострения расстройства, если в медицинских записях этому было подтверждение (в расчет не брались госпитализации по социальным показаниям). В результате анализа данных также было получено, что среди больных с обострением в зимне-весенний период носителей дефектного аллеля Т достоверно больше (61 % или 36 из 59), чем среди пациентов с обострением в летне-осенний период (42,5 % или 34 из 80): $p=0,047$, $\chi^2=3,95$ с поправкой Йетса на непрерывность.

Выводы. Поскольку носительство дефектного аллеля T изучаемого генетического полиморфизма способствует развитию биохимических нарушений именно в условиях недостаточного поступления фолатов с пищей, большее число обострений у носителей дефектного аллеля в зимне-весенний период (период наиболее вероятного гиповитаминоза по фолатам в России) позволяет выдвинуть гипотезу о роли дефицита фолатов в качестве фактора, способствующего развитию обострения хронической шизофрении у носителей дефектного аллеля генетического полиморфизма MTHFR677C>T; в таком случае, дополнительное назначение фолатов в зимне-весенний период данной категории больных может оказывать противорецидивный эффект, что требует дополнительного исследования.

ДЕПРЕССИЯ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА И УРОВЕНЬ КАЛЬЦИДИОЛА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ

Задорожная М.С., Петрова Н.Н., Дорофейков В.В.

СПбГУ, НГУ им. П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время большое внимание исследователей привлекает изучение влияния дефицита 25(OH)D на психическое здоровье человека. Он оказывает нейропротективное действие, влияя на синтез нейротрофинов, нейромедиаторов, участвует во внутриклеточном гомеостазе кальция и предотвращении окислительного повреждения нейронов. Имеющиеся данные о взаимосвязи уровня 25(OH)D и депрессивном расстройстве противоречивы. В некоторых исследованиях установлен положительный эффект применения витамина D в терапии депрессии.

Целью исследования явился анализ взаимосвязи уровня кальцидиола в сыворотке крови и клинических характеристик депрессии у пациентов молодого возраста.

Материал и методы: Обследованы 52 больных в возрасте от 18 лет до 27 лет (средний возраст $22,5 \pm 2,8$ лет), из них 18 мужчин и 34 женщины. Заболевание в большинстве случаев дебютировало в возрасте 23-26 лет (49,5 %). Исследование проводили на базе отделения интенсивного оказания психиатрической помощи и дневного стационара ГПНДС №7 Санкт-Петербурга. Оценка психического состояния проводилась с использованием Клинической шкалы депрессии Гамильтона (HDRS), Шкалы Монтгомери-Асберга (MADRS), Колумбийской шкалы для оценки тяжести риска суицида (C-SSRS).

Лабораторный метод включал определение уровня 25(OH)D в плазме крови с помощью автоматизированного иммуноанализа (анализатор "Architect I 1000SR", США) после забора венозной крови натощак у пациентов.

Статистический метод включал расчёт коэффициент корреляции Спирмена, уравнения линейной регрессии в программе SPSS Statistics (Version 17).

Результаты. В структуре депрессий молодого возраста преобладали депрессивные расстройства средней степени тяжести (40 %) при меньшей частоте легких (34,6 %) и тяжёлых (15,3 %) депрессивных расстройств. Крайне тяжёлые депрессивные расстройства встречались лишь в 10,1 % случаев.

По результатам определения уровня 25(OH)D в плазме крови больные были разделены на 4 группы сравнения: пациенты с тяжёлым дефицитом витамина D (концентрация 25(OH)D ниже 10 нг/мл) – 11 человек; пациенты с дефицитом витамина D (от 10 до 20 нг/мл) – 12 человек; пациенты с пониженным уровнем витамина D (от 20 до 30 нг/мл) – 19 человек; пациенты с нормальным уровнем содержания витамина D (ОН) (более 30 нг/мл) – 10 человек.

Среднее значение уровня D(OH) в плазме крови в группе с пациентов с тяжёлым дефицитом (авитаминозом) 25(OH)D: у мужчин – $8,3 \pm 0,9$ нг/мл, у женщин – $8,9 \pm 1,2$ нг/мл; в группе с дефицитом: у мужчин – $16,7 \pm 2,3$ нг/мл, у женщин – $17,9 \pm 2,3$ нг/мл; в группе с пониженным уровнем витамина D: у мужчин – $25,02 \pm 3,2$ нг/мл, у женщин – $26,3 \pm 4,1$ нг/мл. Таким образом, для больных мужского пола характерны более низкие показатели 25(OH)D в плазме крови.

Крайне тяжёлые депрессивные расстройства встречались только у пациентов с тяжёлым дефицитом витамина D. Так же часто у этих больных были выявлены тяжёлые депрессивные расстройства, в то время как расстройство средней тяжести встретилось только в одном случае. У пациентов с дефицитом и пониженным уровнем 25(OH)D преобладали депрессивные расстройства средней степени, а у пациентов с нормальным содержанием витамина D (OH) в плазме крови – лёгкие и средние депрессивные расстройства, тяжёлые и крайне тяжёлые формы у них не встречались.

Таким образом, более низкий уровень кальцитриола в плазме крови достоверно связан с большей выраженностью депрессии у пациентов молодого возраста (коэффициент корреляции Спирмена = $-0,83$; $p < 0,00001$).

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ЭКСПРЕССИИ ГЕНА РЕЦЕПТОРА *5HT_{2A}* НА ЛИМФОЦИТАХ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МАРКЕРОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

**Зозуля С.А., Ключник Т.П., Насырова Р.Ф., Отман И.Н., Тараскина А.Е.,
Сосин Д.Н., Иванов М.В., Ершов Е.Е., Крупицкий Е.М.**

НЦПЗ, Москва, Россия

*СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, СПб ПБ №1 им. П.П. Кащенко,
ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия*

В настоящее время накоплено большое количество данных, свидетельствующих о вовлеченности иммунных механизмов в патогенез шизофрении. Согласно современным представлениям, иммунная активация (воспаление) рассматривается в качестве одного из факторов, участвующих в нейродеструктивных процессах. Признаки активации иммунной системы выявлены как в мозге, так и в кровяном русле (системное воспаление) пациентов, страдающих психическими расстройствами шизофренического спектра. Выявлена связь иммунной активации и нарушения нейротрансмиссии при шизофрении: провоспалительные медиаторы активируют фермент индоламин-2,3-диоксигеназу (IDO) триптофан/кинуренового метаболизма, которая влияет на серотонинергическую и глутаматергическую нейротрансмиссию через нейроактивные метаболиты, такие как кинуреновая и хинолиновая кислота. Предполагается, что воспаление и нарушения в триптофан/кинуреновом пути могут приводить к диспропорции нейропротективных и нейротоксических механизмов в мозге при шизофрении, являясь одним из звеньев патогенеза данного расстройства.

Показано, что повышение активности лейкоцитарной эластазы (ЛЭ) – протеолитического фермента азурофильных гранул нейтрофилов, выбрасывающегося в кровь при развитии воспалительных реакций, значимо коррелирует с тяжестью психического расстройства. В крови пациентов, страдающих шизофренией, выявлен повышенный уровень аутоантител к нейроантигенам – нейротрофину S-100B и основному белку миелина (ОБМ). Известно, что лимфоциты периферической крови рассматриваются в качестве

упрощенной модели серотонинергического нейрона. При анализе экспрессии гена серотонинового рецептора лимфоцитами больных шизофренией было показано, что в процессе терапии происходит изменение уровня этого рецептора, коррелирующее со степенью редукции психопатологической симптоматики.

Цель исследования – изучение взаимосвязи между периферическими воспалительными маркерами (активность ЛЭ, $\alpha 1$ -ПИ и уровень аутоантител к нейроантигенам S-100B и ОБМ) и уровнем экспрессии серотонинового рецептора гена *5HTR2A* лимфоцитами пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

Материалы и методы. Исследование проведено в лаборатории нейроиммунологии ФГБНУ НЦПЗ, Москва (руководитель – профессор Т.П. Ключник) и ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России (директор – д.м.н., профессор Н.Г. Незнанов). В исследование включены пациенты, находящиеся на стационарном лечении в СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница им. П.П. Кащенко» (главный врач – д.м.н. Лиманкин О.В.).

Обследовано 26 пациентов мужского пола в возрасте от 19 до 43 лет (средний возраст $27,6 \pm 5,9$ лет) с расстройствами шизофренического спектра; из них 14 человек – с диагнозом по МКБ-10 «Шизофрения параноидная» (F20.0) и 12 пациентов – с диагнозом «Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении» (F23.10). Обследованные либо вовсе не принимали антипсихотики (первый психотический эпизод), либо были нон-комплаентны не менее 3 месяцев до включения в исследование. Пациенты получали в режиме монотерапии антипсихотик I (галоперидол) или II (оланзапин) генерации. Выбор антипсихотического препарата осуществлялся методом рандомизации. Психометрическое обследование пациентов и взятие крови осуществлялось дважды: до начала психофармакотерапии (Визит 1) и через 4 недели (28 ± 2 дня) (Визит 2) от начала приема антипсихотических препаратов.

Материалом для определения исследуемых показателей служила венозная кровь, забранная в вакуумные пробирки с 0,5 М ЭДТА (рН 8.0). Лимфоциты периферической крови получали центрифугированием (2500 об/мин при 25 $^{\circ}$ С в течение 30 минут) с использованием градиента плотности Фиколла (Ficoll-Paque PLUS; $d=1.077$; GE Health Life Sciences), доводили до конечной концентрации 2×10^6 кл./мл. Уровень экспрессии генов оценивался методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в реальном времени на термоциклере C1000 с реакционным модулем CFX96 (BIO-RAD) с использованием флуорогенного зонда TaqMan. Активность лейкоцитарной эластазы (ЛЭ) определяли энзиматическим методом и выражали в нмоль/мин*мл. Функциональную активность $\alpha 1$ -протеиназного ингибитора ($\alpha 1$ -ПИ) определяли спектрофотометрическим методом и оценивали в ингибиторных единицах на мл (ИЕ/мл). Для определения уровня аутоантител (ААТ) к нейроантигенам S-100b и ОБМ использовали метод стандартного твердофазного иммуноферментного анализа. Статистическая обработка данных была проведена с использованием программы Statistica-7 (для Windows, StatSoft., Inc., USA).

Результаты исследования. В группе пациентов с расстройствами шизофренического спектра установлено повышение среднего уровня экспрессии гена серотонинового рецептора *5HTR2A* в лимфоцитах периферической крови после приема антипсихотиков в режиме монотерапии, не достигающее, однако, уровня статистической значимости ($p > 0.05$). Детальный анализ полученных результатов выявил разнонаправленные изменения динамики экспрессии данного рецептора у различных пациентов.

Определение активности воспалительных маркеров в обследованной группе выявило, что после проведенной психофармакотерапии наблюдается достоверное снижение активности ЛЭ в сыворотке крови по сравнению с Визитом 1 ($p = 0.016$) и отсутствие

значимых изменений в функциональной активности белка острой фазы воспаления а1-ПИ ($p > 0.05$). Однако, и в этом случае, детальный анализ установил разнонаправленные изменения активности ЛЭ. При определении уровня аутоантител к нейроантигенам значимых отличий между визитами в ходе проведенной терапии выявлено не было ($p > 0.05$).

В связи с зарегистрированной разнонаправленностью изменений экспрессии рецептора 5HT_{2A}, все пациенты были разбиты на 2 подгруппы: у 61,5 % пациентов установлено повышение уровня экспрессии 5HT_{2A} после проведенной терапии (более чем на 20 %) (1-я подгруппа), у 38,5 % пациентов – снижение данного показателя (2-я подгруппа). Затем в выделенных подгруппах была прослежена динамика изменения активности ЛЭ. У 57,1 % обследованных с нарастанием уровня экспрессии рецептора 5HT_{2A} к Визиту 2 зарегистрировано снижение активности ЛЭ. Напротив, у пациентов со снижением в ходе проведенной терапии уровня экспрессии рецептора 5HT_{2A} (33,3 %) установлено повышение активности ЛЭ. Сопряженность изменения уровня экспрессии рецептора 5HT_{2A} и активности ЛЭ в выделенных подгруппах пациентов установлена на значимом уровне ($\chi^2 = 10.2$; $p = 0.0014$). Таким образом, выявлена обратная зависимость динамики экспрессии гена рецептора серотонина и активности ЛЭ в сыворотке крови.

Изучение возможных корреляционных связей в общей группе пациентов между исследуемыми показателями зарегистрировало положительную корреляцию между уровнем экспрессии гена 5HT_{2A} и активностью а1-ПИ как на Визите 1 ($R = 0.39$, $p = 0.05$), так и на Визите 2 ($R = 0.48$, $p = 0.04$). Отсутствие значимых корреляций между экспрессией рецептора и активностью ЛЭ, вероятно, можно объяснить ее преимущественной ролью в отношении проницаемости сосудистой стенки, в том числе, сосудов ГЭБ; в то же время непосредственное влияние на ферменты триптофан/кинуренового метаболизма оказывают медиаторные иммунные молекулы.

Выводы. В настоящем исследовании выявлены сопряженные изменения между активностью периферических воспалительных маркеров (активностью ЛЭ и а1-ПИ) и уровнем экспрессии серотонинового рецептора 5HT_{2A} в лимфоцитах периферической крови пациентов с расстройствами шизофренического спектра, а также корреляционная связь между уровнем экспрессии гена 5HT_{2A} и активностью а1-ПИ как до начала психофармакотерапии, так и после 28 ± 2 дней антипсихотической терапии. Полученные результаты косвенно подтверждают влияние воспаления на нейротрансмиттерные системы, что может быть прослежено на периферии, в частности, на модели лимфоцитарных серотониновых рецепторов.

Работа выполнена при поддержке гранта Российского научного фонда № 14-15-00904.

НЕЙРОТРОФИЧЕСКИЙ ФАКТОР ГОЛОВНОГО МОЗГА (BDNF) КАК БИОМАРКЕР ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ

Зубов Д.С., Иванов М.В.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Оценка влияния медикаментозной терапии на синтез и концентрацию нейротрофического фактора головного мозга (BDNF), способного отражать один из многих механизмов развития терапевтического эффекта, процессы нормального функционирования, роста и развития, а также апоптоза нейрональных клеток, остается активно исследуемой

и противоречивой. Научные исследования подтверждают вовлеченность этого пептида в механизмы развития нейродегенеративных процессов, связываемых с развитием и прогрессированием психических расстройств. Известно, что общий уровень BDNF у пациентов, страдающих параноидной шизофренией, ниже чем у здоровых индивидуумов, причем пациенты с резистентными формами заболевания демонстрируют еще более выраженное снижение концентрации BDNF.

Увеличивающийся уровень терапевтически резистентных состояний, в том числе среди больных, страдающих параноидной шизофренией, в сочетании с отсутствием достоверного понимания актуальных механизмов развития и путей решения проблемы терапевтической резистентности (ТР), а также сравнительно низкая эффективность и безопасность стратегий аугментации, вновь обращают внимание клиницистов и исследователей в сторону классических методик её преодоления. Основным немедикаментозным методом преодоления ТР остается электросудорожная терапия (ЭСТ), демонстрирующая высокие показатели эффективности (частота ремиссий у пациентов, страдающих параноидной шизофренией составляет 55-86 %) и безопасности (смертность при ЭСТ – менее 0,001 %) и не имеющая абсолютных противопоказаний для применения.

Одним из потенциальных механизмов действия электросудорожной терапии считается влияние процедур ЭСТ на синтез нейротрофинов, что подтверждается увеличением синтеза BDNF после проведенного курса ЭСТ у пациентов с параноидной шизофренией, осложненной терапевтической резистентностью.

Цель исследования. Объективизация эффективности и безопасности ЭСТ, как метода терапии параноидной шизофрении, осложненной ТР, на основе оценки уровня BDNF – биологического маркера, способного демонстрировать процессы нормального функционирования, дисфункции и повреждения клеток ЦНС, а также путем анализа рейтинговых шкал.

Материал и методы исследования. В исследовании принимали участие 85 пациентов, сравнимых по социальным и демографическим показателям, с установленным диагнозом «шизофрения, параноидная форма» (F20.0 по МКБ 10). Пациенты были разделены на две группы: основная группа – больные, получавшие сочетанную электросудорожную и психофармакологическую терапию (ЭСТ+ПФТ) – 58 человек; группа сравнения – пациенты, получавшие монотерапию психотропными средствами (ПФТ) – 27 человек. Все пациенты, принимавшие участие в исследовании, отвечали диагностическим критериям терапевтической резистентности: полное отсутствие редукции, или незначительная редукция психопродуктивной симптоматики после терапии двумя и более антипсихотическими средствами различных генераций в течение 6-8 недель в средне- или максимально допустимых терапевтических дозировках. Оценка клинического состояния при помощи шкалы PANSS и взятие биологического материала осуществлялось в двух временных точках: при поступлении и выписке пациентов из стационара. В качестве лекарственных средств в обеих группах наиболее часто назначались антипсихотики (АП) первой, или второй генерации, а также их сочетание. Среди АП наиболее часто применялись: галоперидол в дозе 10-30 мг/сут, клозапин 37.5-350 мг/сут, кветиапин 75-300 мг/сут, рисперидон 4-8 мг/сут, палиперидон 6-12 мг/сут.

Результаты исследования. На первом этапе исследования, при поступлении в стационар, пациенты обеих групп находились в остром психотическом состоянии и имели сопоставимые значения общего балла по шкале PANSS: 115.63 ± 14.06 баллов для группы ЭСТ+ПФТ и 113.36 ± 17.41 баллов для группы, получавшей монотерапию ПФТ. Выраженность позитивной (П), негативной (Н) и общей психопатологической (О) симптоматики в обеих группах при поступлении была практически идентична. Для группы больных,

получавших ЭСТ+ПФТ и ПФТ соответственно, выраженность позитивной симптоматики составляла 26.26 ± 1.40 и 25.93 ± 1.19 , негативной – 30.68 ± 0.39 и 28.93 ± 0.17 , общей психопатологической – 58.70 ± 0.90 и 58.49 ± 0.84 баллов. При выписке из стационара у пациентов основной группы выявлялась более выраженная редукция позитивной, негативной и общей психопатологической симптоматики, в отличие от группы сравнения, показатели были представлены следующим образом: 14.98 ± 0.77 и 19.88 ± 0.82 баллов (П), 20.70 ± 0.37 и 26.19 ± 0.15 баллов (Н), 35.90 ± 0.58 и 50.88 ± 0.81 баллов (О) соответственно. У пациентов основной группы отмечалась более выраженная положительная динамика на фоне сочетанной терапии ЭСТ+ПФТ, редукция общего балла по шкале PANSS на момент выписки составляла более 20 % (71.58 ± 11.32 баллов), в то время как в группе сравнения редукция общего балла не достигала 20 % отметки (96.95 ± 16.98 баллов). Уровень BDNF при первичном обследовании пациентов во время поступления в стационар имел сопоставимые значения для первой и второй группы и составлял 10.71 ± 5.79 нг/мл (ЭСТ+ПФТ) и 9.90 ± 3.10 нг/мл (ПФТ). На заключительном этапе исследования, пациенты, получавшие электросудорожную терапию в сочетании с психофармакотерапией, продемонстрировали тенденцию к увеличению уровня BDNF перед выпиской из стационара – 12.30 ± 7.66 нг/мл, в отличие от пациентов контрольной группы, получавших монотерапию антипсихотическими средствами, у которых уровень BDNF остался практически без изменений и составлял 9.53 ± 4.82 нг/мл. Полученные результаты демонстрируют преимущество комбинированной терапии ЭСТ+ПФТ над монотерапией антипсихотическими средствами у пациентов с диагностированной ТР, что может отражать положительное влияние курса процедур ЭСТ на синтез BDNF.

Выводы. В результате исследования установлено, что комбинированное применение электросудорожной и психофармакотерапии у пациентов, страдающих параноидной шизофренией, осложненной терапевтической резистентностью, обладает более высокой эффективностью, в сравнении с монотерапией психофармакологическими средствами. После завершения курса процедур ЭСТ в сочетании с ПФТ отмечается увеличение сывороточного уровня BDNF, что может отражать эффективность и безопасность данного метода терапии в связи с возможностью нейротрофического фактора головного мозга обладать нейрорегуляторными и нейропротективными функциями, однако данный вопрос требует дополнительных исследований.

ДЕПРЕССИЯ КАК НЕЗАВИСИМЫЙ ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ГИПОТЕЗА «ГЕНЕТИЧЕСКОЙ КОМОРБИДНОСТИ»

Кибитов А.О.

ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского, Москва, Россия

Хорошо описана негативная роль депрессии в отношении течения и клинического прогноза существующей соматической патологии (снижение шансов формирования и стабилизации ремиссии, повышение риска рецидива, ухудшение краткосрочного и долгосрочного прогноза). Однако, накапливается все больше данных о том, что депрессия может быть не следствием, а причиной и фактором риска манифеста хронических соматических заболеваний с учетом возможных общих генетических механизмов формирования риска. Так, например, показано значительное общее генетическое влияние в отношении риска развития депрессии, сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ)

и хронического болевого синдрома. Современные проспективные лонгитудинальные исследования подтверждают роль депрессии как предиктора и независимого фактора существенного повышения риска развития ССЗ, инсульта, диабета и ожирения, а также повышения смертности в целом.

Депрессия входит в обширный класс мультифакториальных заболеваний полигенной природы с наследственным предрасположением, и генетические факторы играют значительную роль в формировании, развитии и клинических проявлениях этих заболеваний. К этому же классу относятся большинство хронических соматических заболеваний: ССЗ, онкологические, аутоиммунные и аутовоспалительные, диабет 1-го и 2-го типов, остеопороз, нейропатии, панкреатиты, ожирение, функциональная диспепсия и т.д.

Генетический риск развития таких заболеваний – вероятность их развития, обусловленная только генетическими причинами, как предполагают, формируется за счет совместного (аддитивного) множества генетических вариантов (генетических полиморфизмов) значительного числа генов. Генетический риск – «спектральный» популяционный феномен, каждый индивидум в популяции имеет свой уровень генетического риска – от крайне низкого до крайне высокого. В рамках биопсихосоциальной модели этиопатогенеза, реализация генетического риска – переход вероятности в факт заболевания, происходит в процессе взаимодействия трех доменов: биологического (генетического), личностного и социального, причем два последних также имеют свои уровни генетического контроля.

Гипотеза «генетической коморбидности». Сравнительный анализ показателей популяционной частоты и наследуемости депрессий заставляет предполагать, что генетический риск депрессий имеет совершенно иное популяционное распределение, чем генетический риск шизофрении, но при этом сходное с распределением генетических рисков многих широко распространенных хронических соматических заболеваний. Распределение уровней генетического риска депрессии, скорее всего имеет характер истинного «спектра» с условно близкими долями лиц с низким, средним, высоким и крайне высоким уровнями риска. Популяционная доля индивидумов с высоким генетическим риском депрессии не велика, а остальные индивидумы – будущие пациенты с депрессией, имеют невысокие уровни генетического риска, и должны подвергнуться существенному влиянию триггеров и модификаторов личностного и социального доменов.

Высока вероятность того, что у многих индивидумов имеется «пересечение» уровней генетического риска двух и более заболеваний, одно из которых – депрессия. Дополнив это предположение известными фактами общих и взаимовлияющих патофизиологических механизмов депрессии и соматических заболеваний (важнейшая роль дистресса, нарушение регуляции нейромедиации, обширные и разнообразные нейроэндокринные нарушения, дисбаланс и декомпенсация иммунных механизмов, метаболические нарушения на уровне периферических клеток и центральных систем регуляции и т.д.), можно предположить существование общих для них кластеров генетического риска. В этом случае, давление личностного, а в особенности, социального домена этиопатогенеза приведет к реализации риска иного порядка – генетического риска формировании кластера заболеваний.

Если два или более заболеваний, одно из которых депрессия, находятся в одном кластере генетического риска, то, вероятно, манифестация одного из них может оказывать влияние на возможность реализации риска других заболеваний и эти заболевания можно условно назвать «генетически коморбидными». Не исключено, что имеет место эффект индукции – манифест первого по времени заболевания увеличивает суммарный фактический, на данный момент времени, риск манифеста остальных заболеваний. Если

заболевания в общем кластере генетического риска имеют значительную долю общих генетических и патофизиологических звеньев этиопатогенеза, может запускаться механизм положительной обратной связи, стремительно реализующий генетический риск заболевания в виде его клинической манифестации.

Если рассматривать уникальность пациента с генетической точки зрения, логично предположить, что даже при наличии высокого уровня кластерного риска и комплексного влияния личностных и социальных доменов, очередность манифестации может зависеть от двух взаимосвязанных факторов: специфических болезненных проявлений, характерных для более раннего возраста (например, возраст первого депрессивного эпизода или возраст первого гипертонического криза) и ситуации, когда одно из заболеваний проявляется в виде наследственной формы.

В случае существования генетической коморбидности депрессии и соматического заболевания возможен следующий патогенетический сценарий. Реализация генетического риска депрессии в виде первого депрессивного эпизода происходит при активном влиянии личностного и социального доменов (прежде всего, уровня и типа реакции на стрессоры) и манифестация депрессии происходит первично. Возможно, возникает эффект индукции манифеста «генетически коморбидных» соматических заболеваний из кластера общего генетического риска, прежде всего тех, что имеют критически важные общие звенья этиопатогенеза (нейромедиация, нейроэндокринные взаимодействия, иммунитет, периферические и центральные метаболические нарушения).

Предложенная гипотеза «генетической коморбидности» депрессии и соматических заболеваний связывает эпидемиологические, генетические и клинические факты. При условии тщательной и информативной диагностики, возможно выявление депрессий на субсиндромальном этапе, что может быть прогностическим признаком высокого риска развития и быстрой манифестации «генетически коморбидных» соматических заболеваний. Успешная и адекватная терапия депрессии способна снизить текущий уровень риска развития этих заболеваний и отсрочить их манифестацию. В рамках развития превентивной медицины как важнейшего элемента профилактических стратегий, пациентов с клинически диагностированной депрессией следует рассматривать как группу высокого риска широкого круга соматической патологии. Этот подход определяет необходимость разработки профилактических мер, включающих раннее выявление депрессивной симптоматики и создание специализированных протоколов ведения пациентов, включающих панели надежных генетических и биологических маркеров, специфический лабораторный мониторинг, назначение адекватной антидепрессивной терапии для предотвращения или отсрочки манифеста клинически тяжелых соматических состояний.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ЭНДОФЕНОТИПОВ В ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ В ПСИХИАТРИИ

Киренская А.В., Сторожева З.И., Ткаченко А.А.

ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского, Москва, Россия

Проблема своевременного распознавания эндогенных психических расстройств является одной из приоритетных в современной психиатрии. Перспективная стратегия связана с применением эндофенотипов – лабораторных тестов, имеющих доказанную генетическую связь с заболеванием. Нейрофизиологические эндофенотипы (НЭ) отражают когнитивные нарушения, характерные для шизофрении, и связаны с мозговой дис-

функцией. НЭ показывают устойчивые количественные отличия при сравнении больных шизофренией и здоровых лиц, однако специфичность отдельных НЭ недостаточна, т.к. сходные нарушения обнаружены и при некоторых других психических заболеваниях. Поэтому задача дифференциальной диагностики шизофрении может быть основана на применении многомерного эндофенотипа, включающего набор независимых тестов. Целью исследования явилась апробация набора из 4 НЭ (стартл-реакция, вызванные потенциалы P50 и P300, антисаккады) для дифференциации психически здоровых лиц, больных шизофренией и личностными расстройствами. Одновременное применение выбранных НЭ позволяет оценивать процессы, связанные с вниманием, обработкой информации и исполнительными функциями, нарушения которых составляют основу когнитивного дефицита при шизофрении.

Исследования проведены с участием 43 больных с подозрением на шизофрению (Ш), проходивших судебно-психиатрическую экспертизу. Впоследствии диагноз Ш был поставлен 22 больным, а диагноз личностных расстройств (ЛР) разной этиологии – 21. В группу нормы вошли 25 психически здоровых лиц. Анализ межгрупповых различий выявил 8 наиболее информативных показателей для создания диагностической модели: торможение P50, латентный период стартл-реакции (CP), предстимульное торможение CP, амплитуду и латентность P300, в тесте с антисаккадами – процент ошибок, латентность саккад и ее вариативность. Далее была проведена оценка эффективности использования данных показателей как предикторов для дифференциации групп с помощью дискриминантного анализа (ДА). Согласно результатам ДА точность диагностической модели в целом составила 85,7 %. При этом количество верных диагнозов в группе Ш было 92,3 % (1 чел. отнесен в группу ЛР), в группе нормы – 92,3 % (1 чел. отнесен в группу ЛР), группе ЛР – 71,4 % (2 чел. отнесены к норме, еще 2 – к Ш). Сравнительно низкий процент верных диагнозов в группе ЛР, по-видимому, обусловлен неоднородностью ее состава. Таким образом, предлагаемая тест-система может быть использована для разработки обучающего и распознающего алгоритмов дифференциальной диагностики шизофрении.

НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ: ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Козловский В.Л.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Проблема лекарственной резистентности определяется частотой резистентных состояний в практике лечения психической патологии. Фактически каждый третий пациент в перспективе становится резистентным к лечению. Резистентное к терапии состояние с физиологических позиций может рассматриваться в рамках теории выдвинутой акад. Н.П. Бехтеревой об устойчивом патологическом состоянии болезней мозга человека.

В рамках этой теории выделяются две основные гипотезы:

1. Любые проявления психических заболеваний опосредованы вовлечением «жестких» и «гибких» звеньев, что в современном понимании отражает взаимодействие детерминированных и функционально лабильных нейрональных сетей. В качестве «жестких» звеньев выступают генетически эволюционно детерминированные нейрональные сети, опосредующие архаичные формы видосохраняющего поведения (защитное, половое, материнское, социальное, пищевое и т.п.), а роль «гибких» звеньев связана

с деятельностью адаптивных, локально-распределенных нейрональных сетей с модульной организацией функций высшего порядка.

2. Оптимальное взаимодействие между сетями фиксируется на уровне формирования «энграммы патологической памяти», что в известной мере определяет устойчивость функционирования нейронов между собой, их скоординированное взаимодействие в рамках поддержания высших функций. Стабильность функционирования всей системной функциональной организации поведения фиксируется нейрональными механизмами формирования долговременной памяти, также, как и вариант потенциального восстановления прежнего «патологического состояния».

К сожалению, на момент разработки теории устойчивых состояний не было систематизированных данных о механизмах и роли нейромедиаторной передачи в реализации основных функций мозга. Подобные исследования в 60х-70-х гг прошлого века находились в начальной стадии. Были изучены основные системы моноаминергической передачи в рамках регуляции электрической активности нейронов, но очень мало работ посвящалось изучению системных механизмов регуляции основных форм поведения. К настоящему времени уже накоплен опыт, определяющий роль этих медиаторных систем в регуляции перечисленных форм видосохраняющего поведения. Установлены основные фармакодинамические особенности действия разных препаратов и в целом сформулирована нейрохимическая парадигма, объясняющая развитие психотропных эффектов, в рамках которых установлены сроки формирования специфических и неспецифических реакций. В целом, системное действие лекарственных средств, преимущественно влияющих на моноаминергические процессы, изменяет активность нейрональных сетей ответственных за реализацию видосохраняющего поведения, путем формирования специфических нейромедиаторных изменений, определяющих передачу сигналов в нейрональных сетях.

Состояние, опосредованное метаболическим действием базовых психотропных препаратов в зависимости от вида базовой терапии, связано с развитием нейрохимического метаболизма по «нейролептическому/антипсихотическому» или «антидепрессивному» типу. В первом случае, адекватные курсы антипсихотиков вызывают нейромедиаторные изменения в связи с блокадой дофаминергических рецепторов мозга и приводят к подавлению основных форм жизнесохраняющего поведения. В дальнейшем в ходе терапии весьма вероятны компенсаторные реакции со стороны зависимых медиаторных систем и формирование специфического медиаторного гомеостаза, сказывающегося на качестве межнейрональных взаимодействий. Отсутствие изменений в клинической психопатологической картине на фоне адекватных курсов лечения позволяет говорить о развитии лекарственного метаболизма, не затрагивающего, нейрохимическую патологическую картину, ответственную за развитие психопатологических проявлений болезни, а следовательно и механизмов взаимодействия нейронов в активных нейрональных сетях мозга.

В ситуации, когда в качестве базовых препаратов применяются антидепрессанты, не прямые «моноаминопозитивные миметики», нейрохимический «антидепрессивный метаболизм» формируется иначе. Продолжительное назначение препаратов агонистического действия, создает условия для развития толерантности и затем вторичных нейромедиаторных изменений, направленных на адаптацию/компенсацию состояния лекарственной стимуляции специфических межмедиаторных взаимодействий в системе моноаминов. Нейрохимические механизмы действия антидепрессантов и антипсихотиков различны, также различаются и состояния «лекарственного гомеостаза», ассоциированного, в том числе, с отсутствием терапевтического действия. Однако, интерпретация устойчивого состояния с нейрофизиологических позиций (электрофизиологические свойства нейронов

и передача электрических сигналов между ними), в рамках развития устойчивой констелляции межнейрональных взаимодействий в нейрональных сетях неизменны.

Таким образом, сложившиеся в ходе проводимой терапии стойкие межнейрональные взаимодействия, определяющие клиническую картину заболевания, связаны с отсутствием влияния препаратов на специфические мишени видосохраняющего поведения и не затрагивают изменений в нейрональных сетях, ответственных за проявление болезни. Фактически резистентные состояния при психических заболеваниях, нейрофизиологически тождественны условной норме, определяющей состояние психического здоровья. Подходы к преодолению лекарственной резистентности ничем, в этом смысле, не отличаются от общих подходов к лечению хронической психической патологии. По всей видимости, в рамках борьбы с резистентными состояниями основная роль принадлежит профилактическому направлению, связанному с адекватным и рациональным применением фармакотерапевтического пособия на основе знаний фармакодинамики и фармакокинетики препаратов-представителей базовой терапии.

СТРАТЕГИЯ ПОИСКА МИШЕНЕЙ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СВЯЗИ МЕЖДУ МЕТИЛИРОВАНИЕМ ДНК И КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Кондратьев Н.В., Голимбет В.Е.

НЦПЗ, Москва, Россия

Снижение когнитивного функционирования (нейрокогнитивный дефицит) рассматривается в качестве основного проявления шизофрении. Наследуемость когнитивных нарушений при шизофрении довольно высока. Показано, что нарушения, выявленные у больных, с меньшей степенью выраженности отмечены и у их психически здоровых кровных родственников. Однако поиск конкретных генетических аномалий, пока не увенчался успехом. Анализ ассоциаций с функциональными генами-кандидатами, а также широкомасштабное сканирование генома с помощью биочипов, позволили выявить несколько генов-кандидатов (гены цинк-пальцевого белка 804A ZNF804A, катехол-о-метилтрансферазы (COMT), кальциевого канала SCN2A, а также гены глутаматергической системы). В то же время большая часть вариативности риска развития когнитивных нарушений у больных остается необъясненной. Это может быть связано с тем, что в этиологии процесса не учитывается роль эпигенетических факторов, регулирующих экспрессию генов путем модификаций хроматина, в частности, метилирования ДНК. Эпигенетические аспекты когнитивного дефицита у больных шизофренией почти не изучены. Первым шагом к их изучению является выбор генов-кандидатов и соответствующих мишеней для выявления участков метилирования.

Цель исследования состояла в разработке стратегии такого поиска и метода получения ПЦР-продуктов для выбранных мишеней для дальнейшего секвенирования участков, в которых они расположены. Выбор полиморфизмов проводили: 1) на основании литературных данных, 2) в сайтах метилирования (CpG-SNV) в регионах сцепления, обнаруженных при полногеномных анализах ассоциаций на шизофрению (GWAS), 3) вокруг SNV внутри сайтов связывания транскрипционных факторов. Известно, что CpG-SNV могут оказывать сильное влияние на уровень метилирования *in cis* (Kerkel et al. 2008; Schalkwyk et al. 2010) и часто ассоциированы со сложными наследственными заболеваниями (Hutchinson et al. 2014; Do et al. 2016). Полиморфизмы, попадающие внутрь сайтов

связывания транскрипционных факторов, могут с большей вероятностью быть функционально значимыми (Moyerbrailean et al. 2016).

Материал и методы исследования. Для выбора мишеней был проведен анализ литературных источников в базах данных PubMed (1966 по настоящее время), Embase (1974 по настоящее время). Использовали следующие ключевые слова для поиска: epigenetics, genome-wide association studies, GWAS, epigenome-wide association studies, EWAS, DNA methylation, CpG, schizophrenia, cognitive deficit, cognitive impairment. Полиморфизмы (SNP, делеции и инсерции), изменяющие или создающие CpG, были определены на референтном геноме hg19 с помощью специально написанной программы. Для подбора праймеров с минимальной тенденцией к образованию праймер-димеров и отжигу на обе цепи конвертированного генома было использовано программное обеспечение primer3 и BLAST.

Результаты исследования. По результатам поиска литературы были выбраны и проанализированы статьи по полногеномным эпигенетическим анализам на шизофрению, которые были выполнены с использованием образцов ДНК, выделенных из крови (Dempster et al. 2011; Kinoshita et al. 2013; Nishioka et al. 2013; Liu et al. 2014; Aberg et al. 2014; Montano et al. 2016) и посмертно-взятого головного мозга (Mill et al. 2008; Wockner et al. 2014; Numata et al. 2014; Pidsley et al. 2014). Анализ показал, что число мишеней, для которых обнаружена надежно воспроизводимая ассоциация с заболеванием, чрезвычайно мало. В результате в список мишеней были включены некоторые из традиционных генов-кандидатов шизофрении: регионы полиморфизмов rs6265 (ген мозгового нейротрофического фактора – BDNF), rs4680 (COMT), CpG-островок в промоторе гена рилина (RELN). Для составления выборки CpG-SNV мы использовали следующие критерии включения: 1) оценка неравновесия по сцеплению D' в регионе CpG-SNV с индексным полиморфизмом GWAS не менее 0.9; 2) частота минорного аллеля не менее 25 %; 3) для полиморфизмов, обусловленных заменой цитозина (C) на тимин (T) (C>T) наличие в регионе (2.5 тысяч пар нуклеотидов) мишени полиморфизма с идеальным сцеплением ($r^2=1$). Конкретные значения частоты полиморфизмов были определены по составной выборке людей европейского происхождения, приведенных в международном проекте 1000 геномов (<http://www.internationalgenome.org>). CpG-SNV, расположенные на расстоянии друг от друга не более 2.5 тысяч пар нуклеотидов, были объединены в одну мишень. Всего нами было найдено 750 мишеней, удовлетворяющих приведенным выше критериям включения. В результате поиска полиморфизмов вокруг SNV внутри сайтов связывания транскрипционных факторов было выбрано несколько транскрипционных факторов, для которых известна их роль в регулировании работы нейрональных клеток (NRSE, EGR1, TCF4, MEF2C и другие), а также транскрипционный фактор CTCF. Мы использовали позиционные матрицы связывания транскрипционных факторов из базы данных HOCOMOCO (Kulakovskiy et al. 2016) для поиска SNV, изменяющих или создающих сайты связывания транскрипционного фактора. Критерии включения были те же, что и для CpG-SNV. Для получения продуктов ПЦР нужной длины был создан биоинформатический программный конвейер, позволяющий подобрать оптимальную пару праймеров для заданной мишени, а для удобства выбора конкретных позиций праймеров предложена система визуализации регионов мишеней на основе программной среды R.

Заключение. На основании масштабного анализа литературных данных и биоинформатического анализа составлен список кандидатных регионов (мишеней) для проверки отличий в статусе метилирования ДНК больных шизофренией.

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (проект №16-15-00056).

ПОИСК ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ, ЛЕЖАЩИХ В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ЛОБНО-ВИСОЧНОЙ ДЕМЕНЦИИ, СИНДРОМА БЕСПОКОЙНЫХ НОГ И ШИЗОФРЕНИИ

Левченко А.Ю.

СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

Генетические факторы, лежащие в основе психических и неврологических расстройств, до сих пор недостаточно изучены. Данные пробелы в наших знаниях ограничивают наши возможности в плане профилактики и лечения этих заболеваний.

Цель исследования – изучение уже известных и определение новых генетических факторов, лежащих в основе патогенеза лобно-височной деменции (ЛВД), синдрома беспокойных ног (СБН) и шизофрении.

Материалы и методы. ЛВД: 14 пациентов франко- и англо-канадского происхождения с диагнозом ЛВД; замороженные ткани мозга, кровь, выделенные ДНК и РНК. Секвенирование гена *MAPT*, участвующего в патогенезе ЛВД. Изучение соотношения изоформ 4R/3R гена *MAPT*.

СБН: Несколько десятков семей, в том числе очень крупных, франко-канадского происхождения; кровь, фибробласты, выделенные ДНК и РНК. Полногеномный статистический анализ сцепления. Секвенирование 80 генов в обнаруженных хромосомных участках-кандидатах, подробное изучение гена *SIRPB1*.

Шизофрения: 95 больных шизофренией из Санкт-Петербурга. Кровь, выделенная ДНК. Секвенирование 10 генов-кандидатов, предположительно определяющих левую-правую асимметрию мозга.

Результаты исследования. ЛВД: Был обнаружен функциональный редкий полиморфизм rs63751443 в гене *MAPT* у одного больного, который изменяет соотношение изоформ 4R/3R. Дополнительные эксперименты проводятся.

СБН: Были обнаружены два новых хромосомных участка, сцепленных с СБН: 20p13 и 16p12.1. Подтверждение сцепления с ранее описанным участком 14q13-21. Была обнаружена дупликация гена *SIRPB1* (20p13), участвующего в иммунной системе. Хотя дупликация этого гена присутствуют и в здоровой популяции, её функциональная роль в таком мультифакториальном заболевании, как СБН, требует дополнительного изучения.

Шизофрения: Были обнаружены 20 новых вариаций, из которых одна вероятно является патогенной мутацией в гене *CTNNA1* (бета-катенин) у больной параноидной шизофренией. Данная мутация, заменяющая аспарагин на серин в части белка, взаимодействующей с кадгеринами, нарушает функцию белка, согласно всем использованным инструментам биоинформатики, и полностью отсутствует у здоровых индивидуумов. Ген *CTNNA1* также поражён мутациями, в том числе, в той же функциональной части белка, в случае аутизма и умственной отсталости.

Выводы. Данные исследования позволили пролить свет на генетические факторы, играющие роль в ЛВД, СБН и шизофрении. Дальнейшие исследования должны подтвердить конкретную роль генов *MAPT*, *SIRPB1* и *CTNNA1* в патогенезе.

МНОГОСТОРОННЯЯ ОЦЕНКА ПАЛИПЕРИДОНА ПАЛЬМИТАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВОГО ЭПИЗОДА ШИЗОФРЕНИИ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОЦЕНТРОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ «ФЕНИКС»

Любов Е.Б.

МНИИП, Москва, Россия

Актуальность: рациональный выбор и применение инъекционных форм атипичных антипсихотиков длительного действия как палиперидон пальмитат (ПП) способствует ресурсосбережению (снижение бремени болезни при уменьшении нагрузки на больничное звено и восстановлении и приумножении человеческого капитала; в русле психосоциального выздоровления) в наибольшей мере при выборе ресурсоемкой группы-мишени пациентов с сочетанными клинико-социальными проблемами – часто (не менее трех раз за три последних года наблюдения) госпитализированных в первом эпизоде шизофрении (Е.Б. Любов и соавт., 2014-2017). Назначение правильного препарата правильному пациенту высвечивает его ресурсы выздоровления и недостатки повседневной помощи.

Цель исследования: многоуровневая (целостная) оценка клинико-социальной и экономической эффективности ПП по сравнению с «типовой» (повседневной) психофармакотерапией часто госпитализированных в первом эпизоде шизофрении.

Задачи: 1) определение ресурсосберегающего эффекта ПП (медицинские и социальные издержки) с позиций пациента и его близких, местных психиатрических служб и общества в целом; 2) уточнение эффекта ПП в аспектах улучшения социально-трудового функционирования и качества жизни пациентов; 3) выявление ресурсов социально-личностного восстановления пациентов; 4) определение субъективной переносимости ПП; 5) оценка клинического эффекта (углубление и упрочение ремиссии); 6) определение отношения и приверженности к лечению ПП пациентов; 7) формирование перспективной когорты пациентов с последующим переводом на лечение ПП 1 раз в 3 месяца.

Материалы и методы. «Зеркальный» анализ: социально-экономические и гуманистические показатели сравниваются за 12 месяцев до назначения ПП и за год на фоне ПП. Оценки: в начале лечения, через 3, 6,9 и 12 месяцев. Критерии включения: ≥ 18 лет большой шизофренией (МКБ-10) с длительностью верифицированного диагноза ≤ 5 лет, с регоспитализацией в связи с несоблюдением лекарственного режима (плохая переносимость нейролептиков в терапевтических дозах) и /или неполной (нестойкой) ремиссией; начало лечения ПП в ПБ (в подостром состоянии или на фоне созревания ремиссии) или во внебольничных условиях. Критерии исключения: отказ от лечения ПП пациента и/или его близких; стабилизированные пациенты на типовой терапии и хорошо ее переносящие; с отрицательным опытом ПП (безопасность, клинический эффект). В исследование включены 166 пациентов 18-74 лет (средний возраст 33 года), 64,5 % мужчин, из 10 регионов РФ: Краснодарский край (15 пациентов), Крыма (16), Москвы (15), Омской области (15) Свердловской области (13) Татарстана (20) Тверской (16), Тульской областей (21), Хабаровского края (20), ХМАО (15). Более половины (55 %) пациентов – инвалиды, работали / учились 1/3. Лекарственный комплаенс $u > S$ пациентов полный, у остальных частичное (≤ 60 % времени лечения) или полное несоблюдение режима терапии. Используются: шкала оценки нежелательных действий ASC-C; BPRS; Шкала оценки отношения к лекарственным препаратам DAI-10; Краткая форма оценки здоровья SF-12 (опросник);

«Термометр» EQ-5D; Опросник PETIT (Оценка субъективного благополучия); Шкала оценки отношения к выздоровлению (RAQ 16); Шкала оценки удовлетворения

потребностей (Camberwell Assessment of Need); Шкала «Социальное ориентированное и социальное функционирование» – Сфера d шкалы PSP. Акцент сделан на самооценке пациента. Количественная оценка сопряжена с качественным анализом (структурированный опрос пациента и его близких).

Результаты. В течение трехмесячного лечения ПП в дозах 100 мг (у 75 %) клиническое состояние пациентов стабильно, некоторое углубление ремиссии не сопровождалось улучшением социального функционирования и качества жизни. Суицидальных, агрессивных эпизодов не отмечено. Большая часть пациентов (85 %) удовлетворена новым лечением, включена в индивидуальные и групповые психосоциальные занятия, включая подготовку к трудоустройству. Гармонизирована фармакотерапия: снижена потребность в корректорах ЭПР, транквилизаторах, антидепрессантах ($p < 0,001$). Треть пациентов получает монотерапию ПП. 6 % пациентов прекратили лечение, причем в 1/2 случаев по решению врача из-за непереносимости (как местная кожная реакция в месте укола и гиперпролактинемия), один пациент регоспитализирован (позволительно по протоколу исследования) на 100 мг ПП, три пациента прервали контакт с врачом без объяснения причин.

Предварительные выводы: большинство пациентов с изначально высоким потенциалом приступообразования стабилизировано в течение трех месяцев на среднетерапевтических дозах ПП и удовлетворено лечением. Социальное улучшение возможно при подключении психосоциальной работы. Отсев мог быть минимизирован при более тщательном подборе пациентов и следованию врачом-исследователем протоколу исследования.

ТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИИ: КРИЗИС ИЛИ НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Мазо Г.Э.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Вопрос поиска противорезистентной терапии при невозможности достигнуть ремиссию в случаях применения монотерапии антидепрессантами у пациентов с депрессивным расстройством широко обсуждается в научной литературе. Интерес определяется высокой выявляемостью терапевтической резистентности у этой категории пациентов. Исследования последних лет показали, что у двух третей пациентов не удается достичь ремиссии при использовании инициального антидепрессанта, и только у 15 – 33 % из них успешно применение альтернативных терапевтических подходов (Cain R.A., 2007; Berlim M.T., Fleck M.P., Turecki G., 2008). Эти неутешительные цифры определяют остроту поиска новых возможностей для ведения пациентов с терапевтически резистентными депрессиями (ТРД). При этом за последнее десятилетие на фармакологическом рынке не зарегистрирован ни один антидепрессант с принципиально новым механизмом действия. При отсутствии значимого прогресса многие крупные фармацевтические компании сократили научные исследования и инвестиции в соответствующие разработки.

Разработка и постоянное усовершенствование критериев ТРД нацелено на гомогенизацию данной группы пациентов. Такой подход является перспективным для изучения механизмов формирования терапевтической резистентности, что в будущем может дать ответ на вопрос: является ли ТРД специфическим типом депрессивных состояний. Но, несмотря на предложения различных подходов и введение в критерии не только

показателей, определяющих ответ на применяемые терапевтические вмешательства, но и клинических характеристик, в настоящее время эта группа включает в себя разнообразные как по психопатологическим характеристикам, так и по особенностям течения состояния, что, вероятно, можно расценивать как отражение биологической гетерогенности.

Большинство исследований, направленных на оптимизацию лечения пациентов с ТРД, нацелено на разработку аугментационных стратегий, предполагающих применение препаратов, не относящихся к группе тимоаналептиков, но потенцирующих эффективность применяемых антидепрессантов. В настоящее время список препаратов, используемых в качестве средств для аугментации, вышел за рамки психотропных. На начальных этапах основанием для использования нового средства, усиливающего антидепрессивный эффект, служили эмпирические методы и последующий поиск теоретического обоснования. Сегодня формирование аугментационных стратегий базируется на формировании концептуального конструкта, базирующегося на понимании молекулярных механизмов формирования депрессии. На основании разработанных гипотез проводятся Proof-of-concept исследования.

Такой подход может представлять не только практический интерес, но на основании оценки его эффективности в ряде случаев уточняются механизмы формирования депрессивных состояний, а в определенных – высказываются предположения о причинах развития терапевтической резистентности.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Марчук С.А., Докукина Т.В., Гилеп А.А., Гайдукевич И.В., Сергеев Г.В.

РНПЦ психического здоровья, г. Минск, Республика Беларусь

Проблема аутизма является одной из наиболее актуальных в области детской психиатрии. Это объясняется как высокой частотой развития этих состояний, так и определенными трудностями своевременной диагностики, отсутствием детально разработанной системы специализированной помощи, что не может не привести к инвалидизации детей с аутистическими расстройствами.

Согласно современным представлениям, «аутизм» — это хроническое психическое расстройство, которое обычно проявляется в течение первых трех лет жизни ребенка, характеризуется всесторонним дефицитом социального взаимодействия и общения различной степени выраженности, а также ограниченными интересами и повторяющимися (стереотипными) действиями. В силу различной степени выраженности указанных нарушений в настоящее время применяется термин расстройства аутистического спектра (РАС).

В ходе ранее проведенного нами исследования микроэлементного статуса детей с РАС и их родителей было установлено, что у каждого обследованного наблюдался дисэлементоз по содержанию цинка и меди либо в сторону дефицита, либо избыточного содержания. Данные нарушения связаны с нарушением функции белка металлотионеина (МТ), выполняющего ряд важных функций в организме: защиты от токсичного действия тяжелых металлов и активных форм кислорода, поддержание гомеостаза цинка и меди, оказывает существенное влияние на развитие и функционирование иммунной системы, участвует в развитии нейронов мозга, предотвращает возникновению

кишечных инфекций, участвует в развитии эмоциональной сферы и социализации. Вследствие участия во всех этих жизненных функциях металлотионеина можно предположить, что дефицит этого существенного белка может привести ко всем видам проблем в развитии ребенка. Наиболее вероятно существуют генетические нарушения, которые не манифестируются, пока система не испытывает перегрузку. Это может быть вызвано вакцинами, бактериальной или вирусной инфекциями и т.д. Неблагоприятное воздействие среды во внутриутробном периоде, грудном периоде или в раннем детстве может нарушить систему металлотионеина, результатом чего будет замедленное или приостановленное развитие нейронов и возможное начало аутизма.

Металлотионеины представляют собой белки, участвующие в развитии антиоксидантного ответа и связывании ионов металлов. В настоящий момент у человека известно 4 класса металлотионеинов, насчитывающие 16 изоформ. Металлотионеины способны связывать широкий спектр металлов, в том числе и токсичных (Pb, Cd). Металлы индуцируют экспрессию этих белков в различных тканях (мозг, печень, миокард и т.д.). Помимо металлов, металлотионеины индуцируются стероидами, канцерогенами, химическими веществами, вызывающими окислительный стресс, ионизирующей радиацией и ультрафиолетовым облучением.

В настоящее время выделяют гены четырех подсемейств металлотионеина: МТ-1 и МТ-2 экспрессируются в различных органах и тканях, экспрессия МТ-3 преобладает в головном мозге; МТ-4 – в базальном слое эпителия. Все гены расположены на отдельной хромосоме, а именно хромосоме 16 у человека.

При поступлении токсического агента индукция металлотионеина наблюдается в первую очередь в печени, причем там синтезируются изоформы МТ-1, МТ-2. Однако, другие клетки и ткани, включая лимфоциты, моноциты, и лимфоидные ткани, например тимус, могут также синтезировать металлотионеины при адекватном стимулировании. МТ-3 индуцируется в мозге в ответ на окислительный стресс, синтез МТ-4 выражен преимущественно в слоистом сквамозном эпителии.

Поскольку металлотионеины играют важную роль в регуляции баланса меди и цинка у здоровых людей, тот факт, что у большинства детей с аутизмом, обследованных на базе РНПЦ психического здоровья, обнаружен дисбаланс меди и цинка, подтверждает, что дисфункция МТ является важной частью патологии при аутизме. Сочетания генетического дефекта, нарушающего функцию металлотионеина, и неблагоприятного воздействия среды в ранний период жизни, приводит к прекращению функционирования этого белка. Полученные результаты позволяют предположить возможную роль изменений в структуре гена металлотионеина как патогенетического фактора развития РАС и дисэлементозов как симптомов данной патологии.

Для подтверждения гипотезы в 2013 – 2015 гг. на базе РНПЦ психического здоровья и Института биоорганической химии НАН РБ было проведено молекулярно-генетическое исследование детей с аутистическими расстройствами.

Цель исследования – изучить роль полиморфизма генов металлотионеина (МТ) в патогенезе различных клинических вариантов расстройств аутистического спектра (РАС).

Материалы и методы. В процессе выполнения задания проведено клиническое, патопсихологическое, нейрофизиологическое и молекулярно-генетическое обследование 108 семей: 81 семьи, в которых имеется ребенок с РАС в возрасте от 2 до 14 лет, и 27 семей со здоровыми детьми, не имеющими нарушений психического и физического развития. Дети с аутизмом и их родители составили основные группы исследования. Здоровые дети и их родители включены в группы сравнения.

Методы диагностики и дополнительные исследования включали:

1. Комплексное клиническое обследование – объективный осмотр, сбор анамнестических сведений, тщательное клиничко-лабораторное, функциональное и инструментальное обследование, консультации узкими специалистами;

2. Психолого-психиатрическое обследование – шкала CARS (Children Autistic Rating Scale, Шоплер, 1980); шкалы TEACCH-PEP (Psychoeducational Profile, Шоплер, 1979); Опросник анализа семейных взаимоотношений (АСВ).

3. Нейрофизиологическое обследование – визуальная и компьютерная ЭЭГ (регистрация осуществлялась на 19-канальном электроэнцефалографе фирмы «Мицар» в монополярном с отдельными ушными электродами отведении, с последующей обработкой данных в режимах периодометрического и спектрального анализа).

Результаты исследования. Разработана методика молекулярно-генетического исследования. В работе задействованы современные методы молекулярно-генетического анализа: полимеразная цепная реакция, секвенирование и др. В качестве биологического материала использовался буккальный эпителий. Сконструированы олигонуклеотидные праймеры для генотипирования. Произведено выделение нуклеиновых кислот из образцов буккального эпителия. Идентифицированы экстрагированные соединения с использованием методов высокоэффективной жидкостной хроматографии и масс-спектрометрии.

У 64 (79 %) обследованных детей с РАС отмечались мутации в SNP rs45570941 во втором интроне гена *MT3*. Из них 50 (61,7 %) детей с аутистическими расстройствами имели генотип G/C, а у 14 (17,3 %) детей отмечался генотип C/C, что свидетельствует о полной замене аллельного участка гена. В 47 (73,4 %) семьях выявленные мутации отмечались как у детей с аутистическими расстройствами, так и у их родителей. В 17 (26,6 %) семьях мутации отмечались только у ребенка с РАС. Среди детей, не имеющих нарушений психического и физического развития, мутация в установленном SNP rs45570941 не была установлена ни в одном случае. Также мутация в искомом SNP не была выявлена у 21 % обследованных детей с РАС.

Выводы. Полученные в результате молекулярно-генетического исследования и проведения клиничко-генетического сопоставления данные указывают на взаимосвязь SNP rs45570941 во втором интроне гена *MT3* (G>C) с частотой развития РАС у детей в возрасте от 2 до 14 лет. Изменения в структуре гена *MT3* и, как следствие, нарушенное функционирование белка металлотионеина, являются одними из важных этиопатогенетических факторов развития различных клинических вариантов расстройств аутистического спектра. Предложенный метод молекулярно-генетической диагностики предрасположенности к развитию РАС может быть использован в качестве инструментария для ранней диагностики аутистических расстройств. Диагностика наличия мутаций (G/C генотип) в SNP rs45570941 во втором интроне гена *MT3* направлена на установление предрасположенности к развитию аутистических расстройств, а также нарушений функционирования иммунной системы, желудочно-кишечного тракта и микроэлементного статуса ребенка.

ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ И СТАНДАРТИЗАЦИЯ В СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ

Масловский С.Ю.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Современные тенденции оказания психиатрической помощи населению, с одной стороны, продолжают базироваться на принципах индивидуализации лечебных подходов, с другой стороны, характеризуются разработкой и внедрением универсальных стандартов/протоколов лечения больных с психическими расстройствами. Существует ли здесь принципиальное противоречие между перечисленными тенденциями?

Для ответа на этот вопрос целесообразно рассмотреть их недостатки и преимущества.

С момента начала применения психофармакологических препаратов для лечения психически больных фармакоэпидемиологическими исследованиями констатируется неуклонный рост лекарственной нагрузки на больного, достигающий до 3-5 одновременно назначаемых препаратов на одного пациента. Этот широко распространенный способ лекарственного пособия, носящий название полипрагмазии (одновременное назначение препаратов одного класса или препаратов со схожим механизмом действия) давно реализуется при лечении психически больных, являясь отражением персонифицированного подхода, который заключается в подборе индивидуальной схемы комбинированного лечения.

Современная противоположность полипрагмазии – универсализм, когда одним препаратом зачастую можно лечить практически любые психические расстройства. В качестве примера можно привести показания для назначения антипсихотика кветиапина. Такие препараты перспективны для включения в стандарты, но они никак не соотносятся с принципами индивидуализации/персонификации лекарственной терапии применительно к лечению конкретного пациента. При этом терапевтические стратегии, разработанные на основе достижений современной науки, достаточно скромны в плане появления «новых высокоэффективных психотропных препаратов». По сути до настоящего времени «золотыми стандартами» лечения психических заболеваний остаются препараты синтезированные в большинстве своем в середине прошлого века и занявшие свое прочное место в практике лечения больных. Своей высокой терапевтической активностью они определили тенденции развития всех классов психотропных средств на основе моноаминовой парадигмы. В большинстве случаев, попытки отхода от нее при разработке новых препаратов не увенчались успехом в эволюции фармакологии и фармакотерапии психических заболеваний.

Другая тенденция современной психофармакотерапии заключается в четкой направленности проводимого лечения в сторону обеспечения безопасности лекарственного пособия и повышения качества жизни пациента. Безусловно, эта современная тенденция ведет в сторону «гуманизации» лекарственной терапии, но отнюдь не всегда в сторону повышения ее эффективности. Приходится констатировать, что препараты последних поколений постепенно «выдавливают» с рынка лекарственные средства, проверенные временем. Данная ситуация вряд ли несет пользу пациентам, поскольку, например, масштабные исследования по сравнительной эффективности классических и атипичных антипсихотиков не смогли показать значимых различий в эффективности сравниваемых групп препаратов. Тем не менее, разработка современных стандартов по умолчанию предполагает включение в него именно препаратов последних поколений, что, однако, вполне естественно.

До внедрения стандартов/протоколов лечения больных существовало не так уж много способов неправильно назначить психотропный препарат или их комбинацию, реализуя принцип индивидуализации лекарственной терапии, стремясь повысить ее эффективность. Наиболее «популярными» проблемами индивидуализации лекарственных назначений были нарушения режима дозирования, нарушения длительности назначения препарата, неадекватное назначение комбинаций психотропных средств. В значительной степени, реализация на практике ошибочных способов назначения психотропных средств была обусловлена недостаточностью информации об их механизмах действия и о вызываемых ими нейрохимических изменениях. Накопление информации о перечисленных аспектах действия психотропных средств и параллельное увеличение их количества, привело к необходимости стандартизации лечебных подходов и разработке протоколов ведения пациентов различных нозологических групп. Преимущества стандартизации лекарственной терапии очевидны. Это, в первую очередь, защита от некомпетентности и врачебных ошибок специалиста при назначении лекарственной терапии. Во-вторых, минимизация затрат и оптимизация показателя стоимость-эффективность. Несмотря на эти очевидные достоинства стандартизации лекарственной терапии, индивидуализация лекарственной терапии не стала анахронизмом. Параллельно существованию стандартов/протоколов лечения больных индивидуализация лекарственной терапии может реализовываться в виде так называемых off-label назначений. Дополнительно, отдельной проблемой стало несоблюдение самих стандартов/протоколов лечения со стороны лечащих врачей, которую немецкий психиатр Werner Kissling (1994) даже назвал врачебным нон-комплайansom. Специальные исследования, проведенные в различных странах, выявили практически одинаковый показатель частоты неисполнения стандартов, который равен 40 %. В-третьих, стандартизация терапевтических подходов необходима на этапах оказания urgentной психиатрической помощи, поскольку именно здесь она «отсекает» неправильные терапевтические стратегии, способные в дальнейшем либо спутать клиническую картину заболевания, либо существенно повлиять на его течение, провоцируя развитие резистентного состояния. С позиций клинической фармакологии этап купирования острых психических нарушений в рамках терапевтических стратегий адекватен и возможен, поскольку здесь минимально проявляются черты «персонализации» патологии. Следовательно, для разработки стандартов принципиальными будут диагностические критерии перехода острой фазы болезни в фазу созревания лекарственной ремиссии, на которой определяются персонализированные программы дальнейшего лечения и реабилитации пациентов.

Таким образом, индивидуализация и стандартизация не должны абсолютизироваться и рассматриваться как альтернативные варианты лекарственной терапии психически больных, особенно учитывая её длительность. Использование четких стандартов в лекарственной терапии является приоритетным при купировании острых психических расстройств в условиях стационара. Лекарственная терапия в амбулаторных условиях, где пациенты максимально различны между собой по своему психическому и соматическому состоянию, социальному статусу, микросоциальной среде, особенностям социального функционирования и качества жизни, требует индивидуализации лекарственного пособия с использованием принципа назначения минимально эффективных доз, вариабельностью суточных дозировок, длительности приема поддерживающей терапии, комбинаций психотропных средств.

ВОЗМОЖНОСТИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕПРЕССИЙ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Медведева Ю.И., Курасов Е.С., Цыган Н.В., Зобин Я.С.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Введение. В большинстве развитых стран за последние 40 лет отмечается неуклонный рост депрессивных состояний, а к началу XXI в. они приобрели характер «большой эпидемии» и стали одной из наиболее актуальных проблем психиатрии. В настоящее время в повседневной деятельности психиатров актуальной задачей остается дифференциальная диагностика аффективных нарушений при эндогенной и невротических депрессиях. Одним из наиболее информативных в этом направлении является пиктополиграфическое исследование. Указывается, что данный факт может способствовать разработке современных диагностических подходов и повысить точность выносимых диагностических заключений

Цель исследования: оценить возможности пиктополиграфического исследования в диагностике депрессий различной этиологии.

Материал и методы исследования. Обследовано 65 больных женского и мужского пола (средний возраст $27,3 \pm 7,5$ года), проходивших стационарное лечение по поводу тревожно-депрессивных расстройств в клинике психиатрии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Обследованных пациентов разделили на 3 группы: 1-я ($n_1=20$) – больные с депрессивным эпизодом умеренной тяжести («эндогенной» депрессией); 2-я ($n_2=20$) – с расстройством адаптации (продолжительной депрессивной, смешанной тревожной и депрессивной реакциями); 3-я ($n_3=25$) – с такими же адаптационными расстройствами и сопутствующей акцентуацией характера истеро-возбудимого типа. Для оценки степени выраженности тревожных и депрессивных нарушений использовались Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Объективизацию выраженности депрессии и тревоги проводили с использованием пиктополиграфического метода (программно-аппаратный комплекс «Эгоскоп» («Медиком МТД», г. Таганрог, 2009 г.) путем вычисления индекса смысло-эмоциональной значимости (СЭЗ). Личностная сфера больных и выявление акцентуаций характера проводилось при помощи адаптированного варианта MMPI – стандартизированного многофакторного метода исследования личности (Березин Ф.Б. и соавт., 2001).

Результаты и их обсуждение. Проведенное клинко-психопатологическое обследование исследования показало, что структура ведущих жалоб у обследованных больных 2-й и 3-й была примерно одинаковой. Значимые различия были выявлены у пациентов 1-й группы в сравнении со 2-й по показателям «снижение настроения» ($p < 0,05$) и «отсутствие побуждений к деятельности» ($p < 0,01$); по сравнению с 3-й группой – по показателям «снижение настроения», «отсутствие побуждений к деятельности» и «нарушения сна» ($p < 0,01$). Во 2-й группе по сравнению с 3-й значительно преобладали только «нарушения сна» ($p < 0,05$).

В ходе пиктополиграфического исследования у пациентов 1-й и 2-й групп индексы СЭЗ отдельных подшкал HADS свидетельствовали о выраженном уровне тревоги и депрессии. Они были достоверно значимыми ($p < 0,01$) и соответствовали жалобам и психическому статусу пациентов, оцененных в ходе клинко-психопатологического обследования. Среди пациентов 3-й группы индексы СЭЗ кластеров тревоги и депрессии шкалы HADS указывали на отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии ($p > 0,05$). Это свидетельствовало об утрированном предъявлении жалоб самими пациентами вследствие механизмов «вторичной выгоды». Было отмечено, что

у пациентов первой группы (с эндогенной депрессией) показатели индекса СЭЗ значимо были выше, чем у пациентов второй группы (с невротической депрессией) ($p < 0,01$).

Таким образом, чем значимей для испытуемого были затрагиваемые в задании вопрос или тема, тем большим было отклонение по интегральному профилю смысло-эмоциональной значимости. Установочное или не определившееся отношение испытуемого отражалось в повышении вариативности показателей, относящихся к данной теме. Повышение разброса проявлялось, вероятнее всего, при когнитивном диссонансе – состоянии, характеризующимся столкновением в сознании пациентов противоречивых знаний, убеждений, поведенческих установок относительно субъективной оценки своего состояния и отношения к проводимому обследованию.

Заключение. Проведенное исследование показало, что использование клинико-психопатологического метода при оценке состояния у пациентов с аффективными нарушениями (особенно, у акцентуированных личностей), является недостаточно информативным и, зачастую, не соответствует реальной степени выраженности имеющихся аффективных нарушений. При этом, избыточное и необоснованное назначение психофармакотерапии у таких лиц снижает степень психотерапевтического участия в их лечении. Обследование пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами непсихотического уровня пиктополиграфическим методом позволяет оптимизировать диагностический процесс и повысить точность выносимых диагностических заключений. Все это может способствовать более точному выбору основного направления психотерапевтической работы и повышению эффективности проводимого лечения.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ АНТИПСИХОТИК-ИНДУЦИРОВАННЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Насырова Р.Ф., Сосин Д.Н., Ершов Е.Е., Незнанов Н.Г.

*СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, СПб ПБ №1 им. П.П. Кащенко,
Санкт-Петербург, Россия*

Антипсихотик-индуцированные метаболические нарушения являются значимой проблемой клинической психиатрии, т.к. существенно снижают качество жизни пациентов и их приверженность к психофармакотерапии. Целью фармакогенетических исследований является выявление маркеров оптимизации подбора психофармакотерапии. В нашей стране имеется существенный недостаток проспективных многоцентровых исследований, которые, несомненно, являются методологически более сложными, но вместе с тем дают возможность получить валидные фармакогенетические маркеры с возможностью их внедрения в клиническую практику.

Цель исследования – изучение генетической предрасположенности пациентов европейской расы, проживающих на территории Северо-Западного региона к развитию метаболических нарушений при приеме антипсихотиков.

Материалы и методы. Исследование проводилось в соответствии с требованиями Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации об этических принципах проведения медицинских исследований с участием людей в качестве субъектов (2000 г.). Для проверки соответствия пациентов критериям включения/невключения был проведен скрининг госпитализированных пациентов в СПб ГБУЗ «Психиатрическая боль-

ница №1 им. П.П. Кащенко» (Санкт-Петербург) (главный врач – д-р мед. наук О.В. Лиманкин). В процессе исследования было скринировано 110 пациентов. В исследование были включены 84 пациентов; полностью завершили – 72 человека (из них 12 (16,67 %) – женщины и 60 (83,33 %) – мужчины). Средний возраст, завершивших исследование, составил $35,65 \pm 5,87$ лет. Пациенты, включенные в исследование, были разделены на группы по получаемому антипсихотику: типичный антипсихотик (I генерации) в режиме монотерапии принимали 37,5 % (n=27) пациентов, завершивших проспективное фармакогенетическое исследование, атипичный (II генерации) – 62,5 % (n=45) соответственно.

Обследование включенных в исследование пациентов проводилось на двух визитах: Визит 1 на момент включения пациента в исследование и Визит 2 через 8-10 недель приема антипсихотика в режиме монотерапии. На каждом Визите оценивались антропометрические данные – индекс массы тела, вес, объем талии и бедра, а также проводилась психометрическая оценка с помощью шкал: PANSS, CGI-S, CGI-I. Средняя продолжительность наблюдения составила $9,3 \pm 3,24$ недель. Генотипирование осуществлялось с помощью полимеразной цепной реакции в реальном времени (Real-TimePCR). Все пациенты были генотипированы по полиморфизму: *HTR2A* (rs6313). Выделение ДНК осуществлялось комплектом реагентов «АмплиПрайм РИБО-преп» фирмы ИнтерЛаб-Сервис (Россия). ПЦР-исследование проводилось с использованием наборов реагентов для определения полиморфизмов фирмы «Синтол» (Россия) с детекцией продуктов амплификации в режиме реального времени на приборе RotorGene 6000/Q (QIAGEN, Германия).

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета статистических программ SPSS 19.0. Различия считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. У пациентов в исследовании установлены частоты генотипов по полиморфному варианту серотонинового рецептора *HTR2A* (rs6313): С/С – 6,94 % (5); С/Т – 61,11 % (44); Т/Т – 31,94 % (23), что очень слабо соответствовало закону Харди-Вайнберга ($p = 0,018$). Следует подчеркнуть, что несмотря на не сопоставимое распределение (примерно 1:2) пациентов, принимавших антипсихотик I или II генераций, результаты предварительного проспективного исследования зарегистрировали в 2-х группах одинаковую долю обследованных ($p > 0,05$), изменивших массу тела на 6 % и более при приеме антипсихотика: 9 (33,33 %) и 14 (31,11 %). Далее все пациенты независимо от принимаемого антипсихотика были разделены на 2 группы: I группа – пациенты, у которых за время проспективного исследования было зарегистрировано при приеме антипсихотика изменение массы тела 6 % и более от исходной величины, и II группа – пациенты, у которых за время проспективного исследования было зарегистрировано при приеме антипсихотика изменение массы тела менее 6 %.

При генотипировании пациентов с антипсихотик-индуцированным набором веса и без такового выявлена ассоциация полиморфизма гена серотонинового рецептора *HTR2A* (rs6313) с набором веса при приеме антипсихотиков ($p < 0,05$). У пациентов без антипсихотик-индуцированного изменения массы тела частоты генотипов распределились следующим образом: С/Т – 82,61 % (19); Т/Т – 17,39 % (4); генотипа С/С в данной группе идентифицировано не было. У пациентов с набором веса при приеме антипсихотиков данное распределение было таковым: Т/Т – 57,14 % (28); С/Т – 28,57 % (14); С/С – 14,29 % (7). Предварительные результаты свидетельствуют о протективной значимости аллеля С, соответственно аллель Т *HTR2A* (rs6313) является предрасполагающим (OR=0,71; CI=0,136-0,998; $p < 0,05$) в отношении набора веса при приеме антипсихотиков.

Также было проанализировано распределение генотипов *HTR2A* (rs6313) в популяции пациентов с психическими расстройствами шизофренического спектра, соответственно нуждающихся в длительном приеме антипсихотиков, европеоидной расы, проживающих на территории Северо-Западного региона. При генотипировании 174 образцов ДНК пациентов по полиморфному варианту серотонинового рецептора *HTR2A* (rs6313) установлены частоты следующие частоты генотипов: С/С – 33,33 % (58); С/Т – 50,00 % (87); Т/Т – 16,67 % (29), при этом равновесие Харди-Вайнберга не соблюдено ($p=0,036$).

Выводы. Полученные предварительные результаты популяционного и проспективного фармакогенетического исследования антипсихотик-индуцированных метаболических нарушений у пациентов, постоянно проживающих в Северо-Западном регионе Российской Федерации, позволяют рассматривать полиморфный вариант гена серотонинового рецептора *HTR2A* (rs6313) как перспективный маркер риска развития антипсихотик-индуцированного набора веса. Увеличение выборки позволит повысить значимость полученных предварительных результатов в отношении ассоциации изучаемого кандидатного гена с метаболическими нарушениями при приеме антипсихотиков. Продолжение исследования и расширение панели генов-кандидатов позволит выявить генетические предикторы метаболических нарушений у пациентов с психическими расстройствами, принимающих антипсихотики, что позволит разработать фармакогенетические методы оптимизации психофармакотерапии.

Исследование выполнено при финансовой поддержке гранта Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых – докторов наук (МД-7471.2016.7).

РЕЦЕПТОРЫ НЕЙРОТРАНСМИССИИ НА ЛИМФОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ – МАРКЕРЫ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Насырова Р.Ф., Тараскина А.Е., Сосин Д.Н., Ершов Е.Е., Крупицкий Е.М.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, СПб ПБ №1 им. П.П. Кащенко, Санкт-Петербург, Россия

Психофармакотерапия до настоящего времени остается одной из наиболее сложных областей клинической наркологии и психиатрии, что обусловлено развитием лекарственной резистентности и большим количеством побочных эффектов, снижающих приверженность к терапии и качество жизни пациентов с психическими расстройствами [Мосолов С.Н., 2012]. Накапливаются данные демонстрирующие, что лимфоциты периферической крови могут быть адекватным инструментом при проведении исследований в области психиатрии. Мы предполагаем, что показатели рецепторной нейротрансмиссии лимфоцитов, могут быть рассмотрены в качестве биомаркеров прогноза эффективности и безопасности психофармакотерапии, могут лечь в основу разработки персонализированных подходов к терапии.

Цель исследования – определение уровня экспрессии (мРНК) генов дофаминового рецептора 4 типа (*DRD4*) и серотонинового рецептора 2А (*5HTR2A*) в лимфоцитах периферической крови у пациентов с расстройством шизофренического спектра с установлением взаимосвязи между уровнем экспрессии изучаемых генов и клиническим ответом на антипсихотическую терапию.

Материалы и методы. В исследование включено 38 пациентов мужского пола с расстройством шизофренического спектра согласно критериям МКБ-10. Пациенты находились на стационарном лечении в СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко» (главный врач – д-р мед. наук О.В. Лиманкин). Критериями включения в исследование были европеоидная раса, возраст от 18 до 55 лет, первый психотический эпизод (отсутствие в анамнезе приема антипсихотических препаратов), либо нон-комплаентность не менее 3 месяцев до включения в исследование. Проводилась психометрическая оценка состояния обследованных пациентов по шкалам: шкале оценки позитивных и негативных синдромов – PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale; Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A., 1987); шкале общего клинического впечатления – CGI-S (Clinical Global Impression of Severity) и CGI-I (Clinical Global Impression of Improvement; National Institute of Mental Health, 1970).

Пациентам, включенным в исследование, назначался методом рандомизации антипсихотик в режиме монотерапии. В основной группе – антипсихотик II генерации оланзапин (22 пациента, средний возраст $26,4 \pm 6,2$ лет) или в группе сравнения – антипсихотик I генерации галоперидол (16 пациентов, средний возраст $29,4 \pm 8,1$ лет). Пациенты в изучаемых группах были сопоставимы по антропометрическим и клиническим характеристикам, а также по состоянию функциональной активности изучаемых генов (уровню экспрессии). Обследование проводилось до начала психофармакотерапии (Визит 1), через две (14 ± 2 дня) (Визит 2) и четыре недели (28 ± 2 дня) (Визит 3) от начала приема антипсихотика I или II генерации.

Материалом для исследования служила периферическая венозная кровь. Лимфоциты периферической крови получали центрифугированием. Выделение лимфоцитарной мРНК проводилось с использованием наборов Qiagen (Германия). Уровень экспрессии генов оценивался методом количественной полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Статистическая обработка данных была проведена с использованием статистического пакета программы SPSS версия 21.0.

Результаты исследования. Прием антипсихотиков в режиме монотерапии как галоперидола, так и оланзапина влиял на уровень экспрессии генов, но экспрессионный профиль оставался стабильным: уровень мРНК гена *5HTR2A* положительно коррелировал с уровнем мРНК гена *DRD4*. Коэффициент корреляции Спирмена в группе пациентов, принимающих оланзапин, составил – $r=0,658$, $p=0,039$; $r=0,957$, $p=0,0001$; $r=0,958$, $p=0,0001$ для Визита 1, 2 и 3, соответственно. В группе пациентов, получающих галоперидол, данный показатель составил – $r=0,987$, $p<0,001$; $r=0,901$, $p=0,002$; $r=0,876$, $p=0,004$ для Визита 1, 2 и 3, соответственно.

Уровень экспрессии *5HTR2A* перед началом антипсихотической терапии (Визит 1) коррелировал с показателями по шкале PANSS (Визит 1) пациентов с расстройством шизофренического спектра двух групп психофармакотерапии и отражал тяжесть психического расстройства ($r=0,653$, $p=0,001$). При проведении антипсихотической терапии корреляция между уровнем мРНК *5HTR2A* (Визит 1) и показателями шкалы PANSS (Визит 2 и 3) сохранялась для пациентов, получающих оланзапин в режиме монотерапии ($r=0,524$, $p=0,012$; $r=0,715$, $p=0,0001$ для Визита 2 и 3 соответственно). Для пациентов, принимавших галоперидол, данная взаимосвязь не регистрировалась. Кроме того, первоначальный уровень экспрессии *5HTR2A* значимо положительно коррелировал с показателями шкалы общего клинического впечатления (CGI-S) у пациентов основной группы ($r=0,732$, $p=0,001$).

Выводы. Установлено, что уровень экспрессии *5HTR2A* взаимосвязан с выраженностью клинических проявлений психических нарушений при проведении антипсихотической терапии. Уровень экспрессии гена *5HTR2A* на лимфоцитах периферической крови у пациентов с расстройствами шизофренического спектра может служить биомаркером прогноза эффективности оланзапином (коррелирует с клиническим ответом на проводимую терапию). Широкий диапазон вариабельности клинической эффективности антипсихотиков демонстрирует актуальность оптимизации назначения данных препаратов на введении в клиническую практику персонализированного подхода с учетом индивидуальных параметров рецепторов нейротрансмиссии лимфоцитов.

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (проект №14-15-00904).

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В ПРАКТИКЕ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ

Новикова Н.В.

ПК Пермская краевая КПБ, г. Пермь, Россия

Непрерывная поддерживающая терапия является ключевым фактором эффективного лечения больных шизофренией и в настоящее время выдвинута на первый план в различных клинических руководствах. Для длительного предотвращения рецидивов у больных со стабилизированной шизофренией эффективны как типичные, так и атипичные антипсихотики. Выбор тактики лечения и препарата в большей степени определяется эмпирическим опытом, личными предпочтениями врача и текущей бюджетной политикой. При использовании атипичных антипсихотиков (АА) наблюдается лучшая переносимость и безопасность в сравнении с типичными средствами. Нежелательные явления АА могут проявиться в значимой нейроэндокринной дисфункции, влияя на качество ремиссии и приверженность пациента к терапии (комплаентность). Риск развития нежелательных явлений и нарушений может быть минимизирован применением АА пролонгированного действия.

Целью данного исследования являлось изучение преимуществ пролонгированных антипсихотиков второго поколения при поддерживающей терапии больных стабилизированной шизофренией в отношении качества ремиссий, риска рецидивов и побочных действий.

Материал и методы. В исследование было включено 54 пациента с эпизодической параноидной шизофренией (в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10) в возрасте от 24 до 47 лет (средний возраст $35,5 \pm 11,5$ лет), которые были разделены в зависимости от получаемой психофармакотерапии (монотерапия атипичными нейролептиками пролонгированного действия или комбинированная терапия антипсихотиками разных групп) без учёта пола на 2 равные группы. Группы были сопоставимы по клинικο-демографически характеристикам, пациенты наблюдались на одном участке диспансера. Длительность заболевания в среднем составляла $9,5 \pm 2,1$ лет. Актуальное психическое состояние пациентов основной и контрольной групп изначально соответствовало критериям неполной ремиссии с остаточными проявлениями. Для сравнения групп использовали данные клинико-психопатологического, катамнестического и психометрического (шкала PANSS, шкала общего клинического впечатления (CGI), шкала личного и социального функционирования (PSP)) методов обследования. Регистрация данных проводилась

при помощи Индивидуальной карты пациента, которая включала сведения о предшествующей терапии, причине перевода на терапию пролонгированными препаратами, оценку показателей психической деятельности, витальных показателей, качества жизни и социального функционирования. Оценка эффективности проводимой терапии включала, в том числе, анализ медицинской документации, результаты интервью пациентов и их близких (отношение пациента к терапии и удовлетворённость терапией, особенности поведения, активности, эмоционального состояния и социализации).

Результаты и их обсуждение. Перевод с предшествующей комбинированной поддерживающей терапии на монотерапию пролонгированными препаратами проводился по решению лечащего врача. Основанием для изменения лечения служили: проблемы переносимости предшествующего лечения (экстрапирамидные расстройства, метаболические нарушения); частичный эффект предыдущей поддерживающей терапии; несоблюдение лекарственного режима пациентом; трудоспособность пациента (необходимость упрочения ремиссии), мотивация пациента и активная просьба о замене лечения. Пациенты основной группы (27 больных) принимали АА пролонгированного действия, и в зависимости от конкретного препарата, были распределены на подгруппы по 9 человек: Кветиапин таб покр плен обол пролонгированного действия, Рисперидон пролонгированного действия, Палиперидон пролонгированного действия. Длительность наблюдения от момента изменения терапии до оценки эффективности проводимой терапии составила 17-24 месяца. Предварительные данные, полученные при изучении эффективности терапии пролонгированными АА, показали достоверное уменьшение выраженности остаточной психопатологической симптоматики (во всех трёх основных подгруппах $p < 0,5$), заметное или умеренное повышение уровня социального функционирования, субъективно-психологическое восстановление пациентов и устойчивость состояния ремиссии (снижение рецидивов заболевания в 3,5 раза по сравнению с контрольной группой). Продолжали работать без снижения квалификации 20 (74 %) больных, 7 (26 %) находились на группе инвалидности, установленной ранее, выполняли неквалифицированные виды труда или имели временные заработки. Побочные эффекты препаратов являлись незначительными, существенно возросла удовлетворённость пациентов лечением. За период наблюдения из исследования выбыли лишь 2 пациента (7,7 %), что, возможно, отражало факторы эффективности, безопасности, переносимости и приверженности лечению препаратами пролонгированного действия.

У 27 больных контрольной группы (комбинированная терапия нейролептиками различных химических классов) картина заболевания в большей степени характеризовалась негативным симптомокомплексом, присутствием симптомов аффективного и редуцированного параноидного круга, неврологическими и соматическими осложнениями фармакотерапии (экстрапирамидные и метаболические расстройства), которые и определяли снижение приверженности к терапии, ухудшение качества жизни и уровня социального функционирования пациентов. В течение первых 17 месяцев наблюдения перестали соблюдать режим или прекратили досрочно поддерживающую терапию 15 пациентов (55,5 %), из них 13 (48,1 %) были госпитализированы в связи с обострением психотической симптоматики. Продолжали работать со снижением квалификации 13 пациентов (48,2 %), 14 больных (51,8 %) не работали и являлись инвалидами II группы. Индекс эффективности препаратов являлся минимальным или не менялся, побочные эффекты препаратов рассматривались как значительные.

Выводы. Перевод больных на приём АА пролонгированного действия, в целом, обеспечивал более высокую эффективность лечения. Адекватность проводимой поддерживающей терапии в основной группе обеспечивала наличие комплаентности,

снижение числа/отсутствие рецидивов заболевания и достаточную социальную адаптацию пациентов. Анализ полученных данных указывает на необходимость продолжения катamnестического наблюдения, проведения анализа эффективности, переносимости и безопасности каждого из трёх пролонгированных антипсихотиков второго поколения, выделение чётких критериев и ориентиров необходимости смены препаратов на альтернативные.

СОЧЕТАННАЯ ПАТОЛОГИЯ АФФЕКТИВНЫХ И ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ

Нурходжаев С.Н.

ТашПМИ, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования: изучить коморбидность личностных и депрессивных расстройств у женщин с терапевтически резистентной депрессией для осуществления комплексной лечебно-реабилитационной помощи и оптимизации психотерапевтического подхода в выборе методов психокоррекционного воздействия с учётом личностных особенностей.

Материалы и методы исследования: объектом для исследования явились 30 женщин в возрасте от 29 до 42 лет, находящихся на стационарном лечении в Городской Клинической Психиатрической больнице города Ташкента. Критерием для отбора пациентов было наличие на момент госпитализации депрессивной симптоматики и личностных расстройств, отвечающим диагностическим критериям Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10), а также наблюдаемая в течении трёх недель госпитализации терапевтической резистентности к назначаемым психотропным препаратам. Ведущими методами исследования являлись клинико-психопатологический и клинико-катamnестический. В ходе исследования для оценки выраженности депрессии и тревоги применялись шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS, HARS), опросник тревожности Спилбергера-Ханина, а для определения личностных особенностей был использован Миннесотский многоаспектный личностный опросник (MMPI).

Результаты и обсуждение. В ходе исследования было установлено, что наиболее часто аффективные нарушения классифицировались согласно МКБ-10, как тяжёлый депрессивный эпизод (F 32.3) – у 33,3 % пациенток, рекуррентное депрессивное расстройство тяжелой степени (F 33.2) – у 26,7 % женщин. Реже встречались умеренный депрессивный эпизод (F 32.1) – у 20 % обследованных женщин, пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F 43.21) – у 17 % женщин и рекуррентное депрессивное расстройство средней степени (F33.1) – у 3 % обследованных. Клиническая структура аффективной патологии была представлена гипотимией с тревогой, ипохондрической фиксацией на своих переживаниях, выраженным замедлением мышления и движений, пессимистической оценкой своего будущего, только лишь у 7 пациенток зафиксирован смешанный тревожно-тоскливый аффект. У 8 пациенток были зафиксированы конгруэнтный аффекту бред (самообвинения, самоуничтожения, ипохондрический бред), который достигал своей выраженности и актуальности лишь на высоте аффекта, что свидетельствовало о тяжести и степени депрессивного синдрома. В анамнезе у 68 % обследованных женщин отмечались психосоматические расстройства (бронхиальная астма, псориаз, синдром раздражённой толстой кишки, нейродермиты), в динамике этих состояний прослеживалась чёткая периодичность, как правило, сезонная. Эти состояния были близки к маскированным депрессиям.

С целью установления возможных соотношений между структурой личности и нозологической принадлежности депрессивного расстройства проведены патопсихологическое, экспериментально-психологическое и психодиагностическое исследования. С помощью Миннесотского многоаспектного личностного опросника (MMPI) было выявлено пять основных конституционально-личностных типов, характерных для больных с терапевтически резистентными депрессиями: шизоидное расстройство личности – у 12 пациенток (40 %), эмоционально неустойчивое – у 8 пациенток (28 %), истерическое – у 4 пациенток (12 %); тревожное – у 3 пациенток (10 %), ананкастное – у 3 пациенток (10 %). По результатам тестирования было выявлено, что наиболее часто депрессивные расстройства тяжелой степени встречались у женщин с шизоидным расстройством личности, у которых выявлялись повышенная чувствительность, впечатлительность, легкая ранимость и обидчивость. На фоне воздействия психотравмирующей ситуации легко возникали депрессивные расстройства тяжелой и крайне тяжелой степени по шкале Гамильтона. Депрессия средней степени тяжести была выявлена у 25 % больных, их возникновение было связано с семейными конфликтами.

У лиц с тревожным расстройством личности в 75 % случаев была выявлена депрессия тяжелой степени по шкале Гамильтона, депрессивные расстройства средней и крайне тяжелой степени встречались в 12,5 % случаев. У них имели место такие характерологические черты, как ранимость, впечатлительность, склонность к тревожным опасениям к утрированному самонаблюдению; рефлексии и длительной фиксации отрицательно окрашенных аффектов. Депрессивное расстройство средней тяжести (оценка по шкале Гамильтона) было выявлено у 4 пациенток с истерическим типом личности, которые характеризовались также наличием истерических проявлений в виде склонности к фантазированию, потребности в признании, внешней эксцентричности и оригинальности интересов и увлечений. Вместе с этим, выявлялась изменчивость настроения и черты реактивной лабильности, выраженная потребность нравиться окружающим, демонстративность, яркость эмоциональных проявлений при некоторой их поверхностности, склонность к манипулятивному поведению, эгоцентризм, честолюбие, переоценка собственных способностей.

При эмоционально неустойчивом типе личности чаще возникала депрессия средней степени тяжести (80 %), и лишь у 2 пациенток была диагностирована депрессия тяжелой степени. В структуре личности этих пациенток на передний план выступали особенно ярко проявляющиеся признаки аффективной и эмоциональной лабильности, в сочетании с выраженной импульсивностью, склонностью к аутодеструктивным поступкам, а иногда девиациями в сфере влечений, нестабильность при формировании объектных межличностных отношений.

Среди всех обследованных ананкастный тип личности встречался в 10 % случаев, и для этих пациенток характерным было развитие депрессии средней степени тяжести с формированием обсессивно-компульсивной симптоматики. В клинической картине наряду с депрессивными симптомами наблюдались навязчивые страхи, сомнения, фиксация на отрицательных воспоминаниях прошлого. Данному типу личности были характерны следующие черты: мнительность, нерешительность, неуверенность, робость, застенчивость, склонность к чувству вины, низкая самооценка, трудности контактов, зависимость от порядка и авторитетов. Формирование депрессии у всех обследованных оказывало негативное влияние на работоспособность, на отношение к семье, самооценку, адаптацию в социуме.

Для всех женщин характерным было значительное снижение показателей физического здоровья, больные отмечали неспособность справляться с обычными физическими нагрузками, увеличением количества времени, затрачиваемого на выполнение

своей работы, трудности и ошибки в работе. При установлении взаимосвязи между типом личности и клинической картиной депрессивного состояния были получены следующие результаты: при шизоидном расстройстве личности характерны сенесто-ипохондрические и деперсонализационные депрессии; при истерическом расстройстве личности преобладают экзистенциальные депрессии и деперсонализационные депрессии с невротической, истерической деперсонализацией, при тревожном расстройстве личности отмечались тревожно-фобические и психастеноподобные депрессии; для больных, соответствующих эмоционально-неустойчивому расстройству личности, характерны соматизированные, маскированные депрессии, а для ананкастного расстройства личности наиболее часто характерно было развитие ипохондрических депрессий с доминированием обсессивно-компульсивных расстройств.

Выводы: таким образом, установленная взаимосвязь между конституционно-личностной структурой и особенностями клинической картины терапевтически резистентных депрессий даёт возможности определить степень тяжести депрессии, особенности клинических проявлений, является фактором предупреждения неблагоприятного прогноза заболевания.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЛОВОЙ КОНСТИТУЦИИ С ПАТОМОРФОЗОМ КЛИНИКИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Орлов Г.В., Коновалова В.Н., Евсеева В.В.

КГМУ, г. Казань, Россия

На современном этапе развития наук о душевном здоровье, в достаточной степени изучив феноменологию и подробно описав синдромы психических расстройств, наука приступила к поиску биологически обоснованных связей и морфологического субстрата заболеваний.

Первые попытки связать биологические и конституциональные феномены людей с их психическими особенностями предпринимались уже давно, в XIX веке: Чезаре Ломброзо («Гениальность и помешательство»), австрийский врач и анатом Франц Йозеф Галль (френология). В 20 веке Эрнст Кречмер изучал взаимосвязь между строением тела и характером. Попытки создания различных конституциональных классификаций, учитывающих разные проявления человеческого организма проводились и в других медицинских дисциплинах (классификация по Черноуцкому, Захарьину и т.д.). К сожалению, большинство этих исследований не получили научного продолжения и развития, что отчасти было связано со смертью авторов, не сумевших создать школу в данном направлении, отчасти с политическими событиями и доминирующими приоритетами в общественном сознании. Двигаясь в этом направлении, нами была предпринята попытка проанализировать связь между половой конституцией и психическими заболеваниями у женщин.

Нашей целью является: выявление зависимости нарушений половой конституции в связи с особенностями клинко-психопатологических проявлений, патоморфозом, течением, прогнозом и качеством жизни у женщин, страдающих психическими расстройствами.

Для оценки половой конституции используют шкалу векторного определения половой конституции, разработанную и опробированную И.Л. Ботневой. Шкала определения половой конституции позволяет судить не только о конституции, но и о характере её нарушений.

Половая конституция в основном зависит от состояния нейроэндокринной системы женщин. Кроме того, особенности половой конституции с высокой долей вероятности могут служить стигматизирующими признаками преморбида психического заболевания.

В процессе нашего исследования, нами была изучена половая конституция и клиническая картина и катамнез психических расстройств 52 женщин, проходивших стационарное лечение в РКМБ МЗ РТ им. В.М. Бехтерева. В исследование включались лица женского пола 18-65 лет с давностью катамнеза заболевания не менее 1 года. В качестве основных методов исследования использовались клиничко-психопатологический, экспериментально-психологический, клиничко-катамнестический, антропометрический и статистический. Проводилась интегральная оценка половой конституции по Ботневой И.Л., с дополнительным измерением индекса по Мануври, индекса пропорциональности Эрисмана, индекса Декура-Думика и индекса Пинье.

В результате нашего исследования получены следующие данные: для рационализации дальнейшего анализа и обработки полученных данных все больные были разделены по уровню половой конституции согласно векторному методу Ботневой (1983) на 3 группы: лица со слабой, средней и сильной половой конституцией.

Путем вычисления индексов была получена средняя арифметическая представляющая общий индекс, характеризующий половую конституцию обследуемого следующим образом: 1 (1-1,5) – чрезвычайно слабая; 2 (1,6-2,5) – очень слабая; 3 (2,6-3,5) – слабая; 4 (3,6-4,5) – несколько ослабленный вариант средней; 5 (4,6-5,5) – средняя; 6 (5,6- 6,5) – сильный вариант средней; 7 (6,6-7,5) – сильная; 8 (7,6-8,5) – очень сильная; 9 (8,6-9) – чрезвычайно сильная.

При анализе векторов, определявших половую конституцию женщин, были получены следующие результаты: детородная функция, характеризовавшаяся сроком наступления беременности после начала половой жизни, который в среднем составил $3 \pm 2,8$ года. Характер течения беременности у этих женщин проявлялся угрозой прерывания беременности (15 %), патологическим течением беременности (10 %), токсикозами беременности (7 %). Трохантерный индекс в данной группе составил $1,89 \pm 0,04$. Характер оволосения A1P1, по шкале Ferriman-Gallwey $6 \pm 0,2$ балла. Пробуждение эротического либидо в среднем в $14 \pm 0,5$ лет.

Оргастичность женщин оценивалась по возникновению первого оргазма, который в среднем возникал в возрасте $10 \pm 2,5$ лет. Отсутствие оргазма отмечалось у 20 % женщин со слабой половой конституцией. Время после начала регулярной половой жизни, необходимое для достижение 100 % оргастичности составило в данной группе 10 ± 4 года. Трохантерный индекс в данной группе составил $1,97 \pm 0,05$. Характер оволосения A3P3, по шкале Ferriman-Gallwey $7 \pm 0,4$ балла. Пробуждение эротического либидо в среднем в $12 \pm 0,5$ лет. Оргастичность женщин оценивалась по возникновению первого оргазма, который в среднем возникал в возрасте 8 ± 2 мес. Отсутствие оргазма отмечалось у 2 % женщин со средней половой конституцией. Время после начала регулярной половой жизни, необходимое для достижение 100 % оргастичности составило в данной группе $2 \pm 1,5$ года. Трохантерный индекс в данной группе составил $2,03 \pm 0,05$. Характер оволосения 15 % тенденция к мужскому типу оволосения, у остальных женщин оволосение по мужскому типу, по шкале Ferriman-Gallwey 12 ± 3 балла. Пробуждение эротического либидо в среднем в $8 \pm 2,5$ лет.

Наиболее многочисленной (76 %) оказалась группа пациенток со слабой половой конституцией, в структуре которой было выявлено более раннее начало половой жизни (в среднем составляющее 18,5 лет), а так же выраженная связь в виде дебюта заболева-

ния либо обострения имеющихся психических заболеваний с беременностью, родами. В структуре группы со средней половой конституцией была выявлено наибольшая частота?? госпитализаций, связь с менструальным циклом.

В группе с сильной половой конституцией было выявлено превалирование наследственной предрасположенности по данному психическому заболеванию (25 % больных), по другому психическому заболеванию (50 % больных) от общего количества больных. Многие больные (35 %) отмечали, что в реализации половой жизни возникали проблемы в результате лечения и, чтобы избежать этих проблем больные становились нонкомплаентными.

Таким образом, поддержка и обеспечение реализации половой конституции является важным фактором в поддержании в комплаентности больных (либидо есть, нет оргазма). Если больным с сильной конституцией будет подобрано необходимое лечение, то приверженность к терапии будет выше.

ЧАСТОТА ЭПИЗодОВ И ВИДЫ ВНУТРИСЕМЕЙНОГО НАСИЛИЯ В ОТНОШЕНИИ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Петров Д.С., Ландышев М.А., Минаева Н.А.

РязГМУ, ОКПБ им. Н.Н. Баженова, г. Рязань, Россия

Проблема агрессии в отношении лиц с ограниченными возможностями, находится, в настоящее время в центре внимания исследователей. В 2013 году Oram S. et al. признается высокая распространенность домашнего насилия среди психиатрических пациентов, но масштабы повышенного риска, по сравнению с другими группами населения остаются неясными.

Цель исследования. Изучение распространенности домашнего насилия в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 138 пациентов. Критерии включения: отсутствие острого психотического расстройства и слабоумия, согласие пациента на участие. Проводилось клиничко-психопатологическое исследование и интервьюирование с помощью анкеты-опросника. Сбор информации проводился по блокам: социально-демографическому, анамнезу заболевания, социально-трудовому и социально-бытовому. Данные обработаны с помощью методов описательной статистики. При оценке распространенности внутрисемейной агрессии рассчитывался 95 % доверительный интервал (95 %ДИ). Для расчета ДИ применялся метод Вальда с коррекцией по Агрести-Коуллу.

Результаты и обсуждение. Три четверти обследованных – лица трудоспособного возраста (77,5 %). Средний возраст пациентов 47,3±13,5 лет. 58,7 % обследованных составляют женщины. В нозологическом отношении преобладали пациенты страдающие шизофренией (59,4 %). Среди больных шизофренией (82 чел.) подавляющее большинство страдали параноидной шизофренией F20.0x (82,9 %), непрерывный и близкий к нему эпизодический с нарастающим дефектом типы течения выявлены у 73,2 % пациентов, эпизодический тип течения со стабильным дефектом – 14,6 % случаев, эпизодический ремитирующий – 6,1 %. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, составили 18,8 %, органические психические расстройства – 13 %. Среди невротических расстройств преобладали пациенты с тревожными расстройствами: 19,2 % – паническое и генерализованное тревожное расстройство ((F41.0-1), 46,1 % смешанное тревожное и депрессивное

расстройство (F41.2), в единичных случаях посттравматическое стрессовое расстройство (F43.x), соматизированное расстройство (F45.x) и другие невротические расстройства (F48.x). Среди органических психических расстройств – пациенты с органическими непсихотическими расстройствами 61,1 % из 18 человек, психотические органические заболевания представлены органическими галлюцинозами – F06.0, шизофреноподобными расстройствами и психотическими аффективными расстройствами органической природы – F06.2. Больные с аффективными психическими расстройствами, легкой умственной отсталостью и расстройствами личности представлены единичными случаями (по 4 человека).

В исследуемой группе преобладали пациенты с большими сроками заболевания. 76,9 % обследованных болеют более пяти, а 44,2 % – более пятнадцати лет. Менее четверти (22,4 %) изучаемой группы редко посещают медицинские организации, в основном (48,5 %), посещение врача носит регулярный характер по 5 и более раз в году. 45,6 % обследованных за последние пять лет не госпитализировались в психиатрический стационар и дневной стационар. Часто (5 и более раз) за этот период госпитализировались лишь 13 %, а в дневной стационар помещались лишь 10 % обследованных. Треть опрошенных госпитализировались в психиатрическую больницу от одного до четырех раз за последние пять лет, а 35,5 % с такой частотой лечились в дневном стационаре. 65,2 % имеют высокий образовательный уровень (среднее специальное или высшее образование).

Доля лиц с незаконченным средним или начальным образованием 8,7 %. В профессиональном плане в изучаемой группе большинство составили инвалиды (65,9 %), а также пенсионеры (13,8 %). Продолжали работать или учиться на момент исследования 13,8 %, безработными оказалось 5,1 % опрошенных. Менее трети пациентов (32,6 %) состоит в браке. Никогда не вступали в брак 39,1 %, разведены 21 %, вдовы – 7,3 %. Почти каждый пятый обследованный одинок (18,8 %), в родительских семьях живут 28,9 % респондентов, с супругами – 21 % больных, в единичных случаях пациенты проживают в больших многолюдных семьях.

Проводилась оценка показателей распространенности экономического, эмоционального и физического (включая сексуальное) насилия в течение всей жизни пациента. Какому-либо виду насилия в течение всей жизни подвергались 83,33 % опрошенных (95 % ДИ=76,17 %–88,69 %). Более половины опрошенных пациентов (58,7 % (95 % ДИ=50,35 %–66,57 %)) не чувствуют себя экономически самостоятельными и подвергаются различным видам экономического домашнего насилия, относительно «безобидной» необходимости иногда просить денег на личные нужды (44,2 % ((95 % ДИ=36,18 %–52,54 %)), до требований детального отчета обо всех расходах (8,7 % ((95 % ДИ=4,92 %–14,71 %)), экономических угроз (5,8 % ((95 % ДИ=2,8 %–11,19 %)) и изгнания из дома (2,9 % ((95 % ДИ=0,88 %–7,47 %)). Около сорока процентов опрошенных (42,75 % (95 % ДИ=34,8 %–51,1 %)) сталкиваются в своей жизни с различными формами эмоционального насилия. Некоторые опрошенные сообщили, что подвергались нескольким формам насильственного поведения со стороны близких. Наиболее распространенным фактом этого ряда является уничижительная критика пациента со стороны членов его семьи (20,29 %). Гораздо реже встречаются периодическое унижение (11,59 %) и нецензурная брань (5,8 %). Каждый пятый респондент (20,29 %) испытывает негативные чувства при общении с родственниками. Такие чувства как зависимость и неполноценность приходилось испытать 12,32 % опрошенных пациентов, многие чувствовали страх и бесправие (7,25 %).

Обнаружено некоторое несоответствие данных о распространенности конкретных видов эмоционального насилия, полученных с помощью прямых вопросов и ответами на вопросы о негативных чувствах, являющихся прямым результатом эмоционального насилия. Согласно полученным данным, с каким-либо видом физического насилия стал-

квивались 44,2 % пациентов (95 % ДИ=34,8 %-51,1 %), с запретами и угрозами физического характера в семьях знакомы более трети опрошенных пациентов. Наиболее часто речь шла о запретах выходить из дома и встречаться с кем-либо из своих знакомых (22,47 %). Практически не выявлено пациентов, сообщивших о случаях насильственных действий сексуального характера. Почти треть пациентов (30,43 %) перенесли физическое насилие, заключавшееся как в попытках нанести побои (11,59 %), так и однократные (7,25 %) или неоднократные (11,59 %) избиения со стороны членов семьи.

Распространенность экономической агрессии в семьях лиц, страдающих психическими расстройствами, в целом составила 58,7 %. Полученные результаты превышают в два раза показатели распространенности экономического насилия в отношении психически здоровых женщин – 25 % и мужчин – 22 % (Hughes K., 2012.). По результатам нашего исследования, частота встречаемости физической агрессии в семьях пациентов составила 44,2 % (95 % ДИ=34,8 %-51,1 %), в сравнении с литературными источниками среди психически больных средняя распространенность физического домашнего насилия 30-33 % (Bengtsson-Tops A., Markstrom U., Lewin B., 2005; Oram S. et al., 2013). Среди психически здоровых лиц с физическим насилием столкнулись от 27,5 % до 50,4 % респондентов (Hughes K. et al., 2012). Работы, посвященные эмоциональной агрессии в семьях представлены ограниченным числом исследований, однако, существующие результаты неутешительны – от 74 % до 78 % женщин подвергались различным формам эмоционального насилия в семье (Римашевская Н., 1999; Лысова, А.В., 2001). По нашим наблюдениям, уровень выраженности эмоциональной агрессии в семьях пациентов составляет 42,75 % (95 % ДИ=50,35 %-66,57 %).

Выводы. Распространенность домашнего насилия в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, значительно превышает показатели распространенности насилия в семьях психически здоровых лиц. Структура семейного насилия в отношении пациентов неоднородна. Показатели экономического и физического насилия выше чем в популяции психически здоровых лиц, лишь оценка выраженности эмоционального насилия значительно ниже «средних» показателей в группах здоровых лиц.

ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ И АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЯИЧНИКОВ

Петрова Н.Н., Белозёр А.С.

СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

Традиционно рак яичников (РЯ) принято считать одним из самых тяжелых новообразований у женщин. В Европе он находится на 5-м месте среди злокачественных опухолей у женщин и на 6-м – среди причин смерти, вызванных злокачественными опухолями у женщин. Клинические проявления не являются строго специфичными для данного заболевания. В результате, 70 % женщин на момент установления диагноза имеют стадии заболевания, когда радикальное и эффективное лечение выполнить невозможно: в 40,8 % случаев РЯ диагностируется на III стадии и в 20,3 % – на IV. Пятилетняя выживаемость при третьей стадии составляет около 24 %, при 4-й стадии – 4,6 %.

Каждый год в мире регистрируется более 225 тысяч новых случаев заболевания РЯ, из которых около 140 тыс. заканчиваются летально. По данным МАИР (Международного агентства по изучению рака), в России в 2012 году было зарегистрировано 13373 новых случаев рака яичников, показатели смертности на этот же год составили 7971.

Несмотря на высокие показатели смертности в данной группе пациентов, существенное число женщин преодолевает 5 летний порог выживаемости. По сводным данным популяционных раковых регистров стран Европы, однолетняя выживаемость больных раком яичников составляет 63 %, трехлетняя – 41 %, пятилетняя – 35 %.

В последнее время появились работы, которые свидетельствуют о том, что онкологические пациенты, страдающие тевогой и депрессией, имеют существенно более низкие показатели выживаемости (Watson M, Haviland JS, Greer S, et al. Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *Lancet* 1999; 354:1331–6). Аффективные нарушения вызываются наличием угрожающего жизни заболевания, и травмирующим лечением. Когнитивные нарушения, возникающие у больных РЯ при получении высокотоксичной терапии, не становились предметом самостоятельного изучения в нашей стране. Поскольку нельзя исключать наличие взаимосвязи между депрессией и когнитивными нарушениями, их изучение требует самостоятельного рассмотрения.

Выявление факторов риска возникновения аффективных и когнитивных нарушений будет способствовать выбору правильной стратегии оказания медикаментозной и психологической помощи больным РЯ.

Цель работы: комплексное клинико-психологическое исследование аффективных и когнитивных нарушений, возникающих у пациенток на различных этапах лечения РЯ.

Материалы и методы. Выборку исследования составили 35 женщин с РЯ I-IV стадии в возрасте от 19 до 65 лет на базе «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» и онкологического отделения «Клинической больницы № 122 им. Л.Г. Соколова» Санкт-Петербурга.

Исследование проводилось с помощью комплекса методик: Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List 90 Revised, SCL90-R); 2. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS); Шкала Монгомери – Асберг для оценки депрессии (MADRS); Батарея когнитивных тестов для комплексной оценки показателей когнитивного функционирования: тест речевой беглости, шифровка, двигательный тест с фишками, числовые ряды, тест на заучивание списка слов, тест «Башня Лондона». Была разработана индивидуальная карта онкологической больной, в которую вносились социально-демографические характеристики, данные анамнеза и основные клинические показатели из истории болезни, отражающие динамику заболевания, учитывались также стрессовые факторы, предшествовавшие началу заболевания в течение 5 лет.

Результаты. Анализ полученных данных свидетельствует о незначительном снижении когнитивного функционирования пациентов с РЯ по сравнению нормативной выборкой. У пациенток с рецидивом заболевания обнаруживалась умеренная корреляция между количеством полученных курсов химиотерапии и результатами тестов на внимание и исполнительские функции. Обнаружено, что когнитивные нарушения коррелируют со степенью выраженности депрессии и тревоги. В большинстве проанализированных случаев тревога и депрессия у пациенток, страдающих РЯ, существенно превышают показатели нормативной выборки и остаются высокими в течение всего периода развития заболевания. Аффективные нарушения, возникающие как острая реакция на постановку угрожающего жизни диагноза, продолжают сохраняться и видоизменяться в течение всего периода лечения. Так, показатели депрессии являются наиболее высокими на этапе начала лечения и постепенно снижаются по мере стабилизации процесса. Тревога резко возрастает как непосредственно при возникновении рецидива, так и после завершения лечения. Своевременное проведение скрининга больных до оперативного вмешательства и после завершения цикла химиотерапии позволит выявить тех пациенток, которым необходима психофармакотерапия и психологическая помощь с целью повышения эффективности проводимого лечения.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА С ХРОНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ

Петрунько О.В.

Иркутская ГМАПО – филиал РМАНПО, г. Иркутск, Россия

Хронические депрессии характеризуются не только большой распространённостью, но и значительным уровнем коморбидных психических расстройств, высоким риском самоубийства, частыми госпитализациями, существенным снижением качества жизни и социального функционирования, высокими экономическими затратами и увеличением использования ресурсов здравоохранения.

Проведено изучение особенностей клиники и течения хронического депрессивного расстройства с уточнением факторов, приводящих к данному неблагоприятному варианту течения. Обследованы 92 пациента (84 женщины и 8 мужчин) с текущим хроническим (длительность более 2 лет) депрессивным эпизодом (ДЭ по МКБ-10) в рамках аффективного психоза и манифестом заболевания в возрасте 25-55 лет. Группу сравнения составили 218 пациентов (188 женщин и 30 мужчин) с рекуррентным депрессивным расстройством без затяжного и хронического течения со средней длительностью депрессивного эпизода $5,4 \pm 0,2$ мес.

Приведем характеристику пациентов с хроническим течением депрессивного расстройства. Средний возраст пациентов к моменту исследования был равен $50,1 \pm 0,9$ лет. Порядковый номер актуального хронического депрессивного эпизода варьировал от 1 до 9, его длительность колебалась от 24 месяцев до 5 лет, средняя длительность составила $35,6 \pm 1,7$ месяцев. Единичный депрессивный эпизод выявлен у 27,2 %, рекуррентное течение – у 72,8 %. Средний возраст манифеста заболевания был $40,8 \pm 0,9$ лет. Допсихиатрический этап наблюдения с момента первых появлений аффективных нарушений варьировал от 2 до 190 месяцев, в среднем составил $41,2 \pm 4,7$ месяцев. Среди данной группы пациентов 85,9 % составили городские жители, 14,1 % проживали в сельской местности. По уровню образования пациенты с хроническим течением депрессии распределились следующим образом: высшее – 26,0 %, незаконченное высшее – 2,2 %, средне-специальное – 59,8 %, общее среднее – 12,0 %. В браке состояли 63,0 % пациентов, в разводе – 15,2 %, вдовство – 20,7 %, в браке не состояли – 1,1 %.

Анализ профессиональной занятости и инвалидности у пациентов с хроническим депрессивным расстройством показал, что продолжали трудовую деятельность лишь 12,0 % пациентов. Инвалидами были признаны – 53,3 % человек, 46,7 % – 2 группы, 6,6 % – 3 группы инвалидности. В данной группе пациентов среди родственников первой степени родства в 45,7 % выявлена наследственная отягощенность психическими заболеваниями: аффективные расстройства – у 16,3 %, шизофрения – у 4,3 %, алкоголизм – у 28,3 %, завершённый суицид – у 7,6 % больных. Больше чем у половины (53,3 %) пациентов с хронической депрессией в доманифестном периоде выявлены сведения об экзогенной компрометации мозга: перинатальная патология (недоношенность, патология родов) – 15,2 %, тяжелые инфекции детского возраста с выраженной интоксикацией – 8,7 %, черепно-мозговые травмы легкой степени тяжести – 34,8 % пациентов. В 35,9 % случаев выявлено наличие неблагоприятного детского опыта, к которому отнесены такие факторы как смерть родителя, воспитание в неблагополучной семье, физическое и сексуальное насилие.

У пациентов с хроническим течением депрессивного расстройства в анамнезе в 83,7 % отмечено наличие пролонгированных психотравмирующих ситуации, например, алкоголизация супруга, наркотизация сына, конфликтная ситуация в семье или на работе.

В 77,2 % наблюдений зарегистрировано наличие цереброваскулярной патологии: начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга в 20,7 %, дисциркуляторная энцефалопатия 1 стадии – 38,0 %, дисциркуляторная энцефалопатия 2 стадии – 18,5 %. В группе пациентов с хроническим депрессивным расстройством наиболее часто выявлялись смешанный – 25,0 %, зависимый – 21,7 %, ананкастный – 11,9 %, гармоничный, тревожный и истерический – по 9,8 %, шизоидный – 7,6 %, реже эмоционально неустойчивый – 3,3 %, параноидный тип преморбидных личностных особенностей – 1,1 % пациентов. Темп начала манифестного и текущего депрессивного расстройства у пациентов с хроническим течением в большинстве случаев был постепенным (до нескольких месяцев) – 67,2 % и 80,4 %, подострый (до одного месяца) – 25,4 % и 17,4 %, острый (до одной недели) – 7,5 % и 2,2 % соответственно. В случае рекуррентного течения (67 пациентов) у пациентов с хроническим депрессивным расстройством выявлена резистентность к ранее проводимой адекватной антидепрессивной терапии в 42,4 % случаев.

Разработана математическая модель (совместно с И.М. Михалевичем) прогнозирования развития хронического течения депрессивного расстройства. Прогностическая модель основана на дискриминантном анализе факторов риска. Набор факторов риска включал: X1 – наследственная отягощенность психическими заболеваниями (расстройства настроения, шизофрения, алкоголизм, расстройства личности, суицид); X2 – экзогенная компрометация мозга (перинатальная патология, тяжело протекающие инфекции детского возраста, перенесенные ЧМТ); X3 – неблагоприятный ранний детский опыт (смерть родителя, воспитание в неблагополучной семье, физическое и сексуальное насилие); X4 – вдовство; X5 – пролонгированные психотравмирующие ситуации; X6 – сосудистая патология головного мозга (дисциркуляторная энцефалопатия 2 стадии); X7 – гармоничные преморбидные личностные особенности; X8 – продолжение трудовой деятельности; X9 – длительность периода допсихиатрического наблюдения с момента появления аффективных нарушений (в месяцах); X10 – длительность заболевания от манифеста (в годах); X11 – постепенное начало депрессивного эпизода; X12 – резистентность к ранее проводимой адекватной психофармакотерапии. За градацию фактора риска принималось отсутствие или наличие признака (0 – нет, 1 – есть) или числовое значение.

Задачей прогнозирования явилось выявление пациентов, «угрожаемых» по развитию хронического течения депрессивного расстройства. На основании дискриминантного анализа определена прогностическая ценность факторов риска, выведены линейные дискриминантные уравнения:

$$F1 = -2,77 + 0,24X1 + 0,14X2 - 0,24X3 - 0,25X4 + 0,85X5 + 0,38X6 - 0,69X7 - 0,50X8 + 0,51X9 - 0,3X10 + 1,25X11 - 0,7X12$$

$$F2 = -0,63 - 0,1X1 - 0,06X2 - 0,1X3 - 0,11X4 - 0,36X5 - 0,16X6 + 0,29X7 + 0,21X8 - 0,21X9 + 0,13X10 - 0,53X11 - 0,3X12$$

где X1,2 ...12 – градации факторов риска

В дискриминантных уравнениях F1 и F2 суммируется константа дискриминантного уравнения и произведение величин градаций факторов риска на их дискриминантные коэффициенты. В результате получают две оценочные функции: F1 и F2 соответственно для лиц с депрессивным расстройством с хроническим течением и без хронификации.

Прогностическое значение принимается по функции с большим значением. При $F1 > F2$ прогнозируют высокий риск, а при $F2 > F1$ – низкий риск развития хронического течения депрессивного расстройства.

На основе описанных факторов формирования хронического течения депрессивного расстройства возможно выделение группы пациентов с депрессией и высоким

риском хронического течения для проведения специальных профилактических и терапевтических мероприятий. Существенную роль в улучшении клинического и социального прогноза для данной категории пациентов может играть коррекция управляемых факторов хронического течения, таких как своевременная диагностика депрессивных состояний с минимизацией периода допсихиатрического наблюдения, коррекция проявлений экзогенной компретации и сосудистой патологии головного мозга, психотерапевтическая помощь при длительных психотравмирующих ситуациях, в том числе при неблагоприятном раннем детском опыте, особенно среди лиц с негармоничными преморбидными личностными особенностями, среди вдов и вдовцов.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ АНТИДЕПРЕССАНТОВ В ОБЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Попов М.Ю.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Разработка принципов рационального применения антидепрессантов у пациентов терапевтического профиля является актуальной задачей. Среди больных с хроническими соматическими заболеваниями нарушения депрессивного и тревожного спектра, как известно, встречаются в несколько раз чаще, чем в общей популяции, причем на протяжении последних лет их распространенность неуклонно растет. Эмоциональные расстройства ухудшают прогноз соматической патологии, увеличивают риск развития осложнений, негативно влияют на качество жизни пациентов, ухудшают их физическую, психологическую и социальную адаптацию. Явления соматизации, нередко сопровождающие аффективные нарушения, значительно затрудняют проведение диагностических мероприятий и терапевтических процедур. В результате повышается обращаемость пациентов к врачам различных специальностей и существенно увеличиваются затраты на их лечение. Таким образом, адекватная коррекция депрессивных и тревожных нарушений, сопутствующих соматическим заболеваниям, имеет важное клиническое значение.

Основным классом препаратов, эффективных при лечении как депрессивных, так и тревожных расстройств, являются антидепрессанты. Эти препараты достаточно широко назначаются в условиях общей медицинской практики: считается, что около 80 % пациентов с депрессивными и тревожными состояниями лечатся не у психиатров. При этом принципы применения антидепрессантов зачастую сводятся в лучшем случае к известному «не навреди», без учета специфики действия препаратов и особенностей формирования терапевтических эффектов.

Целью настоящего сообщения является обоснование принципов дифференцированного выбора антидепрессантов в общей медицинской практике – в соответствии с особенностями действия препаратов и характером имеющейся соматической патологии.

С позиций фармакологии, разнородная нейрохимическая активность антидепрессантов определяет различия в их клиническом действии (с учетом специфических и неспецифических эффектов) и создает предпосылки к их дифференцированному применению. Могут быть предложены следующие критерии дифференцированного выбора антидепрессантов при сопутствующих соматических заболеваниях:

- соотношение потенциальной эффективности и переносимости препарата (отношение «риск/польза»);

- вероятность развития побочного действия, максимально «желательного» в данной клинической ситуации и способствующего коррекции имеющейся соматической патологии;

- необходимость получения или исключения неспецифических эффектов (возбуждающих или тормозящих) в зависимости от клинических проявлений аффективных нарушений;

- риск лекарственных взаимодействий.

На основе предложенных критериев разработаны принципы применения антидепрессантов при нарушениях тревожно-депрессивного спектра, коморбидных соматической патологии.

1. Антидепрессанты назначаются при наличии клинически значимых депрессивных и тревожных нарушений в случае неэффективности немедикаментозных способов их коррекции. Выраженные аффективные расстройства могут требовать назначения фармакотерапии, не дожидаясь результатов психотерапевтического пособия.

2. Первостепенное значение при выборе антидепрессанта имеет оценка соотношения потенциальной терапевтической эффективности и вероятности развития нежелательных побочных эффектов. К сожалению, наиболее эффективные препараты вызывают более выраженные нежелательные эффекты. Исходя из этого, приоритетным является выбор препаратов с минимально выраженным побочным действием (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, агомелатин, гиперипин), в особенности при нетяжелых аффективных нарушениях.

3. Антидепрессанты предыдущих поколений сохраняют свою «терапевтическую нишу» в общей медицинской практике и могут применяться при наиболее тяжелых тревожно-депрессивных расстройствах, а также при хронических болевых синдромах, часто сопровождающих соматические заболевания, и в гастроэнтерологии – для воздействия на висцеральную чувствительность, моторику и секрецию желудочно-кишечного тракта. В этих случаях оправданным может являться применение более низких дозировок, чем те, которые требуются для коррекции депрессивных и тревожных расстройств.

4. В определенных клинических ситуациях решающее значение при выборе препарата приобретает вероятность развития желательных побочных эффектов. Различия в спектре нейрхимического действия антидепрессантов определяют характер их вегетотропной и соматотропной активности, реализация которой может способствовать коррекции имеющихся соматических нарушений. При таком подходе многие побочные эффекты антидепрессантов оказываются не только предсказуемы, но и управляемы, т.е. имеются способы уменьшить их выраженность, избежать их появления, либо сделать желательными (к примеру, выбор препаратов, оказывающих холинолитическое действие, при бронхиальной астме, энурезе, повышенной перистальтике кишечника, а препаратов с преобладающей серотонинергической активностью – при пониженной перистальтике).

5. При выборе антидепрессанта следует учитывать потребность получения или исключения неспецифических эффектов (стимулирующего или седативного) в зависимости от клинических проявлений. В соответствии с направленностью неспецифических эффектов антидепрессанты могут быть ранжированы определенным образом. По мере снижения активирующего эффекта – имипрамин, кломипрамин, венлафаксин, флуоксетин; по мере снижения седативного действия – амитриптилин, миртазапин, миансерин, тразодон, пароксетин (для остальных антидепрессантов неспецифические эффекты менее значимы). Указанные эффекты проявляются в начале лечения и могут нивелироваться по мере отставленного развития специфической терапевтической активности. Аналогично периферическим побочным эффектам, седативное и активирующее

действие может приобретать как нежелательный, так и желательный характер в зависимости от клинической ситуации. Поэтому выраженность неспецифических эффектов может иметь определяющее значение при первоначальном выборе антидепрессанта. В соответствии с конкретными клиническими проявлениями (психомоторное возбуждение или заторможенность, тревога/напряжения или анергия/апатия) приоритет следует отдавать препаратам с седативным или стимулирующим эффектом. При этом следует помнить, что применение стимулирующих антидепрессантов может привести к усилению тревоги, возбуждения и спровоцировать суицидальные действия.

б. При выборе антидепрессанта важно оценивать потенциальный риск лекарственных взаимодействий с препаратами, применяемыми для лечения соматического заболевания. Известно, что большинство антидепрессантов обладают выраженным влиянием на ферменты цитохрома P450, что в ряде случаев может приводить к клинически значимым фармакокинетическим взаимодействиям. Так, одновременное назначение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина с антикоагулянтом непрямого действия варфарином может приводить к повышению концентрации последнего и увеличению показателей протромбинового времени до опасного уровня. Неблагоприятные эффекты могут отмечаться и при сочетании антидепрессантов с сердечными гликозидами (дигоксином), а также бета-адреноблокаторами (пропранололом). Флуоксетин и пароксетин, ингибируя ферменты цитохрома 2D6, уменьшают образование активных метаболитов тамоксифена, что приводит к снижению его эффективности и повышению риска летального исхода у женщин с раком молочной железы. Препараты зверобоя, являясь индукторами цитохрома 3A4, могут значительно снижать плазменную концентрацию ряда противоопухолевых средств (иматиниба, иринотекана, доцетаксела). Поэтому от применения указанных антидепрессантов пациентам с онкологической патологией следует воздержаться.

В заключение подчеркнем, что соблюдение предложенных принципов дифференцированного выбора антидепрессантов может, на наш взгляд, способствовать оптимизации терапевтического процесса при коррекции депрессивных и тревожных нарушений на фоне сопутствующих соматических заболеваний.

ДИНАМИКА КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИИ ЗА 10 ЛЕТ КАТАМНЕЗА БОЛЕЗНИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА СОЦИАЛЬНУЮ АДАПТАЦИЮ

Ренемане Л.Ю., Шамбурскис Д.

Рижский университет им. П. Страдиня, г. Рига, Латвия

В течение нескольких столетий, исследователи занимались вопросом, как заболеваемость и тип течения шизофрении связаны с социальной адаптацией, личностными особенностями и сохранением независимой жизни пациентов.

Цель. Изучить личностные особенности пациентов при первичном шизофреническом психозе и определить их влияние на социальную адаптацию больных и течение заболевания.

Материалы и методы. Это ретроспективное исследование проводилось в Рижском центре психиатрии и наркологии (РЦПН) в 2016 году. Мы отобрали из архива РЦПН все истории болезней пациентов, проходивших стационарное лечение с первично установленным диагнозом шизофрении в 2006 году и анализировали социально-демографический статус и показатели шкалы MMPI. Тех же пациентов опрашивали и повторно

анализировали социально-демографические данные из амбулаторных карточек в 2016 году. Пациенты заполнили Шкалу функциональных нарушений трудоспособности Шихана (Sheehan Disability Scale – SDS).

Результаты. Из архива РЦПН было отобрано 62 истории болезни, но при окончательном анализе группа состояла из 11 мужчин и 20 женщин (35,5 %/64,5 %). Средний возраст участников составил 37 лет (IQR=48-33), а средний возраст начала первых симптомов шизофрении был 27 лет (IQR=37-21). За десятилетний период был выявлен рост числа безработных (64,5 %), а также увеличение нетрудоспособности на 58 % и уменьшения среднего месячного заработка на 40 %. 68 % участников имели шизоидные черты личности согласно MMPI и более высокие показатели на всех пунктах SDS. У этих больных была выявлена отрицательная корреляция между всеми SDS пунктами с профессиональным уровнем в 2006 году ($p=0,065$) и 2016 году ($p=0,040$), и с семейным положением в 2016 году ($p=0,040$). У пациентов с высокими показателями истерической шкалы MMPI, была выявлена более высокая дезадаптация, а группы пациентов с высокой психопатической шкалой были определены хорошие показатели социального функционирования через 10 лет после заболевания. Пациенты с более низкими показателями шкалы SDS имели более низкий уровень образования и уровень жизни при первичной госпитализации.

Выводы. Такие социальные показатели больных, как работоспособность, наличие работы, уровень заработка и жилищные условия ухудшились на протяжении 10 лет течения шизофрении. Социальная адаптация больных шизофренией зависит от исходного социального уровня. Пациенты с психопатическими чертами личности, страдающие шизофренией, вероятно, имеют лучшую социальную адаптацию.

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ В СОСТОЯНИИ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ

Рутковская Н.С.

СПБПБ № 1 им. П.П. Кащенко, Санкт-Петербург, Россия

Алкогольное опьянение в момент совершения суицидальной попытки часто рассматривается как показатель несерьезности суицидальных намерений. В то же время, по данным различных авторов, 30-60 % жертв суицидов имели повышенное содержание алкоголя в крови на момент смерти.

Цель исследования: выявление особенностей суицидального поведения и пост-суицидального периода у пациентов, совершивших суицидальные попытки в состоянии алкогольного опьянения.

Материал и методы исследования. Было обследовано 260 пациентов психиатрического стационара, госпитализированных после совершения суицидальной попытки. Основными методами исследования были клинико-психопатологический и клинико-архивный.

Результаты и обсуждение. Среди обследованных 260 пациентов 84 человека (32,3 %) совершили суицидальные попытки в состоянии алкогольного опьянения. Средний возраст пациентов, которые совершили суицидальные попытки в состоянии алкогольного опьянения, составил $37,8 \pm 13,1$ лет. Мужчин в данной группе 53 чел. (63,1 %), женщин 31 чел. (36,9 %). По диагнозам пациенты распределились следующим образом: органическое поражение головного мозга – 24 чел. (28,6 %), алкоголизм – 16 чел. (19,0 %), личностные

расстройства – 15 чел. (17,9 %), расстройства адаптации – 8 чел. (9,5 %), наркомания – 8 чел. (9,5 %), расстройства шизофренического спектра – 6 чел. (8,3 %), аффективные расстройства депрессивного круга 5 чел. (6,0 %), олигофрения – 1 чел. (1,4 %).

По способу совершения суицидальной попытки преобладали самопорезы (34 чел., 40,5 %), на втором месте по частоте встречались отравления медикаментами (33 чел., 39,3 %). Другие способы совершения суицида (самоповешение, попытки выброситься с высоты, отравление газом, колото-резаные ранения груди и живота, введение воздуха в вену) встречались у 19 пациентов (22,6 %). У 2 пациентов (4,0 %) отмечалось комбинирование 2 различных способов суицида.

Распределение обследуемых по типам постсуицидального периода проводилось в соответствии с типологией, предложенной А. Амбрумовой и В. Тихоненко. Выделялись четыре основных типа постсуицидальных состояний: критический, манипулятивный, аналитический, суицидально-фиксированный. Следует отметить, что среди пациентов, проходивших лечение в психиатрической больнице, после совершения ими суицидальных действий, встречались также лица с осложненным постсуицидом, при котором судить о критическом отношении к суицидальной попытке можно было с большой долей условности, а также лица, отрицающие суицидальные действия, несмотря на явные свидетельства их наличия. Эти пациенты были выделены в две отдельные группы: осложненный (формально-критический) постсуицид и отрицание суицидальной попытки.

Наиболее часто у пациентов, совершивших суицидальные попытки в состоянии алкогольного опьянения, встречался критический постсуицид (28,6 %). Почти с такой же частотой имело место отрицание суицидальной попытки (27,4 %). На третьем месте манипулятивный постсуицид (25,0 %). Другие типы постсуицида встречались реже: суицидально-фиксированный – 13,0 %, аналитический – 3,6 %, осложненный – 2,4 %.

Выводы. Суицидальные попытки в состоянии алкогольного опьянения совершили почти треть суицидентов. В данной группе преобладали больные, страдающие органическим заболеванием головного мозга, алкоголизмом и расстройствами личности. Наиболее часто встречался такой способ суицида, как нанесение самопорезов. Среди данной категории пациентов чаще отмечался критический тип постсуицидального периода. Почти с такой же частотой имело место отрицание суицидальной попытки. На третьем месте – манипулятивный постсуицид. Реже отмечались другие типы постсуицида (суицидально-фиксированный, аналитический, осложненный).

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ О ЧАСТОТЕ ВНУТРИСЕМЕЙНОГО НАСИЛИЯ И ОЦЕНКА УРОВНЯ ИХ СОБСТВЕННОЙ АГРЕССИВНОСТИ

Сахаров А.В., Голыгина С.Е., Герасимова Я.В.

Читинская ГМА, г. Чита, Россия

Внутри семейное или домашнее насилие, выражающееся в форме физического, психологического, экономического или сексуального, является международной проблемой современного общества, влияющей на жизнь сотен тысяч людей. При этом проблема семейного насилия над лицами с ограниченными возможностями здоровья имеет особое значение в виду тяжести его последствий. В тоже время исследований, касающихся изучения этого вопроса в отношении лиц с психическими нарушениями недостаточно, в том числе в нашей стране (Ландышев М.А. и др., 2016).

Цель работы: изучение частоты внутрисемейного насилия в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, с оценкой уровня их агрессивности.

Материалы и методы. Сплошным методом было проведено уточнение анамнеза и психологическое обследование пациентов с психическими расстройствами на базе Краевой клинической психиатрической больницы им. В.Х. Кандинского (Забайкальский край). Критерии включения: отсутствие острого психотического расстройства, деменции, согласие пациента. На каждого респондента заполнялась специально разработанная карта, включающая вопросы о некоторых проявлениях внутрисемейного насилия. Разные формы агрессивности пациентов определяли при помощи опросника Басса-Дарки с последующим расчетом суммарного индекса агрессивности и индекса враждебности.

Всего в исследование было включено 119 пациентов в возрасте от 19 до 59 лет (средний возраст $42,4 \pm 1,0$ лет). Женщины составили 59,6 %, мужчины – 40,4 %. Больных органическими заболеваниями головного мозга было 8,4 %, шизофренией – 50,4 %, аффективными заболеваниями – 15,1 %, невротическими расстройствами – 21,8 %, другими – 4,3 %. Статистическая обработка результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel. Она включала описание выборки, нахождение средней арифметической, среднеквадратического отклонения и ошибки средней арифметической, определялись частоты встречаемости признаков, группировка данных.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что 42,9 % респондентов проживают со своей собственной семьей, 29,4 % – с родителями, 27,7 % живут в настоящее время одни. Дети есть у 63,9 % обследованных. Высшее образование имеют 31,9 %, средне-специальное – 29,4 %, среднее – 11,8 %, неполное среднее – 26,9 %. Работают 50,4 % респондентов. Приводы в полицию в течение жизни имели 16,8 % пациентов, были судимы 5,9 %. Малообеспеченными себя и свои семьи считают 52,1 % больных с психическими нарушениями.

Большинство обследованных (62,2 %) оценивают отношения с родственниками как плохие и неудовлетворительные; 24,4 % постоянно испытывают негативные чувства при общении с ними. С психологической (вербальной и эмоциональной) агрессией внутри семьи сталкиваются постоянно 14,3 % пациентов, периодически – 63,8 %, никогда – только 21,9 %. Более трети респондентов (35,3 %) подвергались физической агрессии, 23,5 % были избиты неоднократно.

Подавляющее большинство пациентов (78,2 %) сообщили, что сталкивались в своих семьях с экономическим насилием: у 8,4 % опрошенных близкие постоянно забирают деньги, у 14,3 % регулярно, при этом, не спрашивая их согласия; еще у 55,5 % такое бывает редко, чаще свои средства они отдают сами по требованию родственников.

Установлено, что суммарный индекс агрессивности у всех обследованных составил $18,3 \pm 0,5$ балла (норма – 21 ± 4 балла), индекс враждебности – $8,8 \pm 0,3$ балла (норма – 7 ± 3 балла). Повышенный уровень общей агрессивности зарегистрирован лишь у 8,4 % лиц с психическими расстройствами, нормативные и низкие показатели получены у 91,6 % соответственно. Повышенный уровень враждебности присутствовал в 31,9 % случаев, нормативные показатели отмечены в 68,1 % случаев.

Заключение. Таким образом, исследование выявило высокую распространенность физического (35,3 %) и экономического (78,2 %) насилия в отношении пациентов, страдающих психическими расстройствами. Большинство опрошенных считают себя малообеспеченными, а отношения с близкими оценивают как плохие, около четверти испытывают негативные чувства при общении внутри семьи. В тоже время были выявлены низкие уровни общей агрессивности и враждебности пациентов психиатрического стационара, которые не превышают средние показатели в общей популяции. Полученные данные с одной стороны, нуждаются в дополнительном уточнении, а с другой, должны учитываться в процессе реабилитации и ресоциализации этого контингента больных.

АНАЛИЗ КЛИНИКО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИХ И КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ГАЛЛЮЦИНАТОРНОЙ СИМПТОМАТИКИ ПРИ ЭНДОФОРМНЫХ ПСИХОЗАХ ОТДАЛЁННОГО ПЕРИОДА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Сергеев В.А., Чернявский Я.В.

ЮУГМУ, г. Челябинск, Россия

Введение. Психозы, манифестирующие галлюцинаторной симптоматикой в отдалённом периоде черепно-мозговой травмы (ЧМТ), представляют значительные диагностические трудности в плане их отграничения от шизофрении, что весьма негативно сказывается как в отношении надёжности диагностики, так и в реализации адекватной и эффективной лечебной и психосоциальной помощи означенным больным.

Цель исследования – выделение клинико-диагностических критериев экзогенно-органических (в периоде отдаленных последствий ЧМТ) и эндогенных галлюцинаторных расстройств на основе анализа их клинико-феноменологических и клинико-динамических характеристик, для повышения качества диагностики, дифференцированной терапии, прогноза и решения экспертных вопросов у данных контингентов больных.

Материалы и методы. Клинически (традиционным клинико-психопатологическим методом, а также с помощью клинико-феноменологического и клинико-динамического анализа) обследовано 126 пациентов в возрасте от 18 до 50 лет (80 мужчин и 46 женщин) с галлюцинаторной симптоматикой (включая галлюцинаторно-бредовую). Из них: 43 больных (29 мужчин и 14 женщин) с эндоформной психопатологической симптоматикой в отдалённом периоде ЧМТ и прямо обусловленной перенесенной ЧМТ – основная группа (ОГ); 42 больных (27 мужчин и 15 женщин) с сочетанной патологией – шизофренией и ЧМТ в анамнезе, имевшей место уже после манифестации эндогенного процесса и с наличием соответствующей психопатологии – группа сравнения 1 (ГС-1); 41 больной (24 мужчины и 17 женщин) шизофренией с галлюцинаторной симптоматикой без отягощённости ЧМТ – группа сравнения 2 (ГС-2).

Средний возраст пациентов на момент обследования составил: ОГ – 30,7 года; ГС-1 – 29,5 года; ГС-2 – 28,9 года. Возраст манифестации галлюцинаторной симптоматики в среднем приходился на 27,5 года – ОГ; 25,8 года – ГС-1; 25,4 года – ГС-2. Давность заболевания составляла: 3,2 года, 3,7 года, 3,5 года – соответственно. Все пациенты из ОГ и ГС-1 перенесли закрытую ЧМТ в возрасте 26,4 и 25,1 лет соответственно. В первой из них ушибы головного мозга средней тяжести имели место у 29 (67,4 %) больных, ушибы лёгкой степени у 8 (18,6 %), сотрясения головного мозга у 6 (14,0 %); во второй – ушибы средней степени тяжести зафиксированы у 25 (59,5 %), легкие ушибы мозга у 10 (23,8 %) и сотрясения головного мозга у 7 больных (16,7 %).

Статистическая обработка, осуществлявшаяся с помощью пакета прикладных программ SPSS Statistics (версия 20) в среде Windows-7, не выявила существенных различий между группами изучения по гендерному и возрастному составу, давности заболевания и возрасту его манифестации, а также между ОГ и ГС-1 по тяжести ЧМТ и возрасту, в котором она была получена, что свидетельствует о достаточной их сопоставимости.

Результаты и их обсуждение. Клинико-психопатологический анализ психических нарушений у больных изучаемых контингентов зафиксировал наличие галлюцинаторного синдрома без какой-либо бредовой симптоматики у 28 (65 %) больных ОГ и у 8 (19 %) больных ГС-1, тогда как в ГС-2 пациентов с исключительно галлюцинаторной симптоматикой не было, что статистически значимо различало эти три группы между собой ($p < 0,05$). Галлюцинаторно-бредовый синдром наблюдался: у 15 (35 %) больных ОГ,

34 (81 %) – ГС-1 и 41 (100 %) – ГС-2, что также статистически достоверно отличало их друг от друга ($p < 0,05$).

Не менее существенно ($p < 0,05$) исследуемые группы различались и по составу пациентов с обманами восприятия различной топической модальности. У больных ОГ преобладали зрительные – 72,1 %, реже выявлялись слуховые – 20,9 % или их сочетание – 7 %. В группах ГС-1 и ГС-2 соотношение галлюцинаций было иным: зрительные – 23,8 % и 0 %, слуховые – 40,5 % и 68,3 %, их сочетание – 35,7 % и 31,7 % (соответственно). При этом, если никто из ГС-2 не обнаруживал изолированных зрительных галлюцинаций, то в ОГ исключительно редким явлением была как раз сочетанность слуховых и зрительных обманов, а там, где таковая фиксировалась первыми всегда появлялись зрительные с последующим присоединением слуховых. В группах сравнения последовательность развития галлюцинаций указанных модальностей была прямо противоположной – первоначально манифестировали слуховые, а позже зрительные.

Ещё более заметно межгрупповые различия в структуре галлюцинаторной симптоматики проявились в ходе её клинико-феноменологического и клинико-динамического анализа. Присущие псевдогаллюцинаторному синдрому характеристики (связь галлюцинаций с предшествующей патологией мышления и бескритичное отношение к ним; отсутствие естественности и реалистичности в их оформлении, с чувством сделанности и снижением сенсорности; локализация в интра- или экстрапроекции, но всегда в представляемом пространстве и воспринимающемся мозгом) не фиксировались в ОГ, отмечаясь у 57,1 % пациентов ГС-1 и у 100 % – ГС-2, что статистически значимо отличало первую от двух последних ($p < 0,05$).

Иное соотношение, по частоте выявления у больных исследуемых групп, обнаружил синдром галлюциноза, регистрируемый в виде одного из трёх вариантов – органического, идеаторного или псевдогаллюциноза. Органический галлюциноз (характеризовавшийся проекцией в представляемое или воспринимаемое пространство, но всегда без ассимиляции окружающей обстановкой; отсутствием реалистичности; добродушным отношением больного к галлюцинациям, на фоне заметного снижения когнитивного функционирования) достоверно чаще ($p < 0,05$) отмечался у больных ОГ – 60,5 %, относительно ГС-1 – 16,7 % и ГС-2 – где таковой отсутствовал. Идеаторный галлюциноз (с проекцией галлюцинаций только в воспринимаемое пространство; связью с окружающей обстановкой; реалистичностью оформления, но без веры в его действительное существование, за счёт сохранности критики; более аффективной реакцией на обманы восприятия) был выявлен у 34,8 % пациентов ОГ, тогда как в ГС-1 лишь у 26,2 %, при отсутствии таковых в ГС-2 ($p < 0,05$). Псевдогаллюциоз, структурно отличавшийся от идеаторного лишь интрапроекцией, регистрировался у 4,7 % больных ОГ и ни у одного из групп сравнения.

Истинные галлюцинации (с экстрапроекцией галлюцинаторного образа, оцениваемого как реально существующий; предшествующим нарушением мышления, утратой критики и бредовой интерпретацией, при отсутствии чувства сделанности; с эмоционально-аффективной реакцией, соответствующей содержанию галлюцинаций) наличествовали в дебюте психоза (по анамнестическим сведениям) у 28,6 % пациентов ГС-1 и 34,2 % – ГС-2 и ни у одного из ОГ ($p < 0,05$).

У всех больных ОГ галлюцинаторная симптоматика на протяжении всего заболевания была представлена одним из вариантов синдрома галлюциноза – органического, идеаторного или псевдогаллюциноза – с преобладанием зрительных обманов восприятия; бредовые расстройства появлялись у них лишь на высоте галлюциноза (и то далеко не всегда), с относительно быстрой их редукцией и восстановлением критики

после купирования галлюцинаций. Больные из ГС-1 синдром галлюциноза выявляли вдвое реже, при его полном отсутствии в ГС-2. Больные из групп сравнения отличались от пациентов основной группы наличием стойких бредовых расстройств. Галлюцинаторная симптоматика у них была представлена преимущественно (ГС-1) или полностью (ГС-2) псевдогаллюцинаторным синдромом, а в дебюте заболевания у трети из них истинными галлюцинациями (с преобладанием слуховых). Для сравнения – ни один из пациентов ОГ указанных синдромов не обнаруживал ни в настоящем, ни в прошлом.

Заключение. Всё выше изложенное свидетельствует о том, что, несмотря на существенное структурно-синдромальное сходство клинических проявлений галлюцинаторной симптоматики у пациентов трёх исследуемых групп (с отдалёнными последствиями ЧМТ, шизофренией и сочетанной патологией), анализ их клинико-феноменологических и клинико-динамических характеристик позволяет в значительной части случаев с достаточной достоверностью верифицировать диагноз. Это, в свою очередь, повышает возможности адресной подборки и реализации дифференцированных и эффективных программ лечебной и психосоциальной помощи данным контингентам больных.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ПРОИЗВОДНЫМИ БАРБИТУРОВОЙ КИСЛОТЫ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Софронов А.Г., Лодягин А.Н., Батоцыренов Б.В., Прокопович Г.А.

*НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Отравления производными барбитуровой кислоты в большинстве случаев происходят в результате приема комбинированных препаратов, в составе которых помимо фенобарбитала обычно содержится этанол, этиловый эфир α -бромизовалериановой кислоты и эфирные масла. Токсические эффекты, однако, обусловлены фенобарбиталом, относящемуся к группе производных барбитуровой кислоты. Тяжесть состояния больных при острых отравлениях барбитуратами обусловлена развитием токсической энцефалопатии. В наиболее тяжелых случаях токсические поражения сопровождаются нарушениями регулирующей функции ЦНС.

Целью исследования. Выявление особенностей клинического течения отравлений производными барбитуровой кислоты у больных пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Исследование проводилось в условиях Центра лечения острых отравлений СПб НИИ Скорой помощи И.И. Джанелидзе в процессе лечения 61 пациента (41 мужчина и 20 женщин), поступивших с острыми отравлениями производными барбитуровой кислоты. Больные были разделены на 2 группы. I группа больных пожилого и старческого возраста (32 больных) (средний возраст 69,7 + 3,9 лет); группа II больных молодого возраста (29 больных) (средний возраст 37,6 + 3,6 лет). Во всех группах осуществляли стандартное лечение – зондовое промывание желудка, энтеросорбцию, гемосорбцию, инфузионную терапию с использованием глюкозо-солевых растворов, плазмозаменителей и т.д., а также другие патогенетические и симптоматические мероприятия по показаниям. Также у больных I группы проводилось лечение фоновой патологии со стороны ЦНС, сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Полученные в процессе исследования клинические данные обрабатывались с помощью программной системы STATISTICA for Windows (версия 6).

Обсуждение. По данным отделения отдела клинической токсикологии СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, в 2014 году из 326 доставленных с острыми отравлениями барбитуратами 88 больных являлись лицами пожилого и старческого возраста. В 2015 году из 286 больных 104 были старше 60 лет. В 2016 году из 482 больных 123 были пожилого и старческого возраста. Особого внимания заслуживает тот факт, что в 2014 году из 7 летальных исходов острых отравлений производными барбитуровой кислоты 5 больных были пожилого и старческого возраста; в 2015 году из 18 умерших 11 больных являлись больными пожилого и старческого возраста; в 2016 году из 28 летальных исходов 21 больной старше 60 лет.

Необходимо отметить, что в отличие от молодых пациентов, которые благодаря современным источниками информации обладают некоторыми представлениями о том, что препараты, содержащие производные барбитуровой кислоты в больших дозах являются опасными для жизни и применяют их, именно, с суицидальными целями, пожилые пациенты чаще употребляют такие лекарственные средства с целью самолечения, лишь 9,37 % (3 чел.) из пожилых пациентов употребляли комбинированный препарат с целью лишить себя жизни, все они были женщины. В основном, эти препараты известны как средства «от болей в сердце», «от бессонницы». Ряд пациентов первой группы принимали данные препараты с целью купирования выше указанных симптомов 40,62 % (13 чел.), 28,12 % (9 чел.) употребляли данные средства с целью лечения абстинентного синдрома, в подавляющем большинстве таким образом использовали препарат мужчины 86,67 % (13 чел.) случаев, 25 % (8 чел.) – с целью опьянения, в этом случае соотношение мужчин и женщин было 1:1.

Тяжесть состояния всех поступивших больных с момента начала проведения интенсивной терапии определялась глубиной поражения ЦНС и длительностью периода от момента отравления до оказания медицинской помощи, то есть до момента начала лечения.

При химико-токсикологическом исследовании у больных I группы было выявлено наличие производных барбитуровой кислоты в концентрации $3,3 \pm 0,4$ мг %, во II группе $2,9 \pm 0,5$ мг %. Клиническая картина отравления производными барбитуровой кислоты на момент поступления определялась, в первую очередь, нарушением ЦНС и вегетативными расстройствами.

В частоте развития осложнений были выявлены выраженные отличия между исследуемыми I и II группами. В I исследуемой группе отмечали развитие отека-набухания головного мозга в 46,88 % (15 чел.). К наиболее частым осложнениям, развивавшимся на 2-3 сутки, относится пневмония, которая диагностировалась в 53,12 % (17 чел.) и являлась основной причиной летальных исходов в соматогенной стадии интоксикации. Также в группе больных пожилого и старческого возраста отмечали явления декомпенсации сопутствующей возрастной патологии со стороны ЦНС у 43,75 % (14 чел.), со стороны сердечно-сосудистой системы у половины пациентов (16 чел.).

Вследствие длительного употребления у 53,12 % пациентов I группы (17 чел.) была сформирована зависимость от барбитуратов (F13.2), у 25 % (8 чел.) из них синдром отмены протекал с делирием. Нарушения в когнитивной и эмоциональной сферах как фоновая патология были в 31,25 % (10 чел.) случаев – депрессивные расстройства на фоне органического поражения головного мозга, в 6,25 % (2 чел.) – выраженные интеллектуально-мнестические нарушения. Во II группе на первом месте среди психических расстройств была аддиктивная патология (синдром зависимости от алкоголя и других психоактивных веществ F10-19.2) – 79,31 % (23 чел.), больные принимали препараты, содержащие производные барбитуровой кислоты с целью лечения абстинентного син-

дрома, что может говорить о смешанной этиологии делириозных расстройств – 34,48 % случаев (10 чел.), в 20,68 % случаев (6 чел.) принимали выше указанные препараты с суицидальной целью. В результате отравления в первой группе умерло 4 больных (12,5 %). В группе сравнения (II группа) отек-набухание головного мозга отмечали у 3 (10,34 %) больных, развитие пневмонии отмечали у 6 больных (20,69 %). Из данной группы отравление закончилось летальным исходом у 1 больного (3,44 %).

Заключение. Таким образом, острые отравления производными барбитуровой кислоты являются тяжелыми угрожающими жизни состояниями. У больных пожилого и старческого возраста они сопровождается более частым развитием осложнений со стороны ЦНС, сердечно-сосудистой и дыхательной систем, более тяжелым клиническим течением отравления и высокой летальностью. Применение препаратов данной группы требует строгого врачебного контроля.

ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ НИКОТИНОВЫХ И ДОФАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ К СТАНДАРТАМ ТЕРАПИИ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ: ПРОБЛЕМА, ПОИСКА РЕШЕНИЯ

Сперанская О.И., Сторожева З.И., Бочкарев В.К., Ковалева М.Е.

ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского, Москва, Россия

Целью работы являлись внедрение клинико-генетических методов в систему обследования курящих лиц, для предикции фармакорезистентности к препаратам антитабачной терапии, а также разработка методов немедикаментозной коррекции. Мало изучена взаимосвязь свойственных пациентам с фармакорезистентностью алекситимических черт личности с полиморфизмом гена катехол-О-метилтрансферазы (COMT) и полиморфизмом гена альфа3 субъединицы никотинового холинорецептора rs578776, роль которых в неблагоприятном течении табачной зависимости до настоящего времени не определена.

Материалы и методы. Обследовано 53 пациента с ТЗ, которые были разделены на 2 группы: основную (n=29, средний возраст $48,5 \pm 2,5$ лет), с наличием в анамнезе фармакорезистентности к антитабачной терапии, и контрольную (n=24, средний возраст $45,3 \pm 2,4$ лет), без признаков фармакорезистентности. Пациенты имели сходство по возрасту и длительности течения ТЗ ($31,66 \pm 3,6$ года и $27,06 \pm 1,7$ года соответственно, $P < 0,01$). Толерантность к никотину составляла в основной группе – $47 \pm 5,1$ сигарет в сутки, в контрольной группе – $18,8 \pm 2,6$ сигарет в сутки, $P < 0,01$). Критериями включения в исследование, наряду с длительностью ТЗ и высокой толерантностью к никотину, было отсутствие у пациентов коморбидной психопатологической симптоматики, а также начальная степень выраженности соматических заболеваний, ассоциированных с курением.

Синдром зависимости от никотина определялся с помощью «Схемы обследования лиц с табачной зависимостью» (Смирнов В.К., 2000) и проявлялся у всех пациентов преобладанием в структуре патологического влечения (ПВК) идеаторного компонента. В основной группе – в виде произвольно возникающих мысленных воспоминаний и представлений о курении с максимальной степенью выраженности ($3,75 \pm 0,17$ балла). В контрольной группе – с возможностью произвольного возникновения образных воспоминаний и представлений о курении, в том числе по ассоциации (с запахом, видом табачных изделий и т.д.), средней степени выраженности ($1,8 \pm 0,093$ балла, $p < 0,01$).

Исследование эмоционально-личностных особенностей пациентов проводилось с использованием Торонтской шкалы алекситимии (Литвинов В.Е., 2007) и показало наличие специфических алекситимических черт у пациентов основной группы с максимальным уровнем алекситимии ≥ 74 балла; в контрольной группе – до ≤ 64 баллов, что сопоставимо с величиной данного показателя у здоровых лиц. Всем пациентам были проведены генетические исследования: биологический материал для генотипирования (образцы слюны) получен у 53 испытуемых, из всех проб проведено выделение ДНК для последующего исследования.

Определение полиморфизма rs4680 гена *COMT* проводили методом полимеразной цепной реакции в реальном времени с использованием амплификатора ДТ-322 (ДНК-Технология, Россия) и наборов, изготовленных фирмой Литех. Для определения полиморфизма rs578776 альфа3 субъединицы никотинового холинорецептора были протестированы в соответствии с указаниями производителя (Applied Biosystems. 2010).

Результаты исследования. У пациентов основной группы соотношение носителей различных вариантов Val/158Met полиморфизма *COMT* было следующим: 13 Val/Val; 9Val/Met; 7Met/Met; в контрольной группе (n=24) – 2 Val/Val; 12Val/Met; 10Met/Met, что подтверждает значимость клинических различий выделенных групп ($\chi^2=5,78$, $p=0,0109$). Различия в распределении по полиморфизму rs578776 гена альфа3 субъединицы никотинового холинорецептора также были достоверными: в основной группе – 15C/C:10C/T:4T/T, в контрольной – 5C/C:15C/T:4T/T ($P<0,01$). Исследованиями была установлена ассоциация полиморфизма rs4680 гена *COMT* и полиморфизма rs578776 гена альфа3 субъединицы никотинового холинорецептора с высокой толерантностью к никотину, что было наиболее выраженным у пациентов основной группы. При наличии обоих вариантов полиморфизма (rs4680 гена *COMT*, rs578776 гена альфа3 субъединицы никотинового холинорецептора) у пациентов выявлялся высокий уровень алекситимии, препятствующий проведению мотивационных антитабачных программ и обуславливающий необходимость разработки индивидуализированных стратегий терапии.

С целью разработки эффективных для данного контингента лиц с ТЗ методов коррекции с применением биологической обратной связи (БОС) проведены ЭЭГ исследования пациентов основной и контрольной группы. ЭЭГ регистрировалась монополярным способом от 19 активных электродов, расположенных по международной схеме 10-20. Обработка безартефактных фрагментов ЭЭГ общей длительностью около 120 сек. проводилась с использованием спектрального анализа с быстрым преобразованием по Фурье. Для каждого ритма и области мозга вычислялись абсолютная спектральная мощность и натуральный логарифм спектральной мощности.

Результаты дисперсионного анализа выявили достоверные различия показателей мощности гамма ритмов в лобных отделах правого полушария (F4, F8) и в теменно-височных отделах левого полушария (P3, T5). Основным показателем, различающим группы испытуемых, являлся диапазон гамма 2 ритма (53-70 Гц), мощность которого была меньше в основной группе во всех отделах мозга (F4, F8, P3, T5). В отведениях F8 и T5 обнаруживалось значимое снижение мощности гамма 1.

БОС-коррекция проводилась по «альфа-тета» протоколу как у испытуемых, имеющих фармакорезистентность к антиникотиновой терапии и у пациентов контрольной группы. Как и при исследовании стандартной ЭЭГ, регистрация показателей альфа и тета-ритмов до и после проведения сеансов БОС показала отсутствие статистически значимых различий между основной и контрольной группами как до, так и после сеансов. Различия между группами пациентов проявлялись только в особенностях психоэмоциональных реакций на проведение сеансов БОС: негативных – у пациентов с фармакорезистентностью, позитивных – у пациентов контрольной группы.

Для модификации терапевтического протокола было проведено исследование динамики показателей периферической и центральной нервной системы с проведением функциональных проб у групп испытуемых:

1) регистрация фонового спокойного состояния испытуемого открытыми глазами (исходный фон); 2) регистрация способности к произвольному контролю собственного состояния без стрессовой нагрузки с использованием обратной связи (контролируемый этап); 3) регистрация способности испытуемого к произвольному контролю собственного состояния в условиях стресс-стимуляции (внезапные громкие аудиальные стимулы) с использованием обратной связи (стресс); 4) регистрация итогового состояния без использования обратной связи (итоговый фон).

Выявлены различия между группами для всех функциональных проб по показателю HF ($p < 0.001$), а также для относительной мощности бета-1 ритма при пробах «контролируемый этап» и «стресс» ($p < 0.05$), что является предпосылкой для использования данных ритмов при проведении БОС-коррекции.

Выводы.

1. Установлена значимость клинико-генетического обследования пациентов с табачной зависимостью для возможности прогнозирования фармакорезистентности к стандартизованным методам лечения (никоретте, чампикс, табекс).

2. С высокой степенью достоверности определена связь полиморфизма гена КОМТ и альфа3 субъединицы никотинового холинорецептора с наличием высокой интенсивности курения табака и алекситимии, препятствующей проведению мотивационной терапии табакокурения.

3. Нейрофизиологическим фактором, лежащим в основе дифференциации пациентов с наличием или отсутствием фармакорезистентности, является степень активации корковых зон мозга, определяемая по выраженности гамма и бета ритмов, что позволяет рекомендовать использование частот данного диапазона в диагностике и БОС-коррекции лиц с ТЗ.

Исследование поддержано грантом РГНФ № 15-06-10839.

ПРОБЛЕМЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ

Спирина И.Д., Шорников А.В.

Днепропетровская медицинская академия, г. Днепр, Украина

Лечение любого хронического психического заболевания должно быть прежде всего направлено не только на купирование симптомов и достижение ремиссии, а и на улучшение качества жизни больного. Качество жизни (КЖ), связанное со здоровьем – это интегральная характеристика физического, психологического, социального и эмоционального состояния пациента, которое оценивается исходя из его субъективного восприятия. Традиционно оценка качества жизни основана на субъективном впечатлении специалистов. Для улучшения психиатрической помощи в рамках принудительного лечения, возникает необходимость в объективизации показателей её эффективности и безопасности, одним из которых есть показатель КЖ.

Цель – на основе анализа результатов современных исследований по исследованию качества жизни больных шизофренией, определить основные перспективы в определении качества жизни у больных шизофренией в рамках проведения принудительного лечения.

Результаты и их обсуждение. Основным инструментом оценки качества жизни пациентов являются специально разработанные опросники. Опросники бывают общими и специализированные. Специализированные опросники могут относиться к определенным областям медицины, конкретным болезням или даже к конкретным стадиям болезней. Часто качество жизни, и, соответственно, социальное функционирование пациента мало связано с продуктивной психопатологической симптоматикой, хотя есть данные, показывающие большую зависимость социального функционирования от негативных и общепсихопатологических расстройств, измеренных с помощью шкалы PANSS.

Опросник ВОЗ КЖ-100 является субъективной мерой благополучия респондентов и их удовлетворенности условиями своей жизни и относится к общим опросникам. На его базе созданы также такие опросники как ВОЗ КЖСМ (специфический модуль), опросник В.Л. Козловского и С.Ю. Масловского для больных шизофренией. Общими их недостатками являются довольно большое количество вопросов и сложность их формулировок.

Широко распространён Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных разработанный И.Я. Гуровичем и О.Б. Шмуклером и созданные на его базе опросники. Данные большинства пунктов не оцениваются в баллах, а полученные результаты не суммируются в общий балл, оцениваясь отдельно, что ограничивает применение опросника в практике, поскольку с его помощью трудно оценивать показатель качества жизни в динамике.

Также возможно использовать специализированную шкалу для определения качества жизни больных эндогенными психозами Г.В. Бурковского. Опросник состоит всего из 36 вопросов, что делает его удобным в применении инструментом измерения КЖ широкого круга психически больных. Однако, пациентам, с выраженным патологическим ослаблением эмоций применение этой методики противопоказано.

Перспективным является применение международных стандартизированных методик SF-12, S-QoL-18, однако платная лицензия делает их недоступными для использования при проведении принудительного лечения. Это открывает перед исследователями путь для разработки новых, специфических именно для шизофрении инструментов по оценке качества жизни, для более подробного контроля реабилитационных мероприятий при проведении принудительного лечения.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ТРОМБОЦИТАРНЫХ ФЕРМЕНТОВ ГЛУТАТИОНОВОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХОТИЧЕСКИМИ И АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Терешкина Е.Б., Прохорова Т.А., Тихонов Д.В., Омельченко М.А.,
Помыткин А.Н., Савушкина О.К., Бокша И.С.

НЦПЗ, Москва, Россия

Введение. Ранее мы определяли активность тромбоцитарных ферментов глутатионового обмена – глутатионредуктазы (ГР) и глутатион-S-трансферазы (ГСТ) у больных с эндогенными психозами (шизофрения и шизоаффективное расстройство) в состоянии обострения психотической симптоматики и обнаружили, что активность этих ферментов достоверно снижена по сравнению с контрольной группой.

Цель исследования – сравнение уровня активности тромбоцитарных ферментов глутатионового обмена (ГР и ГСТ) у пациентов с эндогенными психотическими и аффективными расстройствами и сопоставление уровней активности с контрольной группой.

Материал и методы. Обследованы пациенты (мужчины), госпитализированные в стационар в связи с ухудшением психического состояния с диагнозами: шизофрения (F20, первый приступ, n=13), шизоаффективное расстройство (F25, первый приступ, n=14), шизотипическое расстройство (F21, n=7), биполярное аффективное расстройство (F31, n=7), и циклотимия (F34.0, n=11). В контрольную группу были включены 15 психически и соматически здоровых мужчин. Все группы были подобраны так, чтобы они достоверно не различались по возрасту (от 17 до 32 лет). Образцы крови отбирались в вакутейнеры с цитратом натрия, тромбоциты выделялись дифференциальным центрифугированием. Экстракты тромбоцитарных белков готовились с детергентом n-додецил-бета-D-мальтозидом. Активность ГР определялась по окислению НАДФ-Н в реакции восстановления окисленного глутатиона, а активность ГСТ – по скорости образования конъюгатов глутатиона с 1-хлор-2,4-динитробензолом. Межгрупповое сравнение проведено критериями Манна-Уитни и Краскела-Уоллиса.

Результаты и обсуждение. Методом Манна-Уитни обнаружено достоверное снижение активности ГР в группах с диагнозами F21, F25 и F34.0 по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$) и достоверное снижение активности ГСТ – во всех обследованных группах пациентов ($p < 0,05$). При этом самые низкие значения активности ГР встречались в группах с диагнозами F31 и F34.0. Сравнение всех групп (пациентов и контрольной) методом Краскела-Уоллиса показало достоверное различие активности ГСТ ($p = 0,0003$), причем самые низкие значения активности ГСТ наблюдались в группах с диагнозами F25, F21 и F34.0.

Заключение. Впервые у пациентов с шизотипическим, биполярным аффективным расстройствами и циклотимией обнаружено достоверное снижение активности ферментов глутатионового обмена по сравнению с контрольной группой.

ПРОСТРАНСТВЕННО-ВРЕМЕННАЯ ОСНОВА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ТРАНСФОРМАЦИИ СИМПТОМОВ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА И ШИЗОФРЕНИИ

Тетеркина Т.И., Корсак О.В.

*Республиканский центр проблем человека, РНПЦ психического здоровья,
г. Минск, Республика Беларусь*

Несмотря на изученность клинической картины обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) и шизофрении (Ш), при их дифференциальной диагностике нередко возникают трудности. Они появляются чаще при необходимости оценки степени аутентичности навязчивостей и определения той грани в проявлении стереотипий, за которой можно констатировать психические и двигательные автоматизмы. Критерий противодействия пациентами обсессиям часто оказывается неоднозначным, поскольку при сочетании обсессивно-компульсивной и шизофренической симптоматики такое сопротивление может в определенной мере сохраняться. Ситуация осложняется тем, что при неблагоприятном течении ОКР возможна трансформация его симптоматики в шизофреническую. При существующих подходах к изучению клинической симптоматики психических расстройств этот переход трудно зафиксировать.

Мы полагаем, что для квалификации ощущения пациентами мыслей и импульсов как принадлежащих им, мало задать вопрос, рассматривают ли сами пациенты их как свои собственные или же контролируемые извне. Часто пациенты не в состоянии

сделать подобную оценку. Для определения степени аутентичности мыслей, а также произвольности движений нужен более глубокий анализ всей клинической картины расстройства, который можно произвести, если акцентировать внимание на особенностях пространственно-временной организации психических процессов пациентов.

Цель исследования – найти основу для установления критериев дифференциальной диагностики ОКР с шизофренией и выявления признаков их трансформации с позиции нарушений пространственно-временной организации сознания пациентов.

Материалы и методы исследования. Обследование пациентов с ОКР и шизофренией проводилось сплошной выборкой методом клинического наблюдения с последующим сравнительным анализом тех клинических проявлений, которые репрезентируют пространственно-временную основу этих расстройств. Прототипом послужили изменения сознания здоровых исполнителей традиционных апотропеических (оберегательных) ритуалов (ТАР). Использован подход к изучению психопатологических феноменов с точки зрения общенаучного принципа симметрии, применимого для исследования всех природных явлений.

Результаты исследования и их обсуждение. Для выражения пространственно-временных соотношений индивидуального мира человека и внешнего окружения нами предложено изучение категорий своего и чужого, которые в сознании здоровых людей находятся в сбалансированном виде. В ситуациях, вызывающих психоэмоциональное напряжение, окружающий мир может восприниматься как враждебный, несущий угрозу для существования человека, от которой он стремится избавиться с помощью ТАР.

В сознании здоровых субъектов ТАР можно выделить три основные пространственно-временные сферы: идеальную, реальную и искаженную. У субъектов ритуалов преимущественную значимость имеет последняя, названная «антимиром», при переживании которого психическая деятельность человека выступает как противоположная по своей организации той, что существует в реальной сфере. У исполнителей ТАР свое пространство и время четко отделяются от чужих. Цель ритуалов, несмотря на их иррациональную основу, – апотропеическая, направленная на сохранение жизни и здоровья человека ради непрерывного существования его как биологического вида. Продолжительность ТАР и их средства обычно соответствуют действительной и высоковероятной угрозе; вне ритуалов люди занимаются своей рутинной деятельностью. Количество повторений стереотипных действий при исполнении ТАР строго регламентировано. Конечной целью этих ритуалов является возвращение человека к его реальности.

Пациенты с ОКР воспринимают внешний мир как чужеродный, несущий витальную угрозу «антимир». Оппозиция «своего» и «чужого» в сознании резко обостряется. Пациенты отграничиваются от агрессивного по отношению к ним «антимира», а заодно и от реалий жизни. Ощущение внешней опасности сохраняется долгое время и, несмотря на маловероятность последней, она воспринимается как чрезвычайно актуальная. Пациенты стремятся избавиться от психического напряжения, выполняя гипертрофированные ритуалы.

Индивидуальное пространство пациентов с ОКР сужается до схематических размеров и напоминает замкнутую капсулу. Индивидуальное время не направлено, как у здоровых людей, вперед, а периодически принимает круговое движение. Это проявляется «зацикливанием» мыслей и двигательных актов, которые могут длительно повторяться в неизменном виде. Однако вследствие отграниченности «своего» от «чужого» мысли и движения пациентов сохраняют свою аутентичность, а ритуалы, несмотря на их нецелесообразность, – апотропеическую цель. Сознание пациентов с шизофренией почти полностью занято «антимиром». Свое не отделяется от чужого, а тождественно

ему. Границы индивидуальных пространства и времени разрушаются, сознание пациентов становится открытым для ксеноформных воздействий, определяя открытость мыслей, симптомы психического и двигательного автоматизмов и т.д. Мышление пациентов, сознание которых обусловлено зеркально симметричным в отношении реальных пространства и времени «антимиром» («парамиром»), приобретает паралогический характер.

Апотропеическая ритуально-магическая деятельность не характерна для пациентов с Ш. Ритуалы, наблюдаемые при шизофрении отличаются нелепостью, нецеленаправленностью и не имеют ничего общего с реальными потребностями пациентов.

При прекращении активности «антимира» происходит стереотипизация психической жизни пациентов. Отдельные звуки, обрывки фраз, одни и те же вопросы, вычурные движения многократно повторяются в неизменном виде. Учитывая характер стереотипий, можно предполагать, что симметрия здесь носит не зеркальный, а трансляционный характер, сравнимый с процессами копирования и множения.

Известно, что для изготовления копии необходимо сначала получить зеркальное отражение оригинала и затем совершить еще один поворот вокруг инверсной оси. Только после этого возможно множение копий. Повороты же в пространстве и времени сначала на 180° , затем на 360° , формирующие различные типы симметрии, по нашему мнению, отражают стадии течения Ш.

Вероятность таких пространственно-временных изменений подтверждается описанным Н.Н. Брагиной и Т.А. Доброхотовой поворотом ситуации на 180° при пароксизмальных психотических состояниях у пациентов с эпилепсией [Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А., 1988], а в наших наблюдениях – еще и на 90° [Тетеркина Т.И. с соавт., 1993].

Наличие в переживаниях пациентов «антимира», который возбуждает мифологическое мышление и ритуально-магическую деятельность, может свидетельствовать о том, что при ТАР, ОКР, активных психотических состояниях при шизофрении в сознании дюдней происходят зеркальные пространственно-временные повороты до 180° . Кататония с ее эхо-феноменами, симметричными позами и движениями – проявлениями абсолютной зеркальной симметрии – может маркировать ту грань (180°), за которой происходит переход продуктивной симптоматики в дефицитарную. Из проявлений ОКР в этой области могут оставаться редуцированные ритуалы, Ш – отрывочные бредовые идеи нелепого содержания. Дальнейший поворот с приближением к 360° знаменует аннигиляцию индивидуальных пространства и времени и распад психической жизни пациентов.

Можно предположить, что описанную феноменологию, связанную с пространственно-временной организацией сознания пациентов с психическими расстройствами, можно разделить по видам находящимся в ее основе симметрии – зеркальной и трансляционной. В свете таких представлений становится понятной возможность перехода первой во вторую с трансформацией ОКР в Ш. Реализация пространственно-временной концепции психических расстройств и общенаучного принципа симметрии дает возможность более глубокого осмысления сущности психических изменений при ОКР и шизофрении предоставляет новые возможности их дифференциальной диагностики. Степень отграничения пациентами себя от искаженного мира являются критерием для дифференциации ОКР от шизофрении. Большое значение имеет выявление маркеров зеркальной либо трансляционной симметрии и измерение соответствующего угла пространственно-временных поворотов в сознании пациентов.

ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ: ПЕРСПЕКТИВЫ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Федоренко О.Ю., Иванова С.А., Семке А.В., Бохан Н.А.

Томский НИМЦ, г. Томск, Россия

Введение. Гиперпролактинемия (ГП) является распространенным побочным эффектом антипсихотической терапии у больных шизофренией. Преходящие побочные клинические эффекты сводятся к возникновению лактации, нарушений менструального цикла у женщин, кожных проявлений, психопатологических состояний ангедонии. Риском возникновения отдаленных побочных эффектов является возможный остеопороз и значительный рост вероятности онкологической патологии. Секреция пролактина находится под постоянным ингибирующим контролем дофамина. Антипсихотические препараты закономерно повышают секрецию пролактина, блокируя дофаминовые рецепторы в гипофизе. Результаты современных фармакогенетических исследований убедительно доказывают важную роль генетических факторов в развитии антипсихотик-индуцированной ГП.

Цель исследования – на основе фармакогенетического тестирования разработать молекулярно-генетическую панель риска развития ГП у больных шизофренией, длительно принимающих антипсихотическую терапию.

Материалы и методы. В программной среде R с использованием ее базовых функций проанализировано 88 однонуклеотидных полиморфных вариантов (SNP) 19 генов различных систем, гипотетически участвующих в патогенезе антипсихотик-индуцированных побочных эффектов: *HTR2C*, *HTR3A*, *HTR3B*, *HTR6*, *HTR2A*, *HTR1A*, *HTR1B*, *DRD1*, *DRD2*, *DRD2/ANKK1*, *DRD3*, *DRD4*, *CYP1A2*1F*, *CYP2D6*3*, *CYP2D6*4*, *CYP2C19*3*, *CYP2C19*17*, *CYP2C19*2*, *GSTP1* у 446 пациентов с шизофренией, длительно получающих антипсихотическую терапию. У 227 пациентов диагностирована ГП.

Результаты и их обсуждение. Кроме анализа моделей, включающих только генетические данные, проведен анализ моделей, включающих, наряду с SNP, другие признаки: пол, возраст, длительность заболевания, хлорпромазиновый эквивалент (CPZeq). Для варианта с включением как генетических вариантов, так и других признаков, после проведения регрессионного и дискриминантного анализа и кросс-валидации была получена наилучшая дискриминантная модель со следующими предикторами: возраст, пол, CPZeq, «rs1176744», «rs10042486», «rs936461», «rs134655», «rs179997», «rs1076562», «rs3773678», «rs167771», «rs1587756», «rs3892097», «rs1341239», «rs4975646», «rs13333066». Дискриминантная модель с использованием этого набора SNP и дополнительных признаков дает ошибку классификации около 31 % и величину AUC 0.87. На основе этой панели разработано «ноу-хау»; «Способ прогнозирования гиперпролактинемии у больных шизофренией, получающих антипсихотическую терапию».

Выводы. Фармакогенетическое тестирование лежит в основе разработки методов, позволяющих индивидуализировать психофармакотерапию пациентов, что является одной из важнейших задач фундаментальной медицины на современном этапе.

Работа поддержана грантом Российского научного фонда (проект № 14-35-00023).

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ЧАСТОТОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ

Федоровский И.Д.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования – определение показателей функционирования больных в различных социальных сферах в зависимости от частоты их госпитализаций.

Материалы и методы. Были проанализированы амбулаторные карты 1327 больных из ПНД №5. В исследование включено 76 больных параноидной шизофренией, соответствующих критериям МКБ-10, 45-60 лет. Были сформированы 2 группы: 1-я – 38 больных с коэффициентом частоты госпитализаций 3 и более раз за 5 лет; 2-я – 38 человек без госпитализаций или с одной за 5 лет. Применялись опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных И.Я. Гуровича и А.Б. Шмуклера и шкала оценки дефекта функционирования больных в разных социальных сферах А.П. Коцюбинского. Вычисление статистических показателей проводилось с помощью пакета STAT1ST1CA 7.0. При сопоставлениях применялся метод Манна-Уитни, корреляционная связь определялась с помощью коэффициента Кендалла (τ). Уровень значимости, принятый в данном исследовании $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. У больных с частыми госпитализациями уровни профессионального функционирования, супружеских отношений, воспитания детей, сексуальных отношений оказываются ниже уровня межличностных отношений, функционирования в родительской семье. Несмотря на более высокие показатели, подобная закономерность наблюдается и у больных с редкими госпитализациями, за исключением сферы организации быта повседневной жизни, уровень которой был таким же, как в сферах межличностных отношений и функционирования в родительской семье.

Были изучены взаимосвязи между психосоциальными показателями больных параноидной шизофренией, находящихся под наблюдением амбулаторной службы и показателями их госпитализаций в психиатрический стационар. Результаты исследования показали, что психосоциальные характеристики, такие как достигнутый уровень образования, занятость, трудовой стаж и др., находятся в значимой отрицательной корреляционной взаимосвязи с показателем количества госпитализаций. Положительная взаимосвязь выявлялась только с показателем частоты помещений в дневной стационар за последние 5 лет. Коэффициенты корреляции между частотой госпитализаций и показателями качества питания и частоты обращений в ПНД в течение года оказались статистически не значимыми.

Заключение. Все показатели сфер функционирования были отрицательно взаимосвязаны с частотой госпитализаций, т.е. чем выше было количество госпитализаций, тем ниже был уровень функционирования в этих сферах. Учет уровня социального функционирования в разных сферах может способствовать выработке дифференцированной тактики психосоциальных вмешательств в реабилитационном процессе.

МОЛЕКУЛЯРНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭКСПАНСИИ ТРИНУКЛЕОТИДНЫХ ПОВТОРОВ ПРИ ХОРЕЕ ГЕНТИНГТОНА

Хальчицкий С.Е., Назаров В.Д., Гильяно Я.Д., Иванов М.В.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Хорея Гентингтона (ХГ) представляет собой наследственное аутосомно-доминантное нейродегенеративное заболевание центральной нервной системы, проявляющееся моторными нарушениями, снижением когнитивных способностей и психоэмоциональными отклонениями. Распространенность заболевания в европейской популяции составляет от 7 до 10 человек на 100000 населения. В основе патогенеза заболевания лежит патологическая экспансия тринуклеотидных CAG повторов в локусе 4p16.3 на 5'-конце 1-го экзона гена HTT, кодирующего белок гентингтин (ГЕНТ). В норме в гене HTT количество CAG-повторов не превышает 35, хотя при умеренном увеличении CAG-повторов в пределах 27-35 существует риск до 10 % развития ХГ у последующих поколений. Патологическая экспансия более 36 CAG-повторов приводит к образованию аномального белка ГЕНТ с удлинённым полиглутаминовым участком на N-конце молекулы и развитию ХГ.

Лабораторное подтверждение и определение уровня экспансии при ХГ является важным этапом не только дифференциального диагноза, но и прогнозирования течения заболевания и определения рисков для последующего поколения. Классическая методология саузерн-блоттинга имеет ряд недостатков, не позволяющих рутинно применять ее в клинической практике, а в ПЦР протоколах с использованием фланкирующих праймеров имеется риск ложноотрицательных и ложноположительных результатов. В 1993 году Warner et al. предложил оригинальную методику определения количества CAG-повторов, в которой отсутствовали основные недостатки классической ПЦР реакции и саузерн-блоттинга. Методология получила названия ПЦР тройных повторов (ПЦР-ТП).

Цель исследования – изучение количества CAG-триплетов в гене HTT с использованием ПЦР-ТП и капиллярного электрофореза.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 7 пациентов с клинически подтвержденной ХГ. В качестве контрольной группы была использована ДНК 20 доноров крови. Геномная ДНК, использовавшаяся для генетического анализа, была выделена из лейкоцитов периферической крови с использованием коммерческой системы QIAGEN (Германия). Для проведения ПЦР-ТП была синтезирована пара праймеров, один из которых был мечен FAM-6 «репортером». Для проведения ПЦР-ТП был использован «iCyclerThermalCycler» компании Bio-Rad (США). Реакционная смесь для ПЦР с конечным объемом 20 мкл содержала 100 нг ДНК, 0.5 мкмоль/л прямого и обратного праймеров, FailSafe™ PCR 2X PreMixes J (Epicenter, Madison, WI), состоящий из ПЦР буфера, MgCl₂, dNTP, и 1.0 U Taq-полимеразы (Epicenter, Madison, WI). При использовании методики ПЦР-ТП продукты ПЦР, разделенные с помощью высокоточного капиллярного электрофореза, образуют характерную картину флуоресцентной «лестницы» с разницей между пиками в три нуклеотида. Размеры пиков с наибольшей высотой являются размерами области CAG-повторов двух аллелей пациента.

Результаты исследования. Была определена внутрисеточная и межсеточная воспроизводимость метода у отрицательных контрольных образцов и у пациентов. Нами была продемонстрирована высокая внутрिलाбораторная воспроизводимость, при анализе в одной лаборатории одних и тех же положительных и отрицательных проб полным повторением процедуры приготовления образцов и выполнения всех измерений в разных сериях. Коэффициент вариации CV % ни в одной из серий измерений не превысил порога в 1 %. Для оценки аналитической точности ПЦР-ТП была выполнена серия экспериментов

с положительным образцом (количество CAG-повторов на патологической аллели 42, на второй аллели 16). Стандартное отклонение составило для первой аллели 0,46, для второй – 0,28. После валидации методологии было проведено исследование количества CAG-повторов у 20 отрицательных доноров и у 7 пациентов с диагнозом ХГ. Количество триплетов на обеих аллелях в когорте доноров было в пределах нормы, не превышало 26 и варьировало от 12 до 26. В группе пациентов с клинически подтвержденной ХГ у всех исследуемых была обнаружена хотя бы одна аллель с умеренной или выраженной экспансией. Количество повторов в мутантной аллели варьировало от 39 до 48.

Выводы. Была проведена валидация и апробация методологии определения количества CAG-повторов при диагностике ХГ. Использование ПЦР-ТП в клинической практике позволяет увеличить точность определения количества триплетов, сократить время и упростить проведение анализа.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ТРАВой *HYPERICUM PERFOLIATUM*

Харитонов С.В.

*Московский научно-практический центр медицинской реабилитации,
восстановительной и спортивной медицины ДЗМ, Москва, Россия*

Введение. Наиболее заметный антидепрессивный эффект у препаратов растительного происхождения преимущественно связан с влияниями полифенолов, алкалоидов, терпеновых и терпеноидных, сапонинов, аминов, гиперфоринов, гинзенозидов, β-карболинов и некоторых других. Такие соединения, как гиперфорин и гиперечицины содержатся в составе травы *hypericum perforatum* (зверобой продырявленный), которая широко распространена в средней полосе России и может представлять интерес в качестве средства лечения депрессивных расстройств.

Основной антидепрессивный эффект травы зверобоя продырявленного принято связывать с влиянием гиперечицинов и гиперфоринов ингибирующих обратный захват нейромедиаторов (дофамин, норадреналин, серотонин, глутамат) и активирующих катионные каналы влияя таким образом на обмен клеточного кальция и выполняя роль модулятора синаптической передачи.

Любопытным является и возможное влияние гиперфорина на снижение воспалительных явлений в мозгу, особенно в свете некоторых современных исследований, где указывается возможная связь между депрессией и воспалением.

В составе травы зверобоя содержатся не только гиперечицины и гиперфорины но, и много других соединений. В частности, рутин, кверцетин, и некоторые другие флаваноиды действие, которых также может иметь значение в формировании клинических эффектов.

Цель – исследовать эффективностью травы зверобоя при лечении легких и умеренных депрессивных эпизодов.

Материал исследования. В исследовании были использованы материалы, полученные от 45 пациентов, проходивших лечение в связи с установленным диагнозом депрессивный эпизод, квалифицируемый в структуре биполярного аффективного расстройства, либо синдром указывался как самостоятельный.

Методы исследования. 1) Шкала депрессии А.Бека. Шкала создана А.Т. Беком на основе клинических наблюдений. Опросник, включает в себя 21 категорию симптомов и жалоб. 2) Статистическое исследование. Применялись методы непараметрической

статистики позволяющие оценивать, как достоверность различий в изменении признаков между зависимыми группами, так и корреляцию данных друг с другом.

Результаты исследования. До начала терапии травой зверобоя средние значения уровня шкале депрессии Бека составили в среднем 16,4 балла, при стандартном отклонении =2,67. Через месяц после начала терапии средние показатели депрессии по шкале Бека стали несколько ниже, в среднем =13,3 балла, при стандартном отклонении =3,4. Спустя 3 месяца средние значения уровня депрессии в среднем=9,7 балла, при стандартном отклонении =5,8.

При исследовании различий между уровнем выраженности депрессии по шкале Бека до начала терапии и через 1 месяц определены статистически достоверные различия по тесту Уилкоксона ($Z=5,6$, при $p > 0,0001$), по методу Знаков ($Z=6,02$ при $p > 0,0001$). Статистически достоверные различия также определены между первым и третьим месяцем терапии по тесту Уилкоксона ($Z=4,9$ при $p > 0,0001$), по методу Знаков ($Z=4,2$ при $p > 0,0001$). К концу третьего месяца терапии у некоторых больных фиксировались те же самые или даже более высокие показатели по шкале депрессии А. Бека (7 человек).

Обсуждение. Эффективность применения травы зверобоя в качестве антидепрессанта оказалась достаточной и отличной от описываемых в литературе уровней плацебо эффекта, что позволяет говорить о возможности и обоснованности проведения плацебо-контролируемых исследований для оценки эффективности травы *hypericum perforatum* в лечении, по крайней мере легких и умеренных депрессивных эпизодов.

Выводы. Лечение легких и умеренных депрессивных эпизодов травой зверобоя дает положительный результат по данным опросника депрессии А. Бека. Однако, выраженность этого эффекта не очень велика при том, что у ряда пациентов вообще не был зафиксирован положительный результат терапии.

ПРЕДИКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПСИХОСЕНСОРНЫХ ФЕНОМЕНОВ

Худина Ю.С., Бачурина О.В.

РостГМУ, г. Ростов-на-Дону, Россия

Несмотря на то, что описания «необычных воспоминаний» давно озадачивали человечество практически с момента его появления, впервые неискушенная публика встретила с термином «*deja vu*» более ста сорока лет назад. Произошло это благодаря французскому психологу Эмилю Буараку и его книге «Психология будущего» («Будущее психических наук») в 1876 году. Теорий возникновения данного феномена большое множество. Одни появлялись и опровергали другие на протяжении всего времени изучения. Это и предположения Уильяма Х. Бернхама, и Артура Аллина, и Германа Сно, и Алана Брауна. Если не брать в расчет такие обоснования, как «игры разума» и «память предков», остаются наиболее часто описываемые теории Brown A.S., Brázdil M. Первая теория подразумевает «наложение» так называемого «перцепционного опыта» и представления полученной ранее информации друг на друга, что даёт сбой в нейронной системе мозга, при котором, новые впечатления будут трактоваться мозгом, как давно знакомые. Вторая теория имеет «анатомическую основу», объясняемую разным количеством серого вещества в корковых и подкорковых областях мозга у людей, испытывавших и не испытывавших данный феномен (замедление развития области мозга, в которой серое вещество сообщается с гиппокампом, как следствие – недостаток серого вещества приводит «неконтролируемому» гиппокампу).

Не сходятся взгляды учёных и на этиологические типы дежавю. Алан Браун описывает три типа (категории): вследствие биологической дисфункции, «имплицитных дружеских отношений» и разделённого восприятия. А доктор Вернон Неппе — четыре: эпилептический, субъективно паранормальный, шизофренический и ассоциативный.

Различные исследования описывают разное количество людей, испытывавших дежавю: 30 %, 48 %, 80 %, а некоторые утверждают, что 97 % людей хотя бы раз в жизни испытали дежавю. Объяснения напрямую коррелируют с уровнем интеллекта: у детей школьного возраста процент возникновения будет более низким, а научных работников — более высоким.

Не изучено подробно и влияние феномена психосенсорных расстройств на сон. (Или наоборот?!) Существует предположение, что объяснить проявления дежавю сна возможно в связи с биохимической составляющей головного мозга, а именно особенностями выброса ацетилхолина, который позволяет активировать «иные» воспоминания, что в последующем дает проявления «собственно дежавю». Однако описание проблем циркадного ритма имеется в достаточно малом количестве, что не позволяет прийти к однозначным выводам.

Учитывая, что проблема психосенсорных расстройств, кроме всего вышеперечисленного, затрагивает и одну из немаловажных областей: что же являются феномены психоневрологических состояний — абсолютную норму или абсолютную патологию; мы решили выяснить, как феномены «уже виденного», «уже слышанного», «уже пережитого», «уже произошедшего» воспринимаются формально здоровой группой студентов и каковы их проявления в выборке.

Материалы и методы: обследование проводилось на 114 респондентах, из них 30 — мужского пола, средний возраст которых составил 24 года, и 84 — женского пола, средний возраст которых составил 23 года. Опрос респондентов был проведен по оригинальному авторскому опроснику с применением шкалы диссоциации (DES), Кембриджской деперсонализационной шкалы (CDS), а также методики изучения акцентуации личности по К.Леонгарду (модификация С. Шмишека). Критериями включения стали: возраст не старше 35 лет, наличие документов о получении полного общего образования. В выборку не включались респонденты с наследственно отягощенным психиатрическим анамнезом, с проявлениями пароксизмальных расстройств, с наличием хронических инвалидизирующих заболеваний, с постоянным приемом различных лекарственных веществ. Подсчет проводился методом анализа качественных признаков (z-критерий) при уровне значимости 0,05. Статистическая обработка проводилась в программе Excel 2003.

В результате проведенного исследования 28 лиц мужского пола (93,3 %) и 73 лиц женского пола (86,9 %) описаны проявления психосенсорных проявлений. Из них у 25 лиц мужского пола (83,3 %) и 58 лиц женского пола (70,2 %) были выявлены психосенсорные проявления по типу «уже виденного». Проявления «уже слышанного» были отмечены 16 лицами мужского пола (53,3 %) и 36 лицами женского пола (42,9 %), а «уже произошедшего» 12 лицами мужского пола (40,0 %) и 45 лицами женского пола (53,6 %). Частота ответов колебалась от «однократного» до «частого» с самостоятельным уточнением респондентов свыше 4-5 раз за календарный год.

Только 11 респондентов (9,6 %) обоих полов смогли объяснить для себя причину произошедшего следующим образом: как проявления различных нарушений сна, эмоционального фона, астенических проявлений и умственных перегрузок.

Решено было проанализировать корреляцию между различными проблемами со сном (засыпаниями и пробуждениями, качественной характеристикой снов, повторяющимися снами), частотой возникновения головных болей, возможной органической

патологией (сотрясениями, ушибами, травмами головы) и различными феноменами психосенсорных расстройств.

Из 84 лиц женского пола, у 86,9 % были выявлены признаки психоневрологических феноменов, характеризующихся проявлениями «уже виденного», «уже слышанного», «уже пережитого». Статистически значимые различия у лиц женского пола были обнаружены в показателях «трудности с засыпанием» (временные рамки проблемы составляли более 40 минут) и «трудности с пробуждением». У лиц, страдающих психосенсорными феноменами, частота встречаемости трудности с засыпанием составляла $87,7 \pm 3,8$ %, в то время, как у здоровых респондентов проблем с засыпанием не возникало ($z=22,78$). Проблемы с пробуждением у лиц с проявлением данного феномена наблюдались у $41,1 \pm 7,8$ %. У здоровых респондентов таких проблем выявлено не было ($z=7,14$). Остальные показатели статистической значимости не имели.

Так как у лиц мужского пола признаки психосенсорных феноменов встретились в подавляющем количестве (всего 2 здоровых респондента), внутри гендерной группы статистического анализа не проводилось.

Однако, было проведено изучение статистической значимости показателей у лиц мужского и женского пола. Оказалось, что статистически значимые различия между этими двумя группами наблюдаются в частоте возникновения головных болей (у лиц мужского пола частота встречаемости составила $25 \pm 8,2$ %, у лиц женского пола – $54,5 \pm 15$ %, $z=3,82$). Учитывая, что разница между гендерными выборками была в показателях статистически незначимых, можно говорить о том, что возникновение головной боли коррелирует с полом, но не коррелирует с психосенсорными феноменами.

Наша работа позволяет сделать вывод о том, что у подавляющего большинства респондентов отмечались различные феномены психоневрологических проявлений, на первый взгляд коррелируемые с органическими знаками (в виде головных болей) и сомнологическими нарушениями. Однако при проведении сравнительного анализа и статистической обработки «первичное» мнение подтвердилось частично: была выявлена статистическая значимость лишь проблем со сном в выборке респондентов. Мы полагаем, что для более ясного изучения проблемы необходимы когортные исследования в различных возрастных группах с большим объемом выборки и привлечением инструментальных методов исследования.

ТМС ПРИ ДЕПРЕССИЯХ: КЛИНИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ И ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ БИОМАРКЕРЫ

Цукарзи Э.Э., Мельникова Т.С., Ковалев А.В., Мосолов С.Н.

МНИИП – филиал ФМИЦ ПН, Москва, Россия

ТМС является первым после ЭСТ методом стимуляции мозга, активно развивающимся в последние два десятилетия. Основной клинической мишенью являются депрессии, терапевтический эффект при которых был подтвержден в большом числе контролируемых исследований. До настоящего времени открытым остается вопрос о вероятных механизмах действия ТМС. Основной гипотезой является предположение о том, что ТМС позволяет «навязывать» мозгу ритм, непосредственно меняя функциональную активность нейрональных сетей. Нейровизуализационные исследования показали, что биологические эффекты ТМС выявляются как в тканях непосредственно под катушкой, так и в отдаленных структурах мозга за счет межсинаптических связей.

Показано, что эффекты даже однократной стимуляции сохраняются в течение определенного времени, а при проведении курса ТМС «последствие» существенно пролонгируется и закрепляется. Предполагается, что при применении ТМС у пациентов депрессиями мишенью являются левые передние области мозга, где наблюдаются характерные изменения в виде снижения функциональной активности коры и нарушения не прямых функциональных нейрональных связей. Очевидно, что персонификация методик ТМС с поиском индивидуальных клинических и нейрофизиологических предикторов ее эффективности, например, с использованием методов количественной ЭЭГ и магнитоэнцефалографии, может позволить существенно оптимизировать терапию. Кроме того, исследования в данной области являются своеобразным катализатором для изучения пластичности мозговых структур при депрессиях и других психических расстройствах.

Безусловно, прогноз течения и эффективности терапии при рекуррентной депрессии является определяющим аспектом в разработке стратегий лечения. Процесс изучения и возможного решения данной проблемы во многом связан с поиском биомаркеров. Очевидно, что для терапии ТМС особое значение могут иметь возможные ЭЭГ-маркеры в качестве предикторов эффективности различных методик ТМС.

Соответственно, **цель настоящего исследования** состояла в поиске возможных биомаркеров эффективности ТМС при резистентных депрессиях при помощи сравнительного анализа спектральных характеристик ЭЭГ у респондеров (Р) и нонреспондеров (НР) терапевтического курса ТМС.

Материалы и методы. В исследование включены 32 пациента с терапевтически резистентными депрессиями с тяжестью симптоматики, по шкале Гамильтона (17 пунктов) не менее 20 баллов (в среднем 24,7±3,6 балла). ТМС проводилась на магнитном стимуляторе «Нейро-МС» на проекцию левой дорзолатеральной префронтальной коры, 15 сеансов 15 Гц 100 % пороговой интенсивностью. После окончания курса ТМС 20 пациентов (50 % и более редукция общего балла по шкале Гамильтона) были распределены в группу респондеров (Р), остальные (n= 12) составили группу нонреспондеров (НР).

Результаты. Различия между ЭЭГ Р и НР выявились при сравнении коэффициентов асимметрии (КА) альфа-активности. Наиболее выраженные различия в структуре основного ритма у Р и НР при сравнительном анализе фоновых ЭЭГ при квантовании по 1 Гц выявлены в правой затылочной области. У Р тета-активность не только имела более низкую представленность во всех областях коры, но также не обнаруживала определенных изменений межполушарного баланса как во фронтальных зонах коры, так и в височных областях. У НР была более выражена редукция основного ритма при усилении медленноволновой активности дельта- и тета-спектров, а также высокочастотной активности бета-диапазона. Проведение дискриминантного анализа показало, что различия структуры ЭЭГ у Р и НР больше различаются не при анализе показателей отдельных ритмов ЭЭГ, а при их комбинациях, в частности соотношений альфа-ритма и тета-полосы. Причем, наибольший вес имеет отношение спектральной мощности (СМ) альфа- к СМ тета-ритма в отведениях Т3 и Т5. Чем больше это отношение, тем выше вероятность попадания пациента в группу респондеров и, соответственно, благоприятнее прогнозируемый эффект ТМС. Положительные значения ($Y > 0$) дискриминантных баллов являются маркером эффективности ТМС при резистентной депрессии.

Заключение. Полученная формула (функция классификации) позволяет по специально вычисляемому показателю фоновой ЭЭГ пациента прогнозировать эффект курса ТМС. Вместе с тем, эти данные нуждаются в уточнении на предмет их специфичности для данной терапии в последующих исследованиях.

НОЗОЛОГИЧЕСКОЕ СОДЕРЖАНИЕ КАТЕГОРИИ «ОРГАНИЧЕСКОЕ БРЕДОВОЕ РАССТРОЙСТВО» У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Шаповалов Д.Л., Войнова Е.А., Карпик И.Н., Щукин И.С.

Воронежский ОКПД, г. Воронеж, Россия

Введение. Категория органических эндоформных психозов выделена более 100 лет назад. Тем не менее, нозологическая принадлежность этих состояний остается спорной, а критерии их дифференциальной диагностики с шизофренией – неопределенными. В действующих диагностических критериях МКБ-10 и в научных публикациях ведущая роль придается выявлению органического заболевания ЦНС, динамика которого, предположительно, определяет синдромокинез состояния. Однако, такие состояния, как старение мозга по атрофическому типу и цереброваскулярная болезнь в форме дисциркуляторной энцефалопатии, широко распространены и в популяции пожилых пациентов, не обнаруживающих психотической симптоматики. Между тем, в связи с постарением населения и контингента психиатрических стационаров, диагноз органического бредового (шизофреноподобного) расстройства все чаще используется клиницистами, что делает актуальным дальнейшее изучение органических эндоформных психозов у больных пожилого и старческого возраста.

Цель исследования. Изучить варианты симптоматики состояний, оцениваемых как органическое бредовое расстройство, у пациентов пожилого и старческого возраста в условиях реальной клинической практики.

Материал и методы. Сплошным безвыборочным методом обследовано 47 пациентов (мужчины – 14, женщины – 33, возраст от 45 до 83 лет, средний возраст $65,7 \pm 1,8$ лет), впервые в жизни госпитализированных с диагнозом «органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство» в стационарный корпус № 1 Воронежского областного клинического психоневрологического диспансера в 2016 г и 1 квартале 2017 г. Использовались клиничко-психопатологический метод и экспериментально- психологическое исследование. Для верификации органического заболевания ЦНС и соматической патологии все пациенты консультировались неврологом, терапевтом, проводились общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ.

На основании клинического впечатления, сложившегося в ходе личного обследования пациентов авторами, они были разделены на 3 группы, условно обозначенные как: 1) «бред малого размаха на фоне когнитивного снижения» ($n=10$); 2) «параноидное состояние на фоне эмоциональной дефицитарности» ($n=14$); 3) «фантастический бред на живом эмоциональном фоне» ($n=23$). На каждого пациента заполнялась индивидуальная регистрационная карта, содержащая 108 признаков, относящихся к преморбиду, клиническим проявлениям психоза, экспериментально- психологическим данным, выявленной органической патологии ЦНС. Достоверность межгрупповых различий оценивалась с использованием свободно распространяемой статистической программы SOFA (ver.1.4.6) по критериям Манна-Уитни и хи-квадрат с 95 % доверительным интервалом.

Результаты и их обсуждение. Первая группа характеризовалась умеренным (не достигающим степени деменции) интеллектуально- мнестическим снижением, на фоне которого отмечались скудные, детально не разработанные, но аффективно заряженные бредовые переживания отношения, преследования, ущерба, включающие лиц из ближайшего окружения пациента либо неизвестных. При статистическом анализе выявлено, что данная группа достоверно отличалась от групп 2 и 3 меньшим количеством отсроченно воспроизведенных слов в тесте «10 слов» и отсутствием пациентов со сложной

бредовой системой, от группы 2 – отсутствием лиц, никогда не состоявших в браке, лиц с шизоидными чертами в преморбиде, таких симптомов, как аффективная тусклость, атаксия мышления, бред воздействия, вербальные псевдогаллюцинации, идеаторные автоматизмы, сенестопатические автоматизмы. От группы 3 – практически исключительно монотематическим характером бреда, отсутствием в бредовой системе фантастических фигур (тайные общества, разведчики, инопланетяне и пр.), отсутствием дублирования стимульных слов и продуцирования дополнительных слов в тесте «10 слов».

Вторая группа характеризовалась параноидной симптоматикой (как в виде первичного чувственного бреда, так и в виде вторичного бреда воздействия с вербальными псевдогаллюцинациями и психическими автоматизмами) у отгороженных, мимически скудных, малодоступных, но при этом интеллектуально сохранных пациентов. Данная группа достоверно отличалась от групп 1 и 3 значительной встречаемостью лиц, никогда не состоявших в браке, лиц с шизоидными чертами в преморбиде, лиц, переехавших из других регионов, присутствием у подавляющего большинства пациентов аффективной тусклости и атаксии мышления, а от группы 3, кроме того, - значительной встречаемостью лиц с параноидными чертами в преморбиде, значительной встречаемостью бреда виновности и бреда околдования, значительным количеством пациентов, в бредовую систему которых были включены сверхъестественные сущности (Бог, ангелы, «нечистая сила»).

Третья группа характеризовалась фантастическим по содержанию, политематическим, близким к парафреническому бредом (как первично-чувственным, так и вторичным) у эмоционально и интеллектуально-мнестически сохранных больных. Данная группа достоверно отличалась от группы 1 значительной распространенностью политематического бреда, сложных бредовых систем, включения в бред фантастических фигур, большим количеством отсроченно воспроизведенных слов и значительной частотой дублирования и продуцирования дополнительных слов в тесте «10 слов». От группы 2 – отсутствием лиц с шизоидными чертами в преморбиде, лиц, никогда не состоявших в браке, значительной распространенностью алкоголизации и употребления психоактивных веществ, отсутствием аффективной тусклости и атаксии мышления, значительной частотой демонстративных форм поведения в ситуации осмотра.

Достоверных различий между группами по характеру и выраженности органической патологии ЦНС выявлено не было. У 30 % пациентов 1 группы, 14,3 % пациентов 2 группы и 43,5 % пациентов 3 группы отсутствовали анамнестические данные за травматическое, сосудистое, токсическое поражение ЦНС, однако, имевшаяся рассеянная органическая неврологическая симптоматика и возраст пациентов позволили консультанту-неврологу диагностировать церебральный атеросклероз.

Заключение. Таким образом, в клинической практике категория «органическое бредовое расстройство» у пожилых пациентов включает нозологически разнородные состояния, которые, по нашему мнению, относятся к продромальным этапам сосудистой либо сенильной деменции (1 группа), поздней и сверхпоздней манифестации параноидной шизофрении на органически отягощенном фоне (2 группа) и, возможно, особому функциональному психозу позднего возраста – поздней парафрении (3 группа). Какой-либо связи между клинической картиной психоза, характером и тяжестью органического заболевания ЦНС на проанализированном нами материале выявить не удалось. Выявленная гетерогенность может быть значима для уточнения диагностических критериев органического бредового расстройства и для выработки дифференцированных подходов к терапии.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПОЛИЦЕЙСКИХ ПРИ УВОЛЬНЕНИИ НА ПЕНСИЮ ПО ВЫСЛУГЕ ЛЕТ

Шутова А.А., Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В., Соловьев А.Г.

*МСЧ МВД России по Кировской области, Кировский ГМУ, г. Киров, Россия
Северный ГМУ, г. Архангельск, Россия*

Психические расстройства у пенсионеров-полицейских недостаточно исследованы. Их анализ необходим для совершенствования организационных подходов к профилактике психических нарушений (расстройств личности (РЛ), химических зависимостей и др.) у данного контингента.

Цель исследования: анализ психических расстройств у полицейских при увольнении на пенсию по выслуге лет.

Материалы и методы исследования. Проведен сплошной анализ актов военно-врачебной комиссии и протоколов центра психофизиологической диагностики полицейских-сотрудников ОВД в Кировской области, уволенных по выслуге лет, дающей право на пенсию за период с 2007 по 2016 гг.; для анализа отобрано 82 человека с психическими расстройствами на момент увольнения из ОВД.

Результаты исследования. Нозологическая структура психических расстройств у сотрудников ОВД, уволенных на пенсию по выслуге лет, была представлена: органическим эмоционально-лабильным расстройством – 24,4 %; неврастенией – 19,5 %; алкогольной зависимостью – 17,1 %; органическим РЛ травматической этиологии (минно-взрывные травмы, сотрясения головного мозга при выполнении служебно-боевых задач в зонах локальных вооруженных конфликтов) – 19,5 %; РЛ вследствие боевого посттравматического стрессового расстройства – 11,0 %; посттравматическое стрессовое расстройство – 4,9 %; депрессивное расстройство – 1,2 %; соматизированное расстройство – 1,2 %; аффективные расстройства – 1,2 %. Органические психические расстройства диагностированы у 43,9 %, психогении неорганической природы – 32,0 %, зависимость от алкоголя – 17,1 %. В течение года после увольнения были признаны инвалидами по психическому заболеванию 24,4 %.

Выводы: психические расстройства у полицейских при увольнении на пенсию характеризуются выраженными социально-дезадаптирующими эмоциональными нарушениями и алкогольной зависимостью, которые формировались в течение длительного времени, оставаясь вне поля зрения ведомственных психиатров и наркологов. Полученные данные свидетельствуют об имеющихся недостатках при оказании психиатрической помощи данному контингенту и необходимости совершенствования подходов к проведению ежегодной диспансеризации личного состава ОВД.

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ИССЛЕДОВАНИИ

Шушпанова О.В.

НЦПЗ, Москва, Россия

Рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место в структуре онкологической заболеваемости у женщин. По данным ВОЗ ежегодно выявляется около 1,38 млн. новых случаев рака данной локализации. Регистрируемое омоложение РМЖ, увеличение продолжительности жизни по мере совершенствования методов терапии, приводят к увеличе-

нию числа пациенток с нозогенными психическими расстройствами, манифестирующими в связи с семантикой диагноза, клиническими проявлениями и лечением данного заболевания. В связи с этим проблема психических нарушений у больных РМЖ приобретает все большую актуальность. Изучение нозогенных психических расстройств при РМЖ осуществляется преимущественно в рамках психологических подходов (копинг-стратегии, внутренняя картина болезни и др.), а также в клинических работах, представленных синдромальной квалификацией психического состояния, использующих специализированные опросники и рейтинговые шкалы как основной метод исследования.

Проблема психических нарушений у больных раком молочной железы (РМЖ) актуальна в связи с высокой распространенностью патологических изменений в психической сфере у пациенток, недостаточной разработанностью клинической типологии, психосоматических корреляций и оценки вклада конституциональных особенностей. В настоящем исследовании использован дифференцированный подход к изучению нозогенных расстройств (НР) у пациенток с РМЖ, манифестирующих на различных этапах течения болезни, с выделением отдельных клинических типов с учетом преморбидных особенностей личности. НР клинически гетерогенны и представлены двумя нозологическими категориями: нозогенные реакции и патохарактерологические развития личности. Нами показано, что манифестация той или иной нозогенной реакции у пациента тесно коррелирует с его преморбидными личностными характеристиками. Тревожно – депрессивная нозогенная реакция регистрировалась у 17 пациенток первой выборки с высокой прямой корреляционной связью (коэффициент Фехнера $\Phi=0,76$, $p<0,01$) в отношении акцентуации личности по тревожному типу, и слабой прямой связью с личностными особенностями аффективного (биполярного) круга ($\Phi=0,22$, $p<0,01$). Тревожно – диссоциативная нозогенная реакция была выявлена у 9 больных с истерическим $n=5$ (55,5 %) и экспансивным шизотипическим (vershrobene) $n=4$ (44,4 %) РЛ с достоверно значимой ($\Phi=0,65$, $p<0,01$) прямой корреляционной связью с конституциональной гипертимией, Тревожно – гипоманиакальная нозогенная реакция наблюдалась у 4 больных с шизотипическим РЛ ($n=4$) сопряженным с явлениями стойкой гипертимии ($\Phi=0,39$, $p=0,012$). Очевидно, что манифестация той или иной нозогенной реакции у пациента тесно коррелирует с его преморбидными личностными характеристиками. Патохарактерологические развития личности формируются на отдаленном катамнестическом этапе РМЖ и обнаруживают клиническую гетерогенность с дифференциацией на 4 типа: 1) по типу ипохондрической дистимии, 2) по типу «паранойи борьбы», 3) по типу «аберрантной ипохондрии» и 4) по типу «новой жизни».

ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЯ, УРОВЕНЬ ГЛОБАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА НА РАННИХ ЭТАПАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Янковская А.Г.

Гродненский ГМУ, г. Гродно, Республика Беларусь

Введение. По различным данным гиперпролактинемия встречается у 47-93 % пациентов, принимающих нейролептики. Применение нейролептической терапии до сих пор является одним из ведущих методов лечения шизофрении.

Цель исследования: определение уровня глобального функционирования и качества жизни женщин с расстройствами шизофренического спектра и гиперпролактинемией на ранних этапах заболевания.

Материалы и методы. В исследование были включены 34 женщины от 18 до 35 лет с расстройствами шизофренического спектра с длительностью заболевания до 3 лет. Все пациентки принимали нейролептическую терапию. Контрольную группу составили 30 здоровых женщин 18-35 лет. В целях исследования использовались клиничко-психопатологический, клиничко-лабораторный (двукратное измерения уровня пролактина в сыворотке крови) методы, клинические шкалы MOS SF-36, mGAF и статистические методы.

Результаты. Уровень пролактина у пациенток с расстройствами шизофренического спектра, получающих антипсихотическую терапию, достоверно отличался от такового у здоровых женщин. Референтные значения пролактина для женщин – 74-745 мМЕ/л. Концентрация пролактина в сыворотке крови пациенток в двух измерениях составила 1428,3 (706,4; 2511,9) мМЕ/л и 1311,8 (774,8; 3039) мМЕ/л. У здоровых женщин – 695,4 (554; 810) мМЕ/л и 617,5 (531; 861,4) мМЕ/л соответственно. Гиперпролактинемия наблюдалась у 25 (73,7 %) обследованных пациенток. Далее были сформированы 2 группы сравнения: пациентки с концентрацией пролактина до 1000 мМЕ/л (n=14) и женщины с гиперпролактинемией выше 1000 мМЕ/л (n=20). Сравнение групп проводилось с помощью непараметрического теста Манна-Уитни (достоверность различий $p < 0,05$). Группы не различались по социально-демографическим и анамнестическим характеристикам, но отличались по применяемым антипсихотическим препаратам.

Уровень социального функционирования был достоверно выше в группе пациенток с уровнем пролактина, не превышающим 1000 мМЕ/л ($p = 0,02$). Не было обнаружено различий между группами по уровню глобального функционирования в динамике исследования.

Выводы. У женщин с расстройствами шизофренического спектра на ранних этапах заболевания часто встречается гиперпролактинемия, ассоциированная с приемом нейролептической терапии, и может являться биологическим фактором нарушения качества жизни, в частности, социального функционирования.

АНАЛИЗ ПАРАМЕТРОВ КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РЕКУРРЕНТНЫМ ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Янушко М.Г., Шаманина М.В., Иванов М.В.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

В дополнение к хорошо известным клиническим проявлениям, пациентам с рекуррентной депрессией свойственны нарушения когнитивного функционирования, что значительно ухудшает качество жизни больных и усугубляет социальное и экономическое бремя данного заболевания.

Целью исследования было изучение параметров когнитивного функционирования у пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством в период формирующейся ремиссии при помощи стандартизированной батареи когнитивных тестов ВАС-А.

Материалы и методы. В исследование было включено 208 пациентов, страдающих рекуррентной депрессией в состоянии формирующейся ремиссии согласно показателям шкал MADRS и получающих эффективную терапию антидепрессантами из группы СИОЗСН или СИОЗС в стандартных дозировках. Все пациенты прошли обследование параметров когнитивного функционирования при помощи батареи тестов ВАС-А.

Результаты. Было установлено, что пациенты, имеющие остаточные клинические проявления в виде ангедонии, моторной и идеаторной заторможенности, идей самообвинения даже легкой степени, хуже справляются с методиками, включающими показатели позитивной аффективности ($p \leq 0,05$). В то же время, пациенты с субклиническими проявлениями тревоги, нарушениями сна, концентрации внимания по данным шкалы MADRS хуже выполняли задания методик, требующих устойчивости внимания, быстроты реакции, бдительности, например, словесная беглость, последовательность чисел ($p \leq 0,05$). Пациенты, с психотическими симптомами в текущем эпизоде депрессии, имели худшие показатели по методикам, оценивающим исполнительскую функцию, проблемно-решающее поведение (башня Лондона, кодирования символов). Пациенты с легкой и умеренной выраженностью депрессии в текущем эпизоде согласно данным MADRS, к моменту обследования не обнаружили статистически значимых отличий от нормативных данных по показателям данных методик, при общей тенденции к некоторому снижению по сравнению с нормой в своей возрастной группе.

Обсуждение. Полученные данные подтверждают представления о наличии когнитивных нарушений у пациентов, страдающих рекуррентной депрессией не только в период обострений, но и в ремиссии. Поскольку степень выраженности когнитивных нарушений во многом определяет психосоциальное функционирование пациентов с рекуррентной депрессией в период ремиссии, внедрение стандартизированного обследования когнитивных показателей у данной когорты больных могло бы способствовать прогнозу их функционального статуса и оптимизации поиска методов коррекции возникших когнитивных нарушений.

ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

К ПРОБЛЕМЕ ДИАГНОСТИКИ АУТИЗМА

Автенюк А.С., Макаров И.В.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Введение. В последние годы возросло количество пациентов, поступающих в отделение детской психиатрии с диагнозом «детский аутизм». Резонным является вопрос, с чем это может быть связано, и мы попытались проанализировать данную ситуацию. Были изучены истории болезни пациентов, поступивших в детский психиатрический стационар НИПНИ им. В.М. Бехтерева с 2008 по 2012 годы включительно с различными вариантами аутизма.

Целью данной работы являлось выявление клинических особенностей, осложняющих диагностику и дифференциальную диагностику аутизма.

Материалы и методы. Исследуемую группу составили пациенты, проходившие лечение в отделении детской психиатрии НИПНИ им. В.М. Бехтерева с 2008 по 2012 годы включительно, у которых диагноз аутизм был диагностирован до поступления в наш стационар, а также те, у кого аутизм был выявлен в отделении впервые. За 5 лет наблюдений таких пациентов было 205, что составило 23 % от общего количества пациентов поступивших в данный стационар за указанный период. Возраст испытуемых составил от 2 до 15 лет, преимущественно от 4 до 8 лет. Мальчики с диагнозом «детский аутизм» поступали в стационар в 5,6 раз чаще, чем девочки.

Результаты. Для оценки достоверности выставленных диагнозов использовались критерии диагностики детского аутизма из трех источников: МКБ-10, DSM-4, рекомендации В.М. Башиной и А.С. Тиганова.

Как оказалось, определяющим в клинической картине для постановки диагноза аутизм в большинстве случаев было: нарушение зрительного контакта (60 %), нарушение контакта со сверстниками (58,5 %), стереотипии (47,7 %) и отсутствие коммуникативной функции речи (37 %). Следует отметить, что, с одной стороны, перечисленные

нарушения не являются специфическими для аутистов, с другой – формулировка данных критериев является довольно общей, что позволяет трактовать их довольно широко. В то же время, клинические признаки характерные именно для аутизма были выявлены в минимальном количестве: нарушение эмоционального контакта (15,4 %), особая привязанность к необычным предметам (6 %), феномен тождества (4,6 %), избегание общения ни в одном случае выявлено не было.

Между тем, в клинической картине исследуемой группы детей было отмечено следующее:

1. Все дети в той или иной степени были интеллектуально снижены. Интеллект 26 % пациентов соответствовал легкой и умеренной умственной отсталости, у 74 % пациентов интеллект соответствовал пограничному с умственной отсталостью уровню.

2. У всех обследованных детей была нарушена или отсутствовала экспрессивная речь, значительно снижен активный словарный запас, фразовой речи нет. При необходимости некоторые испытуемые могли произнести уместное в данной ситуации слово, нередко использовали жестовую речь. В единичных случаях речь была представлена лишь отдельными вокализациями или повторяющимися звукосочетаниями, в том числе не привязанными к ситуации.

3. У всех детей в той или иной степени было нарушено внимание: это проявлялось в сложности или невозможности привлечь активное внимание ребенка, если же внимание привлечь удавалось – то часто на очень непродолжительное время. Пациенты были не способны хоть сколько-нибудь длительно заниматься чем либо целенаправленно. Именно с нарушением внимания мы связываем сложности установления зрительного контакта, отсутствие контакта со сверстниками.

4. Нарушения двигательной активности отмечались у большей части детей: чаще всего это проявлялось в гиперактивности, в единичных случаях – резком снижении активности.

Заключение. Диагностика и дифференциальная диагностика аутизма по-прежнему вызывают значительные затруднения у врачей. Отсутствует единое понимание и трактовка клинических характеристик аутизма и различных его вариантов.

Осложняет диагностику аутизма следующее:

1) наличие интеллектуального снижения: чем ниже интеллект, тем сложнее дифференцировать между умственной отсталостью и аутизмом;

2) возраст пациентов: якобы аутистические черты, наблюдающиеся у детей младшего дошкольного возраста, нередко нивелируются по мере взросления;

3) наличие в клинической картине пациентов апрозексии или гипопрозексии: именно с этим зачастую связано нарушение реагирования на окружающие стимулы, что ведет к затруднению зрительного контакта и взаимодействия с другими людьми;

4) наличие сенсо-моторной алалии, приводящее к невозможности полноценного вербального контакта;

5) наличие неспецифических признаков, характерных для любых задержек развития – стереотипных действий и движений, а так же эхоталий.

АМИНОФЕНИЛМАСЛЯННАЯ КИСЛОТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВЕГЕТАТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Алиджанова Д.А., Усманов С.А.

ТашПМИ, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Целью работы явилась оценка эффективности аминокислоты (препарат «Ноофен») в комплексном лечении синдрома вегетативных дисфункций.

В генезе психосоматических нарушений, изменения в эмоциональной сфере, вызванные стрессогенными факторами являются доминантными. Это объясняется с одной стороны ролью эмоционального возбуждения, как активатора негативных реакций, с другой – способностью эмоционального напряжения к кумуляции. Чем сильнее и длительнее отрицательные воздействия, тем более вероятно хронизация психосоматических расстройств с формированием патопсихологических реакций. Учитывая многогранность данной проблемы, ее актуальность особенности возрастной физиологии и психологии поиск новых методов терапии этих состояний представляется своевременным.

В работе участвовало 34 детей и подростков в возрасте от 7 до 16 лет, в т.ч. 20 пациентов принимали препарат в течение 30 дней. 14 больных группы контроля лечились только базисно. Диагнозы верифицировались по стандартным алгоритмам. Дополнительно проводилось психологическое тестирование по Ч.Д. Спилбергу. Когнитивная сфера исследовалась корректурной пробой Бурдона. Вегетативная нервная система оценивалась клинико-инструментально в покое и при нагрузке.

После месячной терапии у пациентов основной группы отмечено сравнительно достоверное снижение уровней личностной и реактивной тревожности с высокого до среднего значений, повышение концентрации внимания, способности к сосредоточению и запоминанию. Вегетативный дисбаланс имел тенденцию к восстановлению. Динамика обратимости основных клинических симптомов в основной группе происходила вдвое быстрее, чем в контрольной группе. Интегральная эффективность терапии с включением аминокислоты превышал таковую по сравнению с группой сопоставления в 1,5 раза. Побочных и нежелательных эффектов в процессе наблюдения не отмечалось.

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ

Альбицкая Ж.В.

НижГМА, Нижний Новгород, Россия

Введение. Ранний детский аутизм (РДА) до настоящего времени остается одной из серьезнейших проблем детской психиатрии, что связано, прежде всего, с ростом заболеваемости аутистическими расстройствами у детей в России и мире. По данным Всемирной Организации Аутизма в 2008 г. 1 случай аутизма приходился на 150 детей, а по результатам исследований 2012 года Центром по контролю заболеваемости и профилактике (CDC) и Государственного агентства по эпидемиологии (США) – 1 случай на 88 детей, что на 23 % больше, чем предыдущая оценка. Известно, что важнейшей проблемой профилактики глубоких нарушений социального взаимодействия ребенка с РДА является ранняя диагностика, но, на практике в России организация медико-терапевтической и психолого-педагогической помощи детям с РДА не соответствует стандартам,

принятым в мире: диагностика расстройства производится поздно (в большинстве случаев после 5 лет, часто в 6-7 лет), несмотря на то, что диагноз РДА «...может и должен быть поставлен в первые 24 месяца...». Накопленные зарубежными авторами сведения позволяют положительно оценить клинический и социальный прогноз больных РДА при своевременной диагностике и раннему внедрению в практику и психолого-педагогических коррекционных программ. Недостаточная разработанность клинических и реабилитационных аспектов проблемы РДА и ее высокая медико-социальная значимость определяют актуальность настоящего исследования.

Целью работы являлся анализ учтенной заболеваемости РДА, зарегистрированной в Нижегородской области с 2000 по 2015 гг., а так же разработка комплексных программ реабилитации детей, страдающих РДА и оценка их эффективности.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 169 детей с верифицированным диагнозом РДА в возрасте от 3 до 12 лет. Для оценки клинического состояния применялся метод клинико-катамнестического наблюдения с описанием диагностических критериев расстройства, согласно МКБ-10, анкетирование родителей, изучение амбулаторных карт и статистический метод.

Результаты и обсуждение. Клинико-катамнестический анализ детей, состоящих на учете у детского психиатра с диагнозом РДА, выявил достоверное увеличение интенсивных показателей распространенности по учтенной заболеваемости аутизмом (на 10000 детского населения) в 27 раз при сопоставлении данных 2000 и 2015 годов (увеличение показателей с 0,13 до 3,51). Анализ возраста ребенка на момент первичного обращения за психиатрической помощью показал, что детей в возрасте до 5 лет было 48 человек, что составило 28,4 % от числа всех, состоящих на учете, а максимальная диагностика РДА по обращаемости приходилась на возраст 7-9 лет. Распространенность РДА на 10 000 детского населения Нижнего Новгорода, по нашим данным, в 6,2 раза превышает аналогичный показатель районов области (вероятно, по причине более редкого обращения за психиатрической помощью и недооценки состояния ребенка родителями). Среди обследованных детей с РДА преобладали мальчики в соотношении 4,7:1. В результате исследования было выявлено, что до 5 лет 147 детей (87 % от общего количества) не посещало ДДУ и специализированные детские центры. Нами была предложена поэтапная организация реабилитационных мероприятий для детей с РДА на базе «Центра помощи детям с аутизмом и нарушениями развития» в Н. Новгороде. На первом этапе ребенок осматривался детским психиатром с целью установления диагноза, при необходимости назначения медикаментозной терапии, а затем комиссией, обеспечивающей системный подход к коррекции РДА в составе логопеда, дефектолога и психолога, разрабатывающих коррекционную и реабилитационную программу с дальнейшим привлечением к занятиям таких специалистов, как музыкальный педагог, специалист по арт-терапии, логоритмист, нейропсихолог и специалист по ЛФК.

Результаты катамнестического наблюдения детей с РДА в течение 3-х летней работы центра позволили выявить значительную динамику социальной адаптации детей на фоне внедрения комплексных программ реабилитации. Содержание комплексной реабилитации, которую проводит бригада специалистов способствовало освоению и постепенному улучшению социальных навыков и развитию когнитивных функций. Полученные результаты положительно оцениваются специалистами и родителями, дети которых посещали данный специализированный центр.

ВЛИЯНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ИХ МАТЕРЕЙ В СВЯЗИ С ЗАДАЧАМИ ПСИХОТЕРАПИИ

Васильева А.В., Баландова О.И.

*СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, СПб Городская поликлиника № 114»,
детское поликлиническое отделение 50, Санкт-Петербург, Россия*

Одним из наиболее распространенных психоневрологических нарушений в детском возрасте является полиэтиологичное состояние, известное в настоящее время как синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). Наличие в семье ребенка с хроническим заболеванием, для которого в современной медицине существуют ограниченные терапевтические возможности, ставят такую семью, в первую очередь мать, в ситуацию хронического стресса. Такие типичные клинические проявления, как расстройство внимания, двигательная расторможенность и импульсивность поведения, нарушение обучения и социальных функций требуют постоянного повышенного внимания, выдержки и терпения со стороны взрослого, осуществляющего воспитание и уход. Дополнительные стрессорные факторы в семье, конфликты, особенности воспитания (гиперопека или «педагогическая запущенность») могут усугублять течение заболевания. Дети с СДВГ чаще подвержены длительной школьной дезадаптации, семейным конфликтам, у них нарушен эмоциональный контакт с родителями.

Матери пациентов с СДВГ пытаются их больше контролировать, но меньше проявляют ласку по отношению к детям, редко поощряют и хвалят их. Постоянная фрустрация ожиданий от ребёнка, особенности его поведения приводят к истощению адаптационного ресурса и развитию эмоциональных расстройств тревожно-депрессивного спектра. В семье часто отмечается рост конфликтного напряжения, что может еще больше усугублять дезадаптацию. Сложность семейной ситуации, неоднородность состояний и высокая коморбидность других пограничных психических расстройств при СДВГ (энурез, заикание и другие нарушения речи) делают необходимым комплексный подход к лечебным и психокоррекционным мероприятиям, которые должны учитывать психологическое состояние матерей. Психотерапевтические программы помощи матерям, воспитывающим детей с диагнозом СДВГ должны быть персонализированными. Значимым представляется комплексная оценка клинических проявлений заболевания у детей с СДВГ и их влияние на психологические и функциональные (качество жизни, социальная адаптация) характеристики их матерей. Дополнительно интересным может быть выделение индивидуальных психологических характеристик жизнестойкости и адаптативности матери. Психотерапевтические интервенции должны быть направлены на коррекцию дисфункциональных патогенных психологических характеристик и укрепление адаптационного потенциала женщин.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОЛОГО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО МЕГАПОЛИСА

Глушкова А.В.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

По данным ВОЗ, ежегодно 900 000 человек кончают жизнь самоубийством. Суициды входят в число трех основных причин смерти людей в возрасте 15-44 лет во всем мире. Возрастной промежуток между 15 и 24 годами является пиковым в отношении суицидальных попыток у представителей обоих полов. Диагностика и профилактика суицидального поведения среди подростков продолжает оставаться наиболее острой медико-социальной и психологической проблемой.

В России неблагоприятная суицидальная ситуация отмечается уже на протяжении 40 лет – с начала 1970-х гг. Особой остроты она достигла в последнем десятилетии XX века – в период радикальных преобразований в обществе. Так, перед началом реформ, в 1990 г., показатель частоты суицидов в стране составлял 26,4 случая на 100 000 населения, что на 32 % превышало так называемый «критический уровень» ВОЗ, равный 20 на 100 000 населения. К 1995 г. частота суицидов в России достигла 42,5 случая на 100 000, что вывело нашу страну на 2 место в мире по величине этого показателя. Лишь, начиная с 2002 г., частота самоубийств начала постепенно снижаться вплоть до 21,4 случая на 100 000 в 2011 г. Таким образом, снижение в сравнении с «рекордным» 1995 годом составило около 2 раз. Тем не менее, достигнутый показатель в 1,5 раза превышает среднемировой (14 на 100 000) и отводит России 12-е место в мире и 6-е в Европе.

В последние 5 лет в России ежегодно уходили из жизни вследствие самоубийств порядка 2000 подростков. Кроме того, ежегодно каждый 12-й подросток совершал покушение на самоубийство, что резко повышало у него риск повторного, зачастую уже завершённого суицида.

Средний показатель частоты самоубийств среди подростков в мире, полученный на основании представленных ВОЗ данных, составляет 7,4 случая на 100 000. При этом соответствующий средний показатель среди индивидов мужского пола (10,5 на 100 000) в 2,6 раза превышает таковой среди индивидов женского пола (4,1 на 100 000). Это характерно почти для всех стран, за исключением Шри-Ланки, Китая, Кубы, Эквадора и Сальвадора, где частота самоубийств среди подростков женского пола выше, чем среди подростков мужского пола. В 90 изученных странах самоубийство занимает четвертое место в перечне причин смерти подростков мужского пола и третье – женского.

Распространенность суицидальных попыток, по сравнению с завершёнными суицидами, почти не изучена, поскольку официальные органы статистики сбором таких данных не занимаются. О частоте покушений на самоубийство можно судить только по косвенным данным, при этом различия в методических подходах к их сбору в разных странах затрудняют оценку результатов подобных исследований.

Бесспорным является лишь тот факт, что в подростковом возрасте, как и в зрелом, количество суицидальных попыток значительно превышает количество завершённых суицидов. Такая закономерность обнаруживается в большинстве стран, где проводились соответствующие исследования.

Причины столь неблагоприятной ситуации неоднозначны. В первую очередь, среди них следует выделить социальные факторы, способствовавшие повышению суицидальной активности населения. Сюда можно отнести сложно протекавший процесс радикального реформирования общества, ломку сложившихся социальных стерео-

типов, длительный период снижения уровня жизни значительной части населения, последствия социально-экономических кризисов. Особенно негативно это сказалось на воспитании детей и подростков, которые остались не только вне объединяющей и развивающей высшие потребности идеи, но зачастую и без воспитания в родительской семье, занятой добычей денег.

Другим важным фактором является несовершенство существующей системы суицидологической помощи, отставшей от требований времени и последних достижений суицидологической науки и практики.

По данным опросов, наибольшее влияние на формирование суицидального поведения у подростков оказывают макросоциальные факторы, связанные с воздействием на сознание несовершеннолетних средств массовой информации СМИ и Интернета. Патогенную роль этих факторов отметили 83,5 % опрошенных.

Среди личностно-психологических факторов (78,5 % случаев) специалистами выделяются повышенная чувствительность и ранимость, определенные черты эмоциональной неустойчивости и импульсивности, личностная незрелость, максимализм.

Следующая группа связана с воздействием факторов ближайшего микросоциального окружения подростка – любовные конфликты, конфликтные отношения со сверстниками, учителями, вовлеченность в молодежные субкультуры. Средний показатель их воздействия – 69,5 %.

Группа поведенческих факторов – особый интерес к вопросам смерти и самоубийства, изменение привычных стереотипов поведения подростка, изменение привычных стереотипов поведения подростка, самоизоляция, употребление наркотических или токсикоманических средств и др. Средний показатель их воздействия – 64,3 %.

Группа семейных факторов – патологическое воспитание в семье, деструктивные отношения в семье, незнание родителями возрастных особенностей подростковой психики, неполная семья. По оценке интервьюируемых, их средняя доля составляет 61,7 % случаев.

Наибольшей суицидогенной опасностью обладает неполная семья, наиболее часто представленная одной матерью. Вызывает интерес, что, по мнению экспертов, риск суицидального развития при воспитании в детском доме, у родственников или в приемной, но полной семье является существенно более низким. Это побуждает обратить особое внимание на неполные семьи, становящиеся источником неблагополучного, в том числе, суицидального развития ребенка.

Риск суицидального поведения у подростка обратно пропорционален уровню благосостояния его семьи. Наибольший риск формирования суицидальной личности отмечается в семьях с низким материальным достатком, несколько меньше он в семьях со средним достатком и существенно меньше – в семьях с высоким уровнем благосостояния.

Скорее всего, данный фактор влияет на аутоагрессивное поведение опосредованно. Из литературы известно, что вероятность формирования агрессивных и аутоагрессивных форм поведения возрастает в случае принадлежности ребенка к слоям с низким социальным статусом, где наблюдается расхождение между декларируемыми социальными установками и законными способами достижения имеющихся потребностей.

Таким образом, ведущее место в ряду факторов риска формирования суицидального поведения у подростков выступает 4 группы факторов: семейные, личностно-психологические, макросоциальные и психопатологические.

Дополнительно можно добавить еще одну группу факторов, условно названную «группой дефицита знаний». Здесь подразумевается отсутствие хотя бы минимально

необходимых психологических знаний у подростков и большинства их родителей, недостаток психологов в школах и их недостаточная суицидологическая просвещенность, отсутствие необходимых суицидологических знаний у педагогов. Все это препятствует эффективной профилактике суицидального поведения у подростков и раннему выявлению лиц с риском его развития. Еще одним важным аспектом является отсутствие психолого-психиатрического звена диспансеризации детей и подростков.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ У ДЕТЕЙ С ШИЗОФРЕНИЕЙ И ШИЗОТИПИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Горюнова А.В., Данилова Л.Ю., Горюнов А.В.

РМАНПО, НЦПЗ, Москва, Россия

При обследовании неврологического статуса больных шизофренией установлено, что неврологические симптомы обнаруживаются у 65-80 %, тогда как у лиц без психической патологии они выявляются у 5 %. Это согласуется с нейроморфологическими исследованиями больных шизофренией, которые также указывают на высокую частоту морфологических изменений ткани ГМ как нейробиологической основе заболевания. В педопсихиатрии существует гипотеза о специфическом нейроинтегративном дефекте как биологической основе раннего начала шизофрении (L. Bender, 1975; B. Fish, 1992).

Цель исследования: изучение неврологического статуса и его особенностей у детей с шизофренией и шизотипическими расстройствами.

Материал и методы: в течение 1-5 лет наблюдали 80 детей двух групп в возрасте от 5 до 10 лет. 1-я группа – 38 больных с диагнозом детская шизофрения (F20.8) с ранней манифестацией психоза, прогрессивным течением заболевания и формированием олигофреноподобного дефекта; 2-я группа – 42 ребенка с диагнозом шизотипическое расстройство (F 21). Использовались традиционные клинические методы детской неврологии и психиатрии, патопсихологическое исследование, тесты Озерецкого Н.И., ЭЭГ, УЗДГ, КТ или МРТ головного мозга.

Результаты и обсуждение. У большинства детей обеих групп (68 человек) первой консультации психиатра предшествовал длительный период лечения у невролога. С высокой частотой в обеих группах выявлялись патология беременности и родов у матери, низкая масса тела при рождении, повышенное по сравнению с нормой число дизэмбриогенетических стигм (8-15 против 4-5). Сравнительный анализ частоты этих факторов у детей обеих групп достоверных различий не выявил. До 2 лет диагностировалась перинатальная энцефалопатия, последствия церебральной ишемии, синдром мышечной дистонии, вегетативно-висцеральных нарушений, гидроцефальный синдром. После 3 лет неврологические диагнозы теряли актуальность, сменяясь на синдром ММД, невропатию, неврозоподобные расстройства, задержки психоречевого развития, СДВГ и т.п.

Пациенты 1-й группы попадали к психиатру в субпсихотическом состоянии, которое проявлялось преимущественно психомоторными расстройствами в сочетании с регрессом достижений и психической продуктивности. Преобладали состояния кататонического возбуждения в виде двигательных стереотипий (движения вперед-назад, по кругу, прыжки, потряхивания кистями рук, яктация), импульсивности (внезапные неудержимые попытки уйти, порча вещей, гетеро/аутоагрессия), негативизма. Поведение было аутичным, речь – скудной, с обилием эхололий и персевераций. По выходе из психоза

дети успокаивались, становились частично доступны контакту и проявляли пассивную подчиняемость. Внутренняя жизнь оставалась скудной, игра стереотипной, речь бедной, поведение аутистическим. Моторика сохраняла признаки дистонии, плохой координации и неуклюжести движений, стереотипии.

Пациенты 2-й группы попадали к психиатру в связи со странностями поведения и нарушенной социализацией, проявлявшимися по мере возрастного расширения необходимого общения за рамками семьи. Выявлялись интравертированность и нарушение эмоционального контакта в виде формальности или общения по сверхценным интересам. Наблюдалось погружение в аутистические фантазии, часто вычурного характера. В мышлении обнаруживались специфические нарушения: нецеленаправленность, актуализация латентных признаков, соскальзывания, амбивалентность и др. Социальные навыки формировались плохо или искаженно. Продуктивные психопатологические расстройства никогда не достигали психотического уровня, носили рудиментарный и переходящий характер, но тяготели к стойкому затяжному существованию.

Изучение неврологических расстройств у больных обеих групп показало их высокую частоту с преобладанием моторных, зрительно-моторных и речевых нарушений. Поражение пирамидной системы в виде парезов и параличей не типично для этих детей; лишь у одного больного диагностирован ДЦП, спастическая диплегия. Без разницы по группам выявлены мягкие симптомы пирамидной недостаточности в виде повышения, асимметрии сухожильных рефлексов, патологических стопных знаков; они не имели динамики за всё время наблюдения, что указывает на их резидуальный характер.

Преобладали экстрапирамидные нарушения в диапазоне от мягких проявлений подкорковой недостаточности до очерченных экстрапирамидных синдромов (сосуществование мышечной гипотонии с дистонией, нарушение содружественности и последовательности сложных двигательных актов, тики, гиперкинезоподобные и двигательные стереотипии, атетозоподобные установки пальцев с переразгибанием фаланг). При этом отмечалась зависимость разнообразия и выраженности неврологических симптомов от тяжести психического состояния. На высоте психоза в 40 % наблюдений 1 группы отмечались гипотонически-гиперкинетический или реже гипокинетико-ригидный синдромы (изменение мышечного тонуса по пластическому типу, феномены «зубчатого колеса», восковой гибкости, хореоформные и лицевые гиперкинезы, смена периодов гипокинезии и импульсивной гипердинамии), против 12 % во 2 группе. Рефлексы орального автоматизма (ладонно-ротовой, хоботковый, дистанс-оральный, ладонно-подбородочный, назо-лабиальный) выявлялись у 63 % детей 1 группы, достигая 89,5 % в период обострения, и у 30 % – во 2 группе.

Интегративные нарушения связей коркового двигательного анализатора с другими анализаторами, а также с экстрапирамидной системой, мозжечком, лимбико-ретикулярным комплексом, обеспечивающие организацию сложных движений и навыков, выявлены у всех больных 1-й группы и у 80 % больных 2-й группы. Они проявлялись неуклюжестью, плохой координацией, особенно при выполнении тонких движений (письмо, застегивание пуговиц), затруднениями в подражании и переключении движений (сделать стригущие движения, «козу», плетение) и проявлялись кинестетической апраксией и двигательным персеверациями.

Нарушения в системе иннервации взора встречались у 81 % больных шизофренией и у 62 % детей 2 группы; нарушения плавного прослеживания предмета в виде усиления толчкообразных движений глазных яблок – саккад, а также неустойчивость при слежении по типу «шатания» глазных яблок в стороны выявлялись в той же пропорции. При обострении состояния у больных 1 группы отмечалось усиление их интенсивности,

присоединение брадикинезии взора. У детей 1 группы значительно чаще наблюдались симптомы нарушения симпатической иннервации глаза: анизокория, «игра зрачков», транзиторное изменение ширины глазных щелей.

У 55 % детей 1-й группы выявлялись негрубые симптомы надъядерного поражения IX, X, XII пар черепных нервов, в виде слабости жевания, поперхивания, дисфагических явлений, рвоты, икоты, удерживания пищи во рту. Обращали на себя внимание нарушение просодической стороны речи, особенности фонации, произношения, темпа речи, интонационная невыразительность.

Заключение. У детей с шизофренией и шизотипическими расстройствами выделен большой круг неврологических симптомов, диффузность и топическая неопределенность которых указывают на дезинтеграцию многоуровневой системы двигательного анализатора. Топических различий симптомов между двумя группами детей не установлено, что позволяет предполагать генетическую общность этих психических состояний. Интенсивность и частота коррелируют с тяжестью заболевания и этапом болезни (обострение – ремиссия). Преобладают расстройства регуляции и интеграции движений, разнообразны экстрапирамидные нарушения, вследствие чего при отсутствии парезов и параличей изменяется не столько функция как таковая, сколько ее цельность, завершенность и согласованность с другими психическими актами, что, по сути, оказывается неврологическим эквивалентом специфичной для шизофрении дискордантности и разлаженности психических функций.

ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА: ТРАДИЦИОННЫЕ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ

Гречаный С.В.

СПбГПМУ, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность исследования определяется все более возрастающей обращаемостью в психиатрические медицинские учреждения родителей детей раннего возраста с жалобами на психические расстройства.

Целью исследования было выявление особенностей и нозологической структуры психических расстройств раннего возраста для разработки адекватных диагностических подходов. Материал исследования составили результаты практической работы на базе ЦВЛ «Детская психиатрия», организационно-методического отделения с консультативным приемом в период 2001-2013 гг. (кабинет раннего детского возраста). Осмотрено 1309 детей в возрасте от 8 мес до 4 лет 9 мес (средний возраст $3,26 \pm 0,109$ лет) со следующими диагнозами: смешанные специфические расстройства развития (845 чел., 54,5 %), специфические расстройства экспрессивной речи (131 чел., 10,0 %) легкая и умеренная умственная отсталость (291 чел., 22,2 %), детский аутизм (83 чел., 6,3 %, средний возраст – $3,63 \pm 0,103$ лет), другие – (90 чел., 6,8 %), в т. ч. расстройство активности и внимания (24 чел., 1,8 %), тревожное расстройство (11 чел., 0,84 %). Результаты исследования показали, что неконтактность (929 чел., 70,0 %) наряду с отсутствием речи (1201 чел., 91,7 %) и двигательной расторможенностью (919 чел., 70,2 %) были ведущими жалобами при нозологически различных расстройствах.

Первые проявления неконтактности были отмечены уже на 1-м году жизни, однако у большей части пациентов они описывались после 1,5 лет. Она проявлялась игнорированием обращений, просьб, отсутствием интереса к находящемуся рядом взрослому

(«автономное» поведение). Настойчивая попытка заинтересовать пациента приводила к двигательной расторможенности. Речь взрослого в условиях ее непонимания играла роль избыточного сенсорного стимула, на который ребенок также реагировал возбуждением. Родителями это субъективно воспринималось как избегание общения и непереносимость «эмоционального прессинга».

В настоящий момент в детской психиатрии наметилось 2 основных подхода к диагностике рано возникающей детской неконтактности. В рамках представления о «расстройствах аутистического спектра» большинство из вышеуказанных проявлений укладываются в такие симптомы, как качественные нарушения социального взаимодействия и коммуникации. С другой стороны, их можно рассмотреть в рамках более традиционного для отечественной психиатрии подхода, согласно которому недостаточность навыков и способов коммуникации (недоразвитие общения) является компонентом атонической разновидности психического недоразвития (С.С. Мнухин, 1969 и мн. др.). В его структуре центральное место занимает апрозексия, обусловленная недостаточностью витального тонуса вследствие недоразвития определенных «энергезаряжающих» структур мозга.

В плане дифференциальной диагностики недоразвития общения аутистического и неаутистического генеза следует обратить внимание на отсутствие в последнем случае характерной ритуальности, фиксированных страхов, территориального уединения, аномальной реакции на мать, симптома «тождества» и протодиакриза. Следует указать на весьма относительную диагностическую ценность таких симптомов, как неофобия и стереотипии. Страх новой обстановки (в данном случае, медицинского кабинета и врача) довольно часто присутствует у отстающих в интеллектуальном развитии пациентов в связи с непониманием цели общения с врачом, предъявляемых требований, привычным ожиданием запретов и наказаний в связи с деструктивным и аутоагрессивным поведением. Разновидность страха новой обстановки (боязнь незнакомого человека) наблюдается также у пациентов с моторной алалией как психологически понятная реакция на назойливые попытки взрослых заговорить с детьми, имеющими объективные трудности с «произносимой» речью. Что касается стереотипий (вращение вокруг себя, «странные» движения пальцами рук и др.), то данный феномен довольно часто сопровождает типичные случаи умственной отсталости в условиях несовершенной развитой общей и тонкой моторики.

Методологической основой психопатологической диагностики в раннем возрасте, т. е. в период, когда у ребенка еще не в полной мере развита психика, мышление, речь, общение и др. функции, а сведения, полученные от родственников часто противоречивы и отражают их субъективный взгляд на состояние ребенка, должно быть клиническое наблюдение с последующим обсуждением увиденного с родителями (контекстуальный анализ). Это, во-первых, позволяет объективно сопоставить реальные достижения ребенка с возрастными нормативами, а, во-вторых, перенести акцент с вопроса о стигматизирующем психиатрическом диагнозе на конкретные симптомы психического расстройства и/или проявления отклоняющегося развития. Именно детальное обсуждение с родителями «недостатков» ребенка в конкретных его проявлениях (вместо использования клиширующихся диагностических шаблонов) способствует более конструктивному принятию личности ребенка ближайшими взрослыми и намечает перспективу «зоны ближайшего развития».

Психопатологическая диагностика в раннем возрасте строится на безусловном психологическом принятии пациента, страдающего психическим расстройством, выделением в его поведении позитивных моментов и конструктивным подходе к терапии симптомов заболевания.

О ТЕМАТИЧЕСКОМ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ПСИХИАТРОВ В ОБЛАСТИ ПСИХИАТРИИ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Добряков И.В., Городнова М.Ю., Маргошина И.Ю.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время, к сожалению, в России стабильно сохраняются высокие показатели детской инвалидности как по собственно психической патологии, так и по болезням нервной системы, врожденным и приобретенным аномалиям (Крауш И.С., 2016). Было отмечено, что существует причинная связь между состоянием здоровья беременных и рожениц, состоянием психического здоровья их потомства, и состоянием психического здоровья населения в целом. Увеличение количества преждевременных родов коррелирует с показателем первичной заболеваемости психическими заболеваниями и показателем инвалидности вследствие психических расстройств (Казаковцев Б.А., 2016).

20 февраля 2012 года Министерства здравоохранения и социального развития РФ издало приказ N 144/42 «О переходе на рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения критерии живорождения и мертворождения». Согласно этому приказу с 1 января 2012 года в нашей стране действуют новые критерии рождения детей, разработанные в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Если раньше живой новорожденный весил меньше 1000 г, его регистрировали в ЗАГСе лишь по истечении 168 часов, и только спустя это время врачи начинали бороться за его жизнь. Теперь врачи сразу начинают бороться за жизнь младенца, вес которого 500 г и выше. Естественно все спасенные из этой группы имеют высокую степень риска развития нервно-психической патологии. С развитием сети современных перинатальных центров, улучшением неонатологической помощи количество детей группы риска растет. Увеличение количества детей группы с риском возникновения нервно-психических расстройств также связано с все более активным применением вспомогательных репродуктивных технологий. Все дети группы риска нуждаются в наблюдении и лечении у детских психиатров. В то же время во многих регионах страны отмечается недоукомплектованность медицинских учреждений детскими психиатрами, в 2015 году по сравнению с 2014 годом их число уменьшилось (Казаковцев Б.А., 2016). Дефицит кадров детских психиатров вынуждены восполнять взрослые психиатры по совместительству, не имея при этом достаточно знаний навыков в области детской психиатрии, особенно психиатрии детей раннего возраста. В связи с этим остро стоит вопрос о специализации и переподготовке, о повышении квалификации специалистов этого профиля.

В положении 1 Приказа Минздрава России от 21 декабря 2012 г. N 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров» приказа приводится перечень необходимых профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, возрастные периоды, в которые они должны проводиться. Согласно этому положению детский психиатр должен впервые проводить такой осмотр, когда ребенку исполняется 12 месяцев. Затем осмотры повторяются в 3 года, в 7 лет, в 10 лет. В 15 лет ребенок должен проходить профилактический осмотр у подросткового психиатра. В настоящее время выполнение этого приказа практически невозможно из-за острого дефицита детских психиатров, способных квалифицированно проводить такие осмотры, особенно осмотры годовалых детей. Психиатрическое обследование детей раннего возраста всегда является сложной этико-деонтологической ситуацией» (Гречаный С.В., 2016).

На состоявшейся в октябре 2016 года в Ярославле Всероссийской конференции по детской психиатрии и наркологии «Психическое здоровье детей страны – будущее здоровье нации» была принята резолюция. В нее, в числе прочих, были внесены предложения поручить кафедрам детской психиатрии Москвы и Санкт-Петербурга разработать программу тематического усовершенствования психиатров по психиатрии раннего возраста (перинатальной психиатрии) для психиатров, осуществляющих проведение диспансеризации детей в возрасте одного года и трех лет, а также рекомендовать МЗ организовать разработку методического пособия по проведению диспансеризации детей в возрасте одного года и трех лет. Также предлагалось организовать обязательное прохождение курсов тематического усовершенствования по детской психиатрии психиатрам, обслуживающим взрослое население, но по совместительству принимающих детей и подростков.

На кафедре детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России (заведующий кафедрой профессор Э.Г. Эйдемиллер) было создана рабочая группа (доценты И.В. Добряков, М.Ю. Городнова, ассистент И.Ю. Маргошина) по разработке дополнительной профессиональной программы повышения квалификации по теме «Психиатрия раннего детского возраста: современные подходы» (специальность «психиатрия»). Программа была утверждена на методическом совете университета в феврале 2017 года. Направленность программы – практико-ориентированная и заключается в удовлетворении потребностей профессионального развития психиатров, обеспечении соответствия его квалификации меняющимся условиям профессиональной деятельности. В программе представлена базовая информация об основных психических расстройствах и расстройствах поведения у детей раннего возраста, раннее выявление которых позволит оптимизировать процесс профилактических и предварительных, при поступлении в образовательное учреждение, осмотров несовершеннолетних. В программе представлены современные направления диагностики, профилактики и терапии психических расстройств у детей раннего возраста, где представлены авторские разработки в этой области сотрудников кафедры (И.В. Добрякова, Н.В. Александровой, М.Ю. Городновой). Целью программы является совершенствование профессиональных компетенций в области психиатрии раннего детского возраста для повышения профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации. К задачам обучения относятся изучение передового практического опыта по вопросам предупреждения, выявления и лечения психических расстройств у детей раннего возраста, а также усвоение и закрепление на практике профессиональных знаний. Психиатры, прошедшие обучение на этом цикле тематического усовершенствования, получают необходимые знания в области общей и частной психиатрии раннего возраста, а также в области современных направлений терапии и профилактики нарушений психического здоровья у детей раннего возраста. В результате они смогут использовать современные методы психиатрического обследования детей раннего возраста и систематизировать и применять методы лечения психических расстройств раннего детского возраста с учетом их динамики.

Повышение квалификации психиатров по этой и подобным программам позволит, в какой то мере, решить проблему кадрового дефицита детских психиатров, оптимизировать процесс профилактических и предварительных, при поступлении в образовательное учреждение, осмотров несовершеннолетних, согласно Приказу МЗ РФ от 21.12.2012 г. № 1346н.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ В УСЛОВИЯХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО САНАТОРИЯ «КОМАРОВО»

Драчинская Т.В., Инюшева О.М.

Детский психоневрологический санаторий «Комарово», Санкт-Петербург, Россия

В детском психоневрологическом санатории «Комарово» проходят реабилитацию дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). Целями нейропсихологической коррекции являются: функциональная активация подкорковых образований мозга; обеспечение и регуляция общего энергетического, активационного фона; стабилизация межполушарного взаимодействия; обеспечение приемов и тонкого анализа модально-специфической информации (двигательной, зрительной, слуховой); обеспечение регуляции, программирования и контроля психической деятельности.

Нейропсихологическая коррекция у детей с СДВГ включает в себя растяжки (нормализуют гипертонус и гипотонус мышц); дыхательные упражнения (улучшают ритмирование организма, развивают контроль и самоконтроль; эффективны с подключением визуальной и сенсорной систем); глазодвигательные упражнения (расширяют поле зрения, улучшают восприятие; однонаправленные и разнонаправленные движения глаз и языка (с подключением рук и ног) развивают межполушарное взаимодействие и повышают энергетизацию организма); упражнения для языка и мышц челюсти; перекрестные телесные упражнения (развивают межполушарные взаимодействия, снимаются синкнезии и мышечные зажимы); упражнения на развитие соматогностических, тактильных, кинестетических, динамических, пространственных функций; упражнения на развитие внимания, памяти, функций программирования и контроля, коммуникативные и эмоциональные упражнения (включая упражнения для релаксации и визуализации), упражнения с правилами.

В ходе занятий большое внимание уделяется контролю за выполнением ребенком движений, которые осуществляются по словесной команде и должны быть осмыслены, «перекодированы» ребёнком; упражнениям с подробными инструкциями, подразумевающие постепенное формирование у ребёнка способностей к формированию собственной программы.

На занятиях соблюдается чёткая, повторяющаяся структура, обеспечивается соблюдение детьми правил, ритуалов и временного регламента. Поочерёдное выполнение каждым ребенком роли лидера повышает уровень его самопроизвольной регуляции, контроля над собой и происходящим вокруг.

В работе использованы материалы и упражнения, разработанные А.В. Семенович, А.Л. Сиротюк, М.М. Семаго, Н.Я. Семаго и др.

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ЗПР РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Емелина Д.А., Макаров И.В.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

За последние годы мы наблюдаем увеличение доли детей с нарушениями развития. Хотя единых принципов систематики ЗПР не существует, среди психиатров имеется тенденция к выделению двух основных форм: дизонтогенетической и энцефалопати-

ческой, которая многими авторами обозначается как ЗПР резидуально-органического генеза. В структуре этого типа ЗПР почти всегда имеется набор энцефалопатических расстройств (церебрастенических, неврозоподобных, психопатоподобных, эпилептиформных, апатико-адинамических), которые свидетельствуют о повреждении ЦНС. Несмотря на большое количество работ, посвященных клиническим проявлением ЗПР, недостаточно внимания уделено их возрастным особенностям и особенностям динамики задержки психического развития в зависимости от осложняющего синдрома.

В отделении детской психиатрии НИПНИ им. В.М. Бехтерева были обследованы 86 пациентов в возрасте от 3 до 6 лет включительно с задержками психического развития резидуально-органического генеза, за которыми осуществлялось динамическое наблюдение (от 1 до 3 лет). В зависимости от характера психопатологической картины было выделено 5 клинических вариантов ЗПР резидуально-органического генеза: 1. ЗПР с синдромами алалии (подварианты – моторная алалия и сенсомоторная алалия); 2. ЗПР с гипердинамическим синдромом; 3. ЗПР с аутистическим синдромом; 4. ЗПР с синдромом аффективной неустойчивости; 5. ЗПР с неврозоподобными синдромами (подварианты – церебрастенический синдром и другие неврозоподобные состояния).

Целью исследования явилось изучение особенностей динамики ЗПР резидуально-органического генеза в зависимости от осложняющего синдрома.

Наименее благоприятный прогноз выявлен при сочетании ЗПР с аутистическим синдромом и сенсо-моторной алалией. При проведении психокоррекционной работы отмечались значительные сложности, связанные с особенностями внимания и поведения пациентов. В случае сопутствующего аутистического синдрома компенсация интеллектуальных нарушений отмечалась только у 19 % обследуемых, а при сенсо-моторной алалии – у 24 %.

Несколько чаще (38 %) компенсация наблюдалась при сочетании ЗПР с моторной алалией и гипердинамическим синдромом. Более благоприятной была динамика ЗПР на фоне синдрома аффективной неустойчивости (регресс интеллектуальных нарушений у половины обследуемых). Самые лучшие показатели отмечены в группе детей с неврозоподобными расстройствами. В этой группе у всех детей отмечена компенсация интеллектуальных нарушений. На наш взгляд это связано с отсутствием выраженных нарушений поведения у этих пациентов, что способствует более продуктивной дефектологической работе.

Исследование показало, что временные задержки темпа психического развития составили только 40 % из числа всех наблюдений. В остальных случаях (60 %) у пациентов сохранялись довольно стойкие интеллектуальные нарушения. Такие результаты могут быть связаны с тем, что, с одной стороны, в возрасте 3-4 лет дети с выраженными степенями ЗПР представляют большие трудности в дифференциальной диагностике с умственной отсталостью, а с другой, присутствие в клинической картине дополнительных психопатологических синдромов осложняет течение ЗПР и коррекционную работу.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что динамика ЗПР резидуально-органического генеза и прогноз определяются не только признаками задержанного развития, а совокупностью всех синдромов, входящих в структуру заболевания.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОИЗВОЛЬНОЙ МОДАЛЬНО-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПАМЯТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ РАЗНЫХ ТИПАХ ДИЗОНТОГЕНЕЗА

Зверева Н.В., Балакирева Е.Е.

НЦПЗ, Москва, Россия

Введение. Работа посвящена сравнительному анализу эффективности произвольного запоминания у детей и подростков при разных типах дизонтогенеза – искаженного в сочетании с задержанным при шизофрении и недоразвития при умственной отсталости, поиску критериев для дифференциальной диагностики когнитивного дизонтогенеза.

Цель. Изучение модальной специфичности произвольной памяти у детей и подростков с разными типами дизонтогенеза.

Выборки. Исследованы 94 пациента клиник 8-16 лет, 31 ученик коррекционных школ 9-12 лет и 180 здоровых сверстников (КГ). Клинически выделены: детский тип шизофрении (ЭГ1), шизотипическое расстройство (ЭГ2), резидуальная органическая патология (ЭГ3), умственная отсталость легкой степени (ЭГ4).

Методики: «10 слов», пиктограмма (Пг), специально созданные модально-специфические серии на запоминание стимулов с распознаванием их по единой схеме среди дистракторов в тактильной (фактурной-ТП), стереогностической (СтП) и зрительной памяти (ЗП). Оценивалась эффективность произвольной памяти (ЭфП) в каждой методике на основании z-шкал по ЭфП в разных модальностях (отклонение от среднего по возрасту).

Результаты. В КГ максимально высокие и практически равные результаты получены в СтП и ЗП, чуть ниже в 10 словах и Пг, на последнем месте – ТП. Были получены иерархии модальностей отклонений ЭфП для каждой клинической группы от КГ и последовательность по отставанию от нормы (по убыванию) для каждой группы. В ЭГ1: СтП ($z = -3,3$), далее – ТП ($z = -1,9$), Пг ($z = -1,8$), ЗП ($z = -1,5$) и 10 слов ($z = -0,5$). В ЭГ2: СтП ($z = -2,6$), ТП ($z = -1,4$), Пг ($z = -1,1$), ЗП ($z = -0,4$), 10 слов ($z = -0,06$). В ЭГ3: Пг ($z = -4,7$), ЗП ($z = -1,9$), ТП ($z = -1,7$), СтП ($z = -0,65$), 10 слов ($z = -0,5$). В ЭГ4: 10 слов ($z = -4,1$), СтП ($z = -1,4$), ЗП ($z = -1,2$), ТП ($z = -0,9$).

Выводы:

- ЭфП во всех модальностях значимо выше у детей КГ. Это указывает на когнитивный дизонтогенез в мнестической деятельности при легкой степени умственной отсталости, детской шизофрении, резидуально-органической патологии, степень выраженности снижения ЭфП (по z шкалам) различалась по видам дизонтогенеза.
- Иерархия модальностей по успешности ЭфП также различалась: в ЭГ1 и ЭГ2 самыми «неуспешными» (ниже всех групп) оказались СтП и ТП, а в норме СтП не отличается по ЭфП от ЗП. В ЭГ3 все виды исследованной произвольной памяти были снижены по сравнению с нормой, грубее всего – при опосредствованном запоминании (Пг). В ЭГ4 – «неуспешная» модальность – слухоречевая память (10 слов) при равномерном снижении по остальным видам запоминания.

ЛЕГКО ПРОВОЦИРУЕМЫЕ ФАНТАЗИИ С СИТУАЦИОННО-ОБУСЛОВЛЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ

Кравченко И.В.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Как самостоятельный феномен фантазирование изучается психиатрами начала с XIX века. В первую очередь внимание клиницистов привлекают случаи

фантазирования нарушающие адаптацию пациентов или приводящие к общественно опасным поступкам. В этом отношении варианты: игрового перевоплощения, сексуальных оговоров, псевдологии, вымышленных друзей являются самыми показательными. Не меньшее научное внимание по праву должно принадлежать тем случаям фантазирования, которые тяжело трактовать феноменологически, проводя их дифференциальную диагностику с продуктивными психотическими феноменами.

В нашей клинике обратили на себя внимание пациенты с особенностями речевой продукции, которая по словам родителей имела вид «винегрета», «белиберды», а психиатрами нередко трактовалась как «разорванность мышления», «ответы невпопад». В результате наблюдения подобных случаев, сформировалось представление о наличии отдельного варианта фантазирования, называемого нами — легко провоцируемые фантазии с ситуационно-обусловленным содержанием.

Для проведения исследования были приняты следующие договорённости: под фантазированием понимать сложный психический процесс, основанный на трансформирующем свойстве воображения и имеющий положительное психическое подкрепление (мотивацию), отличая феномен игры, для которого первична система правил и ролей и феномен творчества, для которого первичен поиск средств для достижения первоначально поставленной цели. В исследование включались пациенты отличающиеся: потоком вербальных фантазий, в тоже время не представлявшего связного последовательного повествования. Обязательной особенностью являлась постоянная смена сюжетов в контексте заданного вопроса, попавшегося на глаза предмета или воспоминания. Исключались пациенты, в формировании вербальной продукции которых не отражалось трансформирующее свойство воображения или провоцирование фантазирования носило ограниченный характер.

Цель исследования. Дать описание клинической картины ранее не обсуждавшегося варианта фантазирования. Определить вероятные факторы обуславливающие специфические клинические особенности изучаемого варианта фантазирования.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили 9 пациентов в возрасте от 6 до 10 лет ($8 \pm 1,5$ года, медиана 9 лет). Количество девочек в 2 раза больше мальчиков. Распределение диагнозов: лёгкая умственная отсталость — 34 %, детский аутизм — 22 %, умеренная умственная отсталость — 33 %, шизоформное резидуально-органическое расстройство — 11 % (по диагностическим критериям МКБ-10). У половины детей в диагнозах либо нозологически либо синдромологически отражалось наличие аутистической или шизоформной симптоматики.

Использовались клиничко-психопатологический метод, который включал анализ психического состояния пациента во время, анализ медицинской документации; все пациенты получили диагностическое консультирование логопеда и психолога, с определением уровня интеллекта по стандартизованным методикам (детский вариант WISP и в случаях недостаточного понимания инструкций тест Райвена), использовались Корректирующая проба и тест Тулуз-Пьерона. Всем детям проведено инструментальное обследование ЭЭГ, МРТ головного мозга. Наряду с этим для унификации получаемой информации был составлен и использовался вопросник по фантазированию для родителей. Результаты обследования заносились в специально разработанную анкету с целью дальнейшего статистически-математического анализа, обработка полученных результатов проводилась с использованием программы Libreoffice Calc 5.2.6.

Результаты и их обсуждение. Не смогли адаптироваться в детских учреждениях 89 % пациентов, выраженность дизадаптации была тем выше, чем ниже уровень интеллекта, также при наличии аутистических-шизоформных черт, выраженной гиперактивности, грубой речевой патологии.

Пренатальные вредности в 78 % случаев, натальные в 45 % случаев, при этом значимая перинатальная патология отмечалась у 22 % пациентов, в 56 % случаев лишь нарушение периода адаптации. В тоже время в 33 % случаев дети переносили тяжёлые истощающие заболевания до 2 лет, эти случаи в нашем наблюдении, сочетались в последующем с нарушением раннего развития в виде регрессии начинавшейся формироваться речи с появлением выраженных нарушений внимания, эмоциональной лабильности; восстановление речи отмечалось с 3-5 лет.

Почти все дети имели тяжёлое нарушение речи, так 33 % случаев трактовались логопедом как СНР ср.ур. / ОНР 2 ур., 56 % случаев как СНР лег. ур. / ОНР 3 ур. Интеллект исследуемых детей в 78 % был ниже нормы, обращает на себя внимание его неравномерность, снижение вербального компонента относительно невербального на 10-20 единиц в 67 % случаев. У всех пациентов определялись значимые нарушения внимания, которые в 67 % случаев оценивались как грубые, в 33 % как умеренные. В половине случаев истощаемость внимания и снижение работоспособности на фоне интеллектуальной нагрузки были выражены грубо.

По данным МРТ исследования в 67 % случаев обнаружены признаки резидуальной постгипоксической патологии разной выраженности. При этом, в ЭЭГ выявились резидуальные изменения очагового органического характера либо эпилептиформные в 45 % исследований.

Клиническая картина изучаемой группы детей отличалась достаточной схожестью. На первый план выступали тяжёлые нарушения речи сочетающиеся с выраженной неустойчивостью внимания. Были характерны как сниженная способность к регуляции своего поведения торможением (хождение по кабинету с редкими остановками, нескончаемый речевой поток, эпизоды неадекватного причине подъёма настроения, трудности отвлечения от увлекательного процесса), так и истощаемость, регидность когнитивных процессов. Всем детям изучаемой группы была свойственна длительная (до года) фиксация в памяти ярких впечатлений и постоянное к ним возвращение, дающее ребёнку положительные переживания. Признаков текущего психотического процесса не отмечалась.

Характерные черты фантазирования: наличие речевого потока фантазий без начала и окончания, отсутствие одного последовательно развивающегося сюжета, а непременно перескакивание с сюжета на сюжет по сети внутренних ассоциаций от услышанного слова в беседе или предмета на который упал взгляд, произвольными переходами по всем эмоционально значимым сюжетам. Таким образом, вербальная продукция определялась сюжетами-клетками, связанными с яркими впечатлениями субъективно значимыми для ребёнка и переключением крайне неустойчивого внимания, которое приводило к смене сюжета. Степень трансформации сюжетной линии воображением зависела от уровня интеллекта, проявляясь от простых добавлений до относительно сложного развития сюжета «под себя». Трудность понимания такой вербальной продукции определялась не только перескакиваем с темы на тему пациентами, но и речевой патологией, которая всегда определяла нарушение сочетания слов во фразе, трудности в выражении собственных мыслей. Источником сюжетов являлись в первую очередь мультфильмы и сказки, а также доминирующие увлечения некоторых детей (динозавры, энциклопедические знания, волшебство и внешние элементы наук). Целесообразно отметить, что «ответы мимо» (ответ не на вопрос) в группе изучаемых пациентов всегда определялись сложностью задаваемого вопроса для понимания и формулирования ответа ребёнком, при повторном предъявлении вопроса, более простого, во всех случаях дети давали адекватный своему уровню развития ответ по сути вопроса.

Заключение. Концепция К.Д. Ушинского о разворачивании процесса фантазирования, как скольжения по сети ассоциативных связей, более или менее осознано направляемого, на примере описанных пациентов, находит своё подтверждение и определяется сниженной направляющей, удерживающей способностью их внимания, сниженной способностью к торможению исследуемых детей. Выявленные закономерности патологии физиологических процессов высшей нервной деятельности обуславливают единство клинической картины описанного варианта фантазирования.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ И МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОДРОСТКОВ

Лисовская Н.А., Дубинина Е.А., Антонова Т.Д., Коростовцева Л.С., Леонова И.А.,
Образцова Г.И., Алёхин А.Н., Свириев Ю.В.

*СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова, СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, РГПУ им. А.И. Герцена,
Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Эпидемиологические данные свидетельствуют о стабильном росте распространенности ожирения в детско-подростковом возрасте. Общепризнанной является важная роль ожирения у подростков в формировании риска соматических заболеваний. Значение же ожирения в формировании сферы психического здоровья остается дискуссионным вопросом. Также противоречивы результаты исследований соотношения ожирения и когнитивного функционирования подростков. Неоднозначность результатов исследований заставляет предположить неоднородность самой клинической группы подростков с ожирением, а также необходимость поиска тех характеристик, связанных с ожирением, которые с наибольшей вероятностью способны выступать в качестве патогенетических факторов когнитивных дисфункций. Вышеизложенное определило цель настоящего исследования: оценить взаимосвязь факторов риска ССЗ и когнитивных функций у подростков с избыточной массой тела и ожирением.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ФГБУ «СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова». Было обследовано 39 подростков (из них 26 мальчиков) в возрасте 12-18 лет (12-14 лет – младшая возрастная группа – 15 чел., 15-18 лет – старшая возрастная группа – 24 чел.; средний возраст $15,1 \pm 0,33$ лет). Критерии включения: индекс массы тела (ИМТ), соответствующий значениям пятого (85-97 % – избыточная масса тела) и шестого (более 97 % – ожирение) центильных коридоров для соответствующего пола и возраста, а также экзогенно-конституциональный характер избыточной массы или ожирения. Критерии исключения: тяжелые соматические заболевания, заболевания нервной системы, ассоциированные с когнитивными нарушениями, семейные формы гиперхолестеринемий, сахарный диабет, вторичные формы ожирения. У обследованных подростков ИМТ варьирует в пределах от 22,1 до 42,0 кг/м²; у 43,6 % подростков – избыточная масса тела, у 56,4 % – ожирение.

Программа исследования была ориентирована на оценку состояния когнитивных функций и выраженность факторов риска ССЗ, указанных в Российских рекомендациях профилактики ССЗ в детском и подростковом возрасте: избыточная масса тела и ожирение; нарушения липидного обмена; нарушения углеводного обмена; артериальная гипертензия; табакокурение; низкая физическая активность.

Для оценки степени выраженности и характера ожирения проводилось физикальное обследование, включавшее измерение массы тела, роста, окружностей шеи (ОШ), талии (ОТ), бедер (ОБ). В рамках кардиологического обследования оценивались офисное АД и лабораторные показатели: глюкоза натощак, липидный профиль (общий холестерин (ОХС), липопротеины высокой плотности (ЛПВП), триглицериды (ТГ)).

Уровень физической активности определялся на основании опроса. Когнитивные функции оценивались с использованием интервью для выявления жалоб на когнитивное функционирование; теста связи чисел ("Trail Making Test"); субтеста теста Векслера «Шифровка»; сокращенного теста зрительной ретенции Бентона (воспроизведение пяти фигур); субтеста теста Векслера «Повторение цифровых рядов»; методики «Исключение лишнего».

Результаты. *Ожирение.* Различий по характеристикам когнитивных функций между подростками с избыточной массой тела и ожирением не выявлено. Процент жировой массы у обследованных подростков не был связан ни с одним из когнитивных показателей. В то же время номер центильного коридора по параметру ОТ коррелировал с количеством ошибок при выполнении теста связи чисел ($r=0,36$; $p=0,03$) и задания на исключение лишнего ($r=0,40$; $p=0,02$), а также был обратно связан с количеством закодированных цифр в тесте «Шифровка» ($r=-0,55$; $p=0,001$). Показатель ОТ/ОБ был прямо связан с количеством ошибок в задании на исключение лишнего ($r=0,47$; $p=0,005$) и обратно связан с количеством закодированных цифр в тесте «Шифровка» ($r=-0,51$; $p=0,002$). Кроме того, подростки с большей ОШ воспроизводили по памяти меньше цифр в прямом порядке ($r=-0,43$; $p=0,02$), успевали правильно закодировать меньше цифр в тесте «Шифровка» ($r=-0,65$; $p=0,001$) и совершали больше ошибок при выполнении задания на исключение лишнего ($r=0,60$; $p=0,001$).

Артериальная гипертензия. Младшие подростки с АГ по сравнению со сверстниками без АГ воспроизвели меньше фигур из теста Бентона (Me=0 [0; 0] против Me=2 [2; 5] $p=0,03$), а также в среднем дольше выполняли задание формы В теста связи чисел (Me=145 [90; 200] против Me=56 [34; 90] $p=0,04$). У старших подростков с АГ были получены более низкие показатели по тесту Бентона (Me=0 [0; 4] против Me=4 [0; 5] $p=0,004$).

Нарушения липидного обмена. Подростки с повышенным показателем ТГ чаще указывают на трудности сосредоточения на уроках (100 % против 17,1 % $p=0,008$), повышенную умственную утомляемость (75,0 % против 8,6 % $p=0,02$). Аналогично, быструю умственную утомляемость чаще отмечают подростки с повышенными показателями ОХС: 57,1 % против 6,3 % ($p=0,01$). По результатам корреляционного анализа с поправкой на возраст и наличие АГ были установлены прямые связи между уровнем ОХС и количеством ошибок в задании на исключение лишнего ($r=0,52$; $p=0,003$), временем выполнения этого задания ($r=0,37$; $p=0,05$), а также временем выполнения задания формы В теста связи чисел ($r=0,37$; $p=0,05$). Кроме того, выявлена прямая связь между уровнем ТГ и количеством ошибок в задании на исключение лишнего ($r=0,45$; $p=0,02$).

Нарушения углеводного обмена. Подростки с повышенными показателями глюкозы натощак чаще отмечают быструю умственную утомляемость (66,7 % против 3,3 % $p=0,001$). По результатам корреляционного анализа с поправкой на возраст и наличие АГ установлена прямая связь между уровнем глюкозы и временем выполнения задания на исключение лишнего ($r=0,43$; $p=0,02$).

Низкая физическая активность. В младшей возрастной группе подростки с низкой физической активностью воспроизводили по памяти меньше цифр в прямом порядке (Me=6 [4; 9] против Me=7 [5; 9] $p=0,05$), медленнее справлялись с формой В теста связи чисел (Me=86 [40; 200] против Me=43,5 [34; 70] $p=0,02$) и совершали больше ошибок в

задании на исключение лишнего ($Me=7$ [3; 9] против $Me=2$ [0; 5] $p=0,02$). В старшей возрастной группе единственным отличием подростков с низкой физической активностью являлось большее количество ошибок в задании на исключение лишнего ($Me=4$ [1; 7] против $Me=2,5$ [0; 5] $p=0,01$).

Табакокурение. Зависимости между табакокурением и когнитивными показателями не выявлено.

Выводы. В настоящем исследовании установлено, что у подростков с избыточной массой тела и ожирением большинство факторов риска ССЗ сопряжены с отклонениями в когнитивном функционировании. Чаще всего субъективно нарушение когнитивного функционирования воспринимается подростками как повышенная умственная утомляемость.

Степень ожирения не связана напрямую с выраженностью когнитивных дисфункций у подростков. В формировании риска когнитивных нарушений большее значение имеет тип ожирения, в частности выраженность признаков абдоминального ожирения, а также увеличенная окружность шеи. При абдоминальном ожирении у подростков наблюдается снижение объема оперативной слухоречевой памяти, уровня концентрации и переключаемости внимания, качества зрительно-моторной координации. Повышенная окружность шеи сопряжена со сниженным объемом кратковременной слухоречевой памяти, сниженным качеством зрительно-моторной координации, нарушением концентрации внимания и мышления. Характер выявленных зависимостей позволяет предположить важную роль в их генезе нарушений дыхания во сне (наряду с кардиометаболическими отклонениями).

Сферой когнитивного функционирования, в наибольшей степени страдающей при нарушениях углеводного и липидного обмена у подростков с избыточной массой тела, является вербально-логическое мышление.

Артериальная гипертензия вносит самостоятельный вклад в нарушение когнитивного функционирования, определяя снижение объема кратковременной зрительной памяти.

Таким образом, исследование показало сопряженность факторов риска ССЗ и когнитивных нарушений у подростков с избыточной массой тела и ожирением. Необходимы дальнейшие исследования для уточнения патогенетических механизмов, определяющих эту взаимосвязь.

АУТИЗМ БЛЕЙЛЕРА И АУТИЗМ КАННЕРА: СХОДСТВА И РАЗЛИЧИЯ

Пашковский В.Э.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Аутизм был описан Э. Блейлером в 1911 г. Автор описал его как разрыв между внутренним и внешним миром в сознании больного с восприятием внутренних фантазий, грез, представлений как совершенно реальных. За время существования термина наметились серьезные расхождения между первоначальным его толкованием и последующим, которое было сведено только к социальной изоляции.

Метод. Обзор литературы, освещающей концептуальную историю и текущее состояние проблемы детского аутизма.

Результаты. В 70-е – 80-е годы прошлого столетия в изучении детского аутизма возникли две противоположные тенденции. Первая заключалась в том, что само существование того, что определяется как «аутизм» является лишь попыткой организовать имеющиеся данные, а не доказанным фактом. В целом, традиционным подходам изучения детей с аутизмом приходится преодолевать несколько серьезных проблем: поведенческую гетерогенность, перекрывание разных форм аутичного поведения с поведением других детей, ненадежность измерения важных величин, и слабый дизайн исследований, позволяющий смешение разных факторов. Вторая тенденция характеризовалась выделением группы так называемых расстройств аутистического спектра, включающей несколько дискретных диагностических единиц, объединённые общими симптомами. Применение методов нейровизуализации детей с аутизмом, не выявило грубых повреждений или другие аномалий, которые могут быть использованы для того чтобы дифференцировать эту патологию. Одна из последних концепций, которая обсуждается в литературе – концепция «железного треугольника». В ней рассматривается возможность того, что детский аутизм, кататония и шизофрения являются различными проявлениями одной базовой формы, а не тремя дискретными сущностями. Нам представляется, что в основу базовой формы должна быть положена концепция С.С. Мнухина о атонической форме резидуальных нервно-психических расстройств у детей.

Выводы. Необходимы исследования по соотношению аутистической, шизоформной и кататонической симптоматики. Для этого нужны более чувствительные инструменты оценивания, чем те, что существуют на настоящее время.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНАЯ МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ МЛАДЕНЧЕСКОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ДЕТСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Попов В.Н., Матвеева Е.В., Руденко Г.Ф.

Психоневрологический дом ребёнка № 6, Санкт-Петербург, Россия

Введение. По результатам общественного мониторинга соответствия организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, требованиям постановления Правительства РФ от 24.05.2014 г. № 481, на конец 2016 года в Санкт-Петербурге функционировало 9 домов ребёнка психоневрологического профиля на 535 мест. Из 318 воспитанников этих учреждений 30 % составляли дети-инвалиды.

Цель исследования. Наиболее эффективная стимуляция психомоторного развития и наилучшая адаптации детей к условиям жизни. В связи с этим особое значение придавалось развитию внимания воспитанников, тренировке их памяти, совершенствованию моторики, созданию условий для развития речи.

Материалы и методы исследования. В течение более 15 лет наблюдалось 678 детей, воспитывающихся в психоневрологическом доме ребёнка №6 Санкт-Петербурга. Разработанные нами дифференцированные абилитационные программы были рассчитаны на детей с разной степенью отставания. По содержанию они представляли собой комплекс воспитательных и оздоровительных мер, логопедических, музыкальных, физкультурных занятий, физиотерапевтических процедур, а также медикаментозного вмешательства.

Для повышения качества диагностики всем детям была сделана нейросонограмма (при необходимости – повторные исследования). По показаниям проводились

электроэнцефалография. Для углублённого обследования состояния нервной системы дополнительно проводились обследования: УЗИ шейного отдела позвоночника, доплеросонография, акустические стволовые вызванные потенциалы мозга. Ряд детей был проконсультирован в С.-Петербургском государственном педиатрическом медицинском университете, в Городском диагностическом неврологическом центре, в Северо-Западном государственном медицинском университете, а также в неврологических стационарах города.

В Доме ребёнка функционирует реабилитационное отделение, состоящее из физиотерапевтического кабинета, зала лечебной физкультуры, кабинета массажа, кабинетов рефлексотерапии, гидромассажа с комнатой отдыха, кабинета развивающего обучения с компьютерными тренажёрами и зоной Монтессори-терапии, а также сенсорной комнаты. С детьми старше 1,5-2-х лет проводилась комплексная коррекционно-педагогическая работа по развитию психических процессов (интеллект, речь и др.) с использованием технических средств (компьютерно-игровые тренажёры: на основе двигательной активности по принципу ненавязчивого биорефлекторного воздействия, способствующего развитию общих движений, памяти и внимания). Занятия по игротерапии осуществлялись также с применением компьютерных тренажёров.

В летний период дети Дома ребёнка оздоравливались на собственной даче учреждения в городе Зеленогорске на берегу Финского залива. В это время проводились: климатотерапия (прогулки, сон на воздухе), климатолечение (многочасовые прогулки на воздухе, хождение босиком, воздушные и солнечные ванны, обтирание, обливание, купание в бассейнах, аэротерапия). Вместе с этим осуществлялось экологическое воспитание детей (создание огородов, цветников, знакомство с «живой» природой в условиях дачи и создание «живых» уголков).

Эффективность применения предложенных программ оценивалась ежемесячно или ежеквартально (раз в полугодие у глубоко отстающих детей) по показателям психофизического развития (в т. ч. эмоциональному состоянию, навыкам, игровой деятельности).

Результаты и обсуждение. У 65 % воспитанников Дома ребёнка наблюдалось улучшение по всем показателям психомоторного развития. Улучшение по отдельным показателям - у 30 % детей. Отсутствие эффекта от проводимой терапии констатировалось у 5 % «тяжёлых» больных-инвалидов.

Заключение. Таким образом, раннее начало комплексной помощи детям младенческого и раннего возраста, воспитывающихся в детском учреждении, содействовало поддержанию их здоровья, максимально возможным достижениям в их развитии. Это служило предпосылкой успешной социализации и включению детей в образовательную среду с последующей интеграцией в общество.

ОСОБЕННОСТИ САМООЦЕНКИ И САМООТНОШЕНИЯ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ И АЛИМЕНТАРНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Попов Ю.В., Пичиков А.А.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

По данным статистики, с каждым годом возрастает количество пациентов с расстройствами пищевого поведения. Чаще, данная патология встречается среди женского населения, и ему подвержены в большей степени девушки-подростки и молодые женщины. Эпидемиологические исследования в различных странах мира свидетельствуют,

что в среднем 6 % женского населения молодого возраста в развитых странах одновременно имеет признаки клинически значимых проявлений нарушений пищевого поведения. Именно дезадаптивное пищевое поведение в подростковом и юношеском возрасте ведет к множеству осложнений, определяет повышенные риски для здоровья со стороны, прежде всего соматического и психического его компонентов.

Целью исследования явилось выявление и анализ особенностей самооценки, самоотношения и удовлетворенности собственным телом у подростков с нарушениями пищевого поведения.

Было обследовано 20 больных нервной анорексией, 20 больных ожирением, 20 девушек с нормальным индексом массы тела. Возраст испытуемых варьировал от 13 до 16 лет и статистически не различался в исследованных группах ($\chi^2=4,71$; $p=0,58$). Среднее значение индекса массы тела в исследуемых группах составляло: в группе здоровых испытуемых: $20,18 \pm 0,29$; в группе страдающих ожирением: $33,59 \pm 0,54$; в группе страдающих нервной анорексией: $16,18 \pm 0,11$.

Для исследования использовались: методика исследования самооценки Дембо-Рубинштейн, методика исследования самоотношения В.В. Столина, опросник «Образ тела».

В результате нашего исследования были выявлены следующие особенности самооценки и самоотношения подростков с нарушениями пищевого поведения. Оказалось, что данные подростки отличаются конфликтным, амбивалентным и неустойчивым типом самоотношения, несбалансированностью и дисгармоничностью его компонентов. У подростков с нервной анорексией при высоких значениях глобального самоотношения, самоинтереса, самопринятия, самоуверенности, ожидаемого отношения других была выявлена низкая выраженность самоуважения, аутосимпатии, самопонимания и чрезмерно выраженное самообвинение. Наиболее высоким уровнем отличались такие компоненты как «ожидаемое отношение других» и «самоинтерес», что вероятно происходит из-за характерного для данной группы больных нарциссизма, заострения истероидных черт личности девушек, страдающих нервной анорексией.

Девушки больные алиментарным ожирением отличались более низким уровнем глобального самоотношения, который, однако, поддерживается на приемлемом уровне, вероятно, за счет компенсаторного повышения других компонентов самоотношения, таких как самопонимание, аутосимпатия, самоинтерес. Наиболее проблемными компонентами самоотношения у данной группы респондентов являлось «ожидаемое отношение других» и «отношение других» (на уровне конкретных действий). По-видимому, так как общение со сверстниками является наиболее значимой деятельностью подростка, проблемы в межличностной сфере способны отразиться на понижении глобального самоотношения и самооценки в целом.

У девушек-подростков, страдающих алиментарным ожирением была выявлена высокая степень неудовлетворенности телом, в отличие от группы здоровых испытуемых, а так же больных нервной анорексией. Девушки с нервной анорексией демонстрировали высокую удовлетворенность собственным телом, что вероятно связано с этапом заболевания и выраженной кахексией у респондентов данной группы.

Самооценка девушек с нарушениями пищевого поведения отличается неустойчивостью. У респондентов группы с алиментарным ожирением была выявлена наиболее низкая самооценка. Девушки данной группы ниже всего оценили свой ум, внешность, авторитет у сверстников и уверенность в себе. Вероятно, вследствие действия компенсаторных механизмов подростки этой группы высоко оценивают свой характер и умение многое делать своими руками. Девушки больные ожирением в целом имеют высокий

уровень притязаний, в особенности по шкалам «здоровье» и «уверенность в себе», наименьший уровень притязаний в сфере авторитета у сверстников.

Подростки, страдающие нервной анорексией, также имели неустойчивую самооценку. Исследование самооценки данной группы респондентов происходило на ранних сроках госпитализации, все девушки имели выраженную кахексию, что вероятно повлияло на результаты исследования. Наиболее высоко девушки, страдающие нервной анорексией оценивали свою внешность и ум, ниже всего ими было оценено собственное здоровье. Уровень притязаний по ряду шкал значительно ниже в сравнении с группами здоровых подростков и больных алиментарным ожирением, что вероятно объясняется выраженной астенией, характерной для кахексической стадии заболевания, а так же фиксацией на идее похудения, которая становится доминирующей.

В результате проведенного исследования нами были выявлены особенности самоотношения и самооценки, характерные для девушек-подростков, страдающих нервной анорексией и алиментарным ожирением, которые выражаются в амбивалентности, конфликтности и неустойчивости связей между ними.

Целью многих психотерапевтических подходов является развитие навыков саморегуляции и повышение адаптационного потенциала личности. Важнейшую роль играет перестройка или формирование самоотношения, как важнейшего фактора образования и стабилизации единства личности. Несформированность самоотношения неизбежно приводит к нарушению смыслообразования и саморегуляции, в результате чего актуализируется стереотипное, подчиненное сиюминутным импульсам поведение, характерное для пациентов с аддиктивным поведением, к которому относят и нарушения пищевого поведения. Выявленные в результате данного исследования особенности самооценки и самоотношения у больных нервной анорексией и ожирением, позволят повысить эффективность психокоррекционных мероприятий при комплексном лечении данных заболеваний.

ФЕНОМЕН СУИЦИДАЛЬНОГО ФАНТАЗИРОВАНИЯ ПРИ САМОПОВРЕЖДЕНИЯХ У ПОДРОСТКОВ

Попов Ю.В., Пичиков А.А.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

В силу того, что самоповреждения в анамнезе и суицид нередко сочетаются, большинство современных авторов фиксируют внимание на факторах, которые способствуют трансформации аутоагрессивного поведения. Вместе с тем, незначительное внимание уделяется аспектам суицидального фантазирования, которое имеет особое значение в подростковом возрасте, т.е. в том периоде, когда такие формы поведения как раз манифестируют и закрепляются. По своей сути фантазирование может рассматриваться как один из механизмов психологической защиты. Однако, в некоторых случаях, особенно при наличии психической патологии, подобные фантазии в силу особенностей когнитивного функционирования и эмоциональной регуляции могут закрепляться в сознании и, в свою очередь, оказывать негативное влияние на душевное состояние подростка.

Целью исследования явилось изучение взаимосвязи самоповреждающего поведения и суицидального фантазирования у подростков.

В соответствии с целью исследования были обследованы подростки в возрасте от 13 до 18 лет – 56 подростков (25 юношей и 31 девушка) с самоповреждающим поведением и суицидальным фантазированием.

Несмотря на наличие самоповреждающих действий в течение последнего года (подтвержденных медицинской документацией, данными полученными от подростков и их родителей), проводился анализ их частоты за последние 3 месяца, в связи с тем, что в большинстве случаев подростки не могли уверенно сказать о том, как часто они прибегали к самоповреждениям в более ранний период.

При оценке частоты подобных действий было выявлено, что практически каждый день СПП встречается в 8,9 % случаев, при этом тяжесть самоповреждений является легкой и связана, как правило, с нанесением поверхностных самопорезов, щипков или ударов в области лица, конечностей или живота. Подобное поведение в большей степени являлось стереотипным и отражало скорее привычную бессознательную форму мгновенного реагирования на любой, даже самый незначительный, раздражитель. С частотой 1-3 раза в неделю самоповреждения наносили 55,4 % подростков. У таких подростков чаще встречались более тяжелые по соматическим последствиям действия, которые определялись уровнем переживаемого психо-эмоционального дискомфорта. Также для них было более характерно предпочтение однообразных самоповреждений в виде самопорезов в области голеней, бедер и предплечий. В 35,7 % случаев подростки наносили самоповреждения 1-3 раза в месяц, при этом подобные действия чаще всего локализовались в дискретный промежуток времени и были связаны с определенным «триггером». Этим подросткам отличала меньшая осознанность последствий своих действий и большая фиксированность на чувстве переживания невыносимого душевного состояния, обозначаемого интервьюируемыми, как душевная боль (psychache).

При анализе СПП мы также учитывали возможное наличие подобных тенденций. Можно отметить, что в целом «суицидальная» демонстрация не была характерна для подростков с СПП. Большинство исследуемых (78,6 %) старательно скрывали наличие самоповреждений от окружающих. Например, часть из них наносили самоповреждения в закрытых одеждой местах (внутренняя поверхность бедер, живот), постоянно носили кожаные браслеты на руках в случае самопорезов на предплечьях, объясняли их случайностью при наличии кровоподтеков или царапин на лице и теле. Некоторые подростки (21,4 %), нанося самоповреждения с целью облегчения своего душевного состояния, могли использовать сложившуюся ситуацию, как метод воздействия на окружающих, включенных в межличностный конфликт. Как правило, это были лица женского пола, имеющие проблемы в интимно-личностной сфере.

В связи с тем, что рядом авторов активно обсуждается феномен фантазирования при рассмотрении суицидального поведения, нами была проанализирована динамика суицидальных фантазий у обследованных подростков. В силу того, что на момент первичного интервьюирования у них, по сути, отсутствовали суицидальные тенденции, можно сказать, что область фантазирования ограничивалась именно представлениями и визуализацией актов самоповреждений без намерения умереть. Однако при катamnестическом наблюдении была выделена отдельно группа подростков (26,8 %), у которых в явной мере проявилась тенденция к формированию именно суицидального фантазирования. В рамках концепции суицидального поведения А.Г. Амбрумовой, подобные тенденции можно было охарактеризовать, как пассивные суицидальные мысли, которые определялись наличием представлений и фантазий на тему своей смерти, но не лишения себя жизни как самопроизвольной активности. В этой группе подростков суицидальное фантазирование, с одной стороны имело значение для снижения уровня эмоционального напряжения, так же как и в случае представлений актов самоповреждений ранее, но в то же время являлось более аффективно насыщенным, с невозможностью переключения внимания на другие мысли и оттого воспринимаемое как более непереносимое, в связи

с чем формировался «порочный круг» нереализованных желаний, которые требовали своего разрешения. Помимо этого, суицидальное фантазирование характеризовалось в большей степени представлениями о реакции окружающих на действия подростка, и не было связано только лишь с самим гипотетически совершаемым действием. В случае же фантазирования на тему способа совершения акта аутоагрессии по отношению к себе, при суицидальном фантазировании проявлялись яркие и образные картины, связанные с более brutальными действиями, например повешением, прыжком под поезд метро, падением с высоты. При анализе группы с суицидальным фантазированием было выявлено преобладание среди них лиц с аффективными расстройствами (депрессия, БАР) – 60,0 % и шизофренией – 27,0 %.

При анализе суицидальной активности за период двухлетнего катамнестического наблюдения за подростками с СПП, было выявлено, что совершили суицидальную попытку 8 подростков (14,3 %), при этом завершенных суицидов не было. Для данных подростков было характерно наличие суицидального фантазирования в пресуицидальном периоде. При этом у 5 подростков преобладали фантазии, отражающие планируемые суицидальные действия. В воображении рисовались образные картины смерти по разным причинам: падения с высоты, повешения, прыжка под поезд. В фантазиях подростки проигрывали различные подготовительные действия, воображался подходящий способ самоубийства, место и время для совершения суицида. На начальном этапе формирования подобные фантазии перемежались и с картинами смерти от случайных причин или чужих рук. В целом, имея изначально весьма разрозненный и неопределенный характер, эти фантазии постепенно структурировались, и через какое-то время можно было говорить об определенном суицидальном плане, который и воплощался в жизнь. С практической точки зрения можно сказать, что чем выше была степень содержательной проработки планируемых действий в фантазиях, тем более высокой являлась степень суицидального риска.

У остальных 3 подростков преобладали фантазии, отражающие предполагаемую реакцию окружающих на суицидные действия. Сюжет фантазирования отражал реакцию ближайшего окружения на сообщение о смерти. В воображении рисовались картины траурных мероприятий, родственников возле гроба – плачущих, скорбящих, произносящих покаянные речи. Согласно мнению всех интервьюируемых подростков, совершивших суицидальную попытку, суицидальные фантазии обладали более неконтролируемым и аффективно-насыщенным характером, разнообразной структурой и меньшим релаксирующим потенциалом по сравнению с фантазиями, связанными с самоповреждениями.

Можно предположить, что самоповреждающее поведение у подростков представляет собой широкий континуум поведенческих стратегий, которые в ряде случаев способствуют своеобразному созреванию эмоционально-регуляторных механизмов, позволяя пройти опасный возрастной период без значимых потерь, а у некоторых подростков, закрепляются как основная форма избегания трудностей, в дальнейшем трансформируясь в различные формы саморазрушающего поведения с присоединением различных аддикций и/или суицидальных тенденций.

ЗАВЕРШЕННЫЕ СУИЦИДЫ У ПОДРОСТКОВ: ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ПУТИ ПРЕВЕНЦИИ (ПО МАТЕРИАЛАМ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ)

Сазонова Т.А., Воронова С.З., Рожков С.Н., Чеперин А.И.,
Патер С.А., Четвериков Д.В.

КПБ им. Н.Н. Солодниковой, г. Омск, Россия

Материалы проведенных посмертных судебно-психиатрических экспертиз за 2013-2015 гг. показывают, что суицидальное поведение подростков является следствием социально-психологической дезадаптации личности в условиях микросоциального конфликта. На долю подросткового возраста в истекший период пришлось значительное число (62 %) от общего числа посмертных экспертиз. За исследуемый временной промежуток в отделении амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз было проведено всего 34 экспертизы, из них на долю подростков приходится 21, что составляет 2/3. В 2013 году проведено 8 таких экспертиз, из них 4 подростки, в 2014 – 7 экспертиз, из них 7 подростки, в 2015 – 10 экспертиз, из них 10 подростки.

Из 21 подэкспертного подростка практически здоровыми (Z.04.6.) были 15 человек (71,4 %). За исследуемый промежуток времени прослеживается и увеличение доли психически здоровых суицидентов. В 2013 году – 3 подэкспертных (20 %), в 2014 – 5 подэкспертных (33,3 %), в 2015 – 7 подэкспертных (46,6 %). По нозологии посмертные СПЭ в отношении подростков распределились следующим образом – умственная отсталость легкой степени (F.70.) – 2 экспертизы (33,3 %), депрессивный эпизод тяжелый (F.32.) – 4 экспертизы (66,7 %).

Депрессивные состояния у подростков имеют большое значение в формировании суицидального поведения. Признавая сложность диагностики депрессивных состояний у подростков многие авторы отличают целый ряд клинических особенностей их проявлений в зависимости от возраста. Незначительная выраженность и рудиментарность депрессивной симптоматики, преобладание соматических жалоб и расстройств, различные нарушения поведения (от пропусков занятий в школе и грубости до делинквентных поступков), снижение школьной успеваемости маскируют клиническую картину депрессий, что затрудняет диагностику, ведет к неправильным выводам и, как правило, способствует конфликтным ситуациям вокруг депрессивного подростка.

Указанные тенденции создают условия для усиления суицидального поведения. Картина типичной депрессии в отрочестве встречается редко. В этих случаях часто выявляется маскированная депрессия с ее различными, по преобладанию ведущей симптоматики, вариантами синдрома. К сравнительно-возрастным вариантам депрессивных состояний подростков с высокой суицидальной опасностью относятся девиантный, ипохондрический, астенический, вариант с преобладанием типично-подростковых симптомов (метафизической интоксикации и дисморфофобии), а также типично-депрессивный вариант синдрома. В младшем пубертатном возрасте (12-14 лет) встречается, как правило, девиантный вариант подростковой депрессии, где клиника характеризуется обилием несвойственных раньше подростку нарушений поведения самого широкого спектра: от грубости и конфликтности с домашними и прогулов школьных занятий до бродяжничества, противоправных поступков, алкоголизации и наркотизации, сексуальных эксцессов. Аффект тоски выражен незначительно, наблюдается пониженное с оттенком дисфоричности, настроение с готовностью к аутоагрессии. Такое оформление депрессивного синдрома создает почву для конфликта с окружающими, ситуаций угроз наказания, порождающих страх и тревогу. Данная ситуация, являясь фактором вторич-

ной травматизации, увеличивает суицидальную опасность и мотивирует суицидальное поведение. Наличие раздражительности, оппозиционности нередко ведет к ошибочной оценке суицидальной попытки как демонстративной.

Ипохондрический вариант депрессии встречается чаще в младшем и среднем пубертатном возрасте (12-14 лет и 14-16 лет). В клинической картине преобладают соматические жалобы. Действительно существующие неприятные ощущения в теле подростками преувеличиваются и трактуются как признаки неизлечимого заболевания с ощущением ненужности и покинутости всеми. Подростки становятся эгоцентричны и капризны. Запускают учебу в школе под предлогом заболевания, контакт со сверстниками затрудняется из-за погруженности в свои болезненные ощущения. Депрессивные расстройства в этих случаях имеют психогенное происхождение, развиваясь на фоне сензитивной и истероидной акцентуации подростков.

Астенический вариант депрессии характерен для подростков младшего и среднего пубертатного возраста (12-14 лет и 14-16 лет). Признаками депрессии в этих случаях являются затруднения в учебе, которые являются следствием прогрессирующей идеаторной заторможенности, возникает ощущение ухудшения памяти, невозможности сосредоточиться. Исчезают свойственные ранее увлечения и интересы, появляется безынициативность, вялость. Сами подростки жалоб на сниженное настроение, тоску не предъявляют, а говорят об унынии, скуке, собственной измененности, однако уровня витальности данные нарушения не достигают. Сон достаточный по времени, но не приносит бодрости, в течение суток подростки испытывают слабость и недомогание. Все подобные нарушения носят, как правило, амбулаторный характер: подростки пытаются продолжать вести прежний образ жизни, но оказываются совершенно несостоятельными в школе, в общении со сверстниками и родителями.

Вариант депрессивного синдрома с преобладанием атипичных подростковых симптомов (метафизической интоксикации и дисморфофобии) свойственный подросткам постпубертатного возраста (16-18 лет). Рассуждения о смысле жизни и сущности смерти, вообще свойственные подростковому периоду, приобретают у подростков в состоянии депрессии характер навязчивого бесплодного мудрствования негативно аффективно окрашенного и несущего в себе элементы « пассивного согласия на смерть». Аффект тоски невитален, собственной идеаторной заторможенности нет, но « умственная жвачка» не оставляет места ни для усвоения нового, ни для интеллектуальной деятельности на базе ранее приобретенных знаний. Подростки становятся замкнутыми, преисполненными сознанием собственной отчужденности и одиночества. Суицидальное поведение не связано в этих случаях, как правило, с конфликтной ситуацией, не имеет психологически понятного подхода, что является необычным в подростковом периоде. Переживания дисморфофобического круга обостряют сензитивность, способствуют углублению депрессии, служат источником для возникновения суицидоопасных ситуаций, в ответ даже на незначительную травму.

В старшем подростковом возрасте (16-18 лет) наблюдаются также и депрессивные состояния с типичной симптоматикой, включающей классическую депрессивную триаду и тревожно-обсессивные проявления. Идеи самоуничтожения в этих случаях нередко достигают уровня депрессивного бреда, в структуре которого, как правило, присутствуют суицидальные мысли и намерения, реализации которых мешает заторможенность и астения. Типичная депрессия иногда сопровождается непереносимым ощущением психического напряжения и достигающей степени раптуса, включает в себя целый регистр аутоагрессивных проявлений – от импульсивного влечения причинять себе боль до завершеного суицида, совершеного на высоте психического напряжения

при помощи первых попавшихся под руку средств. Клиническая картина данных депрессивных состояний свойственна дебюту шизофрении или БАР.

Ликвидация условий развития суицидальных тенденций, своевременное купирование суицидоопасных состояний, оптимизация взаимоотношений в семье и школе, дома и в среде сверстников, что является сбалансированной совместной работой психологов, психиатров, суицидологов, психотерапевтов, педагогов и способствуют решению важной проблемы подростковой психиатрии – предотвращение случаев суицида.

ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ФОРМИРОВАНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ИНТЕРЕСОВ У ДЕТЕЙ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Салов А.В., Салова М.Н., Прияткина Н.Ю.

ИвГМА, г. Иваново, Россия

Введение. В настоящее время значительно увеличивается распространенность психических расстройств у детей, а особенно умственной отсталости, что влечет за собой проблему социальной адаптации и дальнейшего трудоустройства таких детей. Имея значительное ограничение в выборе профессии по своему основному заболеванию, такие дети не должны пожизненно испытывать чувство трудовой неудовлетворенности. Во время школьного обучения им необходима помощь в формировании профессиональных интересов и адекватного самоопределении в будущей трудовой деятельности.

Цель, материалы и методы. Для повышения качества профориентационной работы в коррекционной школе было проведено комплексное психолого-педагогическое исследование, включающее методы наблюдения, опроса и тестирования 142 детей 10-17 лет с интеллектуальной недостаточностью и их родителей. Для определения темперамента использовалась методика, разработанная А.Г. Грецовым, изучение самооценки проводилось по «Шкале самооценки личности Дембо-Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан». Для выявления начальной склонности человека к определенным типам профессий использовался Дифференциально-диагностический опросник Е.А. Климова (ДДО). Исследование самостоятельности учащихся, ее проявлений в учебной деятельности было проведено с помощью опроса учителей.

Результаты. Только четверть учеников старших классов способны к самостоятельной деятельности при сопровождении учителя. У трети старшеклассников выявлено избирательное отношение к определенным видам работ и низкий уровень мотивации к труду. Социально инфантильны 40 % детей, у каждого десятого ребенка отсутствует мотивация к приобретению профессии, что связано с ограничением дальнейшего обучения, и часто поддерживается в семье ребенка. Вследствие сниженного порога критики, каждый шестой ребенок мечтает о профессии, связанной с получением высшего образования. Треть детей уже в 8-9 классах имели трудовой опыт, работая промоутерами и подсобными рабочими. Эти дети отличались от сверстников зрелостью социальных суждений и обоснованностью профессионального выбора в старших классах.

Завышенный уровень самооценки наблюдался у половины детей, адекватный – лишь каждого пятого ребенка, низкий – у трети детей. Наименьшими баллами дети отмечали такие личные качества, как «умственные способности», «авторитет у сверстников» и «умелые руки», наибольшими – «характер», «внешность» и «уверенность в себе». Дети с завышенной самооценкой хотели бы в будущем обладать профессиями,

предполагающими наличие высшего образования. При этом большинство детей с нормальным уровнем самооценки адекватно выделяли факторы, способные ограничить их профессиональный выбор.

При распределении детей на типы темперамента оказалось, что две трети из них относились к эмоционально-нестабильным типам: 45,8 % – к типу «холерик» (экстравертированный) и 23,9 % – к типу «меланхолик» (интровертированный). Умеренным уровнем нейротизма обладали лишь треть учащихся: 18,3 % детей были отнесены к типу «сангвиник» (экстравертированный) и 12,0 % – к типу «меланхолик» (интровертированный).

При выявлении склонности ребенка к определенным типам профессий установлено, что тип профессии «человек-природа» и «человек-человек» предпочли бы по 28,2 % учащихся (в 2 раза чаще девочки, чем мальчики), «человек-техника» – 16,9 % (преимущественно мальчики), «человек-знаковая система» и «человек-художественный образ» – по 8,5 %. Кроме того, была выявлена взаимосвязь темперамента и предпочтения того или иного вида профессиональной деятельности. Дети с высоким уровнем экстраверсии чаще выбирали тип профессии «человек-человек», а дети с высоким уровнем нейротизма – тип «человек-техника». На основании полученных данных были разработаны рекомендации для педагогов и родителей, направленные на повышение качества профориентационной помощи детям с интеллектуальной недостаточностью, с учетом их индивидуальных особенностей и типа темперамента.

Так, ребенку-сангвинику нужен упорядоченный темп работы и пооперационный контроль действий. При «контролирующей» помощи учителя эти дети наиболее способны к самостоятельной деятельности. Учитывая общую низкую целеустремленность детей с нарушением интеллекта, слабый самоконтроль, избыточную внушаемость и ведомость, в воспитании ребенка-сангвиника следует особое внимание уделять стимулированию упорства в достижении цели, развитию самодисциплинированности, лидерских качеств и умения аргументировано отстаивать свою позицию. Для сангвиников предпочтительны такие профессиональные сферы, как «человек-человек» и «человек-природа». Желательна высокая активность трудового режима, возможно, связанная с меняющимися условиями труда. На раннем этапе профессиональной деятельности сангвиникам необходима помощь в постановке цели на каждом этапе работы.

Для ребенка-холерика работа в команде является оптимальной, но под контролем сильного наставника. Для поддержания интереса к работе ему необходим постоянно меняющийся темп деятельности. Свойственная детям с низким интеллектуальным уровнем эмоциональная неустойчивость и недостаточный уровень критичности в оценке своих поступков, еще больше усугубляются у обладателей холерического темперамента, зачастую приводя их к асоциальному и делинквентному поведению. У ребенка-холерика необходимо развивать эмпатийные качества, обучать навыкам бесконфликтного социального общения. Одним из главных воспитательных принципов холерика является исключение поддержки его в конфликтных ситуациях. Характер профессиональной деятельности, оптимальный для холерика, можно определить как «активный технический». В сопровождении холерика на период адаптации к работе важно удерживать его «в рамках дозволенного», привлекать к спортивным играм.

Ребенку-флегматику для успешного освоения учебной программы и выполнения заданий необходим индивидуальный, медленный темп работы, предпочтительно изолированное рабочее пространство. Учитывая низкую инициативность, склонность к замедленным действиям, характерные для детей с интеллектуальной недостаточностью и усугубляемые у ребенка-флегматика, в его воспитании крайне важно стимулировать навыки самостоятельной деятельности, умения своевременно и тактично обратиться за

помощью к учителю и одноклассникам. Для такого ребенка основополагающим является тренинг личной ответственности в деятельности, необходимо постоянно работать над повышением навыков опрятности и социальной коммуникативности. Флегматики являются «универсалами» профессиональной деятельности. Условиями успешной работы для них являются исключение жесткого временного регламента, дневные и вечерние часы функционирования, постоянство окружающей обстановки. В период адаптации к профессиональной деятельности они нуждаются в дружеских советах, внимании и поощрении.

Ребенок-меланхолик нуждается в размеренном, не меняющемся темпе работы, ему комфортна стабильная, привычная обстановка и крайне нежелательна работа в команде. Избыточная навязчивость и заниженная самооценка, свойственные детям с умственным дефицитом, особенно ярко проявляются у ребенка-меланхолика. Поэтому для оптимальной социализации его необходимо бережно привлекать к участию в общественных мероприятиях, способствовать повышению чувства уверенности в себе. Типы профессий «человек-знаковая система», «человек-художественный образ», в которых исключены соревновательные моменты, являются оптимальными для меланхолика. В начале трудовой деятельности меланхолик нуждается в деликатной помощи в самоорганизации и постоянном повышении самооценки.

Выводы. Предложенный личностно-ориентированный подход к профориентационной работе, основанный на разделении детей по типу темперамента, позволяет индивидуализировать рекомендации в семью ребенка по воспитанию и формированию профессиональных интересов, а также помогать ребенку в самоопределении и обдуманном выборе будущей профессии.

КЛИНИКО-НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МИШЕНИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДОШКОЛЬНИКОВ С РАССТРОЙСТВОМ ЭКСПРЕССИВНОЙ РЕЧИ

Семакина Н.В., Злоказова М.В.

Кировский ГМУ, г. Киров, Россия

Развитие речевых функций в детстве неразрывно сопряжено с формированием других высших психических функций.

Цель исследования: изучение клинико-нейропсихологических особенностей старших дошкольников с расстройством экспрессивной (разговорной) речи (РЭР) для определения мишеней медико-психологической реабилитации.

Материалы и методы: обследовано 56 детей, средний возраст – $5,6 \pm 0,7$ лет с РЭР в сочетании с нарушением артикуляции (дизартрия). В исследовании использовались клинический, нейропсихологический (Семенович А.В., 2002; Глозман Ж.М., 2008) и статистический методы (Excel, корреляция Пирсона).

Результаты исследования. Клиническое обследование выявило смешанные специфические расстройства психического развития (F83) – 12 чел. (21,4 %), нарушение активности и внимания (F90.0) – 6 чел. (10,7 %), заикание (F98.5) – 8 чел. (14,3 %), энурез (F98.0) – 6 чел. (10,7 %).

При нейропсихологическом исследовании психических функций были определены наибольшие затруднения в слуховом гнозисе (восприятие ритмов, ср. балл $1,01 \pm 1,49$), слухоречевой ($1,42 \pm 0,53$) и зрительной ($1,51 \pm 0,37$) памяти, тактильном гнозисе ($1,14 \pm 0,12$), пробе Бентона ($0,82 \pm 0,91$), автоматизированной речи ($1,52 \pm 0,53$), фонематическом слухе ($0,90 \pm 0,85$), речевой артикуляции ($2,11 \pm 0,43$), логико-грамматических

конструкциях ($1,34 \pm 0,65$) и интеллектуальных пробах на сравнение понятий ($1,51 \pm 0,41$), исключение лишнего ($0,72 \pm 0,65$), предметных аналогиях ($1,23 \pm 0,54$).

На основании нейропсихологических (оценка психических функций, моторных и сенсорных асимметрий) и клинических характеристик у дошкольников были выделены следующие нейропсихологические синдромы: несформированность височных отделов в 51,8 % случаев, теменных – 44,6 %, лобных – 35,7 %, затылочных – 33,9 %, межполушарных взаимодействий – 41,1 %, правого полушария – 37,5 %, подкорковых структур – 16,1 %, атипия развития – 7,1 %.

Анализ выявил взаимосвязи ($p \leq 0,05$): расстройства психического развития с незрелостью подкорковых, теменных областей и атипией развития; нарушения активности и внимания с дисфункцией межполушарных взаимодействий, подкорковых, височных и затылочных областей.

Заключение: нейропсихологическая диагностика и коррекция детей с РЭР необходима для своевременного проведения комплексных медико-психологических мероприятий, направленных на развитие слухового гнозиса, слухоречевой и зрительной памяти, тактильного гнозиса, речевых и интеллектуальных функций для профилактики трудностей в обучении и школьной дезадаптации.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ПСИХОТИЧЕСКИХ ФОРМ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ

Симашкова Н.В., Коваль-Зайцев А.А.

НЦПЗ, Москва, Россия

Актуальность изучения расстройств аутистического спектра (РАС) обусловлена возрастанием их медицинской и социальной значимости, высокой распространенностью в детской популяции, установлением этой патологии при нозологически разных заболеваниях. Проблема дифференциальной диагностики детского психоза (F84.02), атипичного детского психоза эндогенного (F84.11), детской шизофрении (F20.8xx3), по-прежнему, актуальна во всем мире.

Цель. Междисциплинарное клинико-психологическое изучение особенностей психотических форм РАС для определения клинических границ и нозологических различий, дифференциации, прогноза и абилитации.

Материалы и методы. Обследовано 195 больных в возрасте от 3 до 14 лет с детским психозом (ДП) и атипичным детским психозом (АДП), проходивших лечение в отделе детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ в 2006-2016 гг. Больные были прослежены клинико-катамнестически на протяжении 7-10 лет. Средний возраст больных к моменту первичного обследования – 3,5 года. В силу различий в клинической симптоматике было сформировано 2 группы: 1 – 159 пациентов с ДП (из них 96 – в приступе и 63 – в стадии ремиссии или её становлении); 2 – 36 пациентов с АДП (из них 23 – в приступе и 13 – в стадии ремиссии или её становлении). Контрольную группу составили 59 соматически и психически здоровых детей, сопоставимых по возрасту и полу с пациентами основных групп.

В работе использовались клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, патопсихологический, психометрический методы исследования. При клиническом обследовании дополнительно использовалась шкала CARS (Childhood Autism Rating Scale).

Патопсихологическое обследование проводили с помощью Психологообразовательного теста – Psychoeducational Profile, (PEP) – комплексной оценки психического

возраста, когнитивных функций и выраженности аутизма дошкольников с расстройствами аутистического спектра, умственным недоразвитием по 12 субшкалам. РЕР включает субтесты по 7 когнитивным сферам и параметрам психической деятельности ребенка: «подражание», «восприятие», «тонкая моторика», «крупная моторика», «зрительно-двигательная координация», «исполнительные когнитивные функции», «вербальные когнитивные функции». Наряду с указанной оценкой, РЕР позволяет оценить выраженность аутистических расстройств по 5 аутистическим сферам: «аффект», «взаимоотношения», «использование материала», «сенсорные модели», «речь». Помимо РЕР был использован комплекс патопсихологических методик, разработанных в отделе медицинской психологии ФГБНУ НЦПЗ. Статистическую обработку данных проводили с использованием непараметрических статистических программ Statistica-7 (для Windows, StatSoft., Inc, США).

Результаты и обсуждение. У пациентов с ДП манифестные кататонические приступы возникали в трети случаев аутохтонно, в 2/3 случаев – на фоне психогении в первые 3 года жизни на фоне диссоциированного дизонтогенеза или нормального развития. Кататонические нарушения (КН) являлись ведущими в психозе, носили гиперкинетический характер. Моторное возбуждение сопровождалось в разной степени выраженности негативизмом и нарушением речи (смазанная, эгоцентрическая с персеверациями, эхολалиями). Периодами речь становилась бессвязной, представляла собой набор слов, слогов, наблюдались фонографии. В периоды послабления кататонии в полиморфных приступах у ряда больных отмечались неврозоподобные, психопатоподобные и аффективные нарушения. Выраженность аутизма в манифестном приступе в среднем по шкале CARS составляла 37 баллов (нижняя граница тяжелого аутизма). Сочетание КН с аутизмом при ДП приостанавливало физиологическое развитие ребенка на протяжении приступа и способствовало формированию вторичной задержки психического развития. Длительность приступов – 2-3 года. В ремиссии у больных после кататонических приступов отмечался нажитой гипердинамический синдром, как вторичное расстройство на выходе из кататонии, или неврозоподобные нарушения (тики, гиперкинезы). Сохранялся когнитивный дизонтогенез с нарушением внимания, замедленностью протекания мыслительных процессов, моторной неуклюжестью при хорошем развитии познавательной активности. Аутизм утрачивал позитивную составляющую и уменьшался в среднем до 33 баллов (легкий/умеренный по CARS). Исход: возрастной фактор и фактор развития, реабилитация способствовали благоприятному исходу в 84 % случаев («практическое выздоровление» – в 6 % случаев; «высокофункциональный аутизм» – в 50 %, регредиентное течение – в 28 %).

При АДП манифестные регрессивно-кататонические приступы возникали на фоне аутистического дизонтогенеза преимущественно на 2-3, реже 5-6 году жизни. Приступы начинались с углубления аутизма, регресса высших психических функций (речи, моторики с частичной утратой ходьбы). Вслед за негативными присоединялись кататонические нарушения. Ведущее место в структуре КН, наряду с возбуждением, занимали двигательные подкорковые стереотипии, которые вытесняли целенаправленные движения. В кистях рук отмечались однообразные движения древнего архаического рубро-спинального и стриопалидарного уровня: «моющего», складывающего, потирающего типа, битье по подбородку, взмахи руками как крыльями. Регресс, кататония, тяжелый аутизм останавливали развитие ребенка. Длительность приступов АДП эндогенного составляла 4,5-5 лет. Ремиссии при АДП низкого качества, с сохранением протопатических двигательных стереотипий, тяжелого аутизма (42,2 балла по шкале CARS), когнитивного дефицита. Исход неблагоприятный: собственная речь не формировалась, у трети

больных развивалась эхо-речь. Только в 30 % случаев больные АДП обучались по коррекционной программе VIII вида, в 70 % были не обучаемы, находились в условиях дома или были помещены в интернаты системы социального обеспечения.

Патопсихологические исследования. Уровень когнитивного развития у больных ДП был умеренно сниженным по отношению к норме (от 40 % до 75 % по 7 когнитивным сферам, 15 %-60 % по 5 аутистическим сферам). После проведенной абилитации в ремиссии уровень когнитивного развития улучшался по всем субшкалам РЕР (при $p < 0,03$), в том числе и по суммарному баллу когнитивных сфер (в среднем с 49.2 до 57.7 при $p < 0,001$), приближаясь к норме, за исключением сферы «мелкая моторика» и «зрительно-двигательная координация», что, по-видимому, связано с моторными нарушениями в форме гиперкинетического синдрома на выходе из кататонии. Глубина аутистических проявлений стала менее выраженной (в среднем с 16,5 до 22,7 при $p < 0,001$).

При АДП уровень когнитивного развития в регрессивно-кататонических приступах являлся низким не только по отношению к норме, но и к больным с ДП (от 2 % до 44 % по 7 когнитивным сферам, 6 %-38 % по 5 аутистическим сферам). Несмотря на проведенную абилитацию, показатели когнитивных сфер РЕР в неполной ремиссии не превысили 55 %, а по аутистическим сферам – 37 %. Исключение составило увеличение показателей по субшкале «когнитивные представления» ($t=3.626$, $p=0.004$), что свидетельствовало об устойчивости когнитивного дефицита у данной группы пациентов.

По данным патопсихологических исследований, ДП и АДП имеют разные исходы когнитивных нарушений: сохранение стабильного когнитивного дефицита (КД) при АДП (детской шизофрении) и нивелировку КД на фоне абилитации с выходом в когнитивный дизонтогенез при ДП.

Психологические показатели значительно улучшаются в ходе абилитации при ДП и остаются стабильно нарушенными при АДП, что коррелирует с различной клинической картиной и может подтвердить разную нозологическую принадлежность описанных в данной работе психотических форм РАС. Выявленные данные вносят весомый вклад в решение вопросов диагностики, дифференциации, поиска надёжных критериев прогноза, абилитации.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Скупова Т.В.

Самарский государственный социально-педагогический университет, г. Самара, Россия

Проблема расстройств аутистического спектра (РАС) на современном этапе является одним из сложных вопросов детской психиатрии, к решению которой привлекаются специалисты не только медицинского профиля, но и социологи, биологи, психологи, педагоги. Современные исследования свидетельствуют о высокой распространенности данного расстройства (до 32 случаев на 10000 детей), трудностях диагностики и дифференциации, возрастании роли медицинской и социальной значимости.

Детский аутизм является одним из наиболее сложных нарушений психического развития и относится современными исследователями к группе так называемых «первазивных» (общих) расстройств. Симптоматология РАС очень сложна и многообразна. Ведущим дизонтогенетическим механизмом является асинхрония развития, хотя весьма часто отмечается парциальное участие других механизмов, свойственных общему психическому

недоразвитию, задержанному, поврежденному, депривационному и дисгармоническому развитию. Основными определяющими признаками являются аутистические формы контактов, расстройство речи, ее коммуникативной функции, нарушение социальной адаптации, расстройства моторики, стереотипная деятельность.

Раннее выявление подобных нарушений развития, своевременно начатая коррекционная работа с таким детьми и удачный опыт попыток интеграции в дошкольном возрасте в коллективе детей позволяет значительно улучшить прогноз дальнейшего психического развития и возможностей социализации детей с РАС.

Вопрос об организационных формах обучения таких детей должен решаться медико-психолого-педагогической комиссией только после глубокого комплексного изучения и обследования. На практике чаще всего все ограничивается одноразовым обследованием, которое не может дать окончательного представления об интеллектуальном и психическом развитии ребенка. Ранняя диагностика и выявление данного синдрома необходимы для того, чтобы более успешно выстраивать психолого-педагогическую работу до поступления ребенка в школу, так как «центр тяжести» всех проявлений данного рода нарушений падает именно на дошкольный возраст. Для уточнения диагноза необходим комплексный подход и динамичное наблюдение. Диагностика должна быть направлена на выявление не только патологии, но и сильных сторон, положительных свойств, потенциальных возможностей ребенка.

В связи с этим особое значение имеет специально организованное наблюдение за поведением ребенка с аутизмом в период посещения дневного психиатрического стационара и составление примерной картины его психического состояния. Именно в этот период устанавливается или подтверждается диагноз, определяется необходимость медикаментозного лечения, вероятность подходов к абилитации и терапии, проводится консультирование семьи. В период стационарного обследования ребенка обычно проводится беседа с его родителями, в которой выясняются особенности развития ребенка, включая наследственный, акушерский анамнез, ранее развитие ребенка и его основные проблемы. Изучается вся имеющаяся медицинская и психолого-педагогическая документация ребенка. Все полученные данные анализируются и обсуждаются всеми участниками диагностического процесса. Основной целью проводимого наблюдения может явиться определение степени выраженности аутистических расстройств, уровень интеллектуального и речевого развития ребенка.

Применение диагностических средств должно носить индивидуальный характер и учитывать специфику развития каждого ребенка.

Во-первых, проведение той или иной пробы предполагает установление контакта с ребенком, что не всегда просто и требует значительного времени; даже если коммуникативные трудности в какой-то мере преодолены и у ребенка есть навык общения, новый человек, новая, незнакомая для него обстановка, непривычное задание могут легко вызвать тревогу, беспокойство и повлиять на результат обследования.

Во-вторых, многие дети с аутизмом нелегко переключаются с одного вида деятельности на другой, что в условиях традиционно проводимого обследования часто бывает необходимо. Если не изменить продолжительность обследования, результат может быть искажен.

В-третьих, у многих аутичных детей есть различные страхи, поэтому материал для обследования нужно выбирать с учетом этого обстоятельства, иначе будет получен заведомо неверный результат или обследование вообще не будет завершено.

Если ребенок не выполняет задания, или выполняет плохо, обследующий должен быть уверен, почему так происходит: ребенок не может выполнить задание, потому

что оно слишком сложно для него; не принимает инструкцию в силу отгороженности от окружающего; не выполняет задание из-за негативизма или из-за реакции протеста. Если ребенок выполняет задание, нужно убедиться, что он его понимает, а не просто запомнил, что нужно говорить, делать и т.д.

Для решения каждого из перечисленных вопросов необходимо комплексное детальное обследование с участием врача-психиатра, педиатра, невролога, психолога, логопеда, а при необходимости и других специалистов.

Учитывая, что аутизм часто сочетается с интеллектуальной недостаточностью, нарушениями развития речи, опорно-двигательного аппарата и сенсорных систем, диагностическая задача осложняется: нужно не только выявить аутистическую симптоматику, но попытаться квалифицировать ее.

На этапе динамической диагностики начинается работа по привлечению родителей к активному участию в лечебно-коррекционном процессе.

Известно, что ребенок с аутизмом в семье самым глубоким образом влияет на все стороны ее жизни, на все ее членов, на характер внутрисемейных отношений. Одной из ведущих задач в работе с родителями таких детей является помощь в создании благоприятных условий для воспитания и обучения ребенка с РАС в условиях семьи, оптимизация внутрисемейных отношений. Родители должны осознать, что им есть к кому обратиться с неизбежными проблемами в процессе возрастного и социального развития их детей, получить в полном объеме необходимую им профессиональную помощь и поддержку.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Султанова А.С.

Российская академия образования, Москва, Россия

В течение последнего десятилетия в нашей стране наблюдается повышение заболеваемости детей различными психоневрологическими расстройствами. Стремительно увеличивается распространенность пограничных, негрубых форм патологии, к которым принято относить минимальные мозговые дисфункции, СДВГ, НЦД, церебрастенический синдром, гипертензионно-гидроцефальный синдром легкой степени, негрубые речевые и когнитивные нарушения и др. С нашей точки зрения, в сложившейся ситуации крайне важно обратиться к этапам раннего и дошкольного детства. Особенно значим период от 3 до 6 лет, когда становятся заметны негативные особенности развития ребенка и можно сделать вывод о их устойчивости (в отличие от более раннего возраста). На более поздних этапах онтогенеза сложности обучения и адаптации увеличиваются, а возможности их полноценно скорректировать уменьшаются. При коррекции пограничных психоневрологических нарушений требуется комплексный медико-психолого-педагогический подход, и не всегда ведущая роль принадлежит медикаментозной терапии. Наш многолетний опыт работ с детьми, имеющими негрубые отклонения в развитии, показывает, что необходимо привлечение методов клинической психологии – нейро- и патопсихологии детского возраста. Патопсихологические методы имеют, в основном, диагностическую направленность; патопсихологическое исследование ребенка выявляет нарушения развития высших психических функций (произвольного внимания, памяти, мышления и

др.) и эмоционально-личностной сферы, позволяет определить первичные и вторичные нарушения, их степень. В нейропсихологии детского возраста имеются и диагностические, и коррекционные методы. Нейропсихологическая диагностика выявляет сохранные и нарушенные факторы, обеспечиваемые различными зонами головного мозга, помогает определить основное направление коррекционной работы. Нейропсихологическая коррекция в случае пограничных психоневрологических нарушений направлена на преодоление функциональной недостаточности различных областей головного мозга, каждая из которых обеспечивает тот или иной нейропсихологический фактор, т.е. «звено» одной или нескольких психических функций. В результате улучшения деятельности нервной системы, гармонизации работы головного мозга достигаются различные задачи – снижение нейродинамических нарушений, сбалансированность процессов возбуждения и торможения, улучшение внимания и памяти, эмоциональной сферы, стимуляция развития мышления, речевых и моторных функций, улучшение состояния и поведения ребенка в целом.

СТРУКТУРА ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ, НАХОДИВШИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ДЕТСКОМ ДНЕВНОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Сухих Д.В., Злоказова М.В.

Кировский ГМУ, г. Киров, Россия

Введение. Клинико-эпидемиологические исследования фиксируют рост пограничных психических расстройств (ППР) среди школьников. От 22,5 до 71 % детей в образовательных учреждениях (в разных регионах РФ) имеют ППР (Макушкин Е.В. 2016). Около 40 % страдают психосоматическими расстройствами, более 70 % затрудняются в усвоении базовой школьной программы обучения (Плетнева Т.Г., Дроздовский Ю.В., 2016).

Цель: анализ структуры ППР у младших школьников, находившихся на лечении в детском дневном психиатрическом стационаре (ДДПС) на базе общеобразовательных школ.

Материалы и методы. В течение 2016-2017 гг. было обследовано 153 учащихся 1-4-х классов с ППР, находившихся на лечении в ДДПС на базе общеобразовательных школ, из них – 43 девочки (28,1 %) и 110 мальчиков (71,9 %), средний возраст – $8,5 \pm 1,5$ лет. Использовались клинико-психопатологический и статистический (описательная статистика) методы.

Результаты и обсуждение. Нозологическая структура ППР у младших школьников была представлена в соответствии с критериями МКБ-10 следующими группами: гиперкинетические расстройства (F90) – 49,7 % из них с нарушениями активности и внимания (F90.0) – 51,2 %, с расстройством поведения (F 90.1) – 48,8 %; смешанное специфическое расстройство психологического развития (F83.0) – 34,6 %; психические расстройства вследствие дисфункции головного мозга (F06.7) – 25,5 %, пограничная интеллектуальная недостаточность (F84.8) – 13,0 %, смешанное расстройство учебных навыков (F81.3) 12,4 %, заикание (F98.5) – 2,6 %, неврозоподобный энурез (F98.0) – 9 чел. (5,9 %), тикозные расстройства (F95) – 4 чел. (2,6 %), поведенческие и эмоциональные расстройства с началом в детском возрасте (F93) – 5,8 %, трихотиломания (F63.3) – 1,3 %, специфические расстройства речи (F80) – 0,6 %, соматоформные расстройства (F45) – 0,6 %. В 77,8 % случаях у пациентов ДДПС отмечалась коморбидность с другими нозологиями, среди которых чаще всего диагностировались нарушения поведения – 43,4 % и нарушения сна – 21,0 %.

Заключение. Таким образом, в структуре ППР у детей, получавших терапию в ДДПС преобладают гиперкинетические расстройства и нарушения когнитивных функций, которые достаточно часто сопровождаются коморбидными расстройствами в виде расстройств поведения. Обращает на себя внимание то, что в структуре ППР у младших школьников мало невротических и психосоматических расстройств, что свидетельствует о недостаточной их выявляемости. Необходима своевременная диагностика симптомов ППР, в том числе невротического характера, для предупреждения их хронизации, приводящей к школьной дезадаптации и девиантному поведению.

ПСИХИЧЕСКИЙ ОНТОГЕНЕЗ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАНЗИТОРНУЮ ФОРМУ ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Шарипова Ф.К.

ТашПМИ, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. По данным исследований зарубежных авторов йододефицитное состояние организма оказывает значительное влияние на психическое здоровье детского населения. Наряду с врожденными формами истинного гипотиреоза встречаются особые формы транзиторного гипотиреоза, при которых определяется повышение уровня ТТГ или снижение содержания Т4. Транзиторные формы гипотиреоза возникают при нарушении внутриутробного развития плода и рождении недоношенных детей или детей с низкой массой тела, у новорожденных после тяжелого родового стресса, а также при заболеваниях щитовидной железы у матери. Особенностью транзиторного гипотиреоза является постепенная нормализация уровня Т4 и ТТГ в течение 2-3 недель после рождения без проведения гормонального лечения. Учитывая первостепенную роль тиреоидных гормонов в процессе формирования и созревания нервной системы, становится очевидной особая значимость изучения особенностей психофизического развития детей с транзиторным гипотиреозом, а также квалификация имеющихся у них психопатологических расстройств.

Целью исследования явилось изучение психического онтогенеза детей раннего возраста, перенесших неонатальный транзиторный гипотиреоз.

Материалы и методы. Было проведено динамическое обследование 80 детей в возрасте от 1 года до 3 лет (из них 43 мальчика), у которых в сыворотке крови при рождении было выявлено повышенное содержание ТТГ от 20 до 50 мМЕ\л. контрольную группу составили 36 детей (из них 15 мальчиков), сопоставимых по всем признакам, имевших в декретированные сроки, по результатам скрининг-диагностики, уровень ТТГ < 20 мМЕ\л. Обследование детей проводилось в амбулаторных условиях. Ведущими методами исследования были клиничко-психопатологический и патопсихологический. Для наблюдения за ребенком использовался этологический метод (наблюдение за поведением в свободном общении). Учитывались также данные акушерского анамнеза: поздние токсикозы беременных, хроническая внутриутробная гипоксия плода, преждевременные роды. В ходе исследования получены клинические данные, характеризующие динамику психического развития детей в 2-х возрастных периодах: до года, от года до 3 лет.

Результаты и обсуждение. Возрастной период до года изучался ретроспективно, по данным опроса матерей и анализа предшествующей документации. В возрастном периоде до года у большинства детей обнаружилось отставание в формировании основных статолокомоторных функций: держать головку в более поздние по сравнению

с возрастной нормой сроки начали 9,8 % детей основной группы, 5,3 % детей контрольной группы, сидеть позже 6-7 месяцев – 41,1 % детей основной группы, в контрольной группе 30,7 % детей. Функция ходьбы сформировалась в сроки от 9 до 12 месяцев у 89,2 % детей основной группы, у 97,6 % – в контрольной группе.

Общая двигательная активность детей до года характеризовалась бедностью, малоактивностью у 3,7 % наблюдений, гипердинамичностью – у 9,8 %. Речевое развитие детей до года (предречевая фаза – гуление, лепет) были задержаны у 3,7 % детей основной группы и у 1,4 % детей контрольной группы.

Психоэмоциональное развитие детей до года имело свои особенности: комплекс оживления у них формировался в более поздние сроки, у 3,9 % детей эмоциональные реакции были малодифференцированы, неярки. Особенности инстинктивной сферы исследуемой группы детей представляли прежде всего нарушение сна, а также нарушение аппетита – 7,6 %. Показатели соматической заболеваемости у детей первого года жизни были значительно выше (11 %) в основной группе, чем в сравнительной группе (4 %). Каждый третий ребенок (31,5 %) отставал в росте на 2 и более см (в группе сравнения число таких детей было в два раза меньше).

В возрастном периоде от 1 до 3 лет нами обследовано 54 ребенка (из них 26 мальчиков). В этой возрастной группе прослеживалась дальнейшая задержка психомоторного развития детей. Дети позже возрастной нормы начинали ходить, овладевать навыками самообслуживания. Формирование тонкой моторики у детей было задержанным и качественно недостаточным. Общая двигательная активность у большинства детей характеризовалась чрезмерной подвижностью, расторможенностью, а также неловкостью движений.

Формирование навыков опрятности и самообслуживания было задержано у 28,8 % детей основной группы и у 7,6 % детей контрольной группы. Речевое развитие имело следующие особенности: первые слова появились в возрасте до года у 40,3 % детей основной группы и у 70,3 % детей контрольной группы, от года до двух лет – у 18,5 % детей основной группы, у 53,8 % детей контрольной группы, позже 2 лет – у 4,2 %. Фразовая речь сформировалась к двум годам только у 27,4 %; в возрасте после двух лет только у 17,8 % основной группы и 89,8 % – контрольной группы, а 44,2 % детей в основной группе вовсе не овладели фразовой речью к 3 годам.

Психоэмоциональные реакции у 24,6 % детей имели качественные особенности и характеризовались бедностью эмоциональных реакций, последние определяли особенности игровой деятельности, дети не проявляли интереса к игрушкам, предпочитали им в игре различные предметы домашнего обихода. У 31 % детей отмечались следующие фобические феномены: страх темноты, животных, неожиданных громких звуков. Нарушения соматовегетативной сферы были представлены нарушениями сна – 37,4 %, нарушениями аппетита – 3 %, трудностями адаптации к новой обстановке, новым людям – 28 %.

Выводы. Таким образом, на фоне незначительной задержки формирования статомоторных навыков у детей преимущественно отстает от возрастной нормы развитие тонкой моторики, речевой сферы, психоэмоциональное развитие. Проведенные исследования предполагают необходимость дальнейшего изучения влияния транзиторного гипотиреоза на последующее психофизическое развитие детей и организацию профилактики, лечебных мероприятий преимущественно в ранние сроки.

РОЛЬ САМУИЛА СЕМЕНОВИЧА МНУХИНА В СТАНОВЛЕНИИ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ШКОЛЫ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ

Шигашов Д.Ю., Фесенко Ю.А.

ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина, Санкт-Петербург, Россия

История развития Петербургской-Ленинградской-Санкт-Петербургской психиатрии детского возраста берет истоки в дореволюционном периоде, когда вопросы детской психоневрологии начали разрабатываться патриархом отечественной неврологии и психиатрии В.М. Бехтеревым. Бехтеревский период развития психиатрии, несомненно, можно назвать начальным этапом развития и клинической детской психиатрии. Заслуга, прежде всего, принадлежит самому Бехтереву, а также его ученице и ближайшей сотруднице Р.Я. Голант. В этом же ряду ярко стоит вклад С.С. Мнухина.

С 1926 года С.С. Мнухин работает в детском отделении Ленинградского психоневрологического института сначала ординатором, а затем заведующим и директором клиники. Здесь, под руководством В.М. Бехтерева и Р.Я. Голант, Самуил Семенович выполнил свои первые научные работы, посвященные психическим нарушениям при инфекциях, травмах и дистрофических поражениях у детей.

В 1925 году открылся институт охраны материнства и младенчества, где в 1936 году была организована кафедра психиатрии, сотрудники которой изучали и взрослую, и детскую психопатологию. Заведовала кафедрой сначала Р.Я. Голант, а затем – С.С. Мнухин (с 1942 г.). В период Великой Отечественной войны институт не был эвакуирован, и кафедра функционировала в блокадном городе. С.С. Мнухин продолжал учить студентов, консультировал больных в военных госпиталях и психиатрических учреждениях города. С этой кафедрой была связана вся его последующая жизнь и профессиональная деятельность.

Послевоенный период был началом развития Ленинградской детской психиатрии, в том числе – и периодом подготовки профессиональных кадров. С.С. Мнухин в эти годы стал одним из ее основоположников детской психиатрии, возглавив ленинградскую школу детских психиатров, стремившихся рассматривать нервные, соматические и психопатологические расстройства в их целостной взаимосвязи. Кафедра педиатрического медицинского института первой в России (с 1952 г.) начала проводить специализацию по детской психиатрии, являясь основным поставщиком как клинических детских психиатров, так и административных кадров психиатрических учреждений города. Кафедра выпускала ежегодно по 12-16 специалистов по детской психиатрии, половина из которых становились руководителями детских психиатрических учреждений различного уровня, а также возглавляли ряд взрослых психиатрических стационаров и диспансеров.

1957 год, когда открывается детская психиатрическая больница №9, ставшая базой для кафедры Ленинградского педиатрического медицинского института, становится началом расцвета детско-подростковой психиатрической службы в городе. Будучи блистательным клиницистом, С.С. Мнухин всегда старался научить своих сотрудников и учеников решать не только клинические проблемы пациентов, но и определять объем необходимой социальной помощи, который бы способствовал адаптации ребенка в окружающем его мире.

В этот же период времени в Ленинграде открывается школа для детей с задержкой развития. При переносе акцента на индивидуальную работу дети достаточно успешно продвигались в обучении по массовой программе. В этот же период времени формировался новый подход к использованию специалистов с высшим педагогическим образованием, работающих в специализированных учреждениях, где они работали воспитателями не только для организации досуга, но и для закрепления в своих занятиях

рекомендаций, полученных от врачей-психиатров. Таким образом, в стационаре создавался замкнутый цикл реабилитационной работы: врач – учитель – воспитатель – врач, что позволяло удерживать детей в обычном социуме. В этой работе нашли свое место и логопеды, которые занимались развитием речи и коррекцией нарушения школьных навыков: дисграфии, дислексии и др.

Диапазон научных интересов профессора Мнухина включал самые актуальные вопросы: резидуальные состояния детского возраста и вытекающие отсюда проблемы врожденного и приобретенного слабоумия, эпилепсии, детского церебрального паралича, раннего аутизма и сходных состояний, детской шизофрении и органических психозов. Он описал психические нарушения у детей при истощающих соматических воздействиях (блокадные алиментарные дистрофии, дизентерии и др.), показал роль токсических диспепсий, тяжелых токсикозов беременности, глубоких степеней недоношенности в этиологии умственной отсталости. В процессе этих исследований ему удалось интегрировать подходы, свойственные общей педиатрии, детской неврологии и психиатрии, что оказалось особенно важным при разработке проблемы детских резидуальных энцефалопатий, для которых характерно сочетание двигательных, трофических, эндокринных, речевых и других расстройств. С.С. Мнухин построил систематику эпилепсии на основе клинко-патофизиологического анализа заболевания. Существенный вклад в изучение общей психопатологии внесли работы С.С. Мнухина, посвященные клиническим разновидностям височной эпилепсии, в структуру которых входят прекрасно описанные им сложные психопатологические феномены.

С.С. Мнухин, изучая проблему психического недоразвития, установил связь между клиническими особенностями форм олигофрении и их патофизиологической сутью, что позволило ему создать клинко-физиологическую классификацию олигофрении. Эта классификация позже была дополнена атонической формой психического недоразвития, которую С.С. Мнухин связывал с недостаточностью инстинктивных проявлений, слабостью волевых побуждений и бледностью эмоций. Предложив клинко-физиологическую классификацию психического недоразвития, С.С. Мнухин значительно обогатил клинические представления о «недифференцированных» олигофрениях, показав роль силы или слабости нервных процессов в оформлении его клинических картин. С.С. Мнухин описал также особые психозы у олигофренов, развивающиеся на той же почве, что и сама олигофрения (это касается в частности астенической и атонической форм).

В 1975 году на Коллегии медицинской общественности впервые была представлена программа развития детской психиатрической службы Ленинграда, в основе которой лежал анализ психопатологии, возможность проведения дифференцированной и продуктивной реабилитационной работы в существующей социальной системе. В основу методологии реализации этой программы легли разработки С.С. Мнухина.

Лишь в 1989 году удалось вывести детских психиатров из состава взрослых диспансеров. Это позволило ввести значительное количество психологов, а также специалистов по социальной помощи, юристов в состав детских кабинетов, которые были объединены в 6 амбулаторных отделений.

С этого времени перед детской психиатрией стояла задача создания мощного консультативного, диагностического, полустационарного и психотерапевтического отделений вокруг современного стационара, которые бы обеспечили клиническую, психологическую, реабилитационную базу помощи детям, страдающим психической патологией. Реализация этой системы окончательно была осуществлена в 2013 году в СПб ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина» (имя выдающегося детского психиатра – Самуила Семеновича Мнухина было присвоено

Центру в 2009 году), когда был введен в эксплуатацию современный амбулаторно-стационарный комплекс. Сегодня Центр представляет собой разветвленную общегородскую структуру с центральным управлением из амбулаторно-стационарного комплекса (ул. Чапыгина, д.13). Работа в Центре ведется по принципу преемственности и взаимодействия между его лечебными подразделениями, а также с различными ведомствами, что позволяет сопровождать пациента на разных этапах его жизни, эффективно решать его медицинские и социальные проблемы.

Это, без сомнения, стало возможным и благодаря клиническим и организационно-методическим разработкам основоположников детской психиатрии В.М. Бехтерева, Р.Я. Голант, С.С. Мнухина.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОГО НАСЕЛЕНИЯ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2000–2014 ГГ.

Филиппова Н.В., Барыльник Ю.Б., Паращенко А.Ф., Антонова А.А.,
Бачило Е.В., Деева М.А.

Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, г. Саратов, Россия

Введение. В течение последних десятилетий в РФ наиболее высокие показатели общей заболеваемости наблюдаются в детско-подростковой популяции и составляют от 3,0 до 5,5 % населения данных возрастных групп, что заслуживает особенно пристального внимания к организации и развитию служб охраны психического здоровья детей и подростков как на федеральном, так и на региональном уровне.

Более того, учтенные статистические данные далеко не всегда отражают истинную картину заболеваемости, поскольку далеко не все семьи, имеющие ребенка с психическим расстройством, обращаются за специализированной медицинской помощью вплоть до развития крайне тяжелых болезненных проявлений из-за стигматизации психиатрического диагноза.

Цель. Эпидемиологический анализ общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами в детско-подростковой популяции Саратовской области и численности детского и подросткового населения в сравнении с аналогичными показателями по Российской Федерации и Приволжскому федеральному округу за период с 2000 г. по 2014 г.

Материалы и методы. Проведен анализ статистических данных отчетных форм №10 «Сведения о заболеваниях психическими расстройствами и расстройствами поведения» и №36 «Сведения о контингентах психически больных», отражающих объективно учтенную заболеваемость психическими расстройствами населения Саратовской области за 2000-2014 гг. и обеспеченность населения области психиатрической помощью. В качестве основных методов использовались: эпидемиологический, демографический и математико-статистический.

Результаты и обсуждение. Результаты проведенного исследования показали, что в Саратовской области в 2000-2014 гг. показатели как общей, так и первичной заболеваемости детей и подростков существенно превышают аналогичные показатели среди взрослого населения, что согласуется со статистическими данными по Российской Федерации в целом и по Приволжскому федеральному округу в частности. Несмотря на то, что показатели общей заболеваемости среди детского населения за рассматриваемый

период по стране в целом снизились, однако в отдельных федеральных округах, в том числе в Приволжском ФО, к которому относится и Саратовская область, был отмечен их рост (на 6,35 % на 100 тыс. населения). В детской популяции области за период исследования было отмечено некоторое снижение общей заболеваемости (темп прироста – 2,29 % в интенсивных значениях), что несколько меньше аналогичных показателей по России в целом. Причиной такого рассогласования в интенсивных значениях с показателями по округу и области может быть различная численность детского населения в разных окружных областях. Среди подростков показатели общей заболеваемости существенно увеличились (более чем на 40 %) по всем федеральным округам и по РФ в целом. В Саратовской области также отмечено повышение показателей общей заболеваемости психическими расстройствами в подростковой популяции к 2014 г. по сравнению с 2000 г. (темп прироста в абсолютных значениях показателя 18,06 %).

По данным, опубликованным в 2013 г. ФГБУ ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» МЗ РФ, показатели первичной заболеваемости психическими расстройствами в детско-подростковой популяции по РФ в целом снизились, однако в отдельных ФО, напротив, возросли. В Саратовской области, так же как и в Приволжском ФО, показатель первичной детской заболеваемости к 2012 г. уменьшился на 25,95 %. Тенденции динамики первичной заболеваемости в подростковой популяции аналогичны таковым у детей. В Саратовской области заболеваемость подростков психическими расстройствами за исследуемый период также снизилась, причем более существенно, чем по Приволжскому ФО и по РФ в целом (темп прироста -31,07 % в расчете на 100 тыс. населения и -59,97 % в абсолютных показателях).

Более высокие показатели первичной заболеваемости подросткового населения по сравнению с детским, а также рост показателей общей подростковой заболеваемости во всех регионах страны и в Саратовской области в частности, выявленные в результате анализа учтенных данных, может быть обусловлен как более существенным, по сравнению с детским, снижением численности подросткового населения страны в целом и во всех федеральных округах России, а также несвоевременной диагностикой психических расстройств в детско-подростковом возрасте. Снижение заболеваемости детского населения является следствием поздней выявляемости психических заболеваний у детей, что обуславливается как объективными диагностическими сложностями в раннем детском возрасте, так и недостаточной осведомленностью населения о проявлениях психических заболеваний и опасениями «стигмы» психиатрического диагноза. В подростковой популяции большой процент заболеваний выявляется в допризывном и призывном возрасте, когда подростки проходят медицинское освидетельствование при военкоматах.

Заключение. Полученные в результате проведенного анализа эпидемиологические данные свидетельствуют о необходимости совершенствования системы профилактики и активного выявления психических расстройств на самых ранних этапах заболевания как в РФ в целом, и в Саратовской области в частности. Помимо совершенствования амбулаторной психиатрической службы, этому может способствовать борьба со стигматизацией психиатрического диагноза путем информирования общества о проблемах и достижениях психиатрии и проведения психообразовательных бесед как с пациентами, так и с их родственниками.

ПСИХОДИАГНОСТИКА ИЗМЕНЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Шарипова Ф.К.

ТашПМИ, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. В большинстве современных источников невротические тревожные и депрессивные расстройства входят в число симптомов, усложняющих картину соматического заболевания и требующих коррекции в рамках терапии периодов обострения. Особенности эмоционального реагирования, многообразные варианты тревожно-фобических и депрессивных расстройств у больных с сахарным диабетом всегда привлекали к себе внимание исследователей как клинических, так и психодинамических школ. Сахарный диабет (СД) является широко распространенным эндокринным заболеванием, которое достигает масштабов неинфекционной эпидемии. Согласно статистическим данным Международной федерации диабета (International Diabetes Federation) за 2013 г. в мире зафиксировано 381 млн. 800 тыс. пациентов с СД, в 2014 г. количество больных составило 387 млн, а к 2035-му оно может увеличиться до 592 млн. По данным ВОЗ, около 17 % населения в России и СНГ больны СД. Специалисты Международной федерации диабета подсчитали, что каждые 10 секунд у трех человек развивается СД и каждые 6 секунд один человек умирает от его осложнений.

Контингент больных с впервые выявленным СД II типа пополняется преимущественно за счет старших возрастных групп (65-80 лет), что объясняется не только увеличением продолжительности жизни населения, но и, прежде всего, увеличением распространенности ожирения на фоне гиподинамии и воздействием различных стрессогенных факторов. Данное заболевание необходимо диагностировать на начальной стадии, но, к сожалению, не всегда пациент вовремя обращается в медицинские учреждения. Довольно часто пациенты даже не подозревают о том, что они больны, и не обращаются к врачу, не получают соответствующего лечения и имеют высокий риск развития необратимых сосудистых осложнений.

Большинство больных, которым ставят диагноз сахарный диабет, испытывают шок, им трудно осознать, что теперь надо по несколько раз в день проверять сахар крови и принимать сахароснижающие препараты, сложно принять, что физическое состояние будет зависеть от назначений врача-эндокринолога, от лекарственных препаратов, которые им жизненно необходимы и регулярных лабораторных обследований. Больным сложно представить, что придется постоянно соблюдать терапевтический режим и принять, что эта болезнь навсегда. Больные с впервые выявленным СД нуждаются в индивидуальной психологической поддержке. Этому контингенту пациентов показана психотерапевтическая помощь, способствующая созданию отношений партнерства между врачом и больным, для более эффективного и комплексного лечения необходима своевременная психодиагностика и психокоррекция нарушений тревожно-депрессивного и фобического спектра невротического уровня.

Цель исследования: изучить эмоциональные состояния у подростков с сахарным диабетом I типа для оптимизации медико-психологической и психотерапевтической помощи данному контингенту больных.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 30 подростков в возрасте 12-15 лет с верифицированным диагнозом СД I типа, находившихся на амбулаторном лечении в НИИ Эндокринологии города Ташкента. Для выявления эмоциональных изменений использовались экспериментально-психологические методы исследования: шкала оценки депрессии Гамильтона, Госпитальная шкала тревоги и депрессии, опрос-

ник тревожности Спилбергера-Ханина, восьмицветовой тест Люшера, шкала астении и оценка нервно-психического напряжения по Немчину.

Результаты. В ходе исследования среднее значение по первым 17 пунктам шкалы Гамильтона при тестировании было 11,47 баллов. У 24 подростков (80 %) количество баллов по Шкале депрессии Гамильтона было в пределах 7-16 баллов, что соответствует легкой степени депрессивного расстройства, у пяти (16,6 %) – в пределах 17-27 баллов (умеренная степень депрессивного расстройства), у одного (3,3 %) – ниже 7 баллов (отсутствие признаков депрессии). Таким образом, у 96,6 % обследованных подростков были обнаружены признаки депрессивного расстройства невротического регистра легкой или умеренной степени. У больных развивались достаточно длительные периоды пониженного настроения с внутренней напряженностью, отмечались суточные колебания настроения, снижение мотивационной деятельности, ухудшение внутрисемейных взаимоотношений.

На фоне депрессивных расстройств у подростков значительно снижалась школьная успеваемость (58 %), отсутствие желания продолжать учебу (25 %), появились конфликты со сверстниками и поведенческие нарушения (60 %), суицидальные мысли и тенденции (15 %). В обследованной группе в ходе тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 86 % подростков, при этом более чем у половины пациентов было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (67 %), у 20 % обследуемых – без клинически значимой тревоги, и у 13 % подростков констатировалась выраженная тревога. Тревога усиливалась в основном во второй половине дня и была связана с переживаниями по поводу соматического заболевания.

У подростков с СД первого типа была обнаружена взаимосвязь уровня реактивной тревожности с уровнем личностной тревожности. Высокая реактивная и личностная тревожность сопровождалась формированием депрессивных расстройств легкой и умеренной степени, что позволяет сформулировать понятие о коморбидности аффективных нарушений и сахарного диабета первого типа. Структура аффективных расстройств менялась в зависимости от этапа и тяжести течения сахарного диабета. На этапе высокого уровня гипергликемии у 26 подростков (86 %) были выражены: тревожно-фобические нарушения, аффективные колебания, эмоциональная лабильность с раздражительностью. В 75 % случаев симптомы депрессивного регистра были первыми клиническими проявлениями обострения заболевания.

У подростков выявлены достаточно длительные периоды астенических состояний с внутренней напряженностью (23 %), ощущением враждебности со стороны окружающих и высокий уровень личностной и реактивной тревожности (36 %), эпизоды немотивированной агрессии (27 %), навязчивые страхи (16 %). Дистимия отмечалась в 100 % случаев. В результате изменений эмоционального состояния у подростков значительно снижалась самооценка (77 %), нарушалась стрессоустойчивость к внешним факторам (65 %), формировались тенденция к аутизации и изоляции (70 %), суицидальные намерения и высказывания (15 %).

Выводы. Таким образом, изменения эмоционального статуса выявляются у 88 % подростков с СД I типа и находятся в прямой зависимости от этапа заболевания. По мере развития заболевания аффективные расстройства углубляются и утяжеляют клиническую картину, формируя тревожно-депрессивную симптоматику и приводят к социальной дезадаптации подростков. Результаты исследования могут быть использованы в работе не только психиатров и эндокринологов, но и врачей других специальностей: педиатров, медицинских психологов, психотерапевтов, к которым нередко обращается этот контингент больных с целью оптимизации психокоррекционной тактики и формирования гармонично развитой личности.

КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И НЕЙРОКОГНИТИВНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННО-НЕЙРОКОГНИТИВНЫЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Ананьева Н.И., Ежова Р.В., Вассерман Л.И., Гальсман И.Е., Андреев Е.В.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Структуры лимбической системы являются патогенетически значимыми в формировании аффективных расстройств. Остается открытым вопрос о роли этих функциональных структур в когнитивных расстройствах, сопряженных с депрессией.

Цель исследования: сопоставление данных МРТ с результатами нейропсихологических методик у больных с депрессией.

Материалы и методы: обследовано 148 пациентов в возрасте от 18 до 50 лет. Первую группу составил 101 здоровый испытуемый в возрасте от 18 до 50 лет. Во вторую группу вошли 47 больных депрессией с актуальной депрессивной симптоматикой. Использовались шкалы депрессии Гамильтона, Монтгомери-Асберга и шкала депрессии Бека.

Для оценки когнитивной деятельности больных депрессией применялись субтесты «Шкалы Векслера для исследования интеллекта взрослых», тест «Комплексная фигура Рея-Остеррита».

Всем пациентам проводилась МРТ головного мозга по стандартному протоколу, дополненному прицельным исследованием медиобазальных отделов височных долей в косой корональной и аксиальной проекциях FLAIR и REAL IR ИП с толщиной среза 2,2 мм. Выполнялась 3D MP-RAGE ИП с последующей автоматической воксельной морфометрией в программе постобработки FreeSurfer и мануальной постобработкой в программе DISPLAY. Статистическая обработка выполнялась в программном пакете SPSS.

Результаты. Выявлено достоверное различие в виде уменьшения объемов обоих зрительных бугров, хвостатых ядер и увеличение объема правой амигдалы у пациентов депрессией по сравнению со здоровыми добровольцами ($p < 0,01$). Достоверных различий объемов гиппокампов получено не было. При мануальной морфометрии разных

отделов гиппокампа в программе DISPLAY выявлялась разница объемов головок гиппокампов, с большой достоверностью по правому гиппокампу ($p < 0,001$).

В группе больных эндогенной депрессией выявлены взаимосвязи ($p = 0,01$) между общим уровнем выраженности депрессии, выраженностью ее когнитивного и соматического компонентов и показателями успешности/неуспешности познавательной деятельности. Высокий уровень депрессии коррелирует со значительным снижением кратковременной и долговременной зрительной памяти. Объем головки гиппокампа коррелирует с субшкалами кратковременной вербальной памяти.

Выводы: использование методологии многомерного и системного исследования, в котором анализируются результаты клинических, нейропсихологических и лучевых исследований, может помочь в определении прогноза течения заболевания, терапевтической устойчивости и фармакорезистентности.

ВОЗМОЖНОСТИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СТРУКТУРНОЙ МРТ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ШКАЛЬНОЙ ВИЗУАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ АТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ РАЗЛИЧНЫХ СТРУКТУР ГОЛОВНОГО МОЗГА И ВОКСЕЛЬНОЙ МОРФОМЕТРИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Ананьева Н.И., Залуцкая Н.М., Стулов И.К., Андреев Е.В., Незнанов Н.Г.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург

Одной из важных составляющих поиска биомаркеров ранней стадии болезни Альцгеймера является выявление признаков атрофических изменений стратегических для когнитивных функций структур головного мозга. В связи с этим мы предприняли попытку выяснить возможности специализированной структурной МРТ головного мозга с использованием шкальной визуальной оценки атрофических изменений различных структур головного мозга и воксельной морфометрии. Для этих целей мы использовали магнитно-резонансную томографию, выполненную по специализированному протоколу, в котором стандартное исследование головного мозга было дополнено GRE-ИП, позволяющей выявить микрогеморрагии (в дифференциальной диагностике с церебральной амилоидной ангиопатией), 3DMPRAGE-ИП с выполнением последующей сегментации в программной среде FreeSurfer и Flair-obliqueCor и Ax: Real IR-obliqueCor с толщиной среза 2.2 мм с ориентацией срезов перпендикулярно длинной оси гиппокампа для визуальной шкальной оценки степени атрофических изменений в медиобазальных отделах височных долей.

Для получения T2-взвешенных изображений были использованы следующие параметры: TR (Repetition Time) =4300, TE (Echo Time) =105, FOV (Field Of View)=25,0, MTX (Matrix) =320, ST (Slice Thickness)=6,0, Gap=1,2, FA (Flip Angle) =90/160. Для получения T1-взвешенных изображений: TR=540, TE=15, FOV=5, MTX=256, ST=6,0, GAP=1,2, FA=90/180. FLAIR ИП со следующими параметрами: TR=1000, TE=105, FOV=25, MTX=224x320, ST=6,0, GAP=1,2, FA=90/180.

Для прицельного исследования медиобазальных отделов височных долей применяли дополнительный протокол, включающий выполнение Flair-obliqueCor и Ax: Real IR-obliqueCor с толщиной среза 2.2 мм. Данные изображения производятся в косой аксиальной (параллельно к длинной оси гиппокампа) и косой коронарной (перпендикулярно к длинной оси гиппокампа) плоскостях, хорошо демонстрируют структуры

медиобазальных отделов височных долей: энторинальную кору, головку, тело и хвост гиппокампа, височные рога боковых желудочков, цистерны основания мозга.

FLAIR ИП выполнялась со следующими параметрами: TR=8000, TE=105, FOV=22,0, MTX=30, ST=2,2, GAP=0,6, FA=90/180. REALIR ИП выполнялась с параметрами: TR=3450, TE=18, FOV=22, MTX=320, ST=2,2, GAP=0,6, FA=90/160.

Для оценки степени атрофии суб- и супратенториальных структур головного мозга и прицельно медиобазальных отделов височных долей разработаны методики морфометрического анализа, базирующиеся на полученных результатах МРТ. Данные методики включают линейные измерения и шкальную оценку атрофических изменений различной локализации и воксельную морфометрию головного мозга. По такому протоколу было обследовано 94 пациента с подозрением по клиническим данным на наличие ранних признаков болезни Альцгеймера. Анализ МРТ изображений в дальнейшем был разбит на 2 этапа.

На первом этапе работы выполнялась визуальная оценка атрофии с использованием следующий шкал: GCA-шкала глобальной (диффузной) кортикальной атрофии (Global Cortical Atrophy) 1-4 степень диффузной атрофии, МТА-шкала атрофии медиальной височной доли (Medial Temporallobe Atrophy) – 0-4 степень атрофии, Koedam шкала теменной атрофии – 0-3 степень атрофии, Fazekas шкала для поражений белого вещества – 0-3 степень по Fazekas, кроме этого, выполнялся поиск инфарктов в стратегических зонах.

По шкале GCA пациенты были разделены на группы в зависимости от выраженности глобальной (диффузной) кортикальной атрофии. Анализ данных МРТ исследования с использованием шкал визуального анализа данных показал преобладание атрофии медиобазальных отделов височных долей незначительной и умеренной степени у 64 пациентов (68 %), при этом межжючковое расстояние оказалось увеличенным у 27 пациентов (28 %). Атрофические изменения коры теменных долей были гораздо менее выражены.

На втором этапе выполнялась импульсная последовательность 3D-MPRAGE (Magnetization Prepared Rapid Acquisition Gradient Echo) со следующими параметрами: TR=12, TE=5, FOV=25,6, MTX=256, ST=2,0, FA=20. Затем проводилась постпроцессинговая обработка данных последовательности, воксельная морфометрия (voxel-based morphometry – VBM) анатомической МРТ с использованием приложения FreeSurfer. Автоматизированная сегментация мозга выполнялась с использованием программной среды FreeSurfer. Постпроцессинговая обработка МРТ-изображений состояла из нескольких этапов. А) На первом этапе выполнялась 3DMPRAGE-ИП с получением изотропных изображений (1 мм). Б) Основной этап выполнялся при помощи программного пакета FreeSurfer.

В нашем исследовании мы проводили автоматическую сегментацию кортикальных и субкортикальных структур с последующей оценкой ряда параметров. Таким образом, после получения 3D T1 (MPRAGE) изображений постпроцессинговая обработка выполнялась в несколько этапов: 1. преобразование серии изображений в стандартное анатомическое пространство с корректированием изображений в единую систему координат; 2. проведение нормализации, сглаживания и сегментации изображений.

Из этого следует, что сначала программа проводила переориентацию срезов, сопоставляя соответствующие воксели сканов, чтобы нивелировать артефакты движения головы. С учетом индивидуальных особенностей размеров, формы головного мозга и его структур, топографического расположения и кривизны извилин и борозд проводилась пространственная нормализация данных путем создания стандартного шаблона с использованием аффинной жесткой и нелинейной трансформации для выравнивания изображений путем стандартизации их размера и положения. Аффинная трансформация проводится по 12 параметрам (3 смещения изображения, 3 перемещения в

пространстве, 3 вращения по осям X, Y, Z и 3 изменения размера изображения). Преобразованные изображения были затем сегментированы на серое, белое вещество и цереброспинальную жидкость с использованием автоматической классификации тканей, для этого интенсивность сигнала нормализовалась в соответствии с гистограммой интенсивности атласа изображения FreeSurfer.

Проведение операции пространственного сглаживания МР-данных основано на приведении низкочастотных и высокочастотных пикселей к единому среднему значению. Изменения в каждом вокселе оценивались в соответствии с генеральной линейной моделью. Следующим шагом в FreeSurfer является создание топологически правильного представления кортикальной поверхности на полусфере. Поверхности коры лежат либо на интерфейсе WM / GM ткани либо на интерфейсе GM/CSF ткани. Каждая поверхность коры полушария автоматически совмещается со стандартной сферической системой координат. Ключевые компоненты совмещения поверхностей – это поверхностная инфляция с минимальными метрическими искажениями, проекция на сферические координаты, коррекция топологии и деформация на основе информации о поверхностях с целью выравнивания анатомически гомологичных точек. Отображение на стандартной сферической системе координат атласа мозга, заданного FreeSurfer, позволяет осуществить автоматизированное анатомическое выделение участков коры головного мозга. Учитывая большое количество данных в системе, чтобы свести к минимуму время обработки, был использован полностью автоматизированный подход. Для межсубъектного сравнения в том числе рассчитывались и относительные объемы мозговых структур (% от внутрочерепного пространства).

Воксельная морфометрия была выполнена 42 пациентам.

Исследование было «ослеплено» и данные анализировались двумя независимыми радиологами. В результате мы поделили всех пациентов на основании данных МРТ на три условные группы для дальнейшей прицельной тонкой оценки атрофических изменений ключевых структур:

- пациенты с достоверными признаками болезни Альцгеймера – 9 человек, условно названная нами «болезнь Альцгеймера»
- пациенты с возможно ранними признаками болезни Альцгеймера – 11 человек, условно названная нами «ранняя болезнь Альцгеймера»
- пациенты с отсутствием структурных изменений по данным МРТ – 22 человека, условно названная нами «норма».

Сравнительный анализ результатов с использованием следующих методов: Kolmogorov-SmirnovTest, Wald-WolkowitzRuns, Mann-WhitneyUTest продемонстрировал значимое различие между группами по ряду параметров. Так, между группами «норма» и « достоверная болезнь Альцгеймера» были обнаружены достоверные различия показателей воксельной морфометрии в следующих областях: левая парагиппокампальная извилина, левый гиппокамп, левая амигдала, правый гиппокамп, правая амигдала, правая парагиппокампальная извилина, между «нормой» и «ранней болезнью Альцгеймера» по Kolmogorov-SmirnovTest в области левого гиппокампа, по Mann-WhitneyUTest в области левого и правого гиппокампа, по критериям Wald-WolkowitzRunsTest различий между этими двумя группами найдено не было.

Таким образом, по данным исследования установлено, что значение биомаркеров нейронального повреждения чрезвычайно вариабельно на ранней стадии заболевания, использование нейровизуализационных маркеров более информативно для уточнения стадии заболевания, при этом локализация атрофических изменений меняется соответственно стадии заболевания, на раннем этапе деменции альцгеймеровского

типа (по данным нейровизуализации) атрофические изменения затрагивали только гиппокампальную формацию, на стадии достоверных изменений, по данным нейровизуализации, атрофические изменения выявлялись также и в других структурах медиобазального темпорального комплекса, включая миндалину и парагиппокампальную извилину. Следовательно, структурная МРТ как маркер гибели нейронов приобретает диагностическое значение на более поздних стадиях и коррелирует с выраженностью когнитивных нарушений. На стадии раннего заболевания ее необходимо сочетать с данными исследования других биомаркеров и обязательно выполнять в динамике для уточнения прогрессирования заболевания.

КОГНИТИВНЫЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ АНТИДЕПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ И СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

Ахапкин Р.В., Файзуллоев А.З., Емелин К.Э., Александровский Ю.А.

ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского, Москва, Россия

Уровень социального функционирования пациентов является одним из критериев тяжести депрессивного расстройства, а восстановление социальных функций – одна из главных целей антидепрессивной терапии.

Целью исследования являлось определение особенностей когнитивных нарушений и их влияния на социальное функционирование у больных с непсихотическими депрессивными расстройствами.

Материал и методы исследования. В исследование были включены амбулаторные пациенты (71 человек) обоего пола трудоспособного возраста с первичным эпизодом депрессии или повторным депрессивным эпизодом в рамках рекуррентного депрессивного расстройства или с дистимией, имевшие на момент включения общий балл шкалы депрессии MADRS не менее 15, не принимавшие на момент исследования психофармакологических препаратов и давшие письменное согласие на участие в исследовании. Критериями невключения/исключения больных из исследования являлись наличие психотической симптоматики и признаков биполярного аффективного расстройства, а также расстройств шизофренического спектра; присутствие психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ; наличие острых и обострения хронических неврологических и соматических заболеваний; наличие инвалидности; наличие беременности и лактации; назначение антидепрессивной терапии, отличающейся от монотерапии СИОЗС, за исключением присоединения ноотропных препаратов.

Наряду с клинико-психопатологическим обследованием применялась психометрическая оценка выраженности депрессивной симптоматики с использованием шкалы депрессии Монтомгери-Асберг (MADRS) шкалы депрессии Гамильтона (HAMD-17). Уровень социального функционирования оценивался с применением самоопросников – визуальной аналоговой шкалы нетрудоспособности Шихана (SDS) и шкалы качества жизни Q-les-Q (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire), а также структурированных опросников – шкалы PSP (Personal and Social Performance Scale) и шкалы социального функционирования Рустановича. Изучение когнитивных функций пациентов включало тестирование памяти (память на лица), внимания (корректирующая проба с кольцами Ландольта), скорости реакции (простая сенсомоторная реакция), психомоторных (теппинг-тест) и исполнительных функций (тест частичного выбора, тест Струпа,

стресс-тест, реакция на движущийся объект, функциональная подвижность нервных процессов). Психодиагностика проводилась с помощью аппаратно-программного психодиагностического комплекса «МП-05». Абсолютные величины показателей тестов стандартизировались программой «МП-05» относительно средних величин, полученных при тестировании несколько сотен здоровых лиц, и выражались в виде баллов от 1 до 10. Средняя величина для контрольной группы составляла $5,5 \pm 1,0$ баллов. Значение показателя от 4,5 до 3,5 баллов соответствовало уровню «ниже среднего», от 3,5 до 2,5 баллов – «низкому» уровню, а меньше 2,5 баллов – «очень низкому» уровню. Аналогичным образом величины от 6,6 до 7,5 баллов соответствуют уровню показателя «выше среднего», от 7,5 до 8,5 баллов – «высокому» уровню, и свыше 8,5 баллов – «очень высокому» уровню. Математико-статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием компьютерных программ Microsoft Excel и MedCalc.

По своему дизайну исследование являлось проспективным обсервационным. После проведения фонового обследования в исследовании продолжали участие пациенты, которым назначалась монотерапия антидепрессантами группы СИОЗС. В ходе тимоаналептической терапии допускалось присоединение ноотропного препарата.

Динамическая оценка состояния больных, включая клинико-психопатологическое обследование, определение показателей психометрических шкал и психодиагностику, в дальнейшем проводилась на 2-й, 4-й, 6-й, 8-й, 10-й, и 12-й неделях терапии.

Результаты исследования. Показатели социального функционирования у пациентов с депрессивными расстройствами коррелировали с уровнем выраженности депрессивной симптоматики, длительностью депрессивного расстройства, профессиональным статусом пациентов и нарушениями когнитивных функций.

Усредненный когнитивный профиль изученных пациентов с депрессией характеризовался преимущественно нарушениями исполнительных функций, однако в случаях наиболее тяжелых проявлений депрессивной симптоматики отмечалось существенное снижение многих когнитивных функций, включая память, внимание и скорость реакции. Пациенты, имевшие наиболее низкие показатели социального функционирования, отличались также более выраженным уровнем снижения всех когнитивных показателей. Применение антидепрессантов группы СИОЗС способствовало не только купированию депрессивной симптоматики, но и улучшению социального функционирования у пациентов с депрессивными расстройствами, а применение ноотропных препаратов в комбинации с тимоаналептиками у ряда пациентов позволило добиться более существенной редукции симптомов депрессии и более выраженному улучшению когнитивных показателей, в особенности исполнительных функций, за счет чего повышение уровня социального функционирования и качества жизни у них было более значительным по сравнению с пациентами, находившимися на монотерапии антидепрессантами.

КОГНИТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ ПРИ ШИЗОТИПИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ

Виноградова М.Г., Чепелюк А.А.

МГУ им. М.В. Ломоносова, НИИ фармакологии им. В.В. Закусова, Москва, Россия

Интерес к исследованию нарушений когнитивных процессов и их роли в патологии психической деятельности при расстройствах шизофренического спектра, в частности, при шизотипическом расстройстве личности (ШРЛ) обусловлен необходимостью

оценки степени выраженности нарушений психической деятельности в клинической картине, а также рассмотрением когнитивной дисфункции в качестве мишени фармакотерапии (Keefe R.S.E., Haig G.M., et al. 2016; McClure M.M., Harvey Ph. D., et al., 2014; Rosell D.R., Futterman S.E., et al., 2014). Изучение нарушений когнитивных процессов при ШРЛ представляется важным для исследования вопросов восстановления, преодоления ограничений в социальном функционировании, повышения качества жизни и профессиональной адаптации (Goldberg T.E., McLaughlin D. 2011). При этом когнитивная дисфункция может рассматриваться в качестве одного из уровней заболевания наряду с биологическим и феноменологическим. Шизотипическое расстройство личности, являясь переходным фенотипом, связанным с расстройствами шизофренического спектра, позволяет исследовать нарушения психической деятельности, не достигающие уровня психоза, и выявлять роли когнитивных и аффективных факторов в формировании специфических клинических симптомов, отражающих измененное социальное взаимодействие, искажение суждений и эмоционального реагирования.

Цель исследования. Изучение особенностей когнитивных процессов пациентов с ШРЛ.

Материалы и методы. Тест Д. Векслера (взрослый вариант). В исследование включены 32 пациента с диагнозом ШРЛ (F.21.8 по МКБ-1029, средний возраст $29,53 \pm 8,46$ лет) и 32 здоровых испытуемых (средний возраст $31,73 \pm 9,36$ лет). Статистическая обработка данных проводилась в программе IBM SPSS Statistic 22 с использованием однофакторного дисперсионного анализа.

Результаты. Пациенты с ШРЛ отличались от здоровых испытуемых по следующим вербальным субтестам «Осведомленность» ($F(1,64)=6,013$, $p=0,017$), «Понятливость» ($F(1,64)=11,476$, $p=0,001$), «Арифметический» ($F(1,62)=6,759$, $p=0,012$) «Словарный» ($F(1,63)=16,097$, $p=0,0001$). Выполнение субтеста «Осведомленность» характеризовалось парадоксальным сочетанием трудностей извлечения упроченной в опыте информации и легкости в формулировании ответов на наиболее сложные вопросы. Отмечаемое снижение продуктивности пациентов с ШРЛ в субтесте «Понятливость» было обусловлено игнорированием в ответах социального контекста, опорой исключительно на крайне субъективные способы поведения в стимульных ситуациях наряду с доступностью выделения общезначимых признаков, а также формулированием двойных ответов – и с озвучиванием собственной позиции и с решением, исходящим из социальных правил. Наблюдаемое у больных ухудшение показателей в субтестах «Повторение цифр» ($F(1,63)=4,742$, $p=0,033$), «Арифметический» ($F(1,62)=6,759$, $p=0,012$) определялось снижением направленности на запоминание, неравномерной продуктивностью счетных операций. Пациенты не обнаруживали трудностей в решении однофазных задач, демонстрируя точность счета. В то же время, при решении двухфазных задач пациенты решали их то с легкостью, то подменяя решение правильным описанием необходимых действий без достижения конечного результата. Больные с ШРЛ характеризовались неустойчивостью абстрактного уровня обобщений в виде переключений на субъективно-значимые связи со стимульным словом при выполнении субтеста «Словарный». Важно отметить отсутствие различий со здоровыми испытуемыми в выполнении субтеста Векслера «Сходство», где в условиях относительно короткого по времени выполнения и четко заданной инструкции эффективность деятельности пациентов с ШРЛ была соответствующей нормативному уровню.

Пациенты с ШРЛ также обнаруживали снижение продуктивности выполнения отдельных невербальных субтестов Векслера – «Шифровка» ($F(1,60)=14,044$, $p=0,0001$), «Недостающие детали» ($F(1,63)=12,749$, $p=0,001$) в сравнении со здоровыми испытуемыми. Наблюдаемое у больных снижение продуктивности выполнения в субтесте

«Шифровка» было обусловлено формированием субъективного стереотипа выполнения и следованием ему даже при рассогласовании с требованиями внешне заданного образца в условиях отсутствия различий со здоровыми испытуемыми в скорости выполнения данного субтеста. В условиях повышения степени неопределенности информации и ее эмоциональной нагруженности в субтесте «Недостающие детали» отмечалась множественность ответов с трудностями выбора конкурирующих гипотез, предполагающего отвержение одних гипотез и принятие других. Важно отметить отсутствие различий в продуктивности выполнения остальных невербальных субтестов Векслера («Кубики Коса», «Последовательные картинки», «Складывание фигур») между пациентами с ШРЛ и здоровыми испытуемыми. Данный результат отражает доступный пациентам с ШРЛ высокий уровень продуктивности процессов анализа соотношений части и целого в условиях наличия внешне заданного образца (субтест «Кубики Коса»), анализа различных составляющих внутри целостного сюжета с социальным контекстом («Последовательные картинки»), построения мысленного образа результата при конструировании целого из отдельных деталей («Складывание фигур»).

Заключение. Больные с ШРЛ характеризуются неравномерной продуктивностью когнитивных процессов, связанной с трудностями переключения с нерелевантных элементов информации, устойчивостью сформированного стереотипа выполнения и следованием ему даже при рассогласовании с заданными условиями, трудностями отторгивания субъективно-значимых ответов. При этом выделяются специфические компенсаторные стратегии, отражающие особенности личностного реагирования (замена окончательного результата описанием хода решения, актуализация избыточного числа связей между разнородными элементами) и позволяющие находить наряду со своеобразными решениями, решения, соответствующие нормативному выполнению. Выявленные особенности когнитивных процессов у пациентов с ШРЛ в виде неравномерной продуктивности и существования ряда компенсаторных стратегий представляются значимыми с позиций адаптационных возможностей данной группы пациентов в поддержании и восстановлении доступного уровня социального и профессионального функционирования, выбора терапевтических и психотерапевтических тактик.

КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МРТ И МР-МОРФОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Воробьев С.В., Соколов А.В., Фокин В.А.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Когнитивные нарушения представляют собой актуальную медицинскую и социальную проблему. В качестве одной из основных причин когнитивных нарушений у молодых лиц рассматривается черепно-мозговая травма (ЧМТ).

В настоящее время широкое распространения при исследовании когнитивных функций получил ряд новых методик на основе магнитного резонанса. Нами у пациентов с посттравматическими когнитивными нарушениями была проведена функциональная магнитно-резонансная томография (фМРТ) и магнитно-резонансная морфометрия (МР-морфометрия). Были обследованы 3 группы больных. Первую (контрольную) составили 20 испытуемых, не имевших когнитивных нарушений. Во вторую группу входили 22 человека с посттравматическими легкими и умеренными когнитивными нарушени-

ями (ЛКН и УКН), с повторной легкой ЧМТ в анамнезе. Третью группу составили 19 пациентов с синдромом посттравматических УКН, перенесшие тяжелую ЧМТ. Исследование выполняли на МР-томографе «Symphony» («Siemens», Германия) с магнитной индукцией 1,5 Тесла. Постпроцессинговая обработка проводилась с помощью программного обеспечения SPM8. Для выполнения фМРТ была разработана специальная парадигма для активации структур, участвующих в зрительном запоминании. Выполнялась визуальная оценка с помощью приложения xjView (SPM8 toolbox), групповой и межгрупповой анализа с идентификацией анатомических областей головного мозга, имевших статистически значимую активацию. При проведении МР-морфометрии производили межгрупповой анализ с идентификацией анатомических зон, имевших статистически значимые различия объемов. После этого выполнялось наложение на индивидуальные стандартизованные изображения «масок» областей головного мозга в программе MRICroN с подсчетом объемов.

Анализ результатов фМРТ позволил выявить ряд зон головного мозга, активация которых специфична для конкретной группы испытуемых. Так в контрольной группе такие зоны располагались в левых медиальной лобной и веретенообразной извилинах, правом переднем отделе поясной извилины, оgrade и медиальном бледном шаре. У пациентов, перенесших легкую повторную ЧМТ – в левой верхней теменной доле, левой островковой доле, правой веретенообразной извилине и в скорлупе с обеих сторон. Для больных, перенесших тяжелую ЧМТ, было характерно наличие активаций в левой нижней лобной извилине, заднем левом отделе поясной извилины, правой островковой доле и с обеих сторон в таламусе. Также у пациентов с посттравматическими когнитивными нарушениями обнаружено вовлечение в процессе выполнения задания дополнительных областей, носящее компенсаторный характер, вследствие недостаточной активности специфичных анатомических зон, участвующих в реализации парадигмы. При проведении МР-морфометрии установлено, что у пациентов, перенесших повторную легкую ЧМТ, развитие атрофического процесса не является характерным признаком. В то же время у больных с тяжелой ЧМТ в анамнезе обнаружены достоверные уменьшения в объеме ряда зон, преимущественно в лобной и височной долях головного мозга, по сравнению как с группой контроля, так и с больными, перенесшими легкую ЧМТ.

Таким образом, полученные данные могут использоваться в качестве маркера, позволяющего оценить тяжесть перенесенной ЧМТ, определить выраженность патологических изменений, а также проводить раннюю дифференциальную диагностику в сложных случаях. Комплексная оценка результатов фМРТ и МР-морфометрии значительно повышает точность исследования.

НАРУШЕНИЯ СНА И КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЛЮДЕЙ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Вострокнутова О.О.

СОКПБ, Екатеринбург, Россия

Общая распространенность нарушений сна в популяции составляет 3.1 %, что сопоставимо с распространенностью сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета и инсульта. Нарушения сна встречаются во всех возрастных группах и имеют различные этиологию и механизмы развития. До 33-45 % лиц пожилого возраста обнаруживают инсомнии, а у пожилых, находящихся на стационарном лечении, нарушения сна

могут встречаться в 90 % случаев. Когнитивные расстройства у пожилых – часто встречающийся феномен, так не менее 5 % лиц старше 65 лет страдают деменцией. Еще у 12-17 % лиц старших возрастных групп выявляются когнитивные нарушения, выходящие за пределы возрастной нормы, но не достигающие выраженности деменции. При когнитивных расстройствах факультативные психопатологические феномены весьма разнообразны, при этом нарушения ночного сна и ночного поведения являются наиболее часто встречающимися. Нарушения сна отрицательно влияют на когнитивные функции человека, ухудшают качество жизни и здоровье, вызывают социальную дисфункцию, снижение работоспособности, тревожные состояния и даже нарушения поведения, что нередко требует назначения медикаментозного лечения, в т.ч. коррекции психотропными препаратами. Необходимость назначения психотропных средств людям старших возрастных групп, в свою очередь, является нежелательным и становится самостоятельным мощным стрессорным фактором для ухаживающих лиц.

Целью настоящей работы является изучение клинических особенностей нарушения ночного сна и ночного поведения у лиц старших возрастных групп с когнитивными расстройствами. По результатам многочисленных обзоров, инсомния может быть независимым фактором развития когнитивных дисфункций. Исследователи из Медицинской школы Вашингтонского университета в Сент-Луисе провели эксперимент на грызунах и выявили связь между сном и развитием деменции. Ими отслеживался уровень амилоидного белка посредством исследования ликвора. Установлено, что во время сна концентрация белка у мышей понижается, а при искусственно вызванной инсомнии значительно возрастал уровень амилоида. Вероятно наличие связи между расстройствами сна и развитием деменции у людей. В Тайване проведены пятилетние исследования по оценке и сравнению риска развития деменции у людей старше 40 лет с синдромом обструктивного апноэ во сне и без него, согласно которым у пациентов с СОАС риск развития слабоумия в течение 5 лет после установления диагноза был в 1,70 раза больше по сравнению с лицами, не страдающими СОАС. В возрастной группе 50-59 лет риск развития деменции у мужчин, страдающих СОАС, был выше в 6.08 раз. А у пациенток старше 70 лет с СОАС риск развития деменции был больше в 3,20 раза, чем у женщин, не имеющих синдрома обструктивного апноэ во сне.

Среди всех вторичных нарушений сна в пожилом возрасте 2/3 приходится на психические заболевания, в том числе деменцию. Нарушения сна наблюдаются у 25 % больных с легкой и умеренной степенью деменции и у 50 % – с выраженной и тяжелой. При деменциях нарушения сна обусловлены нарушением суточного ритма в виде инверсии сна с бодрствованием в ночное время и сонливостью днем, происходит дегенерация ядер Мейнерта, супрахиазмальных ядер гипоталамуса, гормональные нарушения, снижение уровня мелатонина в плазме крови и изменение ритма внутренней температуры тела. Эти состояния сопровождаются дезориентированностью, беспокойным поведением. 25-35 % лиц, страдающих болезнью Альцгеймера, имеют нарушения сна, что является результатом прогрессивного ухудшения и уменьшения числа нейронов в супрахиазматическом ядре, вследствие чего возникают колебания нейrogормонов, имеющих решающее значение в поддержании гомеостаза циркадного ритма. В ночное время происходит фрагментация сна, увеличение латентности сна, снижение медленного сна, а также увеличение в дневное время сонливости. Усугубляется спутанность сознания, усиливаются блуждания, ажитации, возникающие чаще во второй половине дня, вечером.

Лечение нарушений сна у лиц старших возрастных групп, в особенности с когнитивными расстройствами, представляет большие трудности. Описан феномен ятрогенной инсомнии у пожилых. Некоторые лекарственные препараты способны вызвать

бессонницу, например, психотропные средства, ноотропы, кортикостероиды, бронходилататоры, бетаблокаторы и фенитоин, некоторые антибиотики (хинолоны), гиполипидемические средства, антипаркинсонические препараты, противокашлевые средства и др. Лекарственные средства, используемые при лечении болезни Паркинсона и БА, способствуют возникновению сонливости в дневное время, а в ночное – пробуждений. Леводопа уменьшает продолжительность фазы быстрого сна. Агонисты дофамина могут вызывать «приступы» сонливости в дневное время. Антихолинергические препараты в ночное время стимулируют и могут усугубить спутанность и галлюцинации. Атипичные антипсихотики, такие как оланзапин и рисперидон, потенцируют дневную усталость и сонливость.

Хотя нарушения сна у лиц старших возрастных групп часто встречаемая и чрезвычайно актуальная проблема для единых концептуальных подходов к терапии нет, отсутствуют четко разработанные алгоритмы диагностики и безопасной коррекции расстройств сна.

КОГНИТИВНЫЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ, НА РАННЕМ ЭТАПЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Гуреева И.Л., Гомзякова Н.А.

*ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева,
Санкт-Петербург, Россия*

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) или инсульт является одной из наиболее важных проблем в медицине, так, по данным ВОЗ, каждые 30 секунд на нашей планете у кого-то развивается мозговой инсульт, а каждые 3 минуты умирает один из жителей Земли. Ежедневно в Санкт-Петербурге ОНМК возникают у 30-85 жителей. Инсульт не проходит бесследно и оставляет после себя когнитивные и эмоциональные нарушения, велики и социально-экономические проблемы данной патологии. Поскольку ОНМК – это одно из наиболее распространенных и опасных по течению и исходу заболевание, актуальным является изучение когнитивных и эмоционально-личностных особенностей у таких больных, что позволит оптимизировать диагностический подход и выбор лечебных и реабилитационных мероприятий для обеспечения наилучшего исхода заболевания и повышения качества жизни больных.

Чаще всего в нашей стране реабилитационные мероприятия начинаются после выписки из стационара, что может отразиться на результативности, поскольку раннее и дозированное вмешательство требуется уже на ранних этапах после перенесенного инсульта. Нередко прежде, чем получить помощь специалистов, человеку приходится проходить множество этапов оформления, такие как получение инвалидности и индивидуальной программы реабилитации. К сожалению, немногие отделения работают в рамках мультидисциплинарного подхода и оказывают реабилитационные мероприятия на этапе госпитализации, но там, где такие бригады существуют, уже устоялись свои цели, задачи и методы работы у каждого специалиста (невролог, врач-ЛФК, логопед). Поскольку клинические психологи совсем недавно стали входить в мультидисциплинарные бригады неврологических отделений, с учетом большого количества пациентов, кратких сроков госпитализации (до 2-х недель), требуется оптимизация работы клинического психолога в стационарах.

Цель: Исследование эмоциональных и когнитивных нарушений у пациентов после ОНМК для последующей разработки схемы диагностики и программы краткосрочной нейропсихологической реабилитации в условиях неврологического стационара для пациентов, перенесших ОНМК.

Материалы и методы: Мы провели экспериментально-психологическое обследование 81 пациента в возрасте от 38 до 81 года, перенесших ОНМК и находившихся на лечении в отделении неврологии №1 ГМБП №2. В исследовании применялись следующие тесты: MMSE, МОСА, КНОКС, шкалы депрессии и тревоги Гамильтона и визуальная аналоговая шкала субъективного качества жизни. Локализация очага поражения не учитывалась в связи с огромным многообразием и уникальностью инсультов и трудностями (техническими и временными) для сбора и классификации по локализациям.

Результаты и их обсуждение: у пациентов с геморрагическим инсультом наблюдалась большая вариативность по сумме баллов теста МОСА (Ст.откл=5,81) и по сумме баллов в тесте MMSE (Ст.откл=5,35). Такой разброс можно объяснить степенью поражения головного мозга, поскольку в первую неделю после кровоизлияния нарастают явления отека мозга и в клинической картине преобладают общемозговые симптомы, регресс симптоматики очень индивидуален. При сравнении 2 групп пациентов, перенесших ОНМК по ишемическому и геморрагическому типу, по критерию Манна-Уитни (U-критерий) выявляются значимые различия. С тестом МОСА лучше справлялись пациенты с ишемическим инсультом, максимальные различия отмечаются в субтесте «Абстракция» ($Z=-3,15$) и в «Сумме баллов по МОСА» ($Z=-3,14$) ($p=0,001$). Снижение успешности выполнения субтеста «Абстракция» (обобщение понятий), связано с нарушением операциональной стороны мышления, снижается способность к обобщению и абстрагированию от конкретных признаков. Значимые различия наблюдаются в субтестах: «Ориентация» ($Z=-2,57$; $p=0,01$), «Внимание» ($Z=-2,28$; $p=0,02$), «Зрительно-конструктивные навыки» ($Z=-2,08$; $p=0,04$), «Речь» ($Z=-1,97$; $p=0,05$). С перечисленными субтестами группа пациентов, перенесших ОНМК по геморрагическому типу, справлялась значительно хуже, чем пациенты, перенесшие ишемический инсульт. Таким образом, при геморрагическом ОНМК по методике МОСА наиболее нарушаются следующие когнитивные функции: ориентация, внимание, зрительно-конструктивные и регуляторные навыки, речь. В целом обе группы набрали менее 26 баллов по тесту МОСА (среднее значение в группе с ишемическим ОНМК: 24,6 балла, в группе с геморрагическим ОНМК: 19,8), что указывает на наличие когнитивных нарушений.

С тестом MMSE наблюдается похожая картина, пациенты с геморрагическим инсультом хуже справлялись с заданиями, чем группа с ишемическим инсультом. По критерию Манна-Уитни ($p=0,001$) максимально значимые различия выявляются по общему баллу MMSE ($Z=-3,19$) и субтесту «Внимание и счет» ($Z=-3,15$). Значимые различия ($p=0,02$) отмечаются по субтестам «Речь, чтение, письмо» ($Z=-2,36$) и «Память» ($Z=-2,26$). Группа с геморрагическим инсультом набрала 23,6 балла (средние значения), что находится на пограничном уровне между легким когнитивным расстройством и легкой деменцией. Группа с ишемическим инсультом в среднем справились на 27,7 баллов, что также находится на пограничном уровне между легкими когнитивными нарушениями и нормой. Таким образом, по методике MMSE у пациентов с геморрагическим инсультом выявляются нарушения внимания и счета, памяти, речи, чтения и письма. У пациентов с ишемическим инсультом по тесту MMSE когнитивные расстройства диагностируются слабо, что следует учитывать при диагностике, поскольку задания данной методики, по всей видимости, легкие для этой группы, например, задание на память содержит всего 3 слова.

По шкалам тревоги и депрессии Гамильтона значимых различий между группами не выявлено, но группа с ишемическим типом ОНМК чуть лучше оценивала свое качество жизни, при этом тревожные и депрессивные проявления были несколько сильнее, чем у группы с геморрагическим типом. Субъективная оценка качества жизни имеет среднее значение (5 и 5,22 из 10). В целом, депрессивных и тревожных нарушений у пациентов с ОНМК не выявлялось, эмоциональные расстройства встречались в индивидуальных случаях. У больных с ишемическим типом ОНМК высокая вариативность результатов выявилась по шкале депрессии Гамильтона (Ст.откл=4,69). Следует подчеркнуть, что обследуемые пациенты не имели выраженной афазии, выраженных двигательных (параличи, парезы) и сенсорных (гемианопсия) нарушений, что могло бы существенно отразиться на эмоциональном состоянии.

Таким образом, в большей степени у всех пациентов с ОНМК нарушаются следующие когнитивные функции: память, внимание, зрительно-конструктивные навыки, речь, чтение, письмо, но наиболее выраженные нарушения встречаются при геморрагическом инсульте, при легких когнитивных расстройствах у пациентов с ОНМК методики MMSE и КНОКС не являются достаточно чувствительными диагностическими инструментами, тест МОСА более информативен, оценка ведущих нарушений когнитивных функций у пациентов с ОНМК позволяет выделить 4 варианта (церебро-астенический, аттентивно-мнестический, зрительно-конструктивный, абстрактно-логический). Нами была разработана схема нейропсихологического обследования и программа краткосрочной реабилитации в условиях стационара пациентов, перенесших ОНМК с аттентивно-мнестическим вариантом нарушений.

Заключение. В условиях ограниченного времени и большого количества пациентов на остром инсультном отделении лучше применять чувствительные экспресс методики, но по возможности проводить более информативное обследование (использование классических и стандартных патопсихологических и нейропсихологических тестов). В дальнейшем мы планируем разработать комплекты реабилитационных программ для других вариантов нарушений когнитивных функций при ОНМК.

ОБОСНОВАНИЕ ПЕРСПЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НЕЛИНЕЙНОЙ СТИМУЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ПОДДЕРЖАНИИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Зуева М.В.

Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, Москва, Россия

Перспективность применения технологий нелинейной стимуляции головного мозга для реактивации нейропластичности, способствующей восстановлению структуры и активности нейрональных ансамблей, когнитивных функций и поведения человека при связанных с возрастом неврологических и психических заболеваниях не вызывает сомнений. Ранее была сформулирована гипотеза, связывающая развитие и поддержание нормальной структуры нейронных сетей и функциональной активности головного мозга со сложностью зрительных и других сенсорных сигналов среды, влияющих на человека в течение жизни. Предполагается, что дефицит нелинейных характеристик окружающей световой среды ассоциируется с аномалиями развития и старения ЦНС. Доказывается необходимость поддержания сложной динамики нейрональной активности не только

при заболеваниях сетчатки и головного мозга, но и в различных ситуациях, ведущих к упрощению этой динамики у здорового человека.

Сегодня активно изучаются различные пути реактивации пластичности взрослого и стареющего мозга для повышения эффективности лечения нейродегенеративной патологии, последствий травм и инсультов головного мозга и коррекции поведения. Потенциал пластичности можно усилить с помощью различных обучающих технологий, включая физические и перцептивные тренировки. Многие методики реактивации нейропластичности созданы в рамках концепции т.н. «обогащения среды» (“Environmental Enrichment”). Для замедления связанного с возрастом снижения когнитивных функций используются обучение новым навыкам, иностранным языкам, физические упражнения, обучение игре на музыкальных инструментах, слушание музыки, компьютерные игры. Отметим, что эффективность разработанных программ и технологий пока недостаточно велика и не подтверждена на высоком уровне доказательной медицины. Например, полезный эффект технологий виртуальной реальности и физиотерапии, направленных на улучшение структуры походки и постуральной стабильности при болезни Паркинсона, недавно был признан слабым.

С другой стороны, головному мозгу внутренне присуща способность синхронизации волн нейрональной активности с ритмом внешнего сигнала, что широко используется в лечении некоторых патологических состояний, в частности, с помощью аудиовизуальной терапии и неинвазивной стимуляции мозга режимами прерывистой транскраниальной магнито- и электростимуляции. Нелинейные флуктуации различных физических и физиологических параметров системы, называемые «шумами», классифицируют в зависимости от их спектральной плотности ($1/f\beta$) по системе, принятой в электронике и акустике. По наличию случайных параметров все процессы (или динамические системы) разделяют на стохастические (случайные), детерминированные (периодические и квазипериодические колебания), и детерминированно-хаотические (фрактальные) процессы. В детерминированных процессах состояние системы полностью определяется начальными значениями и может быть предсказано для любого момента времени (например, при гармонических колебаниях). Для стохастических процессов знание их поведения в некотором интервале времени позволяет определить лишь вероятностные характеристики поведения системы вне изученного интервала. В отличие от стохастических, детерминированно-хаотические флуктуации параметров являются высоко коррелированными, и поведение системы определяется конечным количеством действующих факторов. Хорошо документировано, что здоровые физиологические процессы отличает фрактальная сложность динамики, например, доказана нелинейная динамика осцилляторной активности мозга, ритма дыхания и сердцебиений. Нарушение нормальной динамики функций при патологии может приводить к возникновению высоко периодического поведения или к полностью некоррелированным, стохастическим флуктуациям. Упрощение активности головного мозга и структуры нейронных сетей установлены при старении человека и таких заболеваниях как болезнь Альцгеймера и Паркинсона, шизофрения. Мы обосновываем, что применение нелинейной стимуляционной терапии может быть перспективным в терапии неврологических расстройств и травм головного мозга, как метода, способствующего повышению эффективности восстановления его анатомической связности и функциональной активности, когнитивных функций и поведения человека. С другой стороны, можно ожидать, что технологии нелинейных воздействий на мозг здорового человека будут полезными для восстановления и усиления когнитивных функций в экстремальных условиях работы и стрессорных ситуациях, а также для быстрого восстановления умственной и физической работоспособности при

тяжелой нагрузке, включая спорт. Оптимизация сложности активности головного мозга должна способствовать расширению его адаптационного резерва и поддержанию высокого уровня критичности. Нами обосновывается перспективность развития методов управления пластичностью мозга для длительного сохранения когнитивных функций у здоровых пожилых людей (достижения ментального долголетия), предотвращения или ослабления деменции.

ГОЛОВНЫЕ БОЛИ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ: ДВЕ НОЗОЛОГИИ, ОДИН ПАТОГЕНЕЗ

Калыгин С.А., Искра Д.А.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Деменция чрезвычайно распространенное проявление нейродегенеративных и сосудистых заболеваний головного мозга. Она существенно влияет на качество жизни и считается одной из основных причин инвалидизации пожилых людей в общей популяции. В мире насчитывается 47,5 млн. человек с данным диагнозом и ежегодно происходит увеличение на 7,7 млн. человек. Раннее выявление когнитивных нарушений и своевременное начало лечения, безусловно, будет способствовать повышению качества жизни пациентов и замедлению или предотвращению наступления деменции. Одним из направлений, активно разрабатываемых последнее время в неврологии, является выявление возможных взаимосвязей патогенеза когнитивных нарушений и цефалгий.

Головные боли входят в число самых распространенных симптомов и/или заболеваний центральной нервной системы. Наиболее часто встречаемой формой краниалгий является головная боль напряжения. Ее распространённость в течение жизни в общей популяции, по данным различных авторов варьирует от 30 до 78 %. В этой связи, большая часть исследований по определению частоты встречаемости и выраженности когнитивных расстройств среди пациентов с цефалгиями проводится прежде всего в группах с головной болью напряжения.

Целью исследования являлось изучение современного состояния проблемы патогенетической взаимосвязи когнитивных нарушений и головной боли напряжения по данным литературных источников.

В результате исследования было установлено наличие у пациентов с хроническим болевым синдромом, в том числе с головной болью напряжения, дистрофических изменений в отделах головного мозга, участвующих в восприятии и регуляции боли (таламус, островок, префронтальная кора, кора передней части поясной извилины, постцентральная извилина, базальные ганглии, миндалина, гиппокамп и некоторые отделы теменной и височной области). Некоторые участки головного мозга, относящиеся к ноци- и антиноцицептивной системе, отвечают и за когнитивные функции (префронтальная кора, кора поясной извилины, височно-теменной узел, островок, таламус и миндалина). У пациентов с хронической головной болью напряжения было выявлено уменьшение объёма серого вещества в поясной извилине, островке, префронтальной коре и парагиппокампе.

В настоящее время доказано, что пациенты с сахарным диабетом, артериальной гипертензией, дислипидемией, ишемической болезнью сердца, хронической обструктивной болезнью легких, депрессией, черепно-мозговой травмой, инсультом и болезнью Паркинсона имеют больший риск развития когнитивных нарушений при наличии сопутствующей головной боли напряжения, чем без неё.

Почему головная боль напряжения является фактором риска развития когнитивных нарушений пока не ясно, но данные, полученные в результате проведенных исследований, могут помочь в выявлении патофизиологических процессов, реализующихся при головной боли напряжения и приводящих к нарушению когнитивных функций.

Таким образом, профилактика и лечение головной боли напряжения должны входить в перечень мероприятий, направленных на предотвращение развития когнитивных нарушений. Оценка когнитивных функций у всех пациентов с головной болью напряжения является необходимым диагностическим тестом для раннего выявления риска развития когнитивного дефицита.

ВЫВЕДЕНИЕ АМИЛОИДНОГО БЕЛКА ИЗ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА: РОЛЬ СОСУДИСТЫХ ФАКТОРОВ РИСКА

Лобзин В.Ю., Колмакова К.А.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

В соответствии с современными представлениями о патогенезе болезни Альцгеймера (БА) развитие прогрессирующей нейродегенерации сопряжено с накоплением амилоидного белка и образованием бляшек, а также с разрушением внутренней мембраны нейрона вследствие гиперфосфорилирования тау-протеина с образованием нейрофибриллярных клубков. Однако β -амилоид ($A\beta$) обнаруживается в умеренных количествах в плазме крови и цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) у здоровых лиц, выполняя трофическую и защитную функцию. При генетически-детерминированной БА с ранним началом нарушается процесс расщепления APP α -секретазой, а расщепление APP β -секретазой приводит к образованию нерастворимого мембранного белка с большей молекулярной массой, разрушение которого γ -секретазой в свою очередь приводит к образованию патологической изоформы $A\beta$ 1-42. $A\beta$ -42 накапливается в головном мозге, приводя к образованию внеклеточных агрегатов – амилоидных бляшек и запуская каскад патологических процессов, приводящих к развитию нейрофибриллярных клубков и прогрессированию БА.

Концентрация несвязанного бета-амилоида в головном мозге в физиологических условиях приблизительно в шесть раз выше, чем в плазме. Уровень $A\beta$ в головном мозге определяется балансом между его синтезом и его клиренсом. Любое изменение клиренса амилоида оказывает патологическое воздействие на уровень растворимого β -амилоида в головном мозге. Физиологический уровень β -амилоида контролируется несколькими факторами: регулирование расщепления и производства $A\beta$, образование $A\beta$ и его транспорт через гематоэнцефалический барьер (ГЭБ), протеолиз $A\beta$. Непосредственно в головном мозге $A\beta$ может быть утилизирован с помощью микроглии, фагоцитоза и протеолитического расщепления неприлизином.

Однако большая часть $A\beta$, выполнившего свою физиологическую роль, выводится из головного мозга: через ГЭБ с помощью взаимодействия с рецептор-связывающим белком липопротеидов низкой плотности (LRP1), дренажом из межклеточной жидкости в спинномозговую жидкость через периваскулярные пространства и лимфатические пути, реабсорбции из спинномозговой жидкости в венозную кровь с помощью паутинных ворсинок и гемато-цереброспинальный барьер, или в лимфатической системе через периваскулярные и периневральные пространства. В этой связи особую роль в развитии БА, в особенности спорадической, играет нарушение клиренса $A\beta$ через периваскулярные

пространства Вирхова-Робена. Выведение А β осуществляется по градиенту пульсового давления преимущественно в диастолическую фазу. В экспериментальных данных убедительно показано, что клиренс А β наиболее интенсивен в ночное время, когда диастолическое давление стремится к наименьшим значениям. Сосудистые факторы риска оказывают влияние на клиренс А β . Артериальная гипертензия, гипергомоцистеинемия, сахарный диабет, курение, гиперлипидемия приводят к атеросклерозу крупных сосудов, изменению эластико-тонических свойств мелких артерий, что, в свою очередь, нарушает процесс выведения А β , способствует его отложению, в том числе и в стенках артерий, и компенсаторному расширению периваскулярных пространств, гипоперфузии головного мозга и потенцирует развитие БА.

В этой связи коррекция сосудистых факторов риска, направленная на улучшение клиренса продуктов обмена головного мозга и, в частности, А β -амилоидного белка – одно из наиболее перспективных и патогенетически обоснованных направлений коррекции когнитивных нарушений.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ДЕМЕНЦИИ: ПОЛЬЗА ИЛИ ВРЕД?

Лобзин В.Ю., Сулин К.А., Колмакова К.А.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Польза от применения статинов в первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и лечении дислипидемии не вызывает сомнений. Установлено, что гиперхолестеринемия в среднем возрасте, стимулируя образование А β -амилоидного белка, является независимым фактором риска развития болезни Альцгеймера. Пониженный уровень холестерина *in vitro* приводит к увеличению активности α -секретазы, способствующей расщеплению амилоидного белка. Поэтому, на первый взгляд, применение статинов при цереброваскулярной патологии, в том числе и для профилактики когнитивных нарушений, полностью обосновано.

Тем не менее, в последнее время встречаются сведения о негативном влиянии различных групп гипохолестеринемических препаратов на состояние когнитивных функций, что ставит под сомнение обоснованность назначения таких препаратов у пациентов с интеллектуально-мнестическими расстройствами.

Проведен мета-анализ результатов клинических исследований с 26,340 участниками суммарно в возрасте от 40 до 82 лет, из которых 11610 были в возрасте 70 лет и старше. Все участники имели в анамнезе сердечно-сосудистые заболевания или факторы риска их развития. В исследованиях использовали симвастатин и правастатин. Средний период наблюдения за пациентами составил 3,2 года в одном исследовании и 5 лет в другом. Когнитивные функции оценивались при помощи 5 разных когнитивных тестов, и не было обнаружено никаких различий между пациентами, получавшими статины или плацебо. Несмотря на сведения о рисках применения статинов, в которых имеются указания на возможность появления таких симптомов как потеря памяти, забывчивость и спутанность сознания, убедительных доказательств отрицательного эффекта статинов на когнитивную функцию получено не было.

Обобщение исследований, в которых изучались возможности липофильных и гидрофильных статинов, а также гиполипидемических препаратов из других групп (эзетимиб, гемфиброзил, фенофибрат и холестирамин), показало возможность таких препаратов

вызывать ухудшение мнестических либо интеллектуальных функций, потенцировать прогрессирование болезни Альцгеймера. Проведен анализ 25 плацебо контролируемых рандомизированных клинических исследований, в которых в общей сложности приняли участие 46,836 человек. В большинстве из них не было выявлено когнитивных нарушений, но лишь 5 исследований включали максимальные дозировки препаратов. Однако нейротоксический эффект высоких доз статинов был показан на лабораторных животных. Также было описано 2 случая снижения памяти после приема симвастатина 20 мг/сут и восстановления функции через 3 месяца после отмены препарата.

Согласно современным данным, появление таких симптомов может быть связано с возможностью липофильных статинов (симвастатин, аторвастатин и др.) преодолевать гемато-энцефалический барьер в отличие от гидрофильных (правастатин и розувастатин). Вероятные статин-индуцированные когнитивные повреждения включают: ухудшение проницаемости нейрональной и глиальной клеточной мембраны вследствие снижения уровня холестерина, что приводит к нарушению аксональной проводимости электрических импульсов и уменьшению миелинизации, а также увеличение окислительного стресса по причине снижения работы митохондрий, что происходит вследствие снижения статинами уровня коэнзима Q10.

Следовательно, при назначении статинов пожилым пациентам с когнитивными расстройствами или с риском их развития необходимо учитывать потенциальный негативный эффект назначения липофильных статинов и отдавать предпочтение гидрофильным статинам (правастатин, розувастатин и флувастатин).

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ ДЕМЕНЦИЕЙ В АЛЬЦГЕЙМЕРОВСКОМ ЦЕНТРЕ

Михайлова Н.М., Андросова Л.В.

НЦПЗ, Москва, Россия

Альцгеймеровские центры и клиники памяти признаются оптимальной формой внебольничной помощи больным деменцией. Многолетний опыт работы Альцгеймеровского центра в структуре отдела гериатрической психиатрии (зав. отделом профессор С.И. Гаврилова) НЦПЗ позволил разработать концепцию и организационные основы оказания современной амбулаторной помощи больным деменцией. Одним из принципов оказания помощи больным деменцией является персонифицированный подход.

Цель работы – изложить особенности персонифицированного подхода к амбулаторному ведению больных деменцией в условиях Альцгеймеровского центра.

Результаты и обсуждение Опыт ведения больных деменцией основан на анализе более 2000 тысяч наблюдений больных деменцией в Альцгеймеровском центре НЦПЗ. Понятие персонализации или персонификации в отношении больных деменцией рассматривается в двух значениях. Одно значение предполагает индивидуальный лечебно-диагностический подход в оценке отдельного случая болезни, другое предполагает обращение к личности больного, а не к деменции, учёт индивидуальных потребностей в связи с заболеванием, поддержание чувства собственного достоинства больного, всестороннюю оценку конкретных особенностей повседневного существования больного деменцией в семье и обществе. Пациент-центрированная врачебная позиция касается всех сторон ведения больного и сохраняется на всех этапах оказания медико-социальной помощи.

Дифференцированный диагностический подход. Первичная деменция позднего возраста представляет собой семейство сложных заболеваний, клинически демонстрирующих разнообразие перекрывающихся симптомов. Следование международным и отечественным критериям диагностики и стандартам терапии (Гаврилова С.И., 2007, 2013) реализуется с учётом индивидуальных проявлений заболевания. Первый шаг в диагностике требует исключения причин обратимой деменции, таких как гипотиреоз, гиповитаминоз, депрессия, лекарственная и алкогольная интоксикация, сердечно-сосудистая и другие виды соматической патологии. В практике в условиях мультиморбидности у больных деменцией становится необходимой оценка вклада каждого из этих факторов риска когнитивного снижения в клиническую картину деменции и течение заболевания в целом. В первую очередь это касается состояний смешанной деменции при болезни Альцгеймера, то есть сочетанной с церебрально-сосудистым заболеванием или с другими нейродегенеративными и соматическими заболеваниями. Несмотря на достижение консенсуса в отношении диагностических критериев, заболевание неправильно диагностируется в 10-37 % случаев. Клиническая точность проблематична, когда имеет место смешанная патология и на ранних стадиях заболевания, когда симптомы ещё нечёткие и неразличимые. Обследование в случаях деменции позднего возраста включает все три подхода (клинический, нейровизуализационный, лабораторное тестирование). Многообещающим с целью устранения диагностических расхождений является использование биохимических маркёров (биомаркёров), особенно ликворных. Ликвор образно называют «окном в мозг». В отечественной психоневрологической практике ликворные маркёры используются пока только в рамках исследований, но входят в сетки современных международных критериев диагностики деменций (критерии Американской Альцгеймеровской Ассоциации и DSM-5).

Клиническая картина деменции при БА в зависимости от *раннего или позднего возраста её начала* может варьировать, выступая за рамки известных различий при этих формах. Характерные симптомы болезни Альцгеймера с поздним началом могут наблюдаться при ранней манифестации заболевания в пресенильном возрасте, и, напротив, раннее присоединение корковых очаговых расстройств, таких как афазия, апраксия, агнозия, и галопирующее течение может оказаться проявлением деменции с поздним началом. Существенные индивидуальные различия имеет темп прогрессивности деменции, что имеет значение для ведения больных в практике и оценки ближайшего и отдалённого прогноза заболевания.

Индивидуальная значимость результатов инструментальной диагностики деменций. Из радиологических методов инструменты структурной нейровизуализации (МРТ головного мозга) могут обнаруживать региональную атрофию в ключевых областях мозга, поражённых БА, таких как медиальные височные доли мозга (особенно гиппокамп). Тем не менее, широкие индивидуальные вариации между больными делают оценку этих данных трудной. Для рутинных случаев функциональная нейровизуализация не нужна, но показана при раннем начале БА, так как в молодом возрасте часты другие причины. Функциональные методы нейровизуализации, включая СПЕКТ, ПЭТ, МРТ-спектроскопию, также рассматриваются как способствующие обнаружению БА или дифференциальному диагнозу. Однако, они не могут быть рекомендованы для рутинного использования, поскольку не дают преимуществ в точности в сравнении с компетентным клиническим диагнозом и дороги для применения. фМРТ более чувствительна при раннем поражении мозга, чем структурная МРТ. Другие методы функциональной нейровизуализации (ФДГ-ПЭТ и ОФЭКТ) могут увеличить диагностическую достоверность в случае обнаружения типичных для БА изменений, а исследование дофаминергических

структур с помощью ОФЭКТ помогает дифференцировать БА от деменции с тельцами Леви. Результаты *нейропсихологического тестирования* могут быть скомпрометированы такими факторами-конфаундерами как возраст, культурный бэкграунд, образование, сенсорный дефицит и сопутствующие психические или общие заболевания. Более того, такая оценка часто лимитирована своей неспособностью разграничивать разные типы деменции вследствие перекрывания нейропсихологических синдромов. ЭЭГ признаётся полезной, прежде всего, для дифференциальной диагностики атипичных проявлений БА, а также при подозрении на болезнь Крейтцфельда-Якоба (БКЯ) или транзиторную эпилептическую амнезию.

Ликворные биомаркёры для улучшения диагноза. Два основных ликворных маркёра – это бета амилоид (бета амилоид 42) и тау-белок. Концентрация бета амилоида 42 в ликворе ассоциирована с отложением бета амилоида во внеклеточных сенильных бляшках. Уровень тау-протеина отражает нейрональную и аксональную дегенерацию или возможное образование нейрофибриллярных узелков. Повышение ликворного тау также коррелирует с размерами мозгового поражения. Обнаружено, что *сочетанное использование обоих маркёров* приводит к значительному повышению возможности разграничения БА от нормального старения и отдельных неврологических заболеваний. Если у пациентов также обнаруживается *носительство APOE e4-аллеля*, диагностическая чувствительность достигает 100 %. Прорывным биомаркёром считается уровень *фосфо-тау*, значимый для дифференциальной диагностики с не-тау деменцией (БП, ДТЛ, ФТД и СоД).

Персонализированный подход охватывает и *процедуру раскрытия диагноза деменции*. Признание несомненного права больного на знание диагноза требует гибкого подхода к сообщению диагноза не только самому больному, но и лицам из его ближайшего окружения. Настороженность в отношении депрессивной и/или тревожной реакции диктует необходимость первоначального разъяснения характера расстройств, возможностей их коррекции и предполагает отсроченное название болезни, так же как обсуждение прогноза. Психотерапевтический просветительский подход необходим и при наличии опасений наследственной отягощённости у родственников.

Тактика ведения больных деменцией имеет индивидуальные различия в зависимости от *этапа заболевания, степени тяжести расстройств, наличия поведенческих нарушений и психопатологических расстройств*. Более 90 % больных БА имеют поведенческие отклонения (апатия, депрессия, агитация, психоз, раздражительность, расстройства сна наиболее характерны). Известно, что конкретные их проявления, обострения и возможности коррекции определяются не только индивидуальными особенностями клинической картины и степенью сохранности личности больного, но и поведенческими паттернами ухаживающих лиц. Потребность в мерах терапевтического вмешательства при этих нарушениях, более всего негативно влияющих на качество жизни больных и ухаживающих лиц, основана на дифференцированной оценке их проявлений в каждом отдельном случае, стойкости некогнитивных нарушений или транзиторном их характере. Стадия *тяжёлой деменции*, несмотря на известную эквивалентность клинических проявлений и неотвратимый летальный исход, также требует индивидуального и этически выверенного подхода к решению вопросов продолжения или прекращения лечения с учётом заранее даваемых больным распоряжений. Сугубо в индивидуальном порядке рассматриваются показания к помещению в интернат или хоспис.

Самые сложные проблемы персонализации встают при диагностике *доклинической стадии* БА и других деменций. Переходные состояния между когнитивным снижением у нормально стареющих и деменцией считают продромальной стадией заболевания. Выделяют три фазы этого этапа: 1) бессимптомный амилоидоз с выявлением высокого

содержание трейсера амилоида на ПЭТ (ПЭТ с амилоидом в США входит в объем страховой помощи) и низким содержанием бета-амилоида в ликворе; 2) нейрональная дисфункция на ФДГ-ПЭТ/фМРТ с высоким содержанием тау/фосфорилированного тау в ликворе и истончением коры головного мозга/атрофией гиппокампа на структурной МРТ; 3) амилоидоз, нейродегенеративные процессы и незначительное снижение когнитивных функций по сравнению с исходным уровнем, низкие показатели при проведении более сложных когнитивных тестов. Наиболее надёжными считаются ликворные маркёры и ПЭТ, однако нецелесообразно проведение этих обследований рутинно. Не рекомендуется проводить эти тесты асимптомным лицам, так как нет доказательной нозомодифицирующей терапии (помимо исследований). Определение *ликворных биомаркёров для подтверждения додементной стадии* заболевания предполагает измерение уровня тау-белка и, что особенно важно, его динамики в сторону повышения или сохранения на низком уровне при непрогрессирующем МКС. Считается, что разумная комбинация нескольких биомаркёров в сочетании с результатами клинической оценки, может в дальнейшем повысить точность индивидуального прогноза.

Маркёры воспаления как потенциальные биомаркёры деменции позднего возраста. Нейровоспаление рассматривается как одно из патогенетических звеньев поражения мозга при деменциях позднего возраста. В лаборатории иммунологии НЦПЗ (зав. лабораторией профессор Ключник Т.П.) проведено сравнительное исследование маркёров воспаления в плазме крови, таких как лейкоцитарная эластаза (ЛЭ), альфа1-ингибитор протеазы (альфа 1-ИП), интерлейкин-6 (ИЛ-6), С-реактивный белок (СРБ), при разных формах деменций позднего возраста. Показано, что болезнь Альцгеймера характеризуется значимым снижением активности ЛЭ и повышением других исследованных индексов воспаления. Обнаружено сходство этих данных при смешанной деменции (болезнь Альцгеймера, сочетанная с церебрально-сосудистым заболеванием). При сосудистой деменции значимо повышенными оказались уровень СРБ и альфа 1-ИП. у больных лобно-височной деменцией (ЛВД) уровень альфа 1-ИП оказался статистически значимо выше, чем в контроле. В 21 % случаев ЛВД обнаружено одновременное снижение уровня ЛЭ и повышение показателя альфа 1-ИП. При мягком когнитивном снижении (МКС) наблюдалось значимое увеличение уровня альфа 1-ИП и ИЛ-6 в сравнении с контролем. Таким образом, подтверждён различный вклад нейровоспаления, определяемый иммунологическими показателями в периферической крови, в патогенез разных форм деменции. По этим показателям наиболее гетерогенной оказалась группа МКС. Около одной трети пациентов этой группы по исследуемым показателям обнаруживали сходство с болезнью Альцгеймера. Различия в спектре маркёров воспаления, определяемых неинвазивным методом в плазме крови, могут служить способствовать улучшению индивидуальной диагностики и выявлению групп высокого риска по развитию деменции при болезни Альцгеймера.

Генетические факторы в диагностике деменций. В отсутствие семейного анамнеза риск развития деменции при БА в течение жизни около 10-12 %. Однако, некоторые генетические факторы ассоциированы с высоким риском развития заболевания и темпом его прогрессирования. Выделяют *семейные формы с ранним началом, а также семейные и спорадические формы с поздним началом*. Для обеих форм с поздним началом – и семейных, и наиболее частых спорадических – доказанные генетические факторы риска включают: 1) наличие позитивного семейного анамнеза у родственников первой степени родства и 2) наличие АРОЕ е4 аллеля. Аллель-зависимый риск развития БА наблюдается и при наличии одного аллеля е4, ускоряя возраст начала болезни примерно на 3-4 года, в то время как у носителей двух аллелей е4 болезнь развивается раньше

на 8-10 лет, чем в отсутствие аллеля e4. Напротив, аллель e2, видимо, защищает от БА или, по крайней мере, отсрочивает её начало. Тем не менее, накопление случаев БА без аллеля e4 и известное существование здоровых индивидуумов, носителей двух аллелей, указывает на то, что наличие аллеля e4 ни необходимо, ни достаточно для вызывания БА. В практике генотипирование не должно проводиться изолированно или у асимптомных лиц, но только в рамках широкого клинического обследования. Проведение генотипирования должно сопровождаться просвещением и последующим консультированием.

К проблеме персонализированного терапевтического вмешательства. Лечебно-профилактические цели должны быть направлены на улучшение качества жизни пациентов и ухаживающих лиц. Предполагается, что разработка лекарств на основе *нейрогеномики* может также облегчить развитие персонализированной медицины для минимизации возможных побочных эффектов и оптимизации лекарственной терапии.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ: МЕТОДОЛОГИЯ, МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО, КОМПЕТЕНТНОСТЬ

Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А.

Самарский ГМУ, г. Самара, Россия

Особенностью современного периода развития нейронаук является нарастающая междисциплинарность, создающая «цунами» всё новых дисциплин: нейропсихиатрия, нейропсихология, нейробиология, нейропсихоанализ, социальная нейронаука, интерперсональная нейробиология. При этом исследователи и создатели новых наук не утруждают себя выделением предмета науки, принципов, понятий и законов, а главное, законности их практического применения. Основой для возникновения этих дисциплин является философия постмодернизма, которая вместо прагматизма и реализма предлагает агонистику языковых игр (а не логику), дисконсенсус (а не консенсус), дискретность (а не конкретность и прогресс), фрагментарность (а не целостность), анархию (а не иерархию).

Одновременно с постмодернизмом «модными» остаются и другие философские направления: постпозитивизм (К. Поппер, Н. Лакатос, П. Фейерабено), постструктурализм (М. Фуко, Ж. Деррида). Сохраняет свое значение прагматизм (Ч. Пирс, У. Джемс), а с ним и прагматика как учение о достижении поставленных целей, прагматических науках и прагматическом методе. В отличие от психиатрии неврология, как и большинство медицинских дисциплин, является биологической наукой, а не междисциплинарной между естественно-научной и гуманитарной, какой является психиатрия. Соответственно, неврология более прагматична.

Вся клиническая медицина, включая неврологию и психиатрию, является совокупностью биологических дисциплин и основывается на симптомах болезни, то есть, согласно теории систем, семантика, психолингвистика и многие естественные и гуманитарные науки (Pribram K.H., 1975; Morris Ch.W., 1983; Пиотковский Р.Г., 1984) основой считают знак как реальный или потенциальный отклик на какое-либо событие или процесс, несущий определенную информацию.

Целью дискурса являются методологические и организационно-правовые вопросы диагностики синдрома деменции (слабоумия, тяжелого когнитивного расстройства) неврологами.

В классический период психиатрии синдром деменции определялся как нарастающий распад интеллекта, в постклассический период – как тяжелое когнитивное расстройство.

Клиническая картина того или другого органического психического расстройства зависит не столько от ведущего синдрома, сколько от нозологической природы развития синдрома когнитивных нарушений, включая синдром деменции, когда присоединяются локальные корковые синдромы, а в ряде случаев они возникают еще в остром (подостром) периоде (например, мультиинфарктная деменция). При легких когнитивных расстройствах преимущественно страдает собственно интеллект (Малкин П.Ф., Носачев Г.Н.), в первую очередь, способность к обучению, креативности, продуктивности мышления, при умеренных – помимо собственно интеллекта страдает «духовный инвентарь» текущего времени за счет ослабления когнитивных процессов, и только позже появляются количественные дефекты когнитивных процессов (предпосылок к интеллекту).

Следует полностью согласиться с утверждением В.И. Крылова (2013), что существующие расхождения в понимании клинического содержания и диагностической значимости базисных психопатологических понятий создают трудности при сравнительном рассмотрении и обобщении результатов научных исследований. Разночтения в определении и интерпретации психопатологических понятий делают результаты научных исследований несопоставимыми и неприменимыми на практике. Языковые игры постмодерна приводят к «растворению» психиатрии в неврологии и клинической психологии, в частности, к поглощению психиатрии другой медицинской специальностью, что может привести к утрате психиатрией статуса медицинской дисциплины и к замене понятия «психическое заболевание» на понятие «болезнь мозга».

Взаимоотношения пациента и врача в медицинских учреждениях регламентируется законодательством РФ, в первую очередь, Федеральным законом №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ЗОЗГ). Права пациента – это права человека, вступившего в реальные отношения с лечебным учреждением, т.е. обратившегося за медицинской, информационной или консультативной помощью. Иными словами, данные права имеются у граждан всегда, когда человек обращается в медицинское учреждение вне зависимости от факта наличия или отсутствия у него заболевания. Охрана здоровья гражданина гарантируется государством (п.2 ст.2 ЗОЗГ) и осуществляется в виде медицинской помощи (п.3 ст.2 ЗОЗГ), медицинской услуги (п.4 ст.2 ЗОЗГ) с помощью медицинского вмешательства, осуществляемого медицинским работником по отношению к пациенту (в нашем дискурсе специалистами: врач общей практики, невролог, психиатр, клинический психолог). «Медицинское вмешательство – выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций» (ст.2 ЗОЗГ).

Понятие «специалист» (невролог, психиатр, клинический психолог) законодательно регламентируется ст. 58 УПК как «лицо – обладающее специальными знаниями», подтвержденными аккредитацией (сертификатом) специалиста (п.3 ст. 69 и 70 ЗОЗГ).

В ЗОЗГ юридически ответственным лицом является только лечащий врач (ст. 70 ЗОЗГ) и таковым является, по существу, невролог, проведший диагностику неврологического заболевания с когнитивными расстройствами и назначивший терапию. При этом следует учесть, что для лечения психического расстройства необходимо получить согласие на лечение (ст. 10 и 11 закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании») (ЗОПП).

Проблема еще больше усложняется, если диагностика была проведена преимущественно с помощью клинико-психологических тестов и опросников, чаще всего скрининговых, но их окончательную оценку должен осуществлять клинический психолог.

Экспертная юридическая оценка синдрома широко представлена в законодательстве РФ, которая или недооценивается, или искажается неврологами. Например, в ст. 21 УК РФ слабоумие является базовым критерием медицинской составляющей формулы невменяемости; в ст. 29 ГК РФ слабоумие является безоговорочным критерием недееспособности ст. 177 – несделкоспособности.

В последние годы увеличивается число гражданских исков пациентов к врачам по нанесению морального вреда (ст. 12 ГК РФ), а также о неправомерном применении мер психиатрической помощи (п.3 ст.2 ЗОЗГ), и речь в них идет не только о врачах-психиатрах. Диагностика, а тем более лечение когнитивных расстройств (особенно синдрома деменции) уже может стать предметом судебного разбирательства как проявления непрофессионализма и некомпетентности в области психического здоровья, если этот диагноз выставлен неврологом.

Итак, междисциплинарность в науке, особенно между естественными и гуманитарными науками, с одной стороны, привела к появлению целого ряда метанаук, к которым можно отнести когнитивную науку, чьей частью стала когнитивная психология. С другой стороны, междисциплинарность создала множество «параллелизмов» (нейрофизиологический, психофизиологический, социопсихологический), попытки осмыслить и «совместить» которые в естественнонаучной и гуманитарной парадигмах приводят к кризису, в частности кризис современной психологии. Неврология и психиатрия функционируют в разных парадигмах: неврология – преимущественно в естественно-научной (биологической, морфологической), психиатрия – в смешанной (преимущественно гуманитарной). При формировании «новой» неврологии (мета-науки) с включением гуманитарной парадигмы смещается присущий этой мета-науке принцип, чего не должно происходить в таких базовых науках как неврология, психиатрия, клиническая психология с их разной философией науки и с четким принципом демаркации.

КОГНИТИВНЫЕ И АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ У ЛИЦ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ДИСФУНКЦИИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ

Пиотровская В.Р.

ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Обобщение полученных за последнее десятилетие данных научных исследований позволило выйти на качественно новый уровень понимания процесса воспаления как универсального патологического механизма, лежащего в основе большого числа заболеваний инфекционной и неинфекционной природы. Системное хроническое воспаление рассматривается как процесс, консолидирующий компоненты метаболического синдрома (МС) и ассоциированных с ним заболеваний, стресса, расстройств депрессивного спектра и когнитивных нарушений (КН). Существует и доказана в многочисленных экспериментальных и клинических исследованиях прямая связь выраженности основных клинико-лабораторных проявлений МС, риска развития заболеваний сердечно-сосудистой системы, сахарного диабета 2 типа с уровнем маркеров системного воспаления. Накопленные эпидемиологические данные свидетельствуют о прогностической значимости

маркеров воспаления в отношении развития нарушения толерантности к глюкозе, инсулинорезистентности и атеросклероза. Все морфологические изменения стенок артерий от утолщения внутреннего слоя до образования тромбов — это результат воспаления. Уже на начальных этапах развития АГ как одного из компонентов МС обнаруживаются нарушения клеточного и гуморального звеньев иммунитета и увеличение концентрации маркеров воспаления в сыворотке крови, как при повышении АД у здоровых лиц, так и у лиц, страдающих АГ-1. Индикаторами субклинического воспаления являются: С-реактивный белок (СРБ), провоспалительные цитокины: фактор некроза опухоли α (ФНО α), интерлейкины (IL) 1, 6, 8 [Туев А.В., 2011]. Параллельно с представлениями об участии процессов воспаления в формировании соматической патологии, дисфункция иммунной системы рассматривается как один из возможных механизмов, лежащих в основе когнитивного снижения, которое проявляется на уровнях легкого когнитивного нарушения (ЛКН) и более тяжелых по симптоматике сосудистых когнитивных нарушениях и деменции. Так болезнь Альцгеймера представляется как воспалительный нейродегенеративный процесс с нарушением гематоэнцефалического барьера. Подтверждение тесной связи системного воспаления и когнитивного снижения продемонстрировано в экспериментальных условиях. У мышей, которым вводили (IL-1), активность памяти снижалась, а введение антител IL-1 восстанавливало прежнюю активность памяти. Исследования различных групп пожилых мужчин и женщин и лиц среднего возраста доказывает, что уровни IL-6 и СРБ отрицательно связаны с качеством общего познания, исполнительных функций, результатами выполнения когнитивных батарей. В когорте пожилых людей (средний возраст=71) с метаболическим синдромом, у которых уровни ИЛ-6 и СРБ был выше, чем в контрольной группе результат выполнения когнитивных тестов был достоверно ниже, что, по мнению Yaffe K., указывает на связь между воспалением и глобальным когнитивным снижением [Yaffe K. et al., 2009]. Как вероятная причина развития патологического ответа, хроническое воспаление считается центральной частью патогенеза не только сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, но и депрессии. Хронический стресс, инициируя изменения в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и иммунной системе, действует как спусковой механизм для развития тревоги и депрессии. Процессы, которые сопровождают депрессию — это дефект серотонинергической функции, который связан с гиперкортизолемией и увеличением провоспалительных цитокинов. Это усиливает превращение триптофана в кинуренин, что приводит к образованию нейротоксинов и способствует увеличению апоптоза астроцитов и нейронов. Активизация макрофагов в крови и микроглии в ЦНС стимулирует высвобождение провоспалительных цитокинов и запускает каскад воспалительных изменений, которые стимулируют нейродегенеративные процессы, лежащие в основе развития деменции [Leonard B.E., 2017].

Задачей нашего собственного исследования был поиск связей между КН, аффективными нарушениями непсихотического уровня и факторами воспаления (СРБ, ФНО α , IL-1, IL-6) у лиц среднего возраста с МС и АГ. Обследуемая когорта составила 215 человек (средний возраст — 42,53, $sd=6,658$), которые были разделены на группы по присутствию/отсутствию МС. Для оценки когнитивного и эмоционального статуса обследуемых использовались следующие тесты и клинические шкалы: MMSE; шкалы памяти Векслера (WMS-II, 1997); теста Таблицы Шульте; Исправление ошибок в тексте; методика «Семантическая беглость или беглость речи в каждой категории» (Category Fluency); методика «Кодирование символов» (Symbol Coding); батарея лобной дисфункции (FRONTAL ASSESSMENT BATTERY); шкала Общего Ухудшения Состояния (Global Deterioration Rating Scale); Клиническая шкала оценки тревоги и депрессии (HADS); Шкалы измерения

уровня тревоги Гамильтона (HAM-A) и Шкалы измерения уровня депрессии (HAM-D-17). В биообразцах крови оценивался уровень глюкоза плазмы и показатели липидного спектра, которые определялись с помощью реактивов фирмы «Abbott» (Германия) на биохимическом анализаторе (производство ARCHITECT C8000, Германия). Для оценки результатов использовались критерии NCEP. Инсулинорезистентность определялась с использованием гомеостатической модельной оценки (показатель HOMA-IR). Определялись факторы воспаления – СРБ, ФНО α , IL-1, IL-6. Использовались иммуноферментные тест-системы производства ВАТ «Протеиновый контур» (Россия). Из методов статистической обработки были выбраны – метод дисперсионного анализа оценки статистической достоверности различий между отдельными группами, метод выявления корреляций по Пирсону внутри выборки и t-test. Использовалась компьютерная программа STATISTICA-10 (Statsoft Inc., США).

Результаты исследования демонстрируют достоверные корреляционные связи между высокими уровнями провоспалительных цитокинов, прежде всего ФНО α , и низкими результатами при оценке качества исполнительных функций, процессов кратковременной и операционной памяти, внимания у лиц с МС, и особенно у лиц с МС и АГ. Сочетание депрессивных, депрессивно-тревожных состояний непсихотического уровня с ЛКН, также коррелировало с высоким уровнем провоспалительных цитокинов.

Таким образом, данные показывают, что высокие уровни СРБ и IL-6 коррелируют с низкими показателями когнитивных тестов, и снижение воспаления может предупреждать развитие деменции. Одновременное присутствие аффективных непсихотических состояний на фоне высокого уровня маркеров системного воспаления может прогнозировать высокую степень конверсии ЛКН в деменцию.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У РОДСТВЕННИКОВ 1-ОЙ СТЕПЕНИ РОДСТВА ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф.

НЦПЗ, МГППУ, Москва, Россия

В последние годы установлено, что показатели когнитивного функционирования в среднем возрасте могут быть использованы для идентификации лиц с повышенным риском развития болезни Альцгеймера (БА) задолго до появления симптомов деменции. Так, в 22-х летнем проспективном исследовании Elias M.F. et al. (2000) выявили более низкие оценки по тестам вербальной памяти и абстрактного мышления у лиц с развитием БА спустя 10 лет после базисного обследования по сравнению с теми, у кого симптомы деменции не появились (3). Snowdon D.A. et al. (1996) установили недостаточность вербальных функций и статистически достоверно более низкие показатели по шкале MMSE у детей больных БА по сравнению с группой контроля за 20 лет до начала БА (7). Анализ риска развития БА у родственников 1 степени родства в сравнении с группой контроля показал определённую связь более низких показателей способности к обучению, кратковременной памяти, исполнительных и вербальных функций с последующим развитием деменции (спустя 2-10 лет) в группе риска, достигшей 65-летнего возраста (2). Установлены достоверно более низкие результаты опосредованного воспроизведения по тесту вербального запоминания у детей больных БА (623 чел., средний возраст – 53 г.) по сравнению с группой контроля (157 чел.) (5).

Цель исследования: определение когнитивных, личностных и генетических особенностей, прогностически значимых для появления и усиления когнитивного дефицита у родственников 1 степени родства пациентов с БА, на основе 4х-летней клинико-катамнестической оценки.

Материал и методы. В когорту катамнестического изучения было включено 236 родственников 1 степени родства больных БА (80 м., 156 ж.), из них 208 чел. – дети пробандов, 28 чел. – братья и сестры (средний возраст – 48,3±13,1 г.). Группу контроля составили 74 чел. (25 м., 49 ж.), не имевших среди родственников пациентов с БА (средний возраст – 51,2±11,9 г.). Методический комплекс включал: клинико-психопатологический метод (формализованный инструмент клинической и психопатологической оценки состояния пациента), клинико-катамнестический метод (4 года), экспериментально-психологический метод (комплексное нейропсихологическое обследование, «экспресс-методика исследования когнитивных функций» (Корсакова Н.К., Балашова Е.Ю., Рощина И.Ф.), психометрический метод, МРТ-исследование головного мозга, молекулярно-генетический метод, статистический метод.

Результаты. Существенным различием между группой родственников и группой контроля оказалось носительство эпсилон 4 аллеля ApoE гена, которое было значимо выше (41,9 %) у родственников, чем в контрольной группе (23,0 %).

За период 4х-летнего катамнеза синдром MCI (синдром мягкого когнитивного снижения) развился у 28 родственников (11,9 %) – у 15 детей (46,4 %) и 13 братьев и сестер (53,6 %).

В анамнезе родственников отмечались признаки когнитивной конституциональной недостаточности (трудности усвоения точных предметов в школе, трудности запоминая цифровой информации, имен, фамилий и лиц, пространственной ориентировки, запоминания лиц, усвоения мануальных навыков, снижение концентрации внимания). Наиболее частыми и значимо ($p < 0,05$) отличавшимися от группы контроля были низкий уровень успеваемости в школе, трудности усвоения цифровой информации, трудности пространственной ориентировки, усвоения мануальных навыков и снижение концентрации внимания.

Объективно подтверждённые жалобы на когнитивную сферу у родственников при первичном обследовании отмечены у 42 чел. (17,8 %). 35 чел. (14,8 %) жаловались на ослабление концентрации внимания, 31 чел. (13,1 %) – на слабо выраженные трудности усвоения новой информации, 15 чел. (6,4 %) – на затруднения припоминания событий отдалённого прошлого.

При катамнестическом обследовании число лиц с объективно подтверждёнными жалобами на когнитивное функционирование возросло до 68 чел. (28,8 %). Ослабление концентрации внимания отмечали 64 родственника (27,1 %), слабо выраженные трудности усвоения новой информации – 61 чел. (25,8 %), затруднения припоминания событий отдалённого прошлого – 55 чел. (23,3 %). Как при первичном, так и при катамнестическом обследовании у детей установлена значимая ассоциация когнитивных жалоб с ApoE4(+) генотипом.

Реакции дезадаптации в виде астенических, тревожных, депрессивных, тревожно-депрессивных, ипохондрических и фобических расстройств (в том числе альцгеймерофобия) в связи с тяжелой семейной ситуацией, обусловленной болезнью родственника, при первичном обследовании отмечались у 94 чел. (39,8 %). При катамнестическом обследовании их доля возросла до 66,5 % (157 чел.). Показана значимая ассоциация личностных акцентуаций с чертами раздражительности (32,6 %) и тревожной мнительности (28,4 %) с объективно подтверждённым когнитивным ухудшением за период катамнеза и с генотипом ApoE4(+).

Нейропсихологическое обследование в динамике (через 4 года) показало, что у 131 обследованных из группы родственников не наблюдалось изменений (ухудшения) в когнитивной сфере, в то время как у 105 родственников отмечалось значимое ухудшение по следующим параметрам психической деятельности: пространственная организация праксиса, оптико-пространственная деятельность, зрительная и слухо-речевая память, произвольная регуляция деятельности. Кроме того, обнаружено значимое усиление тормозимости следов при отсроченном воспроизведении в мнестической деятельности, снижение номинативной функции речи, к которым добавились значимые различия при выполнении проб на кинетическую организацию праксиса, а также снижение нейродинамических параметров психической активности. Сравнение результатов выполнения экспресс-методики исследования когнитивной сферы у 105 родственников при первичном и катамнестическом исследовании показало, что значимое ухудшение показателей отмечалось при выполнении трех заданий: на зрительную и слухо-речевую память, а также в оптико-пространственной деятельности. Применение Экспресс-методики исследования когнитивной сферы; у родственников-носителей ApoE4(+) и ApoE4(-) генотипов показало, что из 12 по 9 субтестам и общему баллу у родственников с ApoE4(+) генотипом наблюдались более низкие результаты, чем у родственников-носителей ApoE4(-) генотипа. Значимые различия ($p < 0,05$) наблюдались при выполнении серийного вычитания ($100 - 7$) и рисунка трех геометрических фигур по инструкции (конструктивная деятельность).

Во всех случаях синдрома MCI при катамнестическом нейропсихологическом обследовании выявлялись низкие показатели произвольного внимания, объема непосредственного запоминания и отсроченного воспроизведения в слухо-речевой модальности, дефицитарность динамического праксиса, снижение выполнения заданий в рамках конструктивной (оптико-пространственной) деятельности. Первичное обследование этих родственников показало снижение регуляторных параметров деятельности (произвольной регуляции и контроля), а также модально-неспецифическое снижение памяти по параметрам объема запоминания и тормозимости следов, т.е. можно говорить о сочетании симптомов со стороны третьего и первого блоков мозга (структурно-функциональная модель мозга по А.Р. Лурии).

Выводы. Указанные когнитивные, личностные и генетические особенности родственников 1 степени родства больных БА могут рассматриваться прогностически значимыми для появления и/или прогрессирования у них когнитивного дефицита. Для стабилизации и повышения адаптационных возможностей родственников пациентов БА должна проводиться комплексная медикаментозная, психокоррекционная и психотерапевтическая работа.

ПРОБЛЕМА РАСПОЗНАВАНИЯ (ИДЕНТИФИКАЦИИ) КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ОБЩЕЙ ПОПУЛЯЦИИ

Сердюк О.В., Сиденкова А.П.

УГМУ, Свердловская ОКБ, Екатеринбург, Россия

Степень «узнавания» психических расстройств влияет на уровень их выявляемости. Широкий научный интерес к состоянию когнитивных функций у лиц позднего возраста диссоциирует с низким уровнем выявления психических расстройств и недостаточной обеспеченностью специализированной психиатрической помощью пожилых

людей с интеллектуальными расстройствами. Своеобразными психосоциальными показателями являются способность населения или отдельных его групп идентифицировать психические расстройства и психиатрическая грамотность, включающая в себя информированность социума о психических болезнях, психиатрических службах и услугах.

Целью настоящего социометрического исследования является определение уровня распознавания различных психических расстройств, в том числе специфических для старшего возраста. Актуальность исследования детерминирована диссоциацией между высокой распространенностью мнестико-интеллектуальных нарушений у лиц старших возрастных групп и низкой идентификацией их как болезни в общей популяции и среди специалистов первичной медицинской сети.

Материалы и методы исследования. В социометрическом исследовании участвовало 429 человек, составивших 4 группы. В первую группу вошло 252 человека старше 18 лет, анкетированных на улицах крупного промышленного города (Екатеринбурга). Вторая группа сформирована из 90 участковых терапевтов районных поликлиник города Екатеринбурга. Представителями третьей группы явился 41 врач общей практики из различных районов Свердловской области, включение в исследование врачей ОВП было обусловлено особенностью их профессиональной подготовки, в учебную программу которой введены темы по распознаванию и ведению случаев психических расстройств (депрессии, деменции, алкоголизма и т.д.). Четвертая группа исследования (46 человек) была составлена из слушателей школы-семинара для лиц, имевших в семьях больных деменциями, программа школы-семинара представляла психообразовательный модуль повышения уровня информированности о психическом здоровье пожилого населения среди непрофессионалов. Инструментом исследования явился опросник «Идентификация психических расстройств», разработанный в НИИ ПЗ Томского научного центра, модифицированный в соответствии с задачами настоящего исследования.

Результаты исследования показали:

1. Проведенное социометрическое исследование выявило неравномерный уровень распознавания психических расстройств во всех группах исследования.

2. Со статистической достоверностью происходило отставание в оценке когнитивных расстройств позднего возраста, причем описание деменции с поведенческими и психотическими расстройствами чаще определялось респондентами как болезненное, нежели когнитивное снижение.

3. Когнитивные нарушения в пожилом возрасте чаще оцениваются респондентами как вариант возрастной нормы, что определяется как одна из предпосылок низкой выявляемости этих нарушений.

4. Результаты исследования выявили одну из возможных причин низкой обращаемости за специализированной помощью лиц старших возрастных групп при наличии у них когнитивной недостаточности. Эти проявления эйджизма и, как его следствие, поздняя диагностика деменций обусловлены низким уровнем психиатрической грамотности, как в общей популяции, так и среди врачей первичного звена.

Обсуждение. Низкий уровень раннего распознавания когнитивных расстройств у лиц старших возрастных групп обусловлен несколькими факторами, в том числе недостаточной идентификацией этих расстройств в популяции, что обуславливает необходимость проведения психообразовательных мероприятий.

РОЛЬ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ, В КОРРЕКЦИИ НЕЙРОКОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА

Чалдышкин А.В., Литвин А.С., Косова Е.О.

СПбПБСТИН, Санкт-Петербург, Россия

Нейрокогнитивный дефицит (НКД), в той или иной степени выявляемый у большинства больных шизофренией (более 90 %), в значительной степени определяет трудовую и социальную дезадаптацию больных, социальный прогноз и социально-экономические последствия данного заболевания, в связи с чем существует необходимость проведения исследований, посвященных возможной коррекции НКД у больных шизофренией.

Учитывая, что эффективность нейрокогнитивных и метакогнитивных тренингов уже ранее изучалась, целью данного исследования явилось выявление изменений, происходящих при длительной, стабильной и упорядоченной когнитивной нагрузке (получение профессионального образования в течение 2,5 лет) на фоне проводимой психофармакотерапии.

В данной связи в 2014 году в рамках реабилитационного процесса на базе ЛПМ больницы была организована группа дистанционного обучения для предоставления пациентам возможности получения среднего профессионального образования на базе одного из университетов г. Санкт-Петербурга по специальности 38.02.01 «Экономика и бухгалтерский учет (по отраслям)». Причиной выбора данной специальности явилась ее востребованность и наличие на рынке труда соответствующих вакансий для инвалидов.

Отбор проводился комиссионно, полипрофессиональными бригадами отделений, в состав группы были включены 12 человек: 11 – с диагнозом «Шизофрения, параноидная форма» и 1 – с диагнозом «Органическое расстройство личности». Психический статус пациентов оценивался как медикаментозная ремиссия, все они принимали поддерживающую терапию психотропными препаратами. До начала вступительных экзаменов были проведены занятия группы, посвященные выработке устойчивой и выраженной мотивации к обучению, при этом пациенты изначально были сосредоточены на необходимости приложения постоянных усилий на протяжении всего периода обучения (2,5 года). По результатам вступительных испытаний, 6 человек поступили на места, финансируемые из средств Федерального бюджета, а 6 – на места с полным возмещением затрат на обучение из личных средств (пенсионные накопления и помощь родственников).

Учебные занятия проводились до 4-х раз в неделю, длительностью по 4 академических часа. Кроме того, 2-3 раза в неделю проводилась самоподготовка, занятия курировались врачом-психотерапевтом. По завершению обучения (2,5 года), 9 больных из 12-ти (трое больных на начальных этапах отказались от обучения) успешно окончили обучение и в январе 2017 г. получили дипломы государственного образца.

Исходя из клинического наблюдения, у 9-ти пациентов за время учебы отмечалось состояний обострения психотической симптоматики, степень активности поддерживающей терапии у 7-ми пациенток менялась, а у двоих терапия была отменена. У двоих больных обострения возникали с прежней частотой по не зависящим от учебного процесса причинам. Эти обострения были кратковременными, купировались парентерально препаратами без существенного увеличения доз, а также с помощью психотерапевтической коррекции. При этом у пациентов сохранялась мотивация к обучению. По наблюдениям лечащих врачей у двоих пациентов стало отмечаться улучшение

коммуникативных навыков, расширение круга общения. Три пациента были выписаны в психиатрические стационары специализированного типа в связи с улучшением психического состояния и снижением уровня социальной опасности.

По результатам ЭПО у 6-ти из 11-ти пациентов установлено улучшение по такому показателю, как активное внимание. Оно оказалось равномерным, в пределах нормы, с удовлетворительной концентрацией, достаточного объема, без признаков истощаемости. Также у 9-ти из 11-ти пациентов наблюдается улучшение кратковременной и долговременной слуховой памяти. Лишь у одного пациента показатель остался неизменным, без ухудшения и у одного – наблюдается незначительное снижение памяти.

При определении социально-психологической адаптации («МЛО Адаптивность») было выявлено: в экспериментальной группе один пациент попал в группу хороших адаптационных способностей (2-я группа), четыре пациента в группу удовлетворительной адаптации (3-я группа), 2 человека в группу сниженной адаптации (4-я группа). Тогда как в контрольной группе 5 пациентов – это группа сниженной адаптации (4-я группа) и 2 пациента – группа удовлетворительной адаптации.

По результатам обучения также выявлено, что стабильная когнитивная нагрузка при данном обучении позитивно отразилась и на функциональном состоянии центральной нервной системы (ЦНС) больных группы (у 7-ми из 11-ти). Так, при проведении повторных клинических электроэнцефалограмм (ЭЭГ) наблюдалось улучшение фоновой ритмики (некоторое увеличение Альфа-ритма и улучшение его распространения по конвексимальной поверхности, было зафиксировано снижение представленности медленно-волновой активности (Дельта- и Тета-ритма).

Исходя из полученных результатов исследования, можно говорить о том, что у пациентов с психическими расстройствами, наряду с фармакотерапией и психотерапией, процесс обучения улучшает адаптационные способности, позитивно отражается на функциональном состоянии центральной нервной системы, а также благотворно сказывается на некоторых когнитивных функциях, уменьшая при этом выраженность нейрокогнитивного дефицита.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ЛИЦ С ТЯЖЕЛЫМИ КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ (ДЕМЕНЦИЯМИ) В ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

Языкова И.М., Сердюк О.В., Сиденкова А.П.

УГМУ, Свердловская ОКБ, Екатеринбург, Россия

Увеличение доли лиц старших возрастных групп в современном обществе тесно связано с учащением психических расстройств в позднем возрасте и актуализирует особое внимание к качеству медицинской помощи, которая предлагается лицам старших возрастных групп на доспециализированном и специализированном психиатрическом этапах оказания помощи. Обращение за медицинской помощью чаще обусловлено «проблемным» поведением пациента либо выраженной его социально-бытовой несостоятельностью. Наблюдения Я.Б.Калына, С.И.Гавриловой указывают на существующий диссонанс: практически все пожилые люди до развития выраженных психопатологических расстройств наблюдаются в общемедицинской сети, где часто игнорируется их прогрессирующее интеллектуальное снижение.

Целью настоящего исследования явилось изучение медико-социальных причин госпитализаций пациентов с деменциями в геронтопсихиатрический стационар, анализ объема амбулаторной неврологической и психиатрической помощи, который предшествовал госпитализации.

Материалы и методы исследования. Проведено выборочное архивное исследование историй болезни лиц, находившихся на стационарном лечении в геронтопсихиатрическом отделении Свердловской областной клинической психиатрической больницы по поводу «Деменции» в 2010-2016 годах. В исследовании применялись архивный, клинический, статистический методы исследования.

Психические расстройства пациентов классифицировались в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 как альцгеймеровская деменция, сосудистая деменция, деменция иной этиологии. В исследование включены 288 архивных случаев, что составило 55,4 % от общего числа пациентов, пролеченных в отделении за этот период. Средний возраст пациентов составил 81,1±8,7 год, из них мужчины составили 21,2 % (61 чел.), женщины – 78,8 % (227 чел.). По всей группе исследования количество пациентов с деменцией легкой степени выраженности составили 11,5 %, с деменцией умеренной степени выраженности – 54,5 %, с тяжелой деменцией – 34 %. Деменции легкой степени выраженности до поступления в отделение длились в среднем 3,1±3,2 года, продолжительность деменций умеренной степени выраженности составила 4,1±6,1 года, тяжелой степени выраженности 4,8±5,3 года.

Результаты исследования. В процессе настоящего исследования изучались клинические и социальные обстоятельства, приведшие к госпитализации больных в геронтопсихиатрический стационар. Выявлено, во всех случаях стационарирования у пациентов наблюдалось выраженное снижение навыков самообслуживания (100 %). У 98 % пациентов с деменцией, впервые госпитализированных в стационар, незадолго до поступления развивались эпизоды помраченного сознания, что и явилось непосредственной причиной поиска психиатрической помощи. Клиническая картина эпизодов нарушенного сознания отличалась у больных с легко и умеренно выраженной деменциями.

Особенностями клинической картины таких психотических эпизодов у пациентов с деменцией легкой степени выраженности являлись относительно острое начало; очерченное по времени течение; выраженный аффект тревоги, растерянности, психомоторное беспокойство; переживания драматических аффективно насыщенных ситуаций чаще негативного содержания с яркими истинными вербальными и зрительными галлюцинациями; длительно сохраняющийся резидуальный бред сопасением за жизнь родственников, убежденностью в их тяжелом заболевании или смерти и др.. У пациентов с умеренной и тяжелой деменцией экзогенного типа психотические эпизоды имели иные клинические характеристики. Они развивались на фоне менее выраженного двигательного беспокойств и тревоги; преобладали проявления амнестической дезориентировки, «сдвига ситуации в прошлое»; наблюдался симптом «сбора в дорогу»; нарушения восприятия носили фрагментарный характер.

У пациентов с легко выраженной и умеренной деменцией эпизоды спутанности были спровоцированы декомпенсацией имеющейся соматической патологии (нестабильное АД, преходящие нарушения мозгового кровообращения, декомпенсация хронической сердечной недостаточности, ОРЗ, инфекции мочевыводящих путей). У пациентов с умеренно выраженной деменцией помимо вышеперечисленных факторов выявлялся фактор изменения привычного жизненного стереотипа (переезд в другую квартиру, поездка в другой населенный пункт).

Зрительные расстройства восприятия, бредовые идеи ущерба, ревности, отравления выявлялись в 22,9 % случаев госпитализации. Галлюцинаторные расстройства в большинстве случаев заключались в наличии у больных истинных зрительных галлюцинаций в образе животных, незнакомых людей, находящихся в одном помещении с больным. Бредовые расстройства были представлены бредом ревности (у мужчин), малого ущерба, отношения, отравления в адрес членов микросоциального окружения.

Агрессия к ухаживающему в вербальной или физической форме, сопротивление мероприятиям по уходу являлись основными причинами обращения за стационарной психиатрической помощью в 16,3 % случаев. Объектом агрессии в большинстве случаев становилось именно ухаживающее лицо, что затрудняло уход за пациентами в домашних условиях. Уходы из дома как следствие эпизодов спутанности, дезориентировки в месте нахождения, психомоторного возбуждения, «сборов в дорогу», служили «пугающим» симптомом для родственников, среди причин госпитализаций они составили 6,2 %. Расстройства тревожно-депрессивного спектра оказывались основной причиной госпитализаций в 3,5 %. В нескольких случаях имели место суицидальные попытки (самоповешение, отравление лекарственными препаратами).

Изучен объем амбулаторной помощи, которой пользуются пациенты до поступления в стационар. По мере нарастания тяжести деменции объем амбулаторной помощи сдвигается в сторону психиатрической помощи, что, возможно, связано с нарастанием «проблемных» форм поведения больных. В условиях амбулаторной службы пациенты принимали заместительные противодementные средства (ИАХЭ, мемантин): при легкой деменции в 9 %, при умеренной – в 12,1 %, при тяжелой деменции – в 12,2 % случаев. Прием разнообразных вазоактивных препаратов при легкой деменции выявлен у 24,3 % пациентов, при умеренной деменции в 8,9 % случаев, тяжелой деменции – в 21,4 % случаев. Психотропную терапию (нейролептиками (галоперидол, аминазин, соннапакс, неупелтил), антидепрессантами (амитриптилином), транквилизаторами бензодиазепинового ряда (феназепам, нозепам и др.)) при легкой деменции принимало 27,3 % больных, при умеренной деменции – 21,6 %, при тяжелой деменции – 21,4 % больных. Таким образом, назначения патогенетических противодementных средств и иных терапевтических назначений на амбулаторном этапе не зависят от выраженности деменции. Объем противодementной терапии достоверно меньше, чем симптоматической.

Таким образом, исследование клинических причин стационарирования пациентов с деменцией в геронтопсихиатрическое отделение показало, что причиной госпитализации являлось не тяжелое когнитивное расстройство, а сочетание сниженных навыков самообслуживания с иными психопатологическими феноменами. Более половины пациентов с тяжелой деменцией (53 %) со средней давностью заболевания 4,75 года до настоящего стационарирования не наблюдались психиатрами или неврологами в амбулаторных условиях. По мере нарастания деменции амбулаторная помощь пациентам чаще оказывалась психиатрами. Частота назначения патогенетической противодementной терапии не зависела от тяжести деменции. Объем амбулаторных лекарственных назначений был сдвинут в сторону симптоматических либо психотропных средств, которые не влияли на когниции, но имели высокий риск побочных эффектов, опасных для больных позднего возраста. Таким образом, на этапе доспециализированной психиатрической помощи лицам с деменциями отсутствовал возраст-специфичный подход к терапии.

НАРКОЛОГИЯ

ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Агибалова Т.В., Тучина О.Д., Смышляев А.В.

МНПЦ наркологии ДЗМ, Москва, Россия

Медицинская реабилитационная программа (МРП) включает медицинский (диагностика; проведение фармако- и психофармакотерапии); психологический (консультирование, психокоррекция, психообразовательная работа); психотерапевтический (групповая и индивидуальная психотерапия (ПТ)) и социальный (работа с социальной системой, реабилитационные социальные услуги) блоки.

Психотерапия (ПТ) в реабилитации – это целенаправленная профессиональная помощь в изменении и восстановлении нарушенной деятельности организма до здорового состояния психологическими средствами для устранения личностных и поведенческих расстройств, оптимизации межличностных отношений, усиления мотивов на участие в МРП, отказ от употребления ПАВ и ресоциализацию. Выбор и продолжительность методов ПТ определяется уровнем реабилитационного потенциала, особенностями клиники основного заболевания, личностного и социального статуса больного. Обязательным является осуществление одного из следующих методов: когнитивная, бихевиоральная, психодинамическая, гуманистическая, семейная ПТ. Мотивационная ПТ и мотивационное интервью (МИ). Проводятся в обязательном порядке на всех этапах МРП. Направлены на вовлечение пациентов в МРП и их удержание. Когнитивно-поведенческая психотерапия (КБТ) применяется на всех этапах ПТ пациента во время реабилитационного процесса. Базируется на идее о том, что можно изменять эмоции и поведение, воздействуя на содержание мыслей. Рекомендуются от 20 до 40 психотерапевтических сессий. Среди методов КБТ в рамках МРП можно выделить комплаенс-психотерапию (КП), сочетающую МИ с внедрением активных терапевтических установок, направленным решением проблем, образовательными и когнитивными компонентами,

цель которых – формирование высокой приверженности лечению у низко-мотивированных и резистентных пациентов. Рекомендуется от 4 до 8 сессий.

Клиент-центрированная ПТ применяется как концептуальный подход, «установка» терапевта по отношению к пациенту, и как отдельный метод работы (20-40 сессий). В основе лежит гуманистическая концепция личности. Основное лечебное средство – способность врача создать обстановку безопасности для личности пациента за счет недирективной позиции и эмпатии. В этих условиях пациент изменяется, развивается как личность в нужном направлении, что приводит к редукции симптоматики. Эмпатические принципы прослеживаются в МИ, программах «12 шагов» терапевтических сообществ (ТС).

Психодинамическая ПТ помогает понять глубинный личностный смысл зависимости, сфокусировать внимание на «центральных темах конфликтных отношений» и постепенно дезактуализировать патологическое влечение. В основе лежит психоаналитическая теория о приобретенных и закрепленных в детстве негативных опытах, ведущих к дисгармоническому развитию, психологическому неблагополучию и формированию повышенной потребности в употреблении ПАВ. ПТ прорабатывает эти опыты, оптимизируя психологическое состояние пациента, уменьшая его потребность в ПАВ. Метод предполагает длительное лечение, хотя возможны и краткосрочные форматы до 20 сессий.

Трансакционный анализ (ТА). Включает анализ психологических игр, контрактные методики, антисуицидальный контракт, анализ и терапию трагического зависимого сценария, методику диагностики и построения терапии с учетом особенностей личности пациента, в т.ч. в программе терапевтических сообществ, группах по преодолению созависимости, семейном консультировании. В зависимости от задач предполагает, как краткосрочное (10- 40 сессий), так и длительное, многолетнее применение. Имеется последовательная система супервизионного сопровождения специалистов, позволяющая значительно повысить эффективность работы персонала.

Семейная ПТ. Основная цель – коррекция патологических типов семейных отношений и созависимого поведения. Рекомендуется проведение 10-30 встреч в формате семейного консультирования (в групповом или индивидуальном формате) с привлечением хотя бы одного из членов семьи или значимого другого.

Альянс-центрированный метод. Последовательность психотерапевтических интервенций, направленных на укрепление компонентов терапевтического альянса. Качество альянса – достоверный прогностический фактор удержания пациентов в программе; связано с положительной динамикой и результатами лечения. Не менее 2 раз в неделю групповые сессии по 90 минут, и 3 раза в неделю – индивидуальные по 45 минут.

Группы само- и взаимопомощи проходят в сообществах, объединяющих людей, которые делятся своим опытом, силами и надеждами, с целью помочь себе и другим избавиться от зависимости от ПАВ. Основной принцип – положительный пример трезвой жизни и обмен опытом по ее достижению. Характерны те же терапевтические преимущества, что и для любой формы групповой ПТ, направленной на изменение стереотипных установок и внутреннего состояния личности. Применение таких групп формирует терапию средой.

ПОЛИМОРФИЗМ VNTR 40 ГЕНА DAT1 В ВОПРОСЕ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТИ К СИНТЕТИЧЕСКИМ КАННАБИНОИДАМ

Ахметова Э.А.

Башкирский ГМУ, г. Уфа, Россия

В последние годы наблюдается тенденция увеличения употребления «дизайнерских» наркотиков (ДН) среди молодежи. Большую группу ДН составляют синтетические каннабиноиды (СК). Несмотря на то, что наркомания – явление мультифакториальное, многочисленные исследования подтверждают predispositional генетический фактор в развитии аддиктивного поведения, в том числе наличие сопутствующего синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) у детей. Психогенетические исследования выявили связь экспрессии синтеза гена SLC6A3 и выраженность симптомов СДВГ. Целесообразно исследовать влияние полиморфизма VNTR 40 гена DAT1 в вопросе риска формирования зависимости к СК у потребителей, имеющих симптомы СДВГ по сравнению с группой не употребляющих, и без симптомов СДВГ.

Целью нашего исследования является анализ частоты встречаемости генотипов и аллелей полиморфных вариантов VNTR40 гена SLC6A3 в указанных группах.

Материалы и методы. Использовались 321 образца ДНК неродственных индивидов, мужского пола этнических башкир, выделенные фенол-хлороформным методом экстракции (Mathew, 1984). Опытную группу (ОГ) составляли 168 человек, указавшие в процессе тестирования, что имели опыт употребления ПАВ, (приказ Министерства Образования РБ от 07.09.2015 №1755) 7987 учащихся СОШ РБ. Контрольная группа бушара (КГ) – 153 человека – представители того же исследования, но отрицающие факт пробы ПАВ. Средний возраст $15 \pm 0,3$ лет. С целью оценки статистической значимости различий использовались критерий Пирсона (χ^2) и значение p -уровня ($\leq 0,05$), рассчитывались с помощью программы Statistica vers. 8.0.

Результаты и выводы. Выявлено что маркером риска формирования зависимости от СК является генотип SLC6A3*10/*10 полиморфизма VNTR 40 ($\chi^2=105,77$; $p=0.0005$; OR1: 34,3; CI13,6-91,43). В группе не потребителей выявлено статистически значимое увеличение частоты генотипа *9/*9 ($\chi^2=63,78$; $p=0.017$; OR: 0,25; CI: 0,17-0,36) VNTR40 гена DAT1. По всей вероятности, данный генотип обладает протективными свойствами. Сделано предположение, что носители аллеля 10*/ гена SLC6A3 могут быть отнесены к группе риска употребления СК. Выявлено, что 13,8 % из числа потребителей имеют симптомы СДВГ. Влияние генотипов SLC6A3 на факт наличия СДВГ близко к достоверному ($\chi^2=3,75$, $p=0,054$). Действительно, носители генотипа *10/*10 имеют достоверно более высокий процент пораженности ОГ СДВГ, а генотип *9/*9 в КГ.

ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТАБИЛИЗАЦИИ РЕМИССИИ У БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТАНОВЛЕНИЕМ СУДА

Баранок Н.В., Станкевич С.А., Летавина Л.А.

Мурманский ОНД, г. Мурманск, Россия

Цель исследования: оценить динамику показателей стабилизации ремиссии в рамках комплексной программы медико-социальной реабилитации больных опийной наркоманией, направленных на обязательное лечение постановлением суда.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе наркологического реабилитационного центра ГОБУЗ МОНД. Из 35 обследованных пациентов с синдромом зависимости от опиатов (период ремиссии в условиях, исключающих употребление – F11.21), проходящих программу стационарной реабилитации (45 дней), 19 пациентов (группа 1) проходили реабилитацию по постановлению суда, 16 пациентов (группа 2) – добровольно. Больные, прошедшие стационарную реабилитацию, были переведены в программу амбулаторной реабилитации и обследованы через месяц. Все больные в начале и в конце этапа стационарной реабилитации и на амбулаторном этапе обследовались с помощью шкалы депрессии Гамильтона, шкалы оценки синдрома ангедонии, теста общей самооценки и методики ТОБОЛ (тип отношения к болезни).

Результаты. Исследование кратности госпитализаций исследуемых пациентов в наркологический диспансер показало, что впервые обратились за наркологической помощью 81,8 % больных группы 1, против 30,0 % больных в группе 2 ($p=0,05$). Доля больных, оставшихся в программе, была значимо выше в группе 1, чем в группе 2 в конце стационарного этапа реабилитации: из 1 группы 15 пациентов (79 %) успешно завершили стационарную программу, из группы 2 – только 8 человек (50 %) ($p=0,05$). Выявлена статистическая значимость различий между показателями синдрома ангедонии группы 1 ($0,99\pm 0,13$ балла) и группы 2 ($1,61\pm 0,34$ балла) в конце стационарной реабилитации ($p=0,05$). В группе 1 наблюдались более адаптивные типы отношения к болезни в конце стационарного этапа реабилитации и на этапе амбулаторной реабилитации.

Выводы. Наличие установленной судом обязанности пройти курс лечения повышает эффективность становления ремиссии больных опийной наркоманией: увеличивает длительность их участия в стационарной программе реабилитации. В процессе комплексной реабилитации положительная динамика ряда психологических характеристик (снижение выраженности синдрома ангедонии, положительная трансформация типов отношения к болезни) происходит быстрее у пациентов, направленных постановлением суда. Постановление суда об обязанности пройти лечение является значимым ресурсом выявления «скрытого» наркологического контингента – наркозависимых пациентов, не обращавшихся ранее за наркологической помощью.

ОСНОВНЫЕ ЦЕЛЕВЫЕ ГРУППЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Бедина И.А., Алексеенко А.О.

МНПЦ наркологии ДЗМ, Москва, Россия

Актуальность разработки превентивных мер, направленных на защиту населения от злоупотребления ПАВ и внедрение новых современных методов вмешательств, отвечающих требованиям социальной среды, не вызывает сомнений. Основой успешной работы по предупреждению болезней зависимости, является раннее выявление лиц, употребляющих ПАВ в немедицинских целях. Не вызывает сомнений тот факт, что особенно актуальным представляется получение информации о первых, эпизодических употреблениях наркотиков, т.е. тех случаев, когда не сформирован синдром зависимости от ПАВ, что создает наиболее благоприятные условия для проведения эффективных профилактических мероприятий, направленных на полный отказ от употребления ПАВ. В настоящее время одной из основных форм профилактики потребления ПАВ среди

обучающихся образовательных учреждений, рекомендованной государством, являются профилактические медицинские осмотры обучающихся на предмет наличия наркотиков в биоматериале. Профилактические медицинские осмотры проводятся в отношении учащихся 13-17 лет, при условии наличия добровольного информированного согласия в письменной форме от обучающегося, достигшего возраста 15 лет, либо законного представителя обучающегося не достигшего возраста 15 лет.

Цель: выделить основные группы для проведения мероприятий, направленных на профилактику потребления ПАВ среди обучающихся общеобразовательных учреждений.

Материалы и методы. По результатам данных, представленных 54 субъектами Российской Федерации о проведенных в 2015-2016 гг. профилактических медицинских осмотрах обучающихся школ, колледжей и ВУЗов, изучить количественный и качественный показатель отказов от процедуры тестирования в образовательной среде.

Результаты исследования. Анализ показал, что отказы от тестирования преимущественно были получены из школ – 78,0 %. На долю отказов, исходивших из колледжей и ВУЗов, приходилось 20,0 % и 2,0 % соответственно. Примечательно, что среди общего количества отказов, полученных в школах, велик процент отказов со стороны самих школьников – 71,0 %. К примеру, по данным результатов тестирования, проведенного в Москве, от участия в тестировании отказались 6025 обучающихся, при этом, в данном регионе не поступило ни одного отказа со стороны их законных представителей (родителей).

Анализ количества отказов, полученных от обучающихся образовательных учреждений, показал, что самостоятельно отказались от тестирования 84452 человек (72,0 % от общего числа отказов от тестирования). Из них большинство обучающихся в исследуемый учебный 2015-2016 год являлись школьниками – 63168 человек (75,0 %). Среди студентов колледжей отказались от тестирования 19714 человек, в ВУЗах – 1570 человек (23,0 % и 2,0 % соответственно).

Изучение количественных показателей отказов со стороны законных представителей обучающихся (28,0 % от общего числа отказов от тестирования) показало, что отказ от тестирования давали преимущественно родители школьников – 89 %, что, безусловно, связано с большим числом в школах учащихся, не достигших 15-летнего возраста. Доля отказов родителей учащихся колледжей составила 11 %. В ВУЗах согласие законных представителей не требовалось в силу возраста обучающихся (достигли 15-летнего возраста). Процентное соотношение показателя, касающегося отказов от тестирования обучающихся в школах, колледжах и ВУЗах в будущем может меняться, поскольку в части регионов тестирование проводилось только в школах, соответственно, информация по колледжам и ВУЗам не могла быть предоставлена в полном объеме.

Заключение. Первичный анализ показал, что медицинская профилактика в образовательных учреждениях, в первую очередь, должна быть направлена на обучающихся. Полученные высокие показатели отказов обучающихся от тестирования могут свидетельствовать о недостаточной активности проведения предварительных профилактических лекций-бесед с учащимися. Вместе с тем, практика проведения профилактических мероприятий свидетельствует о том, что профилактическую работу необходимо проводить и с родителями, т.к. авторитет родителей оказывает влияние на подростка и решение о прохождении тестирования обучающийся принимает аналогично решению его родителей. Наиболее часто встречающиеся причины отказов родителей от прохождения тестирования являются: опасение нововведений, опасение нарушения условий конфиденциальности, опасение получения ложноположительных результатов. Следует

отметить, что способствовать отказам от тестирования может скрытое негативное отношение педагогического состава к данной процедуре, что влияет на принятие решения детей и их родителей. Для снижения количества отказов населения и его просвещения по вопросам профилактического тестирования и профилактики зависимость поведения важна непосредственная работа в этом направлении сотрудников наркологической службы.

АНГЕДОНИЯ, ДЕПРЕССИЯ, ТРЕВОГА И ВЛЕЧЕНИЕ К УПОТРЕБЛЕНИЮ ОПИОИДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОПИАТНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ПРИ КУРСОВОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРОРАЛЬНОЙ ИЛИ ИМПЛАНТИРУЕМОЙ ФОРМОЙ НАЛТРЕКСОНА

Блохина Е.А., Крупницкий Е.М., Звартау Э.Э., Вербицкая Е.В.,
Бушара Н.М., Палаткин В.Я., Ярославцева Т.С.

ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Налтрексон – антагонист μ -опиоидных рецепторов. Поскольку налтрексон блокирует нейротрансмиссию в системе эндогенных опиоидных нейропептидов, играющих важную роль в функционировании системы награды мозга, высказывались опасения, что данный препарат при длительном приёме может препятствовать получению удовольствия от нормальных жизненных стимулов и, в силу этого, вызывать ангедонию, депрессию, тревогу и усиливать влечение к опиоидам у пациентов с опиатной зависимостью.

Цель исследования – изучить влияние долгосрочной терапии налтрексоном больных с синдромом зависимости от опиоидов на ангедонию, депрессию, тревогу и влечение к опиоидам.

Методы. Пациенты (n=306) с синдромом зависимости от опиоидов были включены в рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое 6-месячное исследование, проводимое в трех параллельных группах (по 102 в каждой) и сравнивающее эффективность имплантируемой лекарственной формы налтрексона с пероральной и плацебо в отношении лечения опиоидной наркомании. Для ежемесячной психометрической оценки были использованы: визуальная аналоговая шкала влечения к употреблению опиоидов, шкала депрессии Бека, шкала тревоги Спилбергера, шкалы ангедонии Чапмена и Фергюсона. Для оценки межгрупповых различий проводился дисперсионный анализ (Mixed ANOVA) с апостериорным тестом Тьюки для сравнения данных участников, приверженных лечению.

Результаты. Показатели ангедонии, депрессии, тревоги и влечения к опиоидам были повышены при включении в исследование и постепенно снижались до нормальных значений в течение первых 1-2 месяцев среди больных, удерживающихся в программе терапии. Значимых различий между тремя группами больных, а также между пациентами, прекратившими лечение и приверженными терапии, обнаружено не было.

Заключение. Полученные данные не подтвердили предположение о том, что длительное лечение налтрексоном может способствовать развитию ангедонии, депрессии, тревоги и влечения к опиоидам у больных с синдромом зависимости от опиоидов.

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

Брюн Е.А., Кошкина Е.А.

МНПЦ наркологии ДЗМ, Москва, Россия

Организация наркологической помощи Российской Федерации регламентируется различными нормативно-правовыми актами (основные из них):

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 13.07.2015) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2. Приказ Минздрава России от 05.06.2014 № 263 (ред. от 05.02.2015) «Об утверждении Концепции модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 года».

3. Приказ Минздрава России от 30 декабря 2015 г. № 1034н «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия и наркология» и порядок диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ».

4. Федеральный закон от 08.01.1998 № 3-ФЗ (ред. от 03.02.2015) «О наркотических средствах и психотропных веществах» и рядом других федеральных и ведомственных нормативных документов.

В соответствии с вышеуказанными нормативными документами в городе Москве разработан и внедрен в практику полный цикл оказания специализированной помощи больным алкоголизмом, наркоманией и другими болезнями зависимости, рекомендованный для всех субъектов Российской Федерации. Этот подход также получил высокую оценку среди европейских экспертов, работающих в области болезней зависимости.

В основе этого цикла лежит формирование лечебной субкультуры как действенной антитезы алкогольной и наркотической субкультурам. Этот полный цикл включает первичную, вторичную и третичную профилактику. В лечении больных применяется мультидисциплинарный подход. Разрабатываются групповые и индивидуальные профилактические и лечебно-реабилитационные программы, которые включают в себя мотивационные, психотерапевтические и коррекционные интервенции.

Бригада специалистов включает: врача психиатра-нарколога; клинического психолога; специалиста по социальной работе, врачей-консультантов (по показаниям). В полном объеме проводится лабораторно-диагностическое обследование в соответствии с Клиническими рекомендациями.

С целью получения эффективного результата в работе с населением наркологическая служба использует многоуровневую систему оказания помощи включающую и систему социального прессинга на наркологическую популяцию:

На I уровне проводится широкая информационная пропаганда в СМИ о возможных факторах риска употребления и злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ) в дифференцированных группах населения. Разрабатываются и внедряются обучающие программы по профилактике злоупотребления ПАВ и раннему выявлению факторов риска в организованных коллективах и СМИ.

На II уровне осуществляются раннее выявление групп риска и вмешательство, т.е. социо-терапевтическая интервенция.

III уровень включает лечебно-реабилитационные программы для разных групп больных с применением персонифицированной терапии с использованием генетического консультирования.

IV уровень включает обязательное (альтернативное) лечение по определению суда в наркологических учреждениях.

Уровень – это изоляция в исправительно-трудовых учреждениях системы ФСИН РФ и обязательное лечение.

Внутриведомственное взаимодействие лежит в основе раннего выявления лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами. В систему раннего выявления должны быть включены различные медицинские организации: женские консультации, родильные дома, детские поликлиники, поликлиники для взрослых, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, центры здоровья для детей и взрослых, и многопрофильные стационары.

Формами взаимодействия являются:

1. Информационно-просветительская работа с населением по профилактике ПАВ;
2. Совместная работа по раннему выявлению потребителей ПАВ;
3. Обучение специалистов самостоятельным навыкам раннего выявления потребителей ПАВ и мотивации на отказ от потребления ПАВ;
4. Консультационная помощь по отказу от потребления ПАВ специалистам других медицинских учреждений.

Медицинские учреждения, оказывающие медицинскую помощь помимо взаимодействия с медицинскими учреждениями активно сотрудничают с различными межведомственными организациями, имеющими отношение к проблеме. В первую очередь это – образовательные учреждения, а также трудовые коллективы, силовые структуры МВД, ФСКН, военкоматы, другие структуры и организации.

Формами взаимодействия являются:

1. Информационно-просветительская работа с населением по повышению мотивации к ведению ЗОЖ.
2. Совместная работа по раннему выявлению потребителей ПАВ.
3. Усовершенствование нормативно-правовой базы.
4. Создание системы мониторинга.
5. Создания механизма координации взаимодействия по проведению совместных мероприятий.

При организации наркологической помощи большое внимание уделяется обучению специалистов и волонтеров различного профиля. Система подготовки включает в себя различные формы в виде лекций и практических занятий, обучающих семинаров и тренингов по формированию профессиональных навыков по мотивации на отказ от потребления ПАВ. Проводится работа по обучению пациентов группы риска: консультации, профилактические Школы пациентов, профилактические Школы для родственников пациентов, тренинги по формированию профилактических навыков.

На современном этапе в стране большое внимание уделяется профилактике наркомании как наиболее социально значимой проблеме среди молодежи. Постановлением Совета Федерации Федерального собрания Российской Федерации № 94-СФ 2 марта 2016 года создан Совет по проблемам профилактики наркомании. Председателем Совета утверждена заместитель Председателя Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации Карелова Г.Н. Этот Совет является постоянно действующим экспертно-консультативным органом при Совете Федерации Федерального Собрания Российской Федерации.

Основные задачи Совета:

- 1) изучение вопросов формирования и реализации государственной политики в области профилактики наркомании;
- 2) выработка рекомендаций по формированию и реализации государственной политики в области профилактики наркомании, в том числе среди несовершеннолетних;

3) подготовка предложений по совершенствованию законодательства Российской Федерации и законодательства субъектов Российской Федерации в области профилактики наркомании;

4) мониторинг мероприятий, направленных на профилактику наркомании, проводимых на федеральном, региональном и местном уровнях;

5) информирование общественности о мерах по профилактике наркомании, принимаемых на федеральном, региональном и местном уровнях.

Состав и структура Совета Совет состоит из председателя Совета, заместителей председателя Совета, ответственного секретаря Совета и членов Совета, которые осуществляют свою деятельность на общественных началах.

Председатель Совета, заместители председателя Совета, ответственный секретарь Совета и члены Совета осуществляют свою деятельность на общественных началах.

Состав Совета утверждается распоряжением Председателя Совета Федерации.

В состав Совета входят члены Совета Федерации, сотрудники Аппарата Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации (далее – Аппарат Совета Федерации), а также по согласованию депутаты Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации, представители иных федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, организаций, экспертных советов и комиссий.

В целях обеспечения выполнения задач, возложенных на Совет, решениями Совета могут образовываться рабочие группы по отдельным направлениям его деятельности.

МОТИВАЦИЯ ДОСТИЖЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Бузина Т.С., Шаталов П.Н.

МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

Введение: при большом разнообразии методов и методик психотерапевтических и реабилитационных интервенций при лечении зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) обращает на себя недостаточная представленность в них мотивационно-целевых и ценностно-смысловых компонентов. Рассматривая проблемное поведение как деятельность, мы полагаем, что определяющим в изменении нежелательного поведения является формирование у субъекта мотивации на изменение поведения и жизненного стиля. Стремление субъекта прилагать усилия и добиваться лучших результатов в области, которую он считает важной или значимой, принято определять как мотивацию достижения. В настоящее время мотивация достижения операционализируется через две противоположные тенденции в деятельности субъекта: мотивация достижения успеха и мотивация избегания неудач. Современные исследования психологических предикторов формирования зависимости от ПАВ указывает на значимость пассивной жизненной позиции и низких показателей мотивации достижения успеха. В связи с этим можно предположить, что в процессе успешных психотерапевтических, реабилитационных мероприятий мотивацию достижения можно рассматривать как психологическую мишень данных интервенций, а ее усиление в реабилитационном процессе может быть индикатором его успешности.

Цель исследования: изучить значение мотивации достижения в реабилитационном процессе при лечении зависимости от психоактивных веществ.

Материалы и методы: в соответствии с целью исследования были сформированы две экспериментальные группы пациентов с зависимостью от ПАВ: в первую группу включили 51 пациента, никогда не получавших психотерапевтическую помощь (группа ПНПТ); во вторую группу были включены 51 пациент, которые получали психотерапевтическую помощь регулярно, в течение четырех месяцев и более, и находились в течение всего этого времени в ремиссии (группа ППТ). В первой группе было 68 % больных алкоголизмом и 32 % больных опиоидной наркоманией; во второй группе – 70 % больных алкоголизмом и 30 % больных опиоидной наркоманией. Средний возраст пациентов обеих групп составлял $30,02 \pm 9,2$ лет. Обе группы были сопоставимы по образованию, возрасту и диагнозу. Исследование проводилось следующими психологическими методиками: тест смысловых ориентаций (СЖО); шкала оценки потребности в достижении; шкала оценки мотивации избегания неудач.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования смысловых ориентаций методом СЖО у зависимых от ПАВ пациентов показали, что средние значения по всем шкалам методики у пациентов, которые не получали психотерапевтическую помощь, статистически достоверно ниже средних значений по тем же шкалам, полученных в группе пациентов, участвовавших в реабилитационных мероприятиях. Общий показатель осмысленности жизни в группе пациентов группы ПНПТ составил $81,2 \pm 5,4$ балла, а в группе пациентов ППТ этот показатель составил $122,4 \pm 7,5$ балла. В целом пациенты в результате полученной психотерапевтической помощи становятся более целеустремленными, у них повышается общая осмысленность жизни, они начинают воспринимать свою жизнь как управляемый процесс, больше верить в свои силы, начинают понимать, что у них в жизни есть свобода выбора. Так же они начинают понимать то, что они контролируют свою жизнь, свои поступки, желания.

При сравнении данных по шкале оценки мотивации достижения, полученных в изучаемых группах, было обнаружено что пациенты, получавшие психотерапевтическую помощь, отличаются более высокой мотивацией достижения. В группе ПНПТ средний показатель выраженности мотивации достижения – $8,0 \pm 1,9$, а в группе ППТ – $14,76 \pm 2,3$.

При изучении тенденции к избеганию неудач, было выявлено статистически достоверное различие между изучаемыми группами по данному параметру. В группе ПНПТ средний балл составил $17,1 \pm 2,3$, а в группе ППТ средний балл составил $12,51 \pm 1,6$. Данные результаты указывают на то, что пациентам с зависимостью от ПАВ свойственно избегающее поведение при разрешении проблем, а после психотерапевтических вмешательств они становятся более ориентированными на результативное поведение.

Заключение. В результате психотерапевтических мероприятий наблюдается изменение пассивной жизненной позиции зависимых от ПАВ пациентов на активную и независимую, на что указывают более высокие у них показатели общей осмысленности и мотивированности жизни по сравнению с пациентами, не получавшими психотерапевтическую помощь. У пациентов в реабилитационном процессе наблюдается усиление мотивации достижения успеха и снижение показателей мотивации избегания неудач. В связи с этим изменение показателей общей осмысленности жизни и мотивации достижения в процессе психотерапии может быть показателем эффективности психотерапевтических, реабилитационных мероприятий при зависимости от ПАВ.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ИНТЕРВЕНЦИЯМ В ДОКАЗАТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ВТОРИЧНУЮ ПРОФИЛАКТИКУ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Бушара Н.М., Блохина Е.А., Крупицкий Е.М.

ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Существующие доказательные исследования психотерапевтических интервенций, направленных на вторичную профилактику ВИЧ-инфекции, показали их эффективность в отношении снижения рисков для здоровья среди ВИЧ-инфицированных групп населения. Однако низкий уровень приверженности пациентов данной терапии является проблемой, которая особенно актуальна для активных потребителей инъекционных наркотиков (ПИН).

Целью настоящего исследования явилось сравнение трех рандомизированных, контролируемых исследований эффективности психотерапевтических интервенции для определения оптимального подхода к повышению уровня приверженности пациентов. Приверженность определялась как 100 % посещение сессий, предусмотренных дизайном исследования. Все исследования проводились в наркологических и инфекционных больницах Санкт-Петербурга в период с 2004 по 2014 годы и были направлены на вторичную профилактику ВИЧ-инфекции среди ПИН. Однако они отличались по лечебному режиму пациентов (стационарный или амбулаторный), режиму интервенций (количество групповых и индивидуальных сессий), наличию или отсутствию денежной компенсации за посещение сессий и по специализации и количеству интервенционистов.

Результаты. Наиболее высокий уровень приверженности интервенциям наблюдался в исследовании со следующими характеристиками дизайна: все участники находились на стационарном режиме лечения, получали только индивидуальные интервенции (2 личные и 3 телефонные), которые проводились клиническим психологом без участия равного консультанта. Кроме того, пациентам выплачивалась денежная компенсация за пройденные сессии. В группе контроля индивидуальные личные сессии заменялись стандартным посттестовым консультированием, а телефонные – коротким телефонным контактом. Различия приверженности между интервенционной группой и группой контроля отсутствовали.

Выводы. На основании полученных результатов можно предположить, что высокий уровень приверженности может быть достигнут при проведении индивидуальных интервенций в стационаре, с участием клинического психолога в качестве интервенциониста и выплатой денежной компенсации пациентам за посещение сессий. Отсутствие межгрупповых различий, вероятно, было обусловлено влиянием на приверженность непосредственно факта поддержания индивидуального контакта с пациентами, а не содержанием сессий.

ПСИХОТЕРАПИЯ, НАПРАВЛЕННАЯ НА ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛЕЧЕНИЕ К АЛКОГОЛЮ

Вальчук Д.С., Агибалова Т.В., Бузик О.Ж., Гуревич Г.Л., Тучина О.Д., Курлович Н.М.

МНПЦ наркологии ДЗМ, Москва, Россия

Патологическое влечение к алкоголю (ПВА) – важнейший этиопатогенетический фактор продолжения употребления алкоголя пациентами с синдромом зависимости (АЗ).

Метод «Психотерапия, направленная на купирование ПВА» обеспечивает дифференцированный, индивидуализированный подход к лечению АЗ.

Материал и методы. Апробация и исследование эффективности метода проводилось в г. Москве на базе стационаров клиники ННЦН МЗ РФ и частной наркологической клиники с 2010 по 2014 гг. Обследована выборка из 175 человек, 150 включены в основную (N=75) и контрольную (N=75) группы исследования. Критерии включения: мужской пол, диагноз «Синдром зависимости от алкоголя» (F 10.2, МКБ-10). Критерии исключения: сопутствующие синдромы зависимости (кроме никотиновой); эндогенные психические заболевания, острые психозы; органические заболевания ЦНС; обострение хронических заболеваний, включая СПИД. Включение в группы регулировалось случайным выбором. Исследование одобрено локальным этическим комитетом.

Организация исследования. Основная группа получала лечение «ПТ, направленной на купирование ПВА», сочетающей приемы психообразования, когнитивной ПТ, поведенческие, неспецифические (например, медитации) и поддерживающие техники, и состоящей из 3-х этапов:

1. Начальный диагностический и мотивирующий – 2 встречи (по 30–45 минут).
2. Лечебный (за 30 дней наблюдения) – 8-12 индивидуальных встреч по 45–60 минут (до 12 часов) 2-3 раза в неделю; групповые психообразовательные встречи по 45–60 минут (1 раз в день, 5 дней в неделю); терапевтические группы, по 60–90 минут (до 30 часов).
3. Индивидуальные встречи по необходимости/инициативе врача-нарколога для констатации сохранения эффектов.

Контрольная группа получала стандартное лечение в эквивалентном по времени объеме: возможность взаимодействовать с наркологом, включая консультирование по вопросам лечения и иным проблемам; групповые психообразовательные сеансы; индивидуальные встречи по 45–60 минут (до 12 часов) без психотерапевтической коррекции. Группы получали стандартизированную фармакотерапию АЗ с применением витаминотерапии; психотропные препараты не использовались.

Шкала В.Б. Альштулера использовалась для оценки компонентов и психопатологической структуры синдрома ПВА. Различия между группами анализировались с помощью U-критерия Манна-Уитни.

Результаты. Параметры ПВА для обеих групп оценивались в динамике. В основной – наблюдалось постепенное ослабление симптомов ПВА, а именно вегетативных, идеаторных и поведенческих. Аффективные симптомы были наиболее стойкими. Общая выраженность симптоматики ПВА снижалась: уменьшалась фиксация на алкогольной тематике, воспоминаниях, сновидениях, выравнивался аффективный фон. Отмечались отдельные колебания настроения при затрагивании болезненных и значимых тем. Углублялась критика к заболеванию, увеличивалась заинтересованность в лечебном процессе в отношении физиологических последствий АЗ, ее психологических механизмов и идентификации их у себя.

При оценке значимости межгрупповых различий по показателям симптомов ПВА в динамике при 2-ом тестировании выявлены значимые различия по степени выраженности аффективных и поведенческих симптомов ПВА, которые хуже снижались в контрольной группе. Различия в симптомах ПВА сохранились после года наблюдений: в основной группе снижение продолжалось, улучшались способы совладания с симптомами ПВА, а в контрольной – усиливалась поведенческая и идеаторная симптоматика при отсутствии снижения по другим параметрам.

Обсуждение. ПТ, направленная на купирование ПВА, рассматривает ПВА как особый симптомокомплекс и главную мишень при АЗ. Его успешность определяется четким фокусом на очевидных (для пациента) симптомах, и значимых (с позиции психотерапевта) мишенях, что позволяет уменьшить сопротивление изменениям и повысить мотивацию больных. Метод предполагает тщательный анализ симптомов ПВА и способов совладания с ними, расширение ресурсов средств совладания, позитивную утилизацию опыта срыва и рецидива для снижения их патогенности и т.д. Предварительные результаты оценки эффективности предполагают, что симптомы ПВА являются достаточно стойкими, и при отсутствии специальной работы с ними снижаются медленнее за время наблюдения (12 месяцев). Однако полученная к концу периода разница в выраженности симптомов и уровне ПВА говорит о возможности психотерапевтической коррекции уровня ПВА, независимо от медикаментозного лечения, эквивалентного в обеих группах.

РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНОЗИНА ГЛИЦИЛ-ЦИСТЕИНИЛ-ГЛУТАМАТ ДИНАТРИЯ (МОЛИКСАНА) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Винникова М.А., Кренкель Н.Т.

МНПЦ наркологии ДЗМ, Москва, Россия

Особенности течения и тяжесть клинических проявлений алкогольного абстинентного синдрома (ААС) во многом определяют прогноз при алкоголизме. Тяжелые формы ААС сопряжены с развитием судорожного синдрома, алкогольного делирия, энцефалопатии Гайе-Вернике. Именно этим определяется актуальность поиска эффективных средств терапии. Мы исходили из рабочей гипотезы о том, что высокий детоксикационный потенциал лекарственного средства (ЛС) и, соответственно, его терапевтическая эффективность определяются окислительно-восстановительной регуляцией глутатионового цикла. В качестве такого препарата был выбран отечественный препарат Моликсан – тиолсодержащий пептид, аналог глутатиона, обладающий детоксикационными, гепатопротекторными, антигипоксическими свойствами.

Цель исследования: изучить эффективность и безопасность Моликсана (инозина глицил-цистеинил-глутамат динатрия) при тяжелом ААС. Препарат назначается 10 дней инфузионно, 1 раз в сутки в дозе 120 мг. Бензодиазепины назначаются в стандартной дозе до 60 мг в сутки, иные препараты не назначаются.

Планируется включить 80 пациентов, мужчин 25–65 лет, страдающих алкоголизмом II, III стадии, с тяжестью ААС по CIWA-Ar от 20 баллов, АЛТ, АСТ от 3 до 7 норм.

На данном этапе в исследование набрано 36 пациентов (20 – основная группа (ОГ), 16 – контрольная группа (КГ)), проведен промежуточный статистический анализ влияния ЛС на динамику АД, печеночных трансаминаз, холестерина профиль и динамику клинических проявлений ААС. Получены следующие предварительные данные.

Выявлено положительное влияние препарата на динамику АД в структуре ААС. В ОГ АД-сист. нормализовалось уже к 2 дню терапии: от начального показателя $137,0 \pm 11,2$ до $120,1 \pm 6,8$ на 2 день лечения ($p=0,05$), в дальнейшем наблюдалась стабильность данного показателя. В КГ редукция АД-сист. наблюдалась только к 6 дню терапии (от $136,0 \pm 13,4$ до $122,2 \pm 13,4$), при этом его стабилизации не наблюдалось даже к 10 дню лечения. В отношении АД-диагн. показатели имели схожую динамику.

Выявлено положительное влияние ЛС на холестериновый профиль: в ОГ отмечено повышение ЛПВП к 10-му дню терапии, в то время как в КГ динамики нет ($p=0,04$). По коэффициенту атерогенности между группами также получены статистически достоверные различия: в ОГ к 10-му дню терапии он составляет $2,1 \pm 0,4$, а в КГ $3,2 \pm 0,3$ ($p=0,05$). В отношении динамики трансаминаз на данном этапе исследования наблюдается лишь тенденция к более быстрой редукции высоких цифр ГГТ и АЛТ в ОГ. Примечателен тот факт, что редукция клинической симптоматики в двух группах происходит одинаково планомерно.

Промежуточный статистический анализ показал, что использование препаратов пептидной структуры, оказывающих влияние на глутатионовый цикл, может быть перспективным в терапии тяжелых ААС. Следует отметить быстрый терапевтический эффект, определяемый не клиническим, а более тонким – лабораторным методом.

АДДИКЦИЯ, ЗАВИСИМОСТЬ, СОЗАВИСИМОСТЬ: ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ОПЫТА КОНТАКТА И ПСИХОТЕРАПИЯ

Городнова М.Ю.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Феноменологический взгляд, базирующийся на теории гештальт-терапии, позволит расширить специалистам разных направлений и школ свое видение процесса формирования и разворачивания аддикции, созависимости и зависимости, а также увидеть новые направления и способы психологической коррекции и психотерапии этих явлений.

Уникальность процесса взаимодействия с окружающим миром, представленным объектами и субъектами по-разному разворачивается в аддиктивном, зависимом и созависимом опыте. В аддиктивном опыте отсутствует Другой (субъект взаимодействия), контакт осуществляется с предметом или объектом деятельности. Зависимый тип контакта сопровождается интенсивными эмоциями и характеризуется особым способом его установления с Другим. Зависимость противоположна привязанности. В первом случае теряются или меняются границы (как свои собственные, так и чужие), при привязанности границы не просто присутствуют, но сохраняется способность к их разрушению (слиянию с Другим) и восстановлению. При этом отсутствует страх быть поглощенным, использованным или полностью исчезнуть. Отсутствие способности сохранять, открывать и восстанавливать границы и есть зависимость. Созависимость это феномен, отражающий зависимый способ контакта с человеком, у которого есть проблемы с границами. Это может быть страдающий аддикцией, больной ребенок или теряющий дееспособность значимый близкий. Таким образом, если аддикция исключает Другого из взаимодействия (там не существует субъекта, есть лишь объект), то зависимость предполагает особый способ обходиться с собственными границами и границами другого человека, в случае, когда такой опыт касается взаимодействия с человеком, имеющим серьезные проблемы с собственными границами, возникает созависимость.

Опираясь на теорию параллельных процессов, мы считаем, что процесс выделения себя из внешнего мира с приобретением собственных границ мы осуществляем каждый раз в контакте с Другим в конкретной ситуации, повторяя собственный детский опыт. Незавершенный процесс индивидуации и сепарации отражает рассматриваемый нами зависимый опыт контакта. Отголоски остановленного контакта слышны в используемых пациентом глаголах и местоимениях, что позволило нам выделить три основных

зависимых типа опыта контакта. Первый тип зависимого опыта мы условно называем «Мы», именно это местоимение использует пациент. Такой тип контакта предполагает полное слияние с Другим, потерю собственных границ, только таким способом человек чувствует себя живым (существующим). Подобным способом младенец удовлетворяет свою потребность в безопасности, чем больше безопасности предоставляет среда, тем больше базового доверия будет иметь он в своем опыте. На основе этого доверия создается возможность в последующем выстраивать собственные границы и встречаться с внешним миром. Продолжительная, стойкая демонстрация способа «Мы» взаимодействия у взрослого указывает на личностное расстройство, сформировавшееся в небезопасной среде, которая не позволила завершить процесс индивидуации. Отсутствие базового доверия к миру побуждает искать безопасность в слиянии с Другим. Этот Другой не имеет собственных границ, но представляется сосредоточением всего безграничного внешнего мира. Второй тип опыта мы условно называем «Это». В словах, описывающих подобный опыт контакта, преобладают глаголы среднего рода «оно тянет, манит, зовет, угнетает, давит, связывает...». «Что-то», что находится во вне организма, влияет на человека и определяет его действия. Это «что-то» еще не имеет определенного названия (границ), но уже выделено из реальности. «Я ничего не могу с собой поделать, это заставляет меня так чувствовать и испытывать боль», — говорят пациенты. Побуждение к действию приписывается «чему-то» в среде, а сам человек чувствует себя во власти этой «безликой» среды. Подобный опыт контакта переживает ребенок от года до двух лет в период намечающихся собственных границ. Третий тип опыта зависимого контакта мы называем «Я-Ты», он подразделяется на два подтипа. Процесс «восьмерки», признающий значимость собственного побуждения к действию и значимость для него Другого, нарушен. Пациент приписывает активность и побуждение либо себе, игнорируя присутствие и участие другого, либо другому, игнорируя собственное участие в создании опыта. Такая форма опыта взаимодействия описывается словами «Все зависит только от меня», и мы обозначаем ее «Я – Ты», другой тип мы называем: «Ты – Я», при этом человек считает, что все, что он делает, определено другим. Во всех описанных видах имеет место нарушение границ личности, но особенности их нарушения требуют разных способов психотерапевтической работы.

При работе с первым типом зависимого опыта контакта (опыт «Мы») психотерапия направлена на преодоление слияния путем создания доверия к внешнему миру. Приобретение собственных границ возможно только при достаточном чувстве безопасности. Психотерапия содействует приобретению иного способа удовлетворения этой потребности помимо привычного слияния с Другим. Это долгая постепенная работа по созданию безопасной атмосферы — поля лечебной среды. Прочерчивание границ без достаточной атмосферы безопасности и доверия вызывает невыносимое чувство исчезновения переживания самой жизни, собственного существования. Психотерапевт в глазах пациента представлен не как отдельная личность, а как окружающий мир, в таком опыте контакта он не способен заметить терапевта, сливаясь с ним. Безопасность, поддержка, доверие основные темы работы на этом этапе. Говоря этап, мы предполагаем, что при завершении процесса восстановления доверия к миру, пациент приобретает способность к процессу выстраивания границ.

Работа с зависимым опытом контакта типа «Это» предполагает приобретение границ самим пациентом. Когда мы говорим границы, то подразумеваем, что личность осознает свои потребности и желания, свои телесные, эмоциональные, когнитивные и поведенческие проявления. Обретение своих границ сопровождается обостренной чувствительностью к их нарушению, на что ребенок дает яркий агрессивный ответ, направляя

его на среду. Безопасность в выражении собственных чувств задача этого опыта. Эти переживания могут быть такими сильными и небезопасными для самого ребенка, что требуют контейнирования окружением. Ответ контейнирующей среды на агрессию ребенка не должен разрушать его границы! Присутствие, обозначение переживаемых эмоций, бережное отношение, безоценочность, четкие собственные границы родителей, – все это признаки контейнирующей среды. Именно этого не хватило пациенту в период обретения собственных границ, и, обретая их в контакте с психотерапевтом, он продолжает нуждаться в подобном способе его присутствия. Такой способ лечебного взаимодействия создает безопасность для пациента от его разрушительных эмоций и действий. Лишь только укрепив свои границы (хорошо их осознавая), пациент готов увидеть и признать Другого в его границах. Работа с таким опытом строится вокруг развития чувствительности к нарушению собственных границ и реакции на нарушение границ другого.

Работа с «Я-Ты» типом строится на признании взаимного побуждения в создании ситуации. Признание себя в собственных границах и Другого в его границах выливается во взаимодействие, предполагающее диалог, уточнение, вопросы, сомнения в предположениях, совместную проверку гипотез. Думать за другого человека или игнорировать его значение — процессы, отражающие застывшие границы, потерю движения взаимодействия.

В завершении опишем последовательные шаги работы с аддиктивным опытом пациента. Основная задача — развернуть пациента к миру людей, что возможно только на основе формирования доверия в безопасной ситуации. Дальнейшее очерчивание пациентом собственных границ с крайней уязвимостью к их нарушению требует контейнирующей среды. Приобретая границы, пациент способен заметить Другого. Экспериментирование на границе контакта в ситуации с Другим создает новый опыт признания обоюдного взаимодействия по ее конструированию. Созависимый тип контакта препятствует восстановлению хорошо очерченных гибких границ.

ВЛИЯНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (ПАВ) И АЛКОГОЛЯ НА ПОДРОСТКОВУЮ СУИЦИДАЛЬНОСТЬ

Григорьева А.А.

ФМИЦ ПН, Москва, Россия

Актуальность проблемы суицида подтверждается, прежде всего, статистикой, согласно которой Россия занимает одно из первых мест в мире по числу самоубийств. За прошедшие 30 лет количество суицидов у детей от 5 до 14 лет возросло в 8 раз. Подростки и юноши совершают суициды в возрасте от 15 до 24 лет (Л.Н. Юрьева, Л.В. Дехтерева, Д.С. Емельянова). На одного подростка с завершённым суицидом приходится 100 суицидальных попыток. Согласно докладу ЮНИСЕФ, в мире подростки 15-19 лет совершают в среднем 10 случаев суицида на 100 тыс. населения в год, в России в 2008 году зарегистрировано 38 случаев.

Цель: проанализировать основные аспекты проблемы влияния психоактивных веществ и алкоголя на подростковую суицидальность.

Результаты. Суицидальное поведение и его взаимосвязь с употреблением психоактивных веществ и алкоголя определяется триадой взаимодействующих суицидальных факторов: 1. Особенностью наркотической психопатизации личности. 2. Выраженностью патологического влечения к наркотику. 3. Личностной значимостью микросоциального конфликта.

Следует отметить психиатрические факторы риска суицидального поведения у подростков: выраженная депрессия (относительный риск $OR=27.0$), биполярное расстройство ($OR=9.0$), злоупотребление психоактивными веществами ($OR=8.5$), расстройства поведения ($OR=6.0$). По имеющимся данным 82 % подростков – суицидентов страдали от того или иного аффективного расстройства, у 31 % депрессия длилась меньше 3 месяцев, а злоупотребление психоактивными веществами в сочетании с расстройством аффекта увеличивало риск суицида больше, чем в 5 раз (с $OR=3.3$ до 17.0).

Можно выделить четыре основных аспекта в проблеме влияния употребления психоактивных веществ и алкоголя на подростковую суицидальность: фармакотимия, потенцирование депрессии, саморазрушительное поведение (непрямой суицид), утрата контроля над собственными действиями.

Влияние употребления алкоголя и ПАВ как потенцирующих депрессию и суицидальные мысли может развиваться следующими способами: 1) Подросток не употребляет ПАВ и алкоголь, но находится в состоянии депрессии. Разовое употребление ПАВ или алкоголя актуализирует суицидальные мысли. 2) Подросток регулярно употребляет ПАВ или алкоголь, которые в свою очередь вызывают депрессивное состояние и способствуют возникновению депрессивных мыслей. 3) Если родители подростка – алкоголики и наркоманы, то вызванные этим обстоятельством семейные скандалы и неурядицы могут существенно подействовать на психику подростка, подвести его вплотную к суицидальной черте.

Депрессия приводит к желанию справиться с непереносимым состоянием, приводя к употреблению алкоголя и наркотиков. Алкоголь и наркотики представляют собой «фармакотимию» (по Ш. Радо), позволяющую справиться с сильной психической болью, преодолеть депрессивное состояние, сменив его эйфорией, переживанием удовольствия. В свою очередь алкоголизация и наркотизация вызывает еще большую депрессию. Что сопровождается разрушением круга близких межличностных контактов, возникновению профессиональных и финансовых проблем, усиливая переживание вины, разочарования в жизни и аутоагрессию. Чрезмерное употребление алкоголя приводит к функциональным расстройствам, выражающимся в ослаблении процессов торможения. Злоупотребление алкоголем может привести к суициду и без депрессивных переживаний, как результат потери контроля над собственными действиями. Последствием приема наркотиков могут быть изменённые состояния сознания, сопровождающиеся суицидальными мыслями и действиями. Прием алкоголя и наркотиков приводит к различным смертельным соматическим заболеваниям, вызванными токсическими последствиями химических веществ, а также болезненного стиля жизни, сопровождающегося стихийностью и недостаточным питанием.

Официальная статистика учитывает только количество реальных самоубийств, не принимая в учет саморазрушительное поведение, представляющее собой движение в сторону саморазрушения: злоупотребление алкоголем, немедицинское употребление психоактивных средств, игнорирование опасных болезней, трудоголизм и др. Саморазрушающее поведение определяется как совершение действий, над которыми человек имеет реальный или потенциальный волевой контроль, способствующих продвижению индивида к более ранней физической смерти (Табачник Н.Б.).

Признаками непрямого суицида являются: отсутствие осознания последствий своих поступков, отрицание своего поведения, деструктивное поведение в отношении себя, отсутствие открытого обсуждения деструктивных тенденций, долготерпеливое мученическое поведение, наличие вторичной выгоды в виде сочувствия со стороны других или проявления враждебности во время саморазрушения, смерть человека приводит впечатление случайной.

В исследованиях выделяют гендерные особенности суицидентов-аддиктов: особенностью подростковой наркомании является превалирование девушек среди суицидентов-аддиктов. Суицидальные попытки встречаются у одной из 3 девушек и одного из 5 мальчиков, злоупотребляющих наркотиками. Наибольший суицидальный риск отмечается у полинаркоманов: у девушек, сочетающих тяжелые наркотики со снотворно-седативными препаратами (А.Ю. Егоров, А.Г. Софронов, 2009).

Выводы: актуальность проблемы влияния употребления психоактивных веществ и алкоголя на подростковую суицидальность в Российской Федерации определяется статистическими данными, которые в отрицательную сторону отличаются от общемировой тенденции. В рамках заявленной проблемы можно выделить четыре основных направления исследования: употребление алкоголя и ПАВ как потенцирование депрессии и суицидальности, фармакотимия, саморазрушительное поведение и суицидальность как утрата контроля над собственными действиями вследствие употребления алкоголя и ПАВ. Длительное употребление наркотиков и их влияние на организм, так же как и общий стиль жизни наркоманов в целом, в значительной мере направлены на саморазрушение, независимо от осознания ими этих намерений.

ОЦЕНКА ЭМОЦИОНАЛЬНО-МОТИВАЦИОННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С ОПИОИДНОЙ И ПОЛИСУБСТАНТНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Громыко Д.И., Илюк Р.Д.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Эмоциональные расстройства, связанные с негативными последствиями воздействия ПАВ на психику наркозависимого, отмечаются на разных этапах развития болезни, но значение эмоциональной сферы больного в формировании потребности в наркологической помощи в настоящее время изучено недостаточно.

Цель исследования: изучение влияния эмоциональных нарушений на мотивацию к лечению у больных с опиоидной и полисубстантной зависимостью.

Материал и методы исследования: 243 пациента с опиоидной (ОЗ) и полисубстантной зависимостью (ПЗ) (F11.20, F11.21, F19.20, F19.21) со сроком воздержания от наркотика от 7 до 21 суток перед началом исследования, без коморбидных психических расстройств и выраженных соматических заболеваний. В работе использовались: Анкета, включающая клинические и социально-демографические показатели, шкала «Готовность к изменению поведения и стремления к лечению» (SOCRATES), Дифференциальная шкала эмоций К.Э. Изарда (ДШЭ), Шкала депрессии Бека, Шкала тревоги Спилбергера-Ханина, Опросник «Характеристики и ориентации гнева (STAXI) Ч.Д. Спилбергера». Статистический анализ проведен с помощью критерия Хи-квадрата, критерия Манна-Уитни, критерия Краскола-Уолисса, коэффициента Спирмена, критерия Колмогорова-Смирнова.

Результаты исследования. В группу ОЗ вошли 129 пациентов: 74 мужчины (57,36 %) и 55 женщин (42,64 %), средний возраст составил 24,3 (SD=4,37) года. В группе исследуемых с ПЗ обследовано 114 пациентов: 86 мужчин (75,44 %) и 28 женщин (24,56 %), средний возраст – 26,1 (SD=5,11) лет. Требования родных к больным в группе ПЗ прекратить потребление ПАВ в постоянной форме отмечались чаще, чем в ОЗ ($p=0,05$); а конфликты в семье из-за потребления ПАВ часто возникали в группе ОЗ ($p=0,05$). У исследуемых ОЗ по сравнению с ПЗ отмечался более ранний возраст начала заболевания ($p=0,05$); моложе возраст формирования абстинентного синдрома (АС) ($p=0,05$); длительнее АС

(дней) ($p=0,05$); выше отношение длительности ремиссий к заболеванию: 0,3 ($SD=0,17$) и 0,2 ($SD=0,15$). Аффективные нарушения чаще у пациентов с ОП, чем у ПЗ, представлены депрессивной симптоматикой и тревогой ($p=0,05$), но реже раздражительностью и гневом ($p=0,05$).

Полученные данные по шкале «Готовность к изменению поведения и стремления к лечению» (SOCRATES) свидетельствуют о том, что в группе ОЗ по сравнению с ПЗ достоверно выше значение субшкалы «Амбивалентность» – 12,5 ($SD=3,96$) и соответственно 11,5 ($SD=3,10$), но по субшкалам «Осознание» (24,5 ($SD=8,41$) и 24,9 ($SD=5,58$) и «Действие» (25,7 ($SD=7,64$) и 26,4 ($SD=5,67$) различия были не значимыми. По методике ДШЭ показатели субшкал «Гнев», «Отвращение», «Презрение», «Горе», «Страх», «Стыд», «Вина» в группах ОЗ и ПЗ выше нормативных, а «Интерес» – ниже. Вместе с тем, значения субшкал «Гнев», «Отвращение», «Презрение», «Горе» достоверно выше в ПЗ, чем в ОЗ. Все показатели субшкал опросника STAXI у наркозависимых не отличались от нормативных значений, но в группе ПЗ результаты были достоверно выше, чем в ОЗ, по субшкалам «Гнев-темперамент», «Гнев-реакция», «Гнев-внутри»; а в группе ОЗ – по «Гнев-контроль». Данные опросника Спилбергера – Ханина указывают на наличие умеренного уровня тревоги в группах ОЗ и ПЗ: субшкала «Ситуационная тревога» – 40,8 ($SD=10,22$) и 39,8 ($SD=8,64$), «Личностная тревога» – 41,5 ($SD=9,46$) и 41,4 ($SD=9,65$). По шкале депрессии Бека в группах ОЗ и ПЗ отмечается средний уровень депрессивной симптоматики (11,0 ($SD=3,39$) и 10,2 ($SD=4,27$)).

Корреляционный анализ свидетельствует о том, что показатель субшкалы «Осознание» (SOCRATES) в ОЗ и ПЗ группах взаимосвязан с длительностью АС (0,28 и 0,37), возрастом формирования АС (0,41 и 0,35), отношением длительности ремиссий к заболеванию (0,70 и 0,55), субшкалой «Интерес» (ДШЭ) (0,24 и 0,34), «склонность к раздражительности и гневу» (STAXI) (-0,23 и -0,25), «гнев-контроль» (STAXI) (0,23 и 0,40); а в группе ПЗ – отрицательно коррелирует с субшкалами ДШЭ: «Гнев» (-0,28), «Отвращение» (-0,20), «Презрение» (-0,20), шкалой депрессии Бека (-0,21).

Субшкала «Амбивалентность» (SOCRATES) в группах ОЗ и ПЗ сопряжена с длительностью АС (0,24 и 0,32), длительностью заболевания (0,21 и 0,41), отношением длительности ремиссий к заболеванию (0,57 и 0,42), субшкалой «Интерес» (ДШЭ) (0,25 и 0,29), «склонность к раздражительности и гневу» (STAXI) (-0,22 и -0,20), «гнев-контроль» (STAXI) (0,21 и 0,34). В группе ПЗ показатели субшкалы «Амбивалентность» (SOCRATES) отрицательно коррелируют с субшкалой «Личностная тревога» (Спилбергер-Ханин) (-0,20) и шкалой депрессии Бека (-0,20), а в группе ОЗ с субшкалами «Гнев» (-0,20) и «Отвращение» (ДШЭ) (-0,20). Отмечается прямая корреляция значений субшкалы «Действие» (SOCRATES) в группах ОЗ и ПЗ с длительностью заболевания (0,30 и 0,40), возрастом формирования АС (0,40 и 0,30), отношением длительности ремиссий к заболеванию (0,45 и 0,61), субшкалой «Интерес» (ДШЭ) (0,27 и 0,30), «гнев-контроль» (STAXI) (0,19 и 0,34).

Заключение. Наличие наркологического заболевания негативно влияет на семейные отношения в обеих группах испытуемых. У исследуемых с опиоидной зависимостью наркологические показатели более выражены, а из аффективных нарушений преобладают депрессивная симптоматика и тревога. Для больных с полисубстантной зависимостью в большей мере характерны раздражительность, гнев, отвращение, презрение, горе. Мотивация к лечению в обеих группах пациентов выше у исследуемых, имеющих: большую длительность, но меньшую тяжесть заболевания, а также низкий уровень эмоциональных нарушений. Способность к проявлению внимательности, сконцентрированность, собранность, познавательная потребность у наркозависимых повышают обращаемость за наркологической помощью.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СПЕЦИФИКА НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Даренский И.Д.

ПМГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Общепризнаны стадийные симптомы и синдромы, определяющие нозологическую принадлежность и особенности наркологических заболеваний. Также нозоспецифичны фазные симптомы острого периода: опьянение, абстинентный синдром, патологическое влечение к алкоголю, специфический делирий и другие острые и подострые психозы. Их специфичность определяема и выделение подобных клинических признаков острого периода течения наркологических заболеваний не вызывает возражений.

Однако симптомы подострого периода менее связаны с непосредственным действием или последствием психоактивных веществ (ПАВ). Симптомы более относятся к реакции нервной системы на хроническое введение ПАВ после прекращения действия самих ПАВ или острых последствий их действия. Клинический эффект последствия ПАВ не исчерпывается их токсическим, соматотропным компонентом. Необходимо учитывать другие механизмы возникновения нозологически специфичных психических нарушений при зависимости от ПАВ.

Цель работы состояла в выявлении более типичных для наркологических больных или встречающихся исключительно только у них расстройств и тем самым создании тезауруса, пригодного для изучения психотропных и иных средств лечения наркологических больных.

Материал и методы. Клиническое исследование 200 больных алкогольной зависимостью проводилось в условиях наркологической клиники. Для оценки клинического состояния не удалось использовать симптомы шкалы BPRS, принятые в психиатрической клинике, ввиду отсутствия их у наркологических больных. Применялась шкала общей психопатологии шкалы позитивного и негативного синдромов PANS, шкала оценки негативных симптомов SANS, шкала общего клинического впечатления CGI и карта клинических признаков, составленная для данного исследования.

Результаты. В результате исследования выделены 3 группы симптомов. Первая группа описывает клиническую картину наркологического заболевания в ранний период лишения ПАВ, в фазу абстиненции. Обычно описываются психо-вегетативные симптомы. Анализируются астенические и эмоциональные субпсихотические расстройства. Именно так описываются острые проявления алкогольного абстинентного синдрома в публикациях. С небольшими изменениями те же расстройства составляют описание абстиненции у больных с иными видами зависимости.

Несмотря на то, что указанные выше симптомы традиционно используются для клинической оценки состояния больных, обнаружено, что они относительно редки у наркологических больных. Кроме того, на практике эти расстройства встречаются не в полном объеме, имеют незначительную выраженность, наблюдаются не на всем протяжении отдельных фаз течения и не сопряжены с временными границами начала и окончания фаз. Поэтому указанные симптомы, несмотря на официальный статус обязательных для клиники наркологических заболеваний, недостаточно информативны и не могут удовлетворить современные требования исследователей, служить достаточно тонким инструментом изучения фазной динамики заболеваний и действия лекарственных средств. Например, в противовес часто встречающемуся мнению эмоциональные нарушения ввиду своей незначительной представленности малоинформативны для оценки состояния наркологических больных.

Вторая группа включает общие для психиатрии и наркологии симптомы и более часто, чем первая группа симптомов встречаются у наркологических больных: чувство вины, эмоциональная лабильность, нарушение сна, тремор, соматическая астения (слабость, вялость, истощаемость, пассивность), отсутствие аппетита и тошнота, вегетативная лабильность (бледность и покраснение).

Третья группа симптомов и синдромов позволяет говорить о наличии наркологических симптомов, ранее не выделявшихся клиницистами. Традиционный, а стало быть психиатрический, круг симптомов не позволяет охватить все параметры и нюансы проявления наркологических болезней и оценить действие используемых при них лекарств. Вместе с тем, следует отметить сходство наркологических и токсикологических симптомов, т.е. наблюдаемых в токсикологии при лечении больных с отравлениями, интоксикацией, избытком каких-то веществ в организме.

Обсуждение. Попытки использовать психиатрические понятия в наркологии оказываются несостоятельными из-за трудностей использовать иную систему оценки состояния больных. Существуют трудности оценки влечения к ПАВ, болевых ощущений, испытываемых героиновым наркоманом в абстиненции, разделение состояния скуки и депрессии и т.д.

На практике у наркологических больных эти расстройства редко встречаются и слабо связаны с динамикой основного состояния. Психопатологические симптомы наблюдаются только в тяжелых случаях при психопатологическом варианте абстинентного синдрома или психопатологическом типе алкоголизма, которые встречаются сравнительно редко. Можно их расценить как обнажение психопатологии преморбидных психиатрических заболеваний. Либо происходит присоединение психиатрических осложнений наркологического заболевания, прежде всего органического поражения головного мозга.

Так, алгические явления у больных героиновой наркоманией, как известно, отличаются крайней неопределенностью ощущений и локализации. Поэтому одни авторы описывают их как болевые ощущения с оговоркой о их центральном происхождении, а другие отождествляются с сенестопатиями.

Девиантное поведение с расторможенностью, непохожестью на окружающих, нонконформизмом, социальной оппозиционностью вплоть до асоциальности пытаются представить либо как особый склад преморбидной личности, динамику психопатии, проявления вялотекущей шизофрении или квалифицировать как гебоидность. Из этого тождества утверждается принадлежность героиновой зависимости к шизофрении.

Снижение настроения, меланхолию с апатией, вялостью и чувством вины в связи с актуальным социальным статусом и состоянием самочувствия некоторые авторы расценивают как депрессивное состояние. Перечень психиатрических симптомов, применение которых в наркологии вызывает затруднение, можно было бы продолжить.

Действие психотропных препаратов, традиционно изучаемое при острых, абстинентных расстройствах, указывает, что психотропные препараты не купируют абстинентные явления. Вне абстиненции действие терапии на расстройства не изучается из-за недоступности больных.

Выводы. Использование понятий, широко принятых при психиатрических заболеваниях в наркологии проводится с допущением, часто искажающим истинное положение вещей в клинической картине. Попытки описать состояния наркологических больных с помощью психиатрических симптомов сопровождаются оговорками, а порой вызывают явные споры, т.к. не вполне соответствуют содержанию клинических состояний у наркологических больных, а практическое применение их вызывает затруднение. Это не только не соответствует действительности, но приводит к ложным заключениям.

Как правило появляются сомнения в том, что они адекватно отражают наблюдаемое наркологом у больных с химической зависимостью. Отражение может быть не только приблизительным, но и совершенно неверным по сути.

Специфика наркологических заболеваний настолько велика, что возникает вопрос – является ли общей психопатология при наркологических и психиатрических заболеваниях. Психиатрические симптомы не передают всего многообразия, не позволяют отобразить полную картину наркологического заболевания. Использование сложных, составных понятий не изменяет положения и не позволяют полностью раскрыть все нюансы клинического признака: астено-депрессивные, астено-вегетативные, патологическое влечение к алкоголю.

В свою очередь при эндогенных заболеваниях не встречаются клинические феномены, возникающие при длительном действии веществ с токсическим компонентом и специфическим фармакологическим действием на метаболизм нейромедиаторов. Поэтому в наркологии нужна собственная пропедевтика. Необходимо выделить сугубо специфические наркологические симптомы, не встречающиеся в других разделах психиатрии.

ИНФЕКЦИОННАЯ КОМОРБИДНОСТЬ В НАРКОЛОГИИ: БАЗОВЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ

Должанская Н.А., Корень С.В.

ННЦ наркологии – филиал ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского, Москва, Россия

Широкое распространение среди потребителей психоактивных веществ факторов высокого поведенческого риска обусловило тесную связь эпидемий социально значимых инфекций (СЗИ) с болезнями зависимости от ПАВ и определило необходимость системного подхода к профилактике и лечению сопутствующей коморбидной патологии.

В основу исследования был положен принцип оценки характеристик каждого из трех основных взаимосвязанных звеньев процесса оказания наркологической помощи: «пациент»-«врач»-«нормативно-правовое обеспечение» (П-В-НПО), выбранных в качестве целевых мишеней профилактического воздействия.

Изучение основных медико-социальных и психологических характеристик пациентов наркологических учреждений позволило выявить изменения моделей их рискованного наркотического и сексуального поведения, происходившие на разных этапах эпидемии.

В оценке деятельности врачей психиатров-наркологов обнаружилась положительная динамика показателей информированности по вопросам инфекционной коморбидности, показателей профессиональной готовности к реализации мер вторичной и третичной профилактики: статистически значимо увеличилась доля специалистов, проводивших до- и после тестовое консультирование пациентов.

В звене системы НПО был выявлен ряд несоответствий между постоянным усовершенствованием нормативно-правовой базы и ее практическим применением; установлены организационно-правовые факторы, снижающие эффективность мероприятий по профилактике СЗИ.

В результате многолетнего углубленного комплексного медико-социального исследования основных характеристик системы «пациент» – «врач» – «нормативно-правовое обеспечение» были обоснованы базовые принципы профилактики социально значимых инфекций в наркологической практике.

Принципы первого порядка: мультидисциплинарный подход, основанный на тесном взаимодействии наркологической и инфекционной служб; комплексная характерис-

тика и мониторинг основных показателей системы; моделирование и прогнозирование профилактических мероприятий; легитимность профилактической деятельности.

Принципы второго порядка: прямое профилактическое воздействие как основной инструмент мер вторичной и третичной профилактики; врач психиатр-нарколог – ключевая фигура в реализации мероприятий по профилактике социально значимых инфекций; необходимость соответствия информированности и навыков врачей реальной эпидемиологической ситуации; непрерывность и доступность обучения современным методам профилактики СЗИ для специалистов, оказывающих наркологическую помощь.

ВЫБОР ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ С УЧЕТОМ ФУНКЦИЙ ПРОСТРАНСТВЕННОЙ ОПЕРАТИВНОЙ ПАМЯТИ

Донской Д.А.

БГМУ, г. Минск, Республика Беларусь

Введение. В статье представлены результаты по изучению влияния функций пространственной оперативной памяти на выбор и эффективность применения групповой и краткосрочной психотерапии у лиц, страдающих алкогольной зависимостью.

Цель: определить влияние пространственной оперативной памяти на выбор и эффективность применения групповой и краткосрочной психотерапии при алкогольной зависимости.

Материалы и методы. Основными методами исследования являлись: клинический, экспериментально-психологический, социально-психологический, нейропсихологический, статистический. Методом направленного отбора сформирована основная группа (ОГ) из 230 лиц мужского пола, страдающих АЗ (согласно исследовательским критериям МКБ-10 и значениям по AUDIT ≥ 20 баллов).

Результаты и их обсуждение. Применение теста SWM (пространственная оперативная память) позволяет определить нейропсихологические категории (когнитивная гибкость, социальные когниции, оперативная память, внимание) для определения эффективности применения и выбора методов краткосрочной и групповой психотерапии при лечении алкогольной зависимости. Категории «стратегия», «количество внешних ошибок», «количество внутренних ошибок» из теста SWM являются предикторами выбора краткосрочной психотерапии при алкогольной зависимости, при наличии в альтернативном выборе методы групповой психотерапии. Категории «стратегия», «количество внешних ошибок» из теста SWM являются специфическими предикторами эффективности краткосрочной психотерапии при адекватном выборе субъектов для лечения алкогольной зависимости. Эффективное применение краткосрочных методов психотерапии при лечении алкогольной зависимости обосновано у субъектов с более успешными: способностями субъектов удерживать в памяти пространственную информацию, наличием стратегий по способности к усвоению новых знаний и планирования, социальными когнициями. Для лиц с успешными результатами краткосрочной психотерапии диапазоны доверительных интервалов показателей составляет по категориям: «стратегия» [95 %; 28,2-30,4], «количество внешних ошибок» [95 %; 11,8-13,8], «количество внутренних ошибок» [95 %; 0,74-1,41].

Заключение. Полученные в результате исследования результаты следует учитывать при выборе и эффективности методов психотерапии для лечения алкогольной зависимости.

РОЛЬ ИСПОЛНИТЕЛЬСКИХ ФУНКЦИЙ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ВЫБОРА ЭФФЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Донской Д.А., Копытов А.В., Зезина А.Ю.

БГМУ, г. Минск, Республика Беларусь

Введение. В статье представлены результаты по изучению влияния исполнительских функций на выбор и эффективность применения групповой и краткосрочной психотерапии у лиц, страдающих алкогольной зависимостью.

Цель: определить влияние мыслительных процессов и исполнительской функции на эффективность применения групповой и краткосрочной психотерапии для последующего обоснования повышения эффективности их применения при алкогольной зависимости.

Материалы и методы. Основными методами исследования являлись: клинический, экспериментально-психологический, социально-психологический, нейропсихологический, статистический.

Результаты и их обсуждения. Применение «Висконсинского теста сортировки карточек» (ВТСК) позволяет определить некоторые нейропсихологические критерии для определения эффективности применения и выбора методов краткосрочной и групповой психотерапии при лечении АЗ. Эффективное применение краткосрочных методов психотерапии при лечении АЗ обосновано у субъектов с более успешной, своевременной когнитивной адаптацией к изменяющимся условиям, достаточной гибкостью мышления, хорошей сообразительностью, быстрой обучаемостью и способностью следовать определенным правилам. Специфическими критериями в ВТСК, позволяющими определить выбор и эффективность краткосрочных методов психотерапии при лечении АЗ являются «количество пройденных категорий», «выполнение 6 завершенных категорий», «использование <128 карточек для завершения задания», «Количество карточек, использованных для завершения первой категории». Диапазон доверительного интервала показателей по критерию «количества пройденных категорий» «ВТСК» для лиц с успешными результатами краткосрочной психотерапии составляет [95 %; 5,53-5,96]. Выполнение 6 завершенных категорий в «ВТСК» является предиктором эффективности и выбора метода краткосрочной терапии психотерапии при лечении АЗ. Использование критерия «Использование <128 карточек для завершения задания» в «ВТСК» является предиктором эффективности применения, но не выбора, метода краткосрочной терапии психотерапии при лечении АЗ. Специфических нейропсихологических критериев в «ВТСК» по влиянию на эффективность и выбор метода групповой психотерапии при лечении АЗ не установлено.

Заключение. Полученные в результате исследования результаты следует учитывать при выборе и эффективности методов психотерапии для лечения алкогольной зависимости.

ПОКАЗАТЕЛИ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В ПОСТАБСТИНЕНТНОМ ПЕРИОДЕ

Дубинина Л.А., Дубинина Е.Е.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Хроническая алкогольная интоксикация является пусковым звеном последующего каскада патологических реакций, которые затрагивают ключевые стороны метаболизма. По литературным данным, развитие окислительного стресса у больных АЗ

связывают с интенсивной генерацией свободнорадикальных соединений и изменением активности компонентов антиоксидантной системы.

Результаты исследований окислительного стресса у больных алкогольной зависимостью (АЗ) неоднозначны, что в первую очередь касается показателей окислительной модификации белков (ОМБ) и перекисного окисления липидов (ПОЛ), компонентов антиоксидантной системы и их соотношения между собой.

Целью нашего исследования являлось выявление особенностей окислительного стресса у больных АЗ в постабстинентном периоде на основании показателей прооксидантной системы (ПОС) (перекисное окисления липидов (ПОЛ), ОМБ и хемилюминисценция) и антиоксидантной защиты (АОЗ).

Методы исследования: клиничко-психопатологический, экспериментально-психологический, биохимический, статистический.

Оценка психического состояния осуществлялась клиничко-психопатологическим методом; отдельные симптомы оценивались в баллах. Проводилась оценка личностной и ситуационной тревожности по шкале Спилбергера, депрессии по шкале Зунга.

Состояние окислительного стресса оценивали по показателям ПОС и АОЗ. Нами проводилось определение спонтанного и металл-зависимого окисления (МКО) белков плазмы крови с использованием метода Levine R.L. в модификации Е.Е. Дубининой, ПОЛ судили по уровню конъюгированных диенов (КД), триенов (КТ) и малонового диальдегида (МДА) Определение хемилюминисценции цельной крови осуществляли на хемилюминометре LKB-1251 (Швеция). Исследование состояния антиоксидантной системы (АОС) оценивали по ферментативной и неферментативной способности дисмутации супероксидного анион-радикала и расщепления перекиси водорода.

Материал исследования. Обследовались 20 больных алкогольной зависимостью (АЗ) в возрасте от 27 до 59 лет (средний возраст $40,6 \pm 1,95$) в постабстинентном периоде при сроках трезвости 8-14 дней. Давность формирования ААС в среднем по группе составляла 10 лет ($10,65 \pm 1,49$). Умеренно – прогрессивное течение заболевания было у 30 % больных, выраженно-прогрессивное течение – у 65 %, злокачественное – у 5 %. У 30 % больных были судорожные припадки, психозы в анамнезе. У 85 % больных были выявлены нарушения функционального состояния печени по данным биохимических анализов крови (АЛТ, АСТ, билирубин). Тревожные расстройства отмечались у 90 % больных: тревога легкой степени – у 45 %, средней степени – у 45 %. Субдепрессивные проявления отмечались у 40 %, умеренная депрессия – у 5 % больных.

Результаты работы. У больных АЗ в постабстинентном состоянии обнаружен высокий уровень интенсивности хемилюминисценции плазмы крови, что свидетельствует о интенсивной генерации активных форм кислорода (АФК), повышении свободно-радикальных продуктов. У больных исследованной группы не выявлено повышения уровня диеновых конъюгатов – первичных продуктов спонтанного ПОЛ. Каталазная активность у обследованных больных и в группе здоровых статистически значимо не отличалась. При анализе АОЗ наблюдалось повышение неферментативного расщепления перекиси водорода, что сопряжено с генерацией свободно-радикальных продуктов.

Отмечена статистически значимо более низкая общая ферментативная и неферментативная способность плазмы крови к дисмутации супероксидных-анион-радикалов. В группе больных АЗ активность СОД в условных единицах на 1 мл плазмы $27,67 \pm 4,43$; в группе нормы $42,9 \pm 3,25$ ($p < 0,05$); активность СОД в условных единицах на 1 мг белка соответственно: $0,37 \pm 0,06$ и $0,60 \pm 0,05$ ($P < 0,05$).

По характеристикам металл-катализируемой окислительной модификации белков плазмы крови больных АЗ в сравнении с группой здоровых статистически значимых

различий не выявлено. Обнаружено статистически значимое снижение спонтанной окислительной модификации белков плазмы у больных АЗ в постабстинентном состоянии по сравнению с контрольной группой здоровых: $3,77 \pm 0,35$ и $6,04 \pm 0,22$ л 363 нм1 мл плазмы ($p < 0,05$); $55,26 \pm 3,06$ л 363 нм1 мг белка ($p < 0,05$).

Заключение. В исследованной группе больных АЗ в постабстинентном периоде обнаружены интенсивная генерация АФК, повышение свободно-радикальных продуктов, снижение активности СОД. Выявленное снижение спонтанной ОМБ, очевидно, обусловлено длительным токсическим действием алкоголя, вызвавшим глубокие структурные изменения белков в виде их окислительной деструкции и последующей агрегации. Отсутствие повышения продуктов ПОЛ также может быть следствием качественного изменения состава липидов плазмы, нарушения соотношения между нейтральными липидами и фосфолипидами.

НЕХИМИЧЕСКИЕ ЗАВИСИМОСТИ: ПРОБЛЕМЫ КЛАССИФИКАЦИИ И ТЕРАПИИ

Егоров А.Ю.

ИЭФБ им. И.И. Сеченова РАН, Санкт-Петербург, Россия

Нехимическими (поведенческими) называются аддикции, где объектом зависимости становится какая-либо форма влечения или поведенческий акт, а не психоактивное вещество. На сегодня не существует общепринятой классификации поведенческих зависимостей. Мы предложили свою классификацию, в основу которой были положены как соображения патогенеза, феноменологии и использования ряда т. н. «социально-приемлемых аддикций» в качестве заместительных при терапии более тяжелых форм аддиктивных расстройств (Егоров, 2007; 2016).

Наименьшие вопросы в плане классификации и лечения из поведенческих зависимостей занимает патологический гемблинг, который классифицируется в МКБ-10 как Патологическое влечение к азартным играм (F63.0) в разделе «Расстройства привычек и влечений», а в DSM-5 уже относится к разделу «Addiction and Related Disorders». В качестве терапии гемблинга предлагаются антидепрессанты, антагонисты опиоидных рецепторов, нормотимики и глутаматэргические препараты, т.е. те средства, об эффективности которых свидетельствуют доказательные исследования.

Эротические аддикции (любовная и сексуальная аддикции) — это аддикции отношений с фиксацией на другом человеке. И.Н. Хмарук и Ю.С. Степанова (2005) предлагают классифицировать любовные аддикции в рубрике «Другие расстройства привычек и влечений» (F63.8). Сексуальные аддикции в настоящее время если это перверзные формы относятся к разделу «Расстройства сексуального предпочтения (F65)», а в DSM-5 — к разделу 302 Paraphillias, а также Other specified sexual dysfunction. Неперверзные формы (гиперсексуальное расстройство — Hypersexual disorder в DSM-5 в основном тексте не присутствует, а находится в разделе для исследовательских критериев. В качестве терапии эротических аддикции чаще всего предлагаются адаптированные 12-ти шаговые программы и когнитивно-поведенческие техники психотерапии.

Все, выделенные нами в отдельный раздел 3, «Социально приемлемые» аддикции — 3.1. Работоголизм, 3.2. Аддикция упражнений (спортивная аддикция), 3.3. Аддикция отношений, 3.4. Аддикция к покупкам (компульсивный шопинг), 3.5. Аддикция к модификации собственного тела, 3.6. Религиозная аддикция — ни в каких классификациях не упоминаются.

Технологические аддикции, на наш взгляд, представляют собой поведенческие зависимости, реализуемые с помощью высоких технологий, в последнее время преимущественно через он-лайн. Из Интернет-аддикций сегодня только игровая ее форма – Internet Gaming Disorder – включена в Секцию 3 (исследовательскую) DSM-5. Предлагаются следующие критерии для диагностики:

– Повторное использование Интернет игр, часто с другими игроками, приводящее к существенному нарушению функционирования. Поглощенность или навязчивость, связанная с Интернет играми.

- Симптомы отмены.
- Рост толерантности – больше времени требуется проводить за играми.
- Безрезультатные попытки прекратить или уменьшить Интернет игру.
- Потеря интереса к другим видам деятельности, в частности, к прежним хобби.
- Продолжение избыточного использования Интернет игр, несмотря на знания об их негативном влиянии на собственное существование.

- Ложь по поводу собственного пользования Интернет играми.
- Использование Интернет игр для снижения тревоги и чувства вины – вариант бегства.

- Потеря или риск и возможность разрыва отношений из-за Интернет игр.

– Должно наблюдаться пять критериев в течение одного года.

Что касается терапии, то предлагаются различные когнитивно-поведенческие техники, предпринимаются попытки адаптации 12-ти шаговых программ.

Многолетний опыт показывает, что успех в лечении и реабилитации химической зависимости достигается в тех случаях, когда больному удается реально «переключиться» на какую-то деятельность, которая захватывает его целиком, принося при этом положительный эмоциональный эффект. Это может быть религия (чаще нетрадиционная), спорт, любовь, секс, работа, дающая реальное материальное и духовное удовлетворение, компьютер в разных вариантах и т.д. Иными словами, это деятельность, которая обладает всеми признаками нехимической зависимости, и которая в той или иной степени социально приемлема. Альтернативой этому у аддикта может быть переход в другую форму химической зависимости. В этом случае правомерно говорить о достижении ремиссии в форме социально-приемлемой зависимости.

Отдельного рассмотрения требует проблема коррекции и терапии т.н. «социально приемлемых» форм аддиктивного поведения. На наш взгляд, ответ на вопрос, лечить или не лечить такую аддикцию, не однозначен. Выбирая тактику лечения пациента-аддикта, следует, прежде всего, разобраться первична ли социально приемлемая аддикция или она вторична, т.е. имеет заместительный характер. В первом случае необходимо разобраться, какой урон она причиняет пациенту. В более легких случаях аддикции (например, работоголизм, спортивная аддикция) при отсутствии жалоб самого пациента, на наш взгляд, не следует пытаться избавить его от зависимости. В случае наличия жалоб самого пациента, требуется полноценная психотерапевтическая помощь. Помня о риске перехода нехимической зависимости в химическую, у таких пациентов лучше ограничиться наблюдением и приемами, главным образом, поведенческой психотерапии, направленными на снижение неблагоприятных последствий такого рода поведения. Т.е. следует проводить психотерапию и коррекцию в рамках существующей социально приемлемой зависимости. Если «социально приемлемая» аддикция имеет заместительный характер, то здесь тактика должна быть еще более осторожной, чем в первом случае. Для любого здравомыслящего человека очевидно, что работоголизм, любовная аддикция или даже аддикция к трате денег по своим последствиям представ-

ляют меньшую опасность, чем героиновая наркомания или тяжелый алкоголизм. Если удалось перевести химического аддикта в «социально приемлемую» аддикцию, то это должно рассматриваться как несомненный успех. В этом случае задача состоит во всяческой поддержке социально приемлемого аддиктивного поведения. Несколько особняком стоит религиозная аддикция. Признавая несомненную пользу реабилитационных программ наркозависимых и алкоголиков, которые проводят различные религиозные организации, в том числе не только традиционные, следует помнить и о негативных, иногда катастрофических последствиях.

Еще один вопрос, который возникает, к какому специалисту обращаться пациенту с нехимическими зависимостями – врачу (психиатру, наркологу) или психологу? На наш взгляд, если аддикция не включена ни в какие разделы МКБ или DSM, то основным консультантом следует избрать клинического психолога. Если зависимость под тем или иным названием включена в классификации и в случае коморбидной психопатологии, требующей медикаментозного вмешательства, к лечебному процессу должен подключиться врач-специалист.

Отдельно стоит вопрос о назначении лекарственных средств, особенно психотропных препаратов. Формально социально-приемлемая зависимость не может быть показанием для назначения лекарственных средств, т.к. она официально не является «болезнью», т.е. не входит в официальные классификации. Тем не менее, коморбидность нехимических зависимостей, в том числе и социально-приемлемых, особенно в наиболее выраженных случаях с другими психическими расстройствами достигает 60-70 %. Это дает полное основание врачу для назначения психотропных препаратов, главным образом, современных антидепрессантов и анксиолитиков, препаратов других групп (глутаматергические средства, блокаторы опиоидных рецепторов). О назначении психотропных препаратов следует подумать в случае неэффективности психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий. Дальнейшее мультидисциплинарное изучение аддиктивных расстройств и их части – поведенческих аддикций – внесет больше ясности как в понимание этого феномена, так и покажет эффективные пути оказания помощи.

«ШКОЛА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ» – НОВАЯ ФОРМА МЕЖСЕКТОРАЛЬНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА В ПРЕВЕНТИВНОЙ НАРКОЛОГИИ

Еремеева А.А., Яшкович В.А., Соловьев А.Г.

Архангельский ПНД, г. Архангельск, Россия

В настоящее время, в Российской Федерации активно разрабатываются меры по предотвращению наркологических расстройств (НР), основанные на взаимодействии специалистов разных ведомств. Для выработки единых механизмов необходимо изучение мнения специалистов-субъектов профилактики о наркологической превентологии.

Цель исследования – изучение мнения специалистов о профилактике НР для обоснования внедрения программы «Школа профессиональной поддержки», как новой формы межсекторального сотрудничества, направленной на обеспечение консультативной помощи специалистам, участвующим в превентивной наркологической работе.

Материал и методы. Обследованы 546 специалистов учреждений системы профилактики – сфер образования, здравоохранения, социальной защиты, органов внутренних дел и местного самоуправления. Стандартизированное интервью проведено с помощью опросников. Тип исследования – поперечное одномоментное.

Результаты и их обсуждение. Изучение мнения специалистов свидетельствует о понимании проблемы НР, как биопсихосоциального феномена. Специалисты выделяют социальные (88,4 %), психологические (37,1 %) и биологические (31,9 %) факторы риска формирования НР; наиболее часто используют «информирование» в качестве базового профилактического метода (55,9 %), игнорируя при этом другие стратегии (53,3 %). Исследование выявило организационные проблемы (44,6 %), кадровые трудности (21,9 %), сложности в работе с семьями (19,4 %).

При внедрении «Школы профессиональной поддержки» необходимо учитывать принцип профессиональной компетентности. Кратность консультаций формируется по системе заявок. Применимы как индивидуальные, так и групповые варианты работы. Консультирование субъектов профилактики подготовленными специалистами наркологической службы способствуют трансляции современных знаний о превентивной помощи и формированию навыков системного выстраивания профилактических механизмов.

Заключение. Эффективной формой межсекторального сотрудничества в превентивной наркологии является обеспечение консультативной помощи специалистам разных ведомств. Результатом работы по программе «Школа профессиональной поддержки» является повышение уровня знаний о НР и их профилактике, и, в итоге, предотвращение развития НР.

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЗАРТНЫХ ИГР В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Зезина А.Ю., Копытов А.В., Важенин М.М.

РНПЦ психического здоровья, г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Актуальность проблемы патологической зависимости от игр обусловлена тремя основными причинами: финансовые и межличностные отношения в браке; 2) противоправные действия; 3) суицидальный риск. Игровая зависимость в США включена Американской ассоциацией психиатров в список психических заболеваний, которой подвержены 2-3 % взрослого населения. Данная зависимость относится к нехимическим видам аддикции и известна как гэмблинг. Патологическое влечение к азартным играм относится к группе психических расстройств, имеющих определенные диагностические критерии.

За рубежом на проблему игровой зависимости обратили внимание около 30 лет назад. В случаях участия в азартных играх бывает довольно трудно определить начало становления аддиктивного процесса, так как аддикция развивается постепенно, исподволь и к ней полностью отсутствует критическое отношение.

Механизм формирования игровой зависимости основан на частично неосознаваемых стремлениях, потребностях: уход от реальности и принятие роли.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 2480 человек, в том числе 1550 мужчин (62,5 %) и 930 женщин (37,5 %), в возрасте от 18 до 30 лет (средний возраст 29,5 лет), жители различных городов и областей республики. Группа лиц страдающих зависимостью от азартных была представлена 181 человеком, из них 87,8 % мужчин и 12,2 % женщины.

Для проведения исследования использовались: модифицированные анонимные диагностические анкеты; метод диагностики игровой зависимости (компьютерный вариант адаптированного канадского теста проблемного гемблинга в адаптации А.А. Карпова, В.В. Козлова); СМИЛ.

Результаты. Обследовано 2480 жителей различных городов и регионов республики в возрасте от 18 до 40 лет и 181 пациент, с зависимостью от азартных игр. Определены психологические, социально-демографические особенности и факторы риска у лиц с зависимостью от азартных игр. Использовались методы: клинико-психопатологический, экспериментально-психологический и статистический. По республике распространенность зависимости от азартных игр составила 2,4 %, лица с риском зависимости (увлеченностью) – 3,1 %. Получены социально-демографические характеристики, определены психологические особенности лиц зависимых от азартных, выделены факторы риска развития зависимости.

Всего в Республике Беларусь насчитывается 251 казино (32 казино в Минске), 200 букмекерских контор, 10 000 залов игровых автоматов. Ежемесячно игровые заведения посещает в среднем 3 500 000 человек, из них 10 и более раз в месяц посещают игровые заведения республики – 280 000 человек, из них 75 % жители Республики Беларусь, что составляет 197 750 человек. На основании проведенных исследований 98,5 % часто посещающих игровые заведения являются зависимыми от азартных игр. Зависимость среди населения от азартных игр в Республике Беларусь в среднем предварительно составило 155 384 человек, что в среднем равно 2,4 % населения.

По результатам анкетирования 2 480 человек, игорные заведения на момент опроса посещали 23 % опрошенных, 5 % посещали ранее и 72 % не посещали данных заведений никогда. Часто посещают игровые заведения 3 % опрошенных, 13 % посещают иногда и 9 % редко.

Основные социально-демографические характеристики лиц, часто посещающих игорные заведения: рулетку и карты 31,2 %, игровые автоматы 63,4 %; по возрасту – 21-30 лет (44,3 %), 31-40 (37,7 %), 41-50 лет (14,9 %), 51-65 лет (3,1 %) лет; пол – мужчины 89,7 %, женщины – 10,3 %; с сочетанной зависимостью – азартная игра + алкогольная зависимость 43,2 %, азартная игра + наркомания 11,1 %, азартная игра + расстройство личности 24,4 %; без сопутствующей психической патологии 21,3 %; с зависимым типом личности – 31,7 %; с наследственной отягощенностью алкогольной зависимостью 41,4 %, наркоманией 2,7 %, психическими расстройствами 37,4 %; образование – высшее у 8,7 %, незаконченное высшее у 11,1 %, среднее специальное у 19,8 %, среднее у 41,7 %, незаконченное среднее у 15,1 %, начальное у 3,6 %; семейный статус – в браке 23,4 %, разведенные 29,3 %, в гражданском браке 47,3 %.

На основании полученных экспериментальных, клинических и социо-демографических данных выделены основные факторы риска формирования зависимости от азартных игр в группе с увлеченностью. Основными личностными особенностями являются: высокая социальная смелость; подверженность чувствам; экспрессивность; напряженность; неустойчивость самоконтроля, а также неустойчивый, эпилептоидный, истероидный, гипо- и гипертимный, конформный типы личности.

Перспективными в плане лечения являются лица с высоким реабилитационным потенциалом, благополучным преморбидом, монозависимостью, состоящие в браке, имеющие постоянную работу, участвующие в продолжительных лечебно-реабилитационных программах.

Заключение: данную информацию необходимо учитывать при проведении профилактических мероприятий.

АГРЕССИВНОЕ И АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ

Ивашиненко Д.М., Бурделова Е.В., Ивашиненко Л.В.

Тульский ГУ, г. Тула, Россия

Кризисы, происходящие в современном мире, оказывают отрицательное воздействие на лиц различных возрастных категорий. Особо сильно такому воздействию подвержено молодое поколение. В период формирования сознательного поведения, личностной направленности, этических представлений и социальных установок.

В юношеском возрасте формируются навыки социального общения, обогащается жизненный опыт, на данном этапе развития молодые люди зачастую попадают в трудные для них ситуации, в которых они могут вести себя асоциально, агрессивно и даже антисоциально, или начать злоупотребление ПАВ. Агрессия и аддикция в молодёжной среде является проблемой современного общества.

В Тульском государственном университете ежегодно реализуются мониторинговые и профилактические программы агрессивного и аддиктивного поведения. В 2016 году были получены следующие результаты: 15,2 % — студентов, живут в семьях, в которых хотя бы один из её членов является зависимым (из них: 17,4 % — алкогольная зависимость; 71,9 % — табакокурение; 0,04 % — наркотическая зависимость; 10,7 % — другие виды зависимости (интернет-зависимость, гэмблинг, от сосудосуживающих капель, от телевидения и т.д.); 15,7 % — студентов признались в том, что они курят (из них: 70 % — курят меньше 1 пачки в день; 15,9 % — пачку сигарет в день; 3,5 % — больше пачки в день; 10,6 % — только при употреблении алкоголя); употребляют пиво: 0,1 % — 1-2 раза в неделю; 29 % — употребляют 1-2 раза в месяц; 62,7 % — не употребляют; 9,2 % — реже 1 раза в месяц. Было выявлено, что 13 % — имеют знакомых употребляющих наркотики; 5 % — знают, где можно купить наркотик; 8,9 % — знают, где купить Спайс; 23,8 % — не считают, что в состав «Спайсов» входят наркотические вещества. Распространённость различных видов агрессии: 10,1 % — студентов имеют высокий уровень физической агрессии; 11,4 % — косвенной; 30,5 % — высокий уровень раздражения; 24,4 % — высокий уровень негативизма; 9,1 % — обидчивости; 13,9 % — подозрительности; 30 % — высокий уровень вербальной агрессии. Для юношей более характерно проявление физической агрессии. У девушек же большей степени выражена косвенная агрессия, раздражение и обидчивость. Обидчивость в большей степени проявляется у студентов, живущих в отдельных квартирах и в общежитии, а подозрительность — у студентов, живущих в общежитии и на съёмной квартире.

В данной работе проанализированы показатели агрессии в молодёжной среде и выделены факторы, способствующие повышению агрессии или отдельных её компонентов. Было обнаружено, что для юношей в большей степени характерна физическая агрессия, а для девушек косвенная, раздражение и обидчивость. В большей степени обидчивы молодые люди, проживающие в отдельных квартирах или общежитии, а подозрительны, живущие в общежитии и на съёмной квартире. Студенты, которые в основном учатся на «удовлетворительно» наиболее склонны к физической агрессии.

Наличие различных видов зависимости негативным образом сказывается на формировании агрессивности. Было установлено, что при табакокурении в большей степени выражено раздражение и вербальная агрессия, а нежелание бросить курить свидетельствует о негативизме. В свою очередь негативизм выражен у студентов, употребляющих пиво несколько раз в неделю.

МНОГООСЕВАЯ ОЦЕНКА БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ОПИОИДЗАВИСИМЫХ, ПЕРЕНЁСШИХ ПЕРЕДОЗИРОВКУ

Илюк Р.Д., Бетуганов Р.Р., Киселев А.С.

*СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия
НД МЗ КБР, г. Нальчик, Россия*

Передозировка (ПДЗ) является серьезной проблемой как для потребителей инъекционных опиатных наркотиков (ПИОН), так и для общества в целом. Большинство выполненных ранее исследований затрагивают лишь отдельные аспекты передозировок у опиоидзависимых. Комплексная оценка нарушений является одним из важнейших направлений изучения функционирования наркологических больных в том числе и перенёсших передозировку.

Цель работы: сравнительное исследование клинических, личностных характеристик, показателей рискованное поведения, агрессии, гнева, стигматизации, способов совладающего поведения, а также качества жизни у опиоидзависимых перенёсших передозировку. Объект исследования. Обследованы 102 человека (62 мужчин и 40 женщин): с диагнозом «опиоидная зависимость». 52 пациента перенесли передозировку опиоидами (ОЗП), 50 – вошли в группу обследованных без передозировок в анамнезе (ОЗ).

Критерии включения: возраст от 18 до 60 лет, синдром зависимости от опиоидов (F11.20; F11.21), инъекционное потребление наркотиков, срок воздержания от наркотика от 7 до 21 суток перед началом исследования. Критерии невключения: шизофрения, биполярное аффективное расстройство, эпилепсия, принимающие психотропные средства или ПАВ способные повлиять на оценки в исследовании, а также пациенты, начавшие психотерапию.

Методы исследования. В работе использовались: клиническая карта, визуально-аналоговой шкалы влечения к опиоидам (ВАШ), тест оценки степени риска (ТОСР), 16-факторный личностный опросник Р.Б. Кеттелла (16PF), опросник «Характеристики и ориентации гнева» Ч.Д. Спилбергера (STAXI), опросник «Показатели и формы агрессии» А. Басса и А. Дарки (BDHI), опросник для изучения копинг-стратегий Р.С. Лазаруса (WCQ), модифицированная шкала стигматизации/дискриминации методики Б.Г. Линка (LINK), опросника качества жизни Всемирной организации здравоохранения «ВОЗКЖ-100» (WHOQOL-100). Дизайн исследования: сравнительное, кросс-секционное.

Методы статистической обработки. Статистический анализ данных проводился с использованием статистического пакета SPSS v. 21. Количественные показатели в каждой группе предварительно были проверены на соответствие распределения нормальному закону при помощи критерия Колмогорова–Смирнова. Для всех количественных показателей рассчитывались средние и среднеквадратические отклонения (SD). Для качественных показателей приведены частоты и доли в процентах. Для сравнения качественных признаков были построены таблицы сопряженности и использовался точный критерий Фишера. Различия принимались статистически значимыми при уровне значимости $p \leq 0,05$.

Результаты исследования. В группу ОЗ вошли 29 (55,8 %) мужчин и 23 (44,2 %) женщин, средний возраст респондентов – 24,3 года ($SD=4,98$), общая продолжительность употребления опиоидов составила 78,6 ($SD=47,01$) месяца. Возраст начала потребления опиоидов – 19,0 года ($SD=3,65$), толерантность на момент последнего употребления ПАВ – 2,3 грамма ($SD=0,83$), время формирования абстинентного синдрома – 3,0 месяца ($SD=1,48$). В группу ОЗП включены 33 (66,0 %) мужчины и 17 (34,0 %) женщин, средний возраст респондентов – 25,9 года ($SD=4,41$), общая продолжительность употребления

опиоидов – 73,8 (SD=55,13) месяца. Возраст начала потребления опиоидов – 18,2 года (SD=3,16), средняя толерантность психоактивного вещества (ПАВ) – 2,4 грамма (SD=1,08), время формирования абстинентного синдрома – 3,2 месяца (SD=1,90). Однократная передозировка отмечалась у 56 % (28), а многократная у 44 % (22) пациентов. Среднее количество передозировок в течение жизни равнялось 2,9 (SD=1,09). В группе ОПЗ 30 % (15) опрошенных указали на то, что для них алкоголь является фактором, усиливающим эйфорическое воздействие опиоидов. Среди наиболее важных причин передозировки респонденты назвали: длительное воздержание от наркотика – 10,0 % (5), недавняя детоксикация – 12,0 % (6), высокая концентрация опиатов в принятом наркотике 18 % – (9), большое количество принятого наркотического вещества – 24 % (12), алкогольное опьянение – 26 % (13). Материальное положение семьи ниже среднего регистрировалось у 50 % (25) респондентов, перенесших передозировку, и у 34,6 % (18) – без передозировок ($p=0,048$). Удовлетворены семейными отношениями в группе ОЗ – 27 (51,9 %), у ОЗП – 16 человек (32 %). У 17 опрошенных (32,7 %) с ОЗ значимо чаще отмечались периодические или постоянные конфликты с матерью в группе, у ОЗП – 25 (50 %) человек.

Общая продолжительность употребления кокаина на протяжении жизни в группе ОЗ составила 16, 6 месяца (SD=14,13) и была меньше, чем у ОЗП – 35,9 месяца (SD=28,80) ($p=0,035$). Многократно употребляли психостимуляторы на протяжении жизни 19 (35 %) пациенты в группе ОЗ, и 32 (64 %) – в группе ОЗП. ($p=0,006$). Не осознают ущерб своему здоровью от употребления ПАВ 1,9 % (1) в группе ОЗ и 18 % (9) пациентов в группе ОЗП ($p=0,034$).

По данным психометрического исследования установлено, что в группе ОЗП, по сравнению с ОЗ выше: показатели «физической» ($p=0,06$) и «вербальной агрессии» ($p=0,05$), «индекса агрессивности» ($p=0,07$) (BDHI); риск наркотизации (ТОСР) ($p=0,05$); «экспрессии гнева вовне» (STAXI) ($p=0,046$); доминирует стратегия совладающего поведения «конфронтативный копинг» ($p=0,05$) (WCQ); в профиле личности преобладают «чувствительность-I» ($p=0,033$), «смелость -H» ($p=0,006$) (16PF). У всех опиоидзависимых, перенесших передозировку, ниже значения: по шкалам качества жизни F18 – финансовые ресурсы ($p=0,045$), F19 – медицинская и социальная помощь ($p=0,043$) (WHOQOL-100); стигматизации/дискриминации по статусу наркозависимости ($p=0,019$) (LINK).

Заключение. Результаты исследования, свидетельствуют о том, что у опиоидзависимых, перенесших передозировку, показатели клинического, социально-психологического статуса более неблагоприятны, чем у пациентов без передозировок. Выявляемые нарушения носят комплексный характер и затрагивают все стороны биопсихосоциального функционирования пациентов. У опиоидзависимых, перенесших передозировку, чаще отмечаются комбинированное употребление опиоидов, алкоголя и стимуляторов, рискованные практики введения ПАВ, меньшая критика к своему заболеванию. В данной группе пациентов высокие показатели агрессивности и гнева, сочетаются с доминированием стратегий конфронтации в поведении и дисфункционально-конфликтными отношениями в семье. Меньшая удовлетворенность качеством жизни, у перенесших передозировку, обусловлена более низким уровнем материального состояния и доступности медико-социальной помощи. Многомерная клинико-психологическая оценка нарушений позволяет комплексно оценивать состояние наркозависимых, помогает оптимизировать и персонализировать медико-социальную работу, а также может способствовать разработке эффективных программ профилактики передозировок опиоидами.

РЕЗУЛЬТАТЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО (САНТАВ) ИССЛЕДОВАНИЯ И МРТ ВОКСЕЛЬ-БАЗИРОВАННОЙ МОРФОМЕТРИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ОПИОИДЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРЕДОЗИРОВКУ ОПИОИДАМИ

Илюк Р.Д., Ананьева Н.И., Ерофеева Н.А., Громыко Д.И., Гришина О.Г.,
Анучина А.А., Киселев А.С., Крупицкий Е.М.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Потребители опиоидов подвержены высокому риску смертельной и несмертельной передозировки (ПДЗ). Нелетальная ПДЗ, которую опиоидзависимые многократно переносят в течение жизни, может вызывать микро- и макроструктурные повреждения нервной ткани, дисфункцию различных отделов головного мозга. В генезе структурно-функциональных нарушений ЦНС основную роль играют опиоидобусловленная церебральная гипоксия, нейротоксическое действие сильнодействующих примесей в наркотическом веществе, а также совместное употребление опиоидов с другими ПАВ. Несмотря на широкую распространённость феномена ПДЗ, многие ее последствия, такие как нейрокогнитивные нарушения и повреждения мозговых структур изучены недостаточно.

Цель исследования: изучение особенностей нейроморфологических повреждений мозга и нейрокогнитивного функционирования у опиоидзависимых пациентов, перенесших передозировку опиоидами.

Методы исследования. В работе использовались клиническая карта, специально разработанный опросник для изучения ПДЗ, шкала индекс тяжести зависимости – Addiction Severity Index (ASI), опросник выраженности психопатологической симптоматики Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R), исследование нейрокогнитивных функций проводилось с помощью компьютеризированного нейропсихологического комплекса САНТАВ (Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery). Исследование изменений головного мозга проводилось на магнитно-резонансном томографе Atlas Exelart Vantage XGV (Toshiba, Япония), 1.5 Тл. Применяли стандартный алгоритм МРТ-исследования, дополненный 3D-MPRAGE – ИП (импульсной последовательности) с дальнейшей постпроцессинговой обработкой данных в программном пакете FreeSurfer. Статистический анализ данных проводился с использованием статистического пакета SPSS v. 21. Для всех количественных показателей рассчитывались средние, медианы (М) и среднеквадратические отклонения (SD), сравнения проведены при помощи критерия Манна-Уитни. Для качественных показателей приведены частоты и доли в процентах, сравнения проведены при помощи точного критерия Фишера. Учитывая маленький объем выборки, полученные р-значения приведены дескриптивно.

Критерии включения в группу опиоидзависимых без передозировок (ОЗ): синдром зависимости от опиоидов, возраст старше 16 лет, отсутствие опиатных передозировок, отсутствие тяжелых ЧМТ и других органических поражений головного мозга (ГМ). Критерии включения в группу опиоидзависимых с передозировками (ОЗП): синдром зависимости от опиоидов, возраст старше 16 лет, наличие частых опиатных передозировок в анамнезе, отсутствие тяжелых черепно-мозговых травм и преморбидных органических поражений ГМ. Критерии не включения: отказ от участия в исследовании, наличие эндогенных психических заболеваний, зависимость от другого ПАВ, кроме никотина, СПИД, нейроинфекции, онкологические заболевания, клинически нестабильное серьезное заболевание.

Результаты исследования. В группу ОЗ вошли 10 пациентов: 7 мужчин и 3 женщин; средний возраст – 34,10 года ($SD=5,57$; $M=32,00$). В группу ОЗП вошли 10 пациентов: 5 мужчин и 5 женщин; средний возраст – 34,30 года ($SD=8,47$; $M=32,00$). Обследуемые обеих групп по возрасту и полу между собой не отличались. В группе ОЗП продолжительность употребления опиоидов составила 115,1 месяца ($SD=94,53$; $M=84,00$), максимальная толерантность равнялась 3,5 грамма ($SD=6,24$; $M=1,00$), количество раз лечения от опиоидной зависимости в течение жизни – 6,4 ($SD=4,72$; $M=6,00$), в группе ОЗ соответственно: 114,9 ($SD=65,78$; $M=96,00$), 2,2 ($SD=2,20$; $M=1,00$), 6,3 ($SD=7,80$; $M=2,00$). У ОЗП по сравнению с ОЗ были значимо выше частота употребления опиоидов и алкоголя за последний месяц, а также употребление более одного вида ПАВ в день. Общее количество ПДЗ в группе ОЗП составило 7,3 ($SD=6,86$; $M=5,00$); тяжесть последней ПДЗ: легкая – 1 (14,30 %), средняя – 3 (42,90 %), тяжелая – 3 (42,90 %); основной причиной ПДЗ названо большое количество принятого наркотика – 4 (44,40 %). У исследуемых ОЗП показатель (ASI) «Употребление наркотиков» – 0,3 ($SD=0,10$; $M=0,11$) значимо выше, чем у ОЗ-0,1 ($SD=0,08$; $M=0,28$) ($p \leq 0,05$), что свидетельствует о более тяжелом течении опиоидной зависимости в ОЗП.

С помощью шкалы SCL-90-R выявлено, что у пациентов ОЗП хуже показатели по субшкалам «Депрессия», «Тревожность», «GSI», «PSDI», чем у ОЗ ($p \leq 0,05$).

По данным CANTAB: при сравнении параметров теста «Отложенный выбор по образцу», который оценивает краткосрочную зрительную память, установлено, что в группе ОЗ по сравнению с ОЗП (ОЗ/ОЗП) больше количество общих правильных ответов (DMS Total correct, alldelays), $p=0,058$; количество правильных ответов в отношении стимулов, предъявляемых с 12 секундной задержкой (DMS Percent correct, 12000 ms delay), $p=0,008$. Тест «Кембриджские чулки», направленный на диагностику способности к пространственному планированию, показал, что в группе ОЗ показатели решения задач с минимальным числом ходов (SOC Problems solved in minimum moves) и среднее число шагов для задач в 5 ходов (SOC Mean moves, 5 moves) лучше, чем в группе ОЗП, $p=0,019$. Тест с остановкой и переключением внимания (STOP-test), оценивающий уровень импульсивности и невнимания показал, что в группе ОЗ по сравнению с ОЗП, больше процент правильных ответов в базовой части (STOP slide3 RESP-S), $p=0,066$. Выявленные у ОЗП нейрокогнитивные отклонения, указывают на нарушение функционирования медиально-височной (DMS), теменной, орбитофронтальной, префронтальной (STOP-test) областей ГМ, а также лобных отделов в целом (SOC).

При МРТ (MRI) исследовании обнаружено, что группе ОЗП атрофические изменения коры и структур ГМ выражены больше чем у ОЗ, в левой гемисфере, в области лобных отделов: орбитофронтальная часть нижней лобной извилины (pars orbitalis, $p=0,035$), каудальная часть средней лобной извилины (caudal middle frontal, $p=0,051$); передний цингулярный кортекс (s-cingul-ant, $p=0,023$), средняя лобная извилина (g-front-middle, $p=0,025$), верхней и поперечной извилины височной доли (g-temp sup-g-transv, $p=0,009$), в области нижне-внутренней поверхности затылочной и височной долей: медиально-затылочно-височный отдел язычной извилины (g-oc-temp-med-lingual $p=0,052$), коллатеральная борозда задний отдел (s-collat-transv-post, $p=0,043$). В правой гемисфере пораженными областями являлись в лобной области: каудальный отдел средней лобной извилины (caudal middle frontal, $p=0,005$), прецентральный отдел (precentral, $p=0,029$); на внутренней поверхности височно-затылочной области: веретенообразная извилина (fusiform, $p=0,007$), язычная извилина (lingual, $p=0,035$); парагиппокампальная извилина (parahippocampal, $p=0,022$). Обнаружены изменения в задней части мозолистого тела (corpus callosum posterior, $p=0,023$).

Заключение. По данным предварительного исследования, у опиоидзависимых, не имеющих коморбидных заболеваний, многократно перенёсших передозировку опиоидами, выявляются более выраженные: тяжесть течения аддикции, нарушения нейрокогнитивного функционирования, а также атрофические изменения лобных, височно-затылочных, отделов головного мозга, в том числе, относящихся к лимбической системе.

Обнаруженные с помощью МРТ и САНТАВ морфометрические изменения ГМ и нейропсихологические отклонения, указывают на поражение одних и тех же структур центральной нервной системы. Регистрируемая дефицитность префронтального, цингулярного, медиально-темпорального кортекса, ассоциированная с эмоциональной дисфункцией, когнитивным снижением, импульсивностью, недостаточностью контроля над поведением, проблемами с принятием решений, на фоне увеличенной активности системы наград, может ухудшать прогноз и повышать риск передозировок в будущем.

Применение у опиоидзависимых пациентов, перенесших передозировку опиоидами, таких чувствительных методов диагностики, как МРТ-исследование и компьютеризированное нейропсихологическое тестирование, продемонстрировало их высокую эффективность и взаимодополняемость в выявлении широкого спектра нейро-морфофункциональных нарушений доклинического уровня, что позволяет не только точно оценивать состояние больного, но и дифференцировано подходить к лечебно-профилактическим воздействиям.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ПРОФИЛАКТИКА, ТЕРАПИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ

Кибитов А.О.

ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского, Москва, Россия

Болезни зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) представляют собой уникальный класс «фармакогенетических» заболеваний: их развитие можно описать как генетически обусловленную патологическую реакцию ЦНС на осознанное, регулируемое индивидуумом самостоятельно, употребление фармакологического агента – ПАВ. Возможно проведение оценки индивидуального уровня генетического риска развития болезней зависимости от ПАВ, как фармакогенетической характеристики, с использованием молекулярно-генетического профиля по полиморфным локусам генов, контролирующим дофаминовую (ДА) нейромедиацию. Наиболее адекватная интерпретация уровня генетического риска для пациентов наркологического профиля связана с уровнем вклада генетического (биологического) радикала в формирование заболевания. Для лиц без клинических признаков болезней зависимости от ПАВ актуальна базовая формулировка: уровень генетического риска отражает генетически заданную индивидуальную вероятность развития заболевания. Уровень генетического риска существенно влияет и на индивидуальный уровень мультифакториального риска развития наркологического заболевания в рамках биопсихосоциальной модели этиологии и патогенеза.

Анализ патогенетической роли генетических маркеров риска позволяет выдвинуть гипотезу о связи уровня генетического риска с различиями механизмов регуляции экспрессии генов ДА системы. Вероятно, у лиц с высоким уровнем генетического риска ДА система функционирует на уровне, близком к предельному, ригидна и имеет узкий диапазон регуляторных возможностей, что формирует выраженный преморбидный

личностный профиль и «облегчает» формирование заболевания при минимальных внешних воздействиях. При начале злоупотребления ПАВ у таких лиц происходит необратимая декомпенсация ДА системы, обусловленная отсутствием возможности успешной регуляции за счет механизмов экспрессии генов.

Генопрофилирование как способ оценки генетического риска развития болезней зависимости от ПАВ имеет удовлетворительный уровень валидности. В двойном слепом исследовании показано, что до 90 % стационарных наркологических больных имеют уровень генетического риска не ниже среднего, а до 70 % – уровни выше среднего, высокий и крайне высокий, не зависимо от наркологического диагноза (вида ПАВ) и пола. Более высокие уровни генетического риска связаны с семейной отягощенностью по наркологическим заболеваниям и ее степенью, что сообщает оценке риска специфичную валидность. Уровень генетического риска пропорционален количеству видов ПАВ, употребляемых сочетанно, и уровню патологического влечения к ПАВ, но обратно пропорционален возрасту пациентов – у молодых больных выявляются более высокие уровни генетического риска.

Валидизация и оценка эффективности генопрофилирования и оценки уровня генетического риска была продолжена в двух направлениях, связанных с первичной профилактикой у подростков и реабилитацией наркологических пациентов.

Профилактика. Пилотный этап исследования у подростков 12-17 лет с аддиктивным поведением показал, что уровень генетического риска положительно коррелирует с вероятностью употребления наркотиков и токсикантов, повышенной частотой приёма алкоголя, а также развитием синдрома зависимости при катамнестическом наблюдении. Для юношей имеется прямая достоверная корреляция уровня генетического риска и вероятности проб наркотиков, а чем выше уровень генетического риска, тем больше выражено расхождение между реальным поведением и самооценкой по шкале «само-направленность» опросника черт личности и характера Клонинджера TCI-125. Можно предположить наличие генетически обусловленного дефекта самооценки, что может послужить фактором, облегчающим формирование зависимости и должно учитываться при проведении профилактической работы.

Реабилитация. Было предпринято ограниченное по объёму выборки и длительности катамнестического наблюдения исследование возможности использования оценки уровня генетического риска как инструмента мотивации к прохождению реабилитационной программы (РП) и прогноза ее эффективности у наркологических пациентов (алкоголь, опиаты, психостимуляторы, каннабиноиды (в т.ч. «спайсы»). Распределение уровней генетического риска в группах пациентов с зависимостью от разных видов ПАВ идентично, что подтверждает как патогенетическое, так и генетическое единство болезней зависимости и правомерность использования молекулярно-генетического профиля по генам ДА системы как универсального диагностического инструмента для оценки генетического влияния. Показатели генетического риска не влияют на эффективность РП, но успешно используются в качестве аргумента мотивации для удержания в длительной РП, причем лица с повышенным уровнем риска (1,5 балла) склонны продолжать РП, а лица со средним уровнем риска (1 балл), вероятно, получают повод для отказа от продолжения РП, что и приводит к срыву.

Терапия. Для изучения фармакогенетики стабилизации ремиссии опиоидной наркомании с помощью различных лекарственных форм налтрексона (имплантата и пероральной формы) было предпринято двойное слепое рандомизированное плацебо – контролируемое исследование с двойной маскировкой. В рамках патогенетических представлений о болезнях зависимости от ПАВ как фармакогенетических заболеваниях, в генетическую

панель были включены как гены, контролирующие мишени налтрексона – опиоидных рецепторов типов мю (OPRM1) и каппа (OPRK1), так и гены, контролирующие важнейшие звенья ДА нейромедиации: фермента катехол-орто-метил-трансферазы (COMT), фермента дофамин-бета-гидроксилазы (DBH), дофаминовых рецепторов типов 2 (DRD2) и 4 (DRD4), транспортера (трансмембранного переносчика) дофамина (DAT1).

Оказалось, что полиморфные варианты генов ДА системы определяют эффективность терапии опиоидной наркомании налтрексоном независимо от лекарственной формы препарата: ряд полиморфизмов повышает риск рецидива опиоидной зависимости: аллель L локуса 120bp гена DRD4, аллель C локуса NcoI гена DRD2, генотип 9.9 локуса VNTR40bp гена DAT1. Напротив, варианты полиморфизма (CC+CT)-(TT) сочетания генов OPRK1 и DRD2NcoI повышают вероятность завершения программы лечения. В группе перорального налтрексона носители этих же вариантов сочетания OPRK1 – DRD2NcoI имели более высокую вероятность завершения программы лечения, однако эффект был обратным в группе двойного плацебо и не проявлялся вообще в группе с имплантатом налтрексона. Полиморфизмы генов OPRM1, COMT, DBH не влияли на эффект налтрексона. Применение имплантата налтрексона позволяет устранить генетическое влияние на удержание в программе терапии. По результатам генотипирования возможно выявление высокорезистентных к терапии пациентов, а предварительное проведение генотипирования перед назначением препарата может повысить эффективность лечения. Показано совместное влияние генов дофаминовой и опиоидной систем на эффективность стабилизации ремиссии у больных опиоидной наркоманией имплантатом налтрексона, что не только подчеркивает их взаимную зависимость, но и заставляет сфокусироваться на их одновременном изучении в аспекте эффективной терапии аддиктивных состояний. Патогенетический подход к выбору генетических панелей в сочетании с максимально строгим доказательным дизайном исследования дает возможности выявления генетических маркеров эффективности терапии болезней зависимости от ПАВ.

Очевидна необходимость проведения дальнейших фармакогенетических исследований в наркологии на основе доказательного подхода с применением новейших достижений молекулярной генетики, геномики, транскриптомики и протеомики. Достоверные и воспроизводимые результаты фармакогенетических исследований в области болезней зависимости от ПАВ, пригодные для переноса в клиническую практику и с выходом на реальную персонализацию профилактики, терапии и реабилитации для качественно повышения уровня эффективности всей системы медицинской помощи, могут быть получены только при условии максимально строгих методологических подходов в рамках доказательного дизайна, использования больших и гомогенных групп сравнения и корректных статистических методов анализа.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПСИХОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ, ВЫЗВАННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ МДПВ («СОЛИ»)

Клембовская Е.В., Сатьянова Л.С., Мустафина Т.Б.

ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского, Москва, Россия

Введение. Употребление синтетических наркотических веществ стимулирующего действия и их медицинские и социальные последствия являются серьезным вызовом современному обществу. Среди них так называемая «соль» занимает особое место, что

связано с тяжелыми психическими расстройствами, возникающими при их употреблении. «Соль» чаще всего представляет собой МДПВ, или метилendioхипировалерон, methylenedioхурроvalerone. МДПВ является психоактивным рекреационным наркотиком со стимулирующими свойствами, действие которого основано на ингибировании обратного захвата дофамина и норадреналина из синаптической щели. Синтезирован наркотик еще в 1960-х годах, однако широкое применение и популярность как психоактивное средство получил с 2004 года, а период с 2007 года считается «солевым» бумом, по некоторым данным, по популярности вещество находится на 4 месте. В судебно-психиатрическом аспекте проблема представляется актуальной в связи с частотой тяжких правонарушений, совершенных в состоянии наркотической интоксикации МДПВ.

Цель исследования: выявить клинические особенности психозов, связанных с употреблением МДПВ для совершенствования их диагностики и судебно-психиатрической оценки.

Материал и методы исследования. Клиническим и экспериментально-психологическим методами были обследованы 16 мужчин в возрасте от 23 до 34 лет, совершивших убийства (ст. 105 УК РФ), употреблявших МДПВ.

Результаты исследования. 9 подэкспертных совершили правонарушение в состоянии интоксикации МДПВ, у 7 было диагностировано острое психотическое состояние в период инкриминируемого им деяния. Интоксикация МДПВ характеризовалась эйфорией, подозрительностью, ощущением сверхконцентрации, приливом сил, возбуждением, повышенной коммуникабельностью, эмпагогенным эффектом, дереализационными феноменами, снижением потребности во сне и пище, выраженной тягой к дальнейшему употреблению «соли». Правонарушения были связаны с бытовой мотивацией, противоправные действия облегчались свойственным наркотическим опьянениям психостимуляторами возбуждением и подозрительностью.

У других подэкспертных непосредственно после употребления МДПВ развилось полиморфное острое психотическое состояние, характеризовавшееся выраженным аффектом страха и тревоги, дереализационно-деперсонализационными феноменами, параноидными и иллюзорно-галлюцинаторными расстройствами с элементами синдрома психического автоматизма, психомоторным возбуждением, сопровождавшимся хаотичными агрессивными действиями, что было связано с бредовой трактовкой окружающего.

Заключение. МДПВ по воздействию отличается от традиционных психостимуляторов (кокаин, амфетамин). Кроме стимулирующего, можно отметить эффекты, сходные с воздействием каннабиноидов и галлюциногенов. Интоксикация МДПВ зачастую содержит субпсихотические проявления. Такие формы наркотического опьянения представляют трудности для судебно-психиатрической оценки. Их следует дифференцировать с психотическими состояниями, развившимися вследствие употребления МДПВ. В ряде случаев рекомендуется применение ст. 22 УК РФ (ограниченной вменяемости).

Психотические состояния, связанные с употреблением МДПВ имеют ряд клинических особенностей, отличающих их от психозов вследствие употребления других стимуляторов.

1. Психотические расстройства развиваются непосредственно после употребления МДПВ;

2. Они характеризуются быстрым развитием и сменой симптомов, значительным полиморфизмом, галлюцинаторными и псевдогаллюцинаторными включениями, выраженным психомоторным возбуждением;

3. Психозы МДПВ часто завершаются обусловленными галлюцинаторно-бредовым состоянием тяжкими общественно опасными действиями.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ И КОГНИТИВНОГО КОНТРОЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Климанова С.Г., Трусова А.В., Березина А.А., Гвоздецкий А.Н.

СПб НИПНИ им. Бехтерева, СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

Существуют представления, что нарушения контроля поведения при сформированной химической зависимости происходят из-за автоматических реакций на сигналы, связанные с употреблением психоактивных веществ. За последнее десятилетие получили широкое распространение исследования когнитивно-мотивационных искажений и общих когнитивных нарушений у зависимых пациентов. Объединение двух этих направлений дало возможность рассматривать специфику нарушений познавательной деятельности при аддиктивных расстройствах в рамках «дуальной модели» аддикции – сочетания высокой импульсивности поведения, возникающего под влиянием ассоциированных с употреблением алкоголя стимулов, и ослабленных рефлексивных процессов. Изучение нарушений эмоциональной регуляции в этом контексте позволит дополнить существующие данные о механизмах, лежащих в основе срывов и рецидивов при алкогольной зависимости.

Цель исследования – выявить особенности эмоциональной регуляции и когнитивного контроля у пациентов, проходящих лечение от алкогольной зависимости.

Материалы и методы исследования. В данном исследовании приняли участие пациенты с диагнозом: F10.2. Синдром зависимости от алкоголя, находящиеся на стационарном лечении ($n=33$, средний возраст 39.57 ± 9.29 лет, 80 % мужчин, средний стаж употребления 10.63 ± 7.13 лет). Для оценки эмоциональной регуляции использовались автобиографический опросник, шкалы самоотчета (ERQ, DERS, CERQ). Также были применены шкалы диагностики эмоционального состояния и качества жизни (HADS, STAXI, WHOQOL), методы оценки когнитивных показателей (BAC-A, CPT-IP), и диагностические методики алкогольной зависимости (Шкала Алкогольной Зависимости, Пеннсильванская шкала влечения к алкоголю, МПА). Методом главных компонент рассчитывался композитный показатель когнитивного контроля, включающий отдельно оценку способности к «торможению» реакции (Response inhibition), способности к «обновлению» информации (Updating/working memory), способности к «переключению» внимания (Distractor Interference/Shifting). При статической обработке результатов использовались корреляции Спирмена и логистическая регрессия как расширение критерия Краскела-Уоллиса.

Результаты. Обнаружена взаимосвязь между особенностями эмоциональной регуляции, характеристиками эмоционального функционирования и характером употребления алкоголя. Выраженность стратегии когнитивной переоценки эмоциональных реакций, по данным литературы являющейся более адаптивной по сравнению со стратегией подавления реакций, позитивно коррелировала с показателями психологического ($p=0.03$) и физического ($p=0.04$) благополучия и негативно – с показателями аутоагрессии ($p=0.05$), тяжести зависимости ($p=0.01$) и выраженностью влечения к алкоголю ($p=0.01$). Выраженность стратегии подавления экспрессии негативно коррелировала только с выраженностью влечения к алкоголю ($p=0.03$). Показатели психологического благополучия обнаружили обратную взаимосвязь с трудностями принятия (ПЭР) ($p=0.04$) и отсутствием осознанности и понимания (ОЭР) ($p=0.03$) эмоциональных реакций, а также со сложностями выработки гибких стратегий реагирования на эмоциональные состояния (ГЭР) ($p=0.01$). Также обратную взаимосвязь продемонстрировали показатели физического благополучия и ОЭР ($p=0.005$), удовлетворенность социальными отношениями – с ГЭР ($p=0.02$), благополучием окружающей среды – с ПЭР ($p=0.04$) и отсутствием ясности

в понимании эмоциональных реакций (ЯЭР) ($p=0.04$). Тревожность показала позитивную взаимосвязь только с трудностями в поддержании целенаправленного поведения (ЦЭР) ($p=0.05$). Тяжесть алкогольной зависимости ($p=0.05$), величина тяги ($p=0.03$), и общий показатель мотивации к употреблению алкоголя положительно взаимосвязаны с ОЭР. Амбивалентность в отношении употребления алкоголя отрицательно связана с ГЭР ($p=0.03$) и ЦЭР ($p=0.05$), готовность к изменениям в отношении употребления отрицательно связана с ОЭР ($p=0.02$) и ЯЭР ($p=0.04$). Выявлена обратная взаимосвязь между показателем физического благополучия ($p=0.02$) и стратегией самообвинения, показателем психологического благополучия ($p=0.05$) и удовлетворенностью социальным окружением ($p=0.01$) – со стратегией руминации. Показатель тяжести зависимости значимо позитивно коррелировал со стратегией самообвинения ($p=0.05$), негативно – со стратегиями позитивной переоценки ($p=0.02$) и рассмотрения в перспективе ($p=0.01$). Выраженность влечения к алкоголю позитивно коррелировала со стратегиями самообвинения ($p=0.009$) и руминации ($p=0.03$). Отрицательная взаимосвязь была обнаружена между выраженностью стратегии перефокусировки на планировании и показателями тревоги ($p=0.03$) и депрессии ($p=0.02$). Также значимые взаимосвязи были выявлены между показателями мотивации к употреблению алкоголя и когнитивными стратегиями регуляции эмоционального состояния. Композитный показатель когнитивного контроля обнаружил прямую взаимосвязь только с показателем когнитивной переоценки ($p=0.02$), стратегией перефокусировки на позитивном ($p=0.01$), и показателем депрессии ($p=0.01$). Данные результаты могут косвенно указывать на то, что эмоциональная регуляция и когнитивный контроль являются относительно независимыми конструктами. Также, можно предположить, что у участников данного исследования способность к когнитивному контролю может быть относительно сохранна, независимо от тяжести и длительности употребления.

Заключение. Обнаружена взаимосвязь особенностей эмоциональной регуляции и характеристик эмоционального функционирования, а также характеристик употребления алкоголя и готовностью к изменениям пациентов, проходящих лечение от алкогольной зависимости. Роль когнитивного контроля в эмоциональной регуляции поведения, в том числе связанного с употреблением алкоголя, неоднозначна и требует дальнейшего изучения.

Исследование проводится при поддержке гранта Российского Гуманитарного Научного Фонда (РГНФ/РФФИ, проект №16-06-01043).

ПРОБЛЕМА ДЕСТИГМАТИЗАЦИИ В НАРКОЛОГИИ: АКТУАЛЬНОСТЬ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Клименко Т.В.

ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского, Москва, Россия

Серьезным препятствием к совершенствованию системы оказания наркологической помощи остаются нормативные акты, устанавливающие все формы наркологического наблюдения (в прошлом – учета), ограничивающие права лиц с наркологическими расстройствами на профессию и виды деятельности. При этом наблюдается парадоксальная ситуация: под социальные ограничения подпадают больные, обратившиеся за наркологической помощью, а лица, продолжающие злоупотреблять алкоголем и наркотиками и не обращающиеся за медицинской помощью, все права сохраняют. Ограничение больных в правах является проявлением стигматизации, которая проявляется

в двух формах: 1) стигма как намеренный акцент на негативных аспектах болезни для оправдания агрессивного к ней отношения; 2) дискриминация как закрепленное в законах отношение к наркологическим больным как ущербным и опасным. Стигматизация нарушает права больных во всех сферах жизнедеятельности и на всех уровнях функционирования. В ответ на стигматизацию у больных развиваются психологические девиации и психические расстройства, они начинают больше опасаться самого факта стигматизации, чем болезни и как следствие – не обращаются за необходимой им медицинской помощью. Формируется бесперспективно-стигматизирующий порочный круг в отношении больных, когда стигматизирующие обстоятельства препятствуют их мотивации на лечение и эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий, снижают обращаемость больных за медицинской помощью, потенцируют негативные последствия заболевания. Это в свою очередь усиливает стигматизирующие установки общества, государством не принимаются соразмерные ответные меры, что создает условия для распространения данной формы патологии и ее последствий.

Способы решение проблемы стигматизации: 1) психокоррекционные программы для пораженных лиц и информационно-образовательные программы для общества; 2) организация системы индивидуальной и коллективной помощи; 3) нормативно-правовое и законодательное регулирование. Необходимо изменение законодательной и нормативно-правовой базы таким образом, чтобы все поражающие права последствия распространялись не на больных, обратившихся за наркологической помощью, а на лиц, продолжающих злоупотреблять алкоголем и наркотиками и нарушающих вследствие этого нормы закона.

МОБИЛЬНЫЕ ПРИЛОЖЕНИЯ ДЛЯ ЛИЦ С АДДИКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Колгашкин А.Ю., Тетенова Е.Ю., Надеждин С.А.

МНПЦ наркологии ДЗМ, Москва, Россия

Введение. Мобильные приложения – программное обеспечение, предназначенное для работы на смартфонах, планшетах и других мобильных устройствах, все шире используются в различных областях жизни, в том числе в здравоохранении. Их применяют для диагностики, мониторинга состояния пациента, профилактической деятельности, лечения сердечно-сосудистых, респираторных, неврологических заболеваний, диабета. Все больший интерес представляют программы, одновременно поставляющие медицинскую информацию и обеспечивающие доступ к врачевым сервисам. Высокая эффективность приложений позволяет медицинским организациям сокращать операционные расходы.

Цель исследования: провести дескриптивно-аналитическое изучение мобильных приложений для лиц с различной аддиктивной патологией, описать их функционал и отличительные особенности.

Материалы и методы исследования: 50 зарубежных и российских приложений, отобранных в соответствии с алгоритмом поиска, вероятным для не имеющего специальной медицинской подготовки лица, испытывающего проблемы, связанные с потреблением психоактивных веществ.

Результаты и их обсуждение. Мобильные приложения для лиц с аддиктивной патологией распространены достаточно широко. Они предлагаются в различных форматах: платном, бесплатном и условно бесплатном. В основном подобные программные

продукты ориентированы на англоязычную аудиторию, однако доступны и отечественным пользователям. В качестве способа профилактического воздействия достаточно часто применяется метод положительного подкрепления, основанный на вычислении экономической выгоды, получаемой в результате отказа от потребления соответствующих психоактивных веществ. В отличие от создателей приложений, ориентированных на лиц с алкогольной или никотиновой зависимостью, авторы антинаркотических продуктов в ряде случаев специально подчеркивают, что их разработки категорически нельзя использовать для самолечения. Приложения в основном разрабатываются или отдельными энтузиастами, или группами само- и взаимопомощи. Крайне незначительную роль в этой деятельности играют профессионалы здравоохранения. В ряде случаев создатели приложений предлагают своим клиентам решения с недоказанной клинической эффективностью

Заключение. Необходима разработка подобных программных продуктов для российской аудитории, с учетом задач, стоящих перед профессиональным наркологическим сообществом по диагностике, профилактике и лечению болезней зависимости.

МЕТОДОЛОГИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ БЕРЕМЕННОСТИ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЭКСПОЗИЦИЕЙ И ФАСН В РОССИИ

Колпаков Я.В., Ялтонская А.В.

ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского, Москва, Россия

Введение. Данные о распространенности потребления алкоголя российскими женщинами во время беременности варьируют в широких пределах от 3,1 % до 83 %. Случаи злоупотребления алкоголем у женщин данной категории, согласно данным отечественных исследований или исследований, проведенных на территории России, составляет от 0,2-1 % до 9,2 %. В исследовании Kosyuh et al. (2010) было выявлено, что 50 % женщин потребляли 7 и более стандартных доз алкоголя в течение 3 месяцев, предшествовавших наступлению их беременности. Chambers et al. (2006) при проведении лонгитюдного исследования в Московской области обнаружили, что 52 % женщин потребляли алкоголь на самых ранних сроках беременности, при этом 4,8 % из них потребляли 5 и более стандартных доз алкоголя, а 10,5 % женщин – три или четыре стандартные дозы алкоголя в день. Опрос 899 беременных женщин из Санкт-Петербурга, проведенный Kristjanson et al. (2007), показал, что 96 % женщин потребляли алкоголь в течение года до наступления беременности. При этом 60 % из них сообщили о потреблении алкогольных напитков в момент, когда они уже знали о своей беременности, а 35 % женщин подтвердили, что потребляли алкоголь в течение последних 30 дней до проведения опроса. Среди беременных женщин, которые потребляли алкоголь в течение последних 30 дней, 7,4 % сообщили об употреблении более 5 стандартных доз за одно «застолье». Исследование, проведенное Егоровой и соавт. (2012) на беременных женщинах с заболеваниями панкреобиллиарной системы выявило, что 16 % злоупотребляли алкоголем во время беременности. Алкогольными напитками выбора беременных женщин в России являются вино, шампанское, пиво. В тоже время исследования показывают, что большинство российских женщин сокращают потребление алкоголя после того как узнают, что беременны. Исследование Valachova et al. (2012) выявило, что 20 % женщин все же продолжают употреблять алкоголь после установления факта беременности, хотя значительно снижают неумеренное потребление алкоголя (4 или более

стандартных доз алкоголя за одно «застолье»). Как минимум об одном эпизоде злоупотребления алкоголем во время беременности сообщили 6 % женщин. Таким образом, существующие в России эпидемиологические данные свидетельствуют о достаточно высокой распространенности употребления алкоголя во время беременности и большом количестве беременных женщин, употребляющих опасно высокие дозы алкоголя для здоровья будущего ребенка.

Цель исследования – обосновать методологию профилактики беременности с алкогольной экспозицией и фетального алкогольного спектра нарушений (ФАСН) в России.

Результаты исследования. Профилактика употребления алкоголя женщинами во время беременности должна носить таргетный характер, т.е. учитывать специфику гендерных особенностей и характер целевой группы. Как и при профилактике других социально значимых нарушений, в профилактике употребления алкоголя женщинами во время беременности выделяют несколько следующих уровней:

1) универсальную профилактику – направлена на женское население в целом, включает информирование населения о вреде употребления алкоголя во время беременности, реализацию универсальных позитивных программ профилактики злоупотребления алкоголем среди лиц молодого возраста;

2) селективную профилактику – направлена на группы риска и включает мотивационное консультирование женщин детородного возраста в целях принятия ими решения о выборе между использованием эффективных методов контрацепции или полным отказом от алкоголя (как правило, реализуется врачами акушерами-гинекологами женских консультаций, медицинскими психологами женских медицинских консультативных учреждений), а также выявление употребления алкоголя на уровне среднего и высокого риска для здоровья среди женского населения и проведение краткосрочных вмешательств (как правило, реализуется семейными врачами, врачами центров здоровья, медицинскими психологами);

3) индикативную профилактику – направлена на женщин, зависимых от алкоголя и предполагает проведение:

а) мотивационного консультирования женщин, злоупотребляющих алкоголем, и больных алкоголизмом женщин на применение эффективных методов контрацепции;

б) мотивационного консультирования беременных, страдающих алкоголизмом, на отказ от употребления алкоголя на время беременности;

в) мотивационного консультирования женщин, имеющих ребенка с фетальным алкогольным синдромом (ФАС) или фетальным алкогольным спектром нарушений (ФАСН);

г) фармакологической профилактики ФАС/ФАСН во время беременности – приема противовоспалительных веществ, таких как ингибиторы простагландинов, факторы роста, антиоксиданты, а также препаратов холина и других низкомолекулярных веществ (например, нейропептидов) в целях снижения тератогенного воздействия этанола и продуктов его распада на плод у женщин, продолжающих потребление алкоголя во время беременности;

д) лечения основного заболевания – алкоголизма.

Заключение. Внедрение системы профилактики употребления алкоголя женщинами во время беременности в значительной мере может снизить вред от последствий возможной беременности с алкогольной экспозицией, снизить риски формирования ФАС/ФАСН у будущих детей, снизить бремя экономических затрат на решение перечисленных проблем в дальнейшем.

МНОГОУРОВНЕВАЯ СИСТЕМА ДИАГНОСТИКИ ФАСН У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Колпаков Я.В., Ялтонская А.В., Ялтонский В.М., Абросимов И.Н.

ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского, МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

Введение. Вопрос потребления алкоголя женщинами детородного возраста представляет особую важность для общественного здравоохранения, поскольку от этого зависит здоровье будущих поколений. В связи с высоким уровнем потребления алкоголя и низким уровнем использования методов контрацепции, вероятность рождения ребенка с фетальным алкогольным спектром нарушений (ФАСН) у российских женщин крайне высока. Наличие негативного воздействия алкоголя на плод во время беременности не подвергается сомнению. Наиболее сложными задачами остаются следующие: диагностика (ранняя и отсроченная) ФАСН на разных этапах онтогенеза; фармакотерапия женщин, употребляющих алкоголь во время беременности; фармакотерапия детей, рожденных с ФАСН; психокоррекция поведенческих расстройств у детей и подростков с ФАСН; клиничко-психологическое консультирование детей и семей с детьми, рожденными с ФАСН: решение проблем дискриминации, стигматизации и самостигматизации данных детей и семей; профилактика (первичная, вторичная и третичная) употребления алкоголя женщинами во время беременности и ФАСН у их детей. Одним из основных препятствий на пути выявления и оказания помощи лицам с ФАС/ФАСН в России является отсутствие общепринятых критериев диагностики данного типа нарушений, а также практических навыков диагностики, принятых в странах Северной Америки и Европы.

Цель исследования – разработать культурно-адаптивную к условиям России методологию диагностики ФАСН у детей младшего школьного возраста.

Материалы и методы. На сегодняшний день в мире активно используется несколько систем для диагностики ФАС- и ФАСН: диагностическая система Института медицины США (ИОМ); система четырехзначных диагностических кодов ФАСН Университета Вашингтон (FASD 4-Digit Diagnostic Code); руководство по диагностике ФАС Американского Центра контроля и профилактики заболеваний; пояснения к диагностическим критериям Института медицины США; Канадское руководство по диагностике ФАСН. В России предпринимались попытки разработать методологию диагностики ФАСН с разных сторон. Так, в 2006 г. К.Л. Jones и соавт. оценивали способность врачей точно диагностировать ФАС после прохождения структурированного тренинга. Были обследованы 110 детей из школ-интернатов и детских домов. У 79 был диагностирован ФАС врачами педиатрами, у 66 из этих детей (83,5 %) диагноз был подтвержден дисморфологами. У 31 ребенка диагноз ФАС был обозначен как потенциально возможный, у 21 из них (67,7 %) диагноз ФАС либо был подтвержден дисморфологами, либо также определен как потенциально возможный. В 2011 г. Т.А. Кузнецова и соавт. изучили чувствительность и специфичность триады лицевых аномалий у воспитанников детских домов как маркера ФАС, проанализировав 96 карт детей. Авторами выделены 4 группы: 7 детей (7,2 %) (в анамнезе алкоголизм матери и триада лицевых аномалий), 19 (19,8 %) (алкоголизм матери без триады лицевых аномалий), 6 (6,25 %) (нет алкоголизма, но есть триада лицевых аномалий), 71 (74 %) (нет ни алкоголизма, ни триады лицевых аномалий). Установлено, что чувствительность триады ФАС – 27 %, специфичность – 93 %.

Результаты исследования. Проанализировав все имеющиеся данные, а также рекомендованные ВОЗ протоколы для исследования ФАС/ФАСН, нами была разработана культурно-адаптивная к условиям России методология диагностики ФАСН у детей младшего школьного возраста. Методология предполагает 3-этапную оценку детей младшего

школьного возраста на предмет выраженности различных групп признаков ФАСН. Этап 1. Скрининг детей 7-10 лет в образовательных учреждениях (на основе измерения роста, веса и лобно-затылочной окружности). Точное измерение роста, веса, лобно-затылочной окружности важны в связи с необходимостью идентификации детей, у которых имеется задержка физического развития и которые будут направлены для прохождения дисморфологической оценки. Эти показатели должны быть сопоставлены с известными для данной популяции возрастными нормами с использованием стандартных перцентильных таблиц. Этап 2. Дисморфологическая оценка детей 7-10 лет в образовательных учреждениях с задержкой физического развития. В эту оценку входят: оценка формы лица; измерение и оценка особенностей глаз; оценка формы ушей; измерение и оценка особенностей ноздрей и губ; оценка особенностей строения рук. Этап 3. Нейропсихологическая и поведенческая оценка детей 7-10 лет в образовательных учреждениях с признаками ФАСН. Нейропсихологическая оценка проводится с использованием «Краткой шкалы интеллекта Векслера» для проведения быстрой индивидуальной оценки уровня интеллекта. Шкала состоит из 4 субтестов: субтест словарный запас; субтест установление сходства; субтест складывания кубиков; субтест последовательность картинок. 4 субтеста могут оценить уровень вербального, невербального и общего интеллекта. Для перечисленных трех сфер доступны стандартизированные оценочные баллы. Поведенческая оценка проводится с использованием «Шкалы адаптивности поведения Винеланда II» с целью определения адаптационных навыков ребенка. Под адаптационными навыками понимается повседневная деятельность, необходимая для осуществления ухода за собой и взаимодействия с другими. Адаптивное поведение отражает то, что человек непосредственно делает. С помощью теста можно подсчитать общий балл адаптивности. По итогам проведения диагностики ФАСН у детей младшего школьного возраста коллегиально решается вопрос о наличии ФАСН и рекомендации дальнейших мероприятий: консультации врача педиатра; консультации врача детского невролога и психиатра; консультации детского клинического психолога; консультации семейного психолога для родителей/опекунов ребенка.

Заключение. Предлагаемая методология диагностики фетального алкогольного спектра нарушений у детей младшего школьного возраста базируется на глубоком систематическом анализе научных данных по проблеме ФАСН с учетом как международного опыта, так и достижений отечественной науки в данной области. Она является культурно-адаптивной, т.е. учитываются многочисленные особенности организации систем здравоохранения, образования, культурно-исторический, социально-экономический контексты ее применения. Внедрение данной методологии в практику, ее совершенствование позволят повысить выявляемость случаев ФАСН среди детей младшего школьного возраста и своевременно оказать им необходимую медицинскую помощь, психологическую и социальную поддержку, повысить адаптивность данных детей и качество их жизни.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕПТИДНЫХ АНКСИОЛИТИКОВ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ СИНДРОМА ОТМЕНЫ ОПИАТОВ. СРАВНЕНИЕ С БЕНЗОДИАЗЕПИНАМИ

Константинопольский М.А., Колик Л.Г.

НИИ фармакологии им. В.В. Закусова, Москва, Россия

Введение. Бензодиазепиновые анксиолитики, используемые для купирования клинических проявлений зависимости от опиатов, имеют серьезные побочные эффекты,

в частности, при курсовом назначении способны вызывать аддиктивное состояние; их эффективность как средств устранения тревоги, беспокойства и напряжения у больных с зависимостью неоднозначна (P. Levounis et al., 2016). Нейропептиды, эндогенные модуляторы функций центральной нервной системы, рассматриваются в качестве перспективной группы соединений при разработке новых безопасных препаратов для устранения неврологических и вегетативных проявлений зависимости (синдрома отмены, СО).

Цель работы. Изучить влияние нейропептидов в сравнении с феназепамом на поведенческие признаки зависимости от опиатов. Методы. У беспородных белых крыс-самцов, согласно стандартной процедуре (М.А. Константинопольский и соавт., 1988-2011), вырабатывали зависимость от морфина в течение 5 дней, ее выраженность оценивали после провокации СО налоксоном. В тесте «открытое поле» регистрировали 5 общих и 16 специфических поведенческих, неврологических и вегетативных проявлений зависимости, выраженность которой определяли по амплитуде суммарного индекса (СИ) СО при альтернативной оценке специфических признаков. Семакс, аналог АКТГ4-10, (0,05-0,5 мг/кг) и Селанк, аналог тафцина (0,3 мг/кг) были синтезированы в Институте молекулярной генетики РАН, дипептидные аналоги холецистокинина, ГБ-101 и ГБ-115 (0,1-0,4 мг/кг) синтезированы в ФГБНУ НИИ фармакологии имени В.В. Закусова. Все вещества вводили в/брюшинно, 1-кратно, за 30 мин до тестирования, или ежедневно, 1 раз в сутки, в течение 5 дней. Эффекты пептидов сопоставляли с действием анксиолитика феназепама (0,5 мг/кг). Для статистического анализа использовали Манна-Уитни U-тест и ANOVA.

Результаты. Изученные нейропептиды устраняли отдельные признаки СО морфина и заметно снижали выраженность СИ СО. Селанк уменьшал значение СИ СО на 39,6-38,9 %, Семакс – на 36,4-30,0 %, и ГБ-115 – на 38,0-46,0 % в зависимости от дозы ($P < 0,05$). В сравнении с феназепамом, который снижал выраженность СИ СО (на 32,1 %, $P < 0,05$) только при субхроническом введении, нейропептиды характеризовались отсутствием побочных эффектов, их действие развивалось после 1-кратного или субхронического введения в малых анксиолитических дозах. Полученные данные указывают на перспективу применения нейропептидов с анксиолитической активностью как возможных средств купирования физической зависимости от опиатов.

КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ И МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Копытов А.В., Зезина А.Ю., Копытов Ал.В.

РНПЦ психического здоровья, г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Доля наследственности при алкогольной зависимости (АЗ) составляет 40-60 %. Предрасположенностью к АЗ согласуются с двумя основными группами генов: алкоголь-специфические и задействованные в регуляции работы нейрональных путей головного мозга.

Цель исследования – определение роли генетических факторов в формирование АЗ в подростковом и молодом возрасте.

Материалы и методы. Исследованы следующие группы: основная (ОГ) – 397 субъектов мужского пола 14–25 лет с АЗ; контрольная (КГ) – 213 (14–25 лет) без проблем АЗ; сравнения (ГС) – 232 субъекта с АЗ старше 25 лет. Клиническая диагностика АЗ по МКБ-10, AUDIT. Диагностика психологических феноменов по специализированным диагностическим инструментам. Молекулярно-генетические исследования с использованием

метода ПЦР. Исследованы генотипы различных полиморфных локусов следующих генов: DRD2 (Tag I A), GABRA2A (rs 279826), SLC6A4 (5-HTTLPR), COMT (rs4680), MAOA (LPR), DAT1/SLC6A3 (VNTR) и CYP2E1 (rs 2031920).

Результаты и их обсуждение. При анализе частоты распределения различных полиморфных локусов генов не установлено достоверного преобладание каких-либо из них в ОГ, КГ и ГС. Проведен анализ взаимосвязи различных полиморфных локусов генов с клинико-психологическими феноменами. Установлены следующие закономерности: аллель L и генотип LL гена SLC6A4 (5-HTTLPR) предрасполагает к быстрому формированию АЗ ($\chi^2=10,1$; $p<0,05$); генотип HH или аллеля H гена COMT (rs4680) повышает риск компульсивного (OR=3,14; $p<0,05$) и постоянного (OR=4,8; $p<0,05$) влечения; низкая стрессоустойчивость у субъектов с генотипом SS гена SLC6A4 (5-HTTLPR) при наличии частых физических наказаний в детстве ($p<0,05$); генотип A1A1 гена DRD2 (Tag I A) является относительным протективным фактором склонности к тревожным реакциям в детстве у лиц с формированием в подростковом возрасте АЗ ($p<0,05$); эпигенетическая реализация повышенной личностной депрессивности происходит в ситуации воспитания с безразличным отношением со стороны родителей при носительстве генотипа GG гена GABRA2A (rs 279826); носительство аллеля L и генотипа LL гена COMT (rs4680) и 5R аллеля MAOA (LPR) повышают риск формирования гиперактивности в детстве ($p<0,05$), влияющей в последующем на формирование АЗ; гаплотип A1A1/SS генов DRD2 (Tag IA) и SLC6A4 (5-HTTLPR) влияет на более высокий уровень атарактических и гедонистических мотивов употребления алкоголя ($p<0,05$).

Заключение. Полученные данные можно учитывать при проведении лечебно-профилактических мероприятий.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ СРЕДИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ: ОПЫТ, ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Кошкина Е.А., Бедина И.А., Алексеенко А.О.

МНПЦ наркологии ДЗМ, Москва, Россия

В Российской Федерации раннее выявление незаконного потребления психоактивных веществ в образовательных организациях включает в себя социально-психологическое тестирование и профилактические медицинские осмотры учащихся школ, а также студентов учреждений среднего и высшего профессионального образования. Несмотря на сформулированные конкретные задачи и ожидаемый результат данной формы профилактического вмешательства, его эффективность вызывает обсуждения в наркологическом сообществе.

Целью исследования стал анализ результатов профилактических медицинских осмотров обучающихся образовательных учреждений Российской Федерации, а также оценка их эффективности как формы профилактического вмешательства.

Материалы и методы. Систематизированы результаты профилактических медицинских осмотров, проведенных наркологическими учреждениями 54 субъектов РФ в 2015-2016 учебном году среди обучающихся школ, колледжей и ВУЗов в возрасте от 13 до 17 лет.

Результаты исследования. Согласно представленным данным, профилактические медицинские осмотры были проведены в 8109 образовательных учреждениях и охватили 413577 учащихся. Во всех Федеральных округах преобладала тенденция тестирования

учащихся школ. Охват тестированием в школах находился в диапазоне 40,4 % от общего числа протестированных в Приволжском ФО до 85,1 % в Уральском ФО, в то время как охват студентов колледжей составил от 14,3 % в Уральском ФО до 37,3 % в Приволжском ФО, а студентов ВУЗов – от 0,5 % в Уральском ФО до 13,3 % в Дальневосточном ФО. По данным результатов профилактических медицинских осмотров 54 субъектов РФ, лишь у 2427 обучающихся, участвовавших в тестировании, была выявлена предварительная положительная проба на употребление ПАВ. В регионах, где число протестированных учащихся составляет более 10000 человек, процент выявленных случаев находился в диапазоне 0,005 % (Республика Татарстан) от общего числа протестированных до 0,80 % (Республика Башкортостан). В регионах, где число протестированных учащихся составляет менее 2000 человек, процент выявленных случаев находился в диапазоне 0,0 % (в 13-ти регионах) до 6,1 % (Кировская область) от общего числа протестированных. Следует отметить, что дальнейшее исследование 42 предварительных положительных проб, выявленных в Кировской области, подтвердило наличие ПАВ в биологическом материале лишь 8 обучающихся (1,3 % от общего числа протестированных в регионе).

Заключение. Исследование показало, что в настоящее время усилия наркологических учреждений по раннему выявлению ПАВ направлены преимущественно на обучающихся школ, тогда как группу риска по употреблению наркотиков в большей степени составляют студенты колледжей и ВУЗов. Тотальное тестирование школьников сопряжено с высокими расходами, являясь при этом малорезультативным. В целях повышения эффективности данной формы профилактического вмешательства следует выделять целевые группы с учетом возможных факторов риска употребления ПАВ.

ДВОЙНОЕ СЛЕПОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ПЛАЦЕБО КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕГАБАЛИНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

Крупницкий Е.М., Рыбакова К.В., Скурат Е.П., Михайлов А.Д., Незнанов Н.Г.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Препараты, зарегистрированные как средства лечения алкоголизма, имеют ограниченную эффективность, что делает актуальным исследование новых подходов к фармакотерапии синдрома зависимости от алкоголя. Одним из перспективных направлений таких исследований является изучение средств, влияющих на глутаматергическую нейротрансмиссию, и, в частности, прегабалина.

Цель исследования. Изучить эффективность применения прегабалина (Лирики) в лечении синдрома зависимости от алкоголя.

Методы. 100 больных алкоголизмом после купирования синдрома отмены были рандомизированы в две группы. Больные основной группы (50 чел.; 38 мужчин, 12 женщин, возраст (M±SE)=43.3±1.7 г.) получали прегабалин (150 мг на ночь) в течение 3 месяцев, в то время как пациенты контрольной группы (50 чел.; 45 мужчин, 5 женщин, возраст=45.9±1.4 г.) получали идентично выглядящее плацебо. Всем больным раз в неделю проводились: наркологическое консультирование (в соответствии со стандартным руководством), контроль потребления алкоголя по методу ретроспективного анализа и активности ГГТ, а также оценка с помощью батареи психометрических инструментов влечения к алкоголю, депрессии и тревоги.

Результаты. *Первичный показатель эффективности – удержание в программе лечения без рецидива зависимости.* Анализ выживаемости Каплана-Мейера показал значимо более высокие показатели удержания больных в программе лечения (более низкие уровни рецидива и выбывания из исследования) в группе прегабалина: Медиана (ДИ)=12 (10.4–13.6) недель vs. 6 (4.5–7.5) недель в группе плацебо, Log Rank Mantel-Cox тест=0.005). Доля больных, завершивших программу лечения, в группе прегабалина была значимо больше по сравнению с контрольной группой: 50 % vs. 24 % ($p=0.01$, точный критерий Фишера). Средняя продолжительность участия в программе терапии в группе прегабалина также была выше: 9.1 ± 0.5 недель vs. 7.1 ± 0.5 недели в группе плацебо ($p=0.006$). Вторичные показатели эффективности – потребление алкоголя. Дисперсионный анализ по методу общей линейной модели продемонстрировал значимый эффект группы на: (1) Уровень потребления алкоголя (УПА) (граммы алкоголя в день) ($F=10.2$; $p=0.01$) с более низким УПА в группе прегабалина на 3, 4, 5 и 7 неделях, а также (2) На количество дней тяжёлого пьянства (КДТП) ($F=7.9$; $p=0.05$), которое было больше в группе плацебо на 3-7 и 9 неделях. Среднее КДТП на одного больного за период участия в исследовании в группе прегабалина было меньше (3.6 ± 0.7 vs. 6.4 ± 0.8 ; $p=0.009$), а среднее количество дней трезвости – больше (55.9 ± 3.6 vs. 40.0 ± 3.3 ; $p=0.001$). Не было зарегистрировано значимых различий в уровне ГГТ, а также в динамике психометрических показателей (влечения к алкоголю, депрессии и тревоги), которые оставались на стабильно низком уровне в обеих группах в течение всего исследования. Частота нежелательных явлений (НЯ) была выше в основной группе (22 % vs. 6.1 %; $p = 0.023$), однако все НЯ были умеренно выражены, проходили самостоятельно и не требовали какой-либо терапии. Наиболее частыми НЯ были сонливость, головная боль и астения.

Заключение. Результаты настоящего исследования свидетельствуют о том, что прегабалин (Лирика) в дозе 150 мг/сутки в сочетании с наркологическим консультированием является эффективным методом терапии синдрома зависимости от алкоголя с хорошей переносимостью.

ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКАЯ ПУТАНИЦА В РОССИЙСКОЙ НАРКОЛОГИИ

Кузнецов В.В.

Наркологический диспансер Калининградской области, Калининград, Россия

В российской наркологии отсутствуют четкие определения понятий умеренное употребление алкоголя, злоупотребление, пьянство, синдром зависимости отождествляется с наркологическим заболеванием, имеются трудности с различением похмельного синдрома и синдрома отмены алкоголя. Неоднозначность употребляемых терминов ставит под сомнение её научность и создает проблемы в организации наркологической помощи.

Употребление алкоголя не запрещено, но регулируется КоАП РФ по времени, месту, результату. Умеренное («нормативное») употребление целесообразно определять, как употребление алкоголя без нарушения установленных КоАП ограничений.

Термин «злоупотребление» относится к нравственной категории, определяется как «неадекватная форма употребления», практически не используется в МКБ-10. Его целесообразно заменить на «пьянство» – употребление алкоголя с нарушением установленных КоАП ограничений. Пьянство – всегда правонарушение, его пресечение, вне

зависимости от наличия или отсутствия алкоголизма, – прерогатива правоохранительных органов. Заболевание алкоголизмом не препятствует наказанию за правонарушение, но должна предоставляться возможность получения наркологической помощи при её необходимости. Борьба с пьянством – лучшее средство для профилактики алкоголизма у здоровых и принуждения к лечению больных.

Фактически существующее отождествление понятий «синдром зависимости» и «наркологическое заболевание» препятствует адекватной оценке ремиссии. Регистрация синдрома зависимости обязательна для диагностики наркологического заболевания, в «продольном разрезе». В течении заболевания возможны этапы, когда в «поперечном разрезе» этот синдром отсутствует. Ремиссия должна оцениваться не столько по длительности воздержания от употребления, сколько по степени редукции синдрома зависимости.

Похмельный синдром обусловлен острой интоксикацией ацетальдегидом патогенетически сходен с гипоксией разного генеза, клинически проявляется апатической астенией с моторной и идеаторной заторможенностью. Трудность отличия от синдрома отмены алкоголя лишь в том, что оба развиваются после употребления алкоголя. Успешность применения налмефена подтверждает, что синдром отмены вызван формированием патологической детерминанты в опиоидной части системы награды, обусловленной дефицитом экзогенных опиоидов, образующихся в организме больного алкоголизмом в результате ускоренного метаболизма ацетальдегида, взаимодействующего с серотонином.

ШКОЛА В.М. БЕХТЕРЕВА И КОНЦЕПЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ХИМИЧЕСКИХ И НЕХИМИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ

Кулаков С.А.

Медицинская ассоциация «Центр Бехтерев», Санкт-Петербург, Россия

С момента открытия института В.М. Бехтерев большое внимание уделял диагностике, лечению и профилактике алкоголизма и заболеваний, тесно с ним связанных. Загадочная смерть ученого прервала его творческую деятельность, но не остановила развитие психиатрии и психиатрии-наркологии. В советский период реабилитационная направленность признавалась одним из важных организационных принципов психиатрии.

В.Н. Мясищев в своей системной теории подчеркивал, что психологическая основа реабилитации должна охватывать все стороны социального функционирования и отношений личности. Концепция отношений, разработанная им, в дальнейшем служила ядром патогенетического лечения неврозов и их психотерапии. Сотрудники клиники неврозов и психотерапии, сталкиваясь с коморбидными заболеваниями, убеждались в неспособности аддиктов устанавливать и поддерживать здоровые межличностные отношения, но также и в трудности сохранения трезвости.

Предложенная М.М. Кабановым система реабилитации больных с нарушениями психического здоровья базируется на таких положениях как комплексность, мультидисциплинарность, единство биологических и психосоциальных методов воздействия, ступенчатость (переходность) от стационарного лечения к амбулаторному ведению пациентов.

Следует подчеркнуть, что вышеизложенные принципы успешно применяются в реабилитации аддиктов и до настоящего времени.

Реабилитация предполагает решение следующих задач:

- скрупулезное изучение значимости агента зависимости (алкоголь, наркотики, игра, работа, отношения и т.д.) в жизни пациента и совместный поиск возможных равнозначных и приемлемых последним альтернатив, самораскрытие;
- предоставление необходимой пациенту информации;
- анализ мотивов поведения и эмоций;
- адекватное самопринятие;
- поиск других, альтернативных, жизнеутверждающих источников самоуважения;
- развитие навыков самостоятельности и ответственности;
- развитие умений бороться со стрессом без употребления лекарств и наркотиков;
- развитие умения распознавать форму «агитации» наркотической среды и сопротивляться ей;
- развитие умения применять различные способы отказа и говорить «нет»;
- развитие навыков борьбы с депрессией и неудачами;
- обращение к сфере эмоциональных отношений (облегчение проявления эмоций); работа с деструктивными эмоциями (обида, вина, жалость к себе, мстительность);
- принятие ответственности за свои выборы;
- формирование компетентности в преодолении трудностей;
- развитие навыков борьбы со стрессом без лекарств и наркотиков;
- построение жизненной перспективы: надежды, стремления, интересы, аутентичные мечты и цели;
- практическое (деятельное) воплощение пациентом в свою жизнь выстроенного в процессе терапии образа жизни;
- поддерживающее сопровождение реабилитанта в «новой жизни» (индивидуальное сопровождение, амбулаторная группа, группа анонимные наркоманы и анонимные алкоголики).

Исходя из определения, что реабилитация – это сложная медицинская, психологическая, социальная и духовная система, направленная на восстановление физического, социального и духовного здоровья пациента, его личностного и социального статуса, принципы лечения аддиктов обогащаются духовно-ориентированными и экзистенциальными подходами:

- расширение и углубление экзистенциального пространства пациента посредством гармонизации четырех жизненных (экзистенциальных) измерений: физического, социального, личностного и духовного;
- выявление и утверждение жизненных опор и ориентиров: значимые (близкие) люди, референтные группы, ценности, убеждения, жизненные принципы и идеалы;
- поиск ресурсов для глубинной проработки заявленных проблем; внутренние и внешние факторы жизни, могущие стать источником энергии, положительных эмоций, а также физических и психологических сил.

Принятие ответственности – это базовое условие для изменения.

Таким образом, принципы реабилитации, заложенные В.М. Бехтеревым, его учениками и последователями, постоянно развиваются и совершенствуются.

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО-НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМЫХ ЛИЦ

Литвинцев Б.С., Фокин В.А., Ефимцев А.Ю., Петров А.Д., Шемчук О.С.

*ВМедА им. С.М. Кирова, СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова, СПб ГНБ,
Петергофская гимназия императора Александра II, Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Интернет-аддикция (нетаголизм, зависимость от социальных сетей и ее разновидность – лайкофилия) – один из самых распространенных видов нехимических аддикций. Нехимическими принято называть аддикции, при которых объектом зависимости становится поведенческий паттерн, а не психоактивное вещество или иное, обладающее стимулирующим, тонизирующим, расслабляющим и пр. эффектами средство. В иностранной литературе для обозначения этих видов аддиктивного поведения чаще используется термин «поведенческие аддикции». Проводимые исследования позволяют утверждать, что последствия нехимических аддикций отрицательно сказываются не только на психическом, но и на соматическом здоровье. Тем не менее, механизмы их возникновения и патогенез пока изучены недостаточно, а существующие данные о причинах развития и характере течения нехимических аддикций требуют формирования серьезной доказательной базы, подкрепленной не только психиатрическим осмотром, но и клинико-неврологическими и современными нейровизуализационными исследованиями.

Цель исследования. Оценить структурно-функциональные изменения головного мозга у лиц молодого возраста, увлекающихся Интернетом.

Материалы и методы. Участниками эксперимента были ученики ГБОУ «Петергофская гимназия императора Александра II» и других образовательных учреждений города Петергофа ($n=30$) в возрасте от 16 до 19 лет (средний возраст – $17,9 \pm 2,6$ лет). Все обследуемые прошли неврологический и психиатрический осмотры и тест на Интернет-зависимость, предложенный в 2004 году профессором кафедры клинической психологии Российского государственного педагогического института им. А.И. Герцена С.А. Кулаковым. Структурная и функциональная магнитно-резонансная томография выполнялась на магнитно-резонансной томографе «Siemens» с силой индукции магнитного поля 1,5 Тл. Исследование выполняли с предъявлением функционального стимула (статичных и динамических изображений социальных сетей, мобильных устройств, образов и заставок, ассоциированных с использованием средств общения в Интернете) и «нейтральных» (статичных и динамических фонов окружающей среды, повседневных нейтральных образов) изображений. Статистическую обработку нейровизуализационных данных с выявлением участков активации, усредненных по группе, и оценку результатов осуществляли с помощью программного пакета Conn14, SPM12.

Результаты и их обсуждение. Неврологический и психиатрический осмотры патологии не выявили, однако у всех испытуемых обнаружено серьезное влияние Интернета и социальных сетей на жизнь. По результатам тестирования все 30 (100 %) добровольцев набрали порог в 50 баллов из 100 возможных, 80 баллов и больше набрали 6 человек (20,0 %) из группы, что является высокой степенью проявлений увлеченности интернетом, требующей помощи специалиста. Участники, набравшие наибольшее количество баллов ($n=6$), отмечали постоянную потребность в пользовании Интернет-ресурсами, подавленное состояние, частые депрессии, ухудшение работоспособности и снижение желаний к обучению. Эти же участники оценили наивысшим баллом – «5» критерий 18 – «Как часто Вы пытаетесь скрыть количество времени пребывания в сети?». Для анкетированных, набравших 60–79 баллов (46,7 %; $n=14$), общими чертами явились боязнь,

что жизнь без интернета станет пустой и неинтересной, чувство поглощения Интернетом, воображение общения в Интернете, потеря во времени в результате использования Интернета. Участники со средними результатами 50-59 баллов (33,3 %; n=10) проявили склонность к забрасыванию своих домашних обязанностей, хобби, чтобы провести как можно больше времени в сети. Важно отметить, что все испытуемые указывали на частую утрату сонливости при позднем нахождении в сети.

Традиционная магнитно-резонансная томография патологических изменений в веществе головного мозга у испытуемых не выявила. Согласно полученным данным функциональной магнитно-резонансной томографии в группе исследуемых (групповая статистическая обработка) нами были выявлены участки активаций в ответ на предъявление зрительных стимулов (статичное изображение), располагающиеся в полушариях мозжечка, в затылочной области обоих полушарий, верхней и нижней теменной дольке, угловой извилине, верхней височной извилине, фузиформной извилине – билатерально (поля Бродмана 7, 17, 18, 19, 20, 21, 31, 36, 37, 39), в верхней и средней лобных извилинах (поля Бродмана 6, 8, 9, 10), в полюсе левой височной доли (поля Бродмана 21, 38), в левой предцентральной зоне (билатерально, поля Бродмана 6, 8, 9, 45, 46). При проведении индивидуального анализа результатов функциональной магнитно-резонансной томографии каждого испытуемого в половине случаев (n=15; 50,0 %) на предъявление зрительных стимулов выявлялись зоны активации в орбитофронтальной коре (поле Бродмана 11). Известно, что этот участок коры головного мозга ответственен за адаптивное обучение и представление эмоций, а его повреждение приводит к нарушению социальных взаимодействий, сквернословию, гиперсексуальности, снижению способности к эмпатии и склонности к употреблению психоактивных веществ. Нельзя исключить, что постоянная стимуляция орбитофронтальной коры однообразной деятельностью может привести к нарушению ее функции с последующим развитием психопатологии, протекающей в структуре проявлений социальной дезадаптации. Кроме того, часть функционально активных и статистически значимых зон, выявляемых у обследованных лиц, свидетельствует о высоком уровне конвергенции и интеграции различных по модальности сенсорных (зрительных, вестибулярных, обонятельных, вкусовых, слуховых, в т.ч. музыкальных) реакций, возникающих на фоне предъявления стимульного материала. Следует отметить, что статистический групповой анализ данных, полученных в ответ на предъявление зрительных стимулов с динамическим изображением (видеоряд), в сравнении с результатами с предъявлением статичных изображений, практически не показал различий.

Заключение. Полученные результаты указывают на то, что увлечение Интернетом и социальными сетями может способствовать развитию социальной дезадаптации с последующими негативными влияниями на процессы нейромедиации. Расстройства нейромедиации, в свою очередь, могут приводить к различным психическим и соматоневрологическим нарушениям. У лиц, увлекающихся Интернетом, к развитию неврологических нарушений также могут приводить различные неврозоподобные состояния, развивающиеся на фоне физической утраты возможности общения в социальных сетях. Функционально-активные участки головного мозга, обнаруженные ранее у потребителей психоактивных веществ (исследование 2015 г.), не нашли аналогового подтверждения у Интернет-зависимых лиц – зоны лимбической системы головного мозга в большинстве случаев оказались не активны. Однако активации в гипоталамусе и орбитофронтальной коре свидетельствуют о фактическом влиянии увлечения Интернетом и социальными сетями на развитие изучаемого нами варианта нехимической аддикции – Интернет-зависимости, которая при возникновении определенных психоэмоциональных и физических факторов может перейти в любую из химических.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ С СУДОРОЖНЫМ СИНДРОМОМ

Максимова И.В.

Красноярский ГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия

Введение. Алкогольную эпилепсию как отдельное заболевание первыми выделил Э. Крепелин в форме *grand mal* у больных, длительно злоупотребляющих алкоголем. Он писал по этому поводу: «Особого внимания заслуживают упомянутые судорожные припадки, так как они очень часто появляются вначале или во время делирия, но иногда и без того появляются у старых пьяниц».

С.Г. Жислин указывал, что большие судорожные припадки могут не только возникать при сочетании алкогольной зависимости с эпилепсией различного генеза (генуинной, посттравматической и т.д.), но и развиваться на фоне непосредственно алкогольного заболевания. Судорожные припадки развиваются на II и III стадиях алкогольной зависимости и наблюдаются обычно на 2-4-й день развития абстинентного синдрома.

Цель исследования. Изучение клинико-катамнестических особенностей алкогольной зависимости у пациентов, перенесших большой судорожный припадок.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Красноярского краевого наркологического диспансера №1 в 2014-2016 гг. Было обследовано 149 пациентов с алкогольной зависимостью II-III стадии. Установление диагноза алкогольной зависимости (F10.*) проводилось в соответствии с критериями Международной Классификации Болезней 10-го пересмотра. Основную группу составили 83 (55,7 %) пациента, из них 73 (87,9 %) больных с синдром отмены алкоголя с судорогами (F10.31), и 10 (12,1 %) человек, перенесших алкогольный делирий с судорогами (F10.41). Средний возраст пациентов основной группы составил соответственно 42 ± 11 года и $39,3 \pm 12,7$ лет. В группу контроля вошли 66 (44,3 %) пациентов, из которых 18 (27,3 %) человек, перенесли алкогольный делирий (F10.40), и 48 (72,7 %) больных с синдромом отмены алкоголя без судорог (F10.30); средний возраст соответственно $45 \pm 13,98$ лет и $41,2 \pm 11,6$ года. Использовались клинико-психопатологический и статистический методы исследования. При оценке психического статуса уделялось внимание выявлению расстройств мышления, характерных для органического поражения ЦНС, в первую очередь детализации и обстоятельности мышления, а также снижению памяти. Дополнительно для оценки когнитивных нарушений использовалась Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE).

Результаты и их обсуждение. Наследственную отягощенность по алкоголизму имели больше половины больных (88 человек – 59,1 %), из них 64 человека (72,7 %) основной группы и 24 пациента (27,3 %) группы контроля ($p < 0,05$). При диагностике судорожных расстройств у пациентов с алкогольной зависимостью в анамнезе жизни, помимо частой наследственной отягощенности, отмечаются черепно-мозговые травмы. У обследуемых пациентов указания на перенесенные травмы головы с потерей сознания имелись у 32 пациентов (21,5 %) основной группы и у 9 больных (6 %) группы контроля ($p < 0,05$). Расстройства мышления, характерные для психоорганического синдрома, были выявлены у 54 пациентов (36,2 %) основной группы и у только 2 (1,3 %) человек группы контроля ($p < 0,05$). При анализе часто госпитализаций первично в основной группе были госпитализированы 32 (38,6 %) человека, в группе контроля 25 (37,8 %) человек. 1 раз в 2-3 года в основной группе было госпитализировано 5 (6 %) человек, в группе контроля 10 (15,2 %). Раз в год госпитализировались 19 (22,9 %) пациентов основной группы, а также 20 (30,3 %) человек из группы контроля. 2-3 раза в год и чаще в стационар попадали 27 (32,5 %) пациентов основной группы, в группе контроля число таких обследуемых

составило 11 (17,5 %) человек. Достоверность различий ($p < 0,05$) удалось выявить в отношении госпитализаций 2-3 раза в год и чаще, на основании чего можно предположить, что при перенесенном судорожном припадке течение алкогольной зависимости становится более злокачественным из-за чего пациенты более часто обращаются за медицинской помощью. При анализе характера запоев истинные запои в основной группе встречались у 28 (33,7 %) пациентов, в группе контроля у 7 (10,6 %) больных соответственно ($p < 0,01$). Псевдозапои отмечались у 55 (66,3 %) пациентов основной группы и у 59 (89,4 %) больных группы контроля ($p < 0,01$). То есть можно сделать вывод, что пациенты, перенесшие судорожный припадок страдают алкогольной зависимостью III стадии, так как истинные запои больше характерны для этой стадии зависимости.

Согласно выявленным когнитивным расстройствам, дополненным шкалой MMSE, все пациенты были разделены на 4 группы: 1 группа – без когнитивных нарушений, 2 группа – преддементные нарушения, 3 группа – деменция легкой степени, 4 группа – деменция умеренной степени. В основной группе когнитивные нарушения отсутствовали у 8 (5,4 %) человек, в контрольной группе таких больных оказалось 28 (18,8 %) ($p < 0,001$). Преддементные нарушения были выявлены у 53 (35,6 %) больных основной группы и у 34 (22,8 %) человек контрольной группы (различия в группах недостоверны). Деменция легкой степени отмечена у 20 (13,4 %) пациентов основной группы и у 4 (2,7 %) человек группы контроля ($p < 0,01$). Деменция умеренной степени выявлена только у 2 (1,3 %) пациентов основной группы, в группе контроля больные с умеренно выраженными когнитивными расстройствами отсутствовали. При анализе возраста появления когнитивных нарушений достоверность различий удалось выявить в группе пациентов с деменцией легкой степени по шкале MMSE ($p < 0,05$), что соответствует предположению о том, что у пациентов, перенесших большой судорожный припадок, нарушения когнитивных функций отмечаются в более молодом возрасте, чем у пациентов без судорожных расстройств. Среди клинических особенностей деменции у лиц, перенесших большой судорожный припадок, выявлены зрительно-пространственные расстройства, снижение кратковременной памяти, нарушение способности к абстрагированию и планированию, замедление переключения между различными когнитивными процессами, что также определялось с помощью шкалы MMSE.

Заключение. Таким образом, для развития судорожных припадков у больных, страдающих алкогольной зависимостью, значимыми являются отягощенная алкоголизмом наследственность, а также наличие перенесенных черепно-мозговых травм с потерей сознания в анамнезе. В клинической картине у пациентов, перенесших судорожный припадок, проявления психоорганического синдрома выражены значительно, развиваются в более молодом возрасте, раньше достигают степени деменции, так же перенесенный судорожный припадок утяжеляет течение алкогольной зависимости, что приводит к более частым госпитализациям. Полученные результаты целесообразно учитывать при проведении терапевтических и реабилитационных мероприятий у данной категории больных.

НЕЙРОИММУННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ НОЦИЦЕПЦИИ ПРИ АДДИКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ

Мастерова Е.И., Савочкина Д.Н., Невидимова Т.И.

НИИ психического здоровья ТНИМЦ РАН, г. Томск, Россия

Аддиктивная патология сопровождается сдвигами со стороны нервной и иммунной систем. Между тем остается неясным характер межсистемных взаимосвязей,

которые могут лежать в основе болезней зависимости. **Целью работы** было оценить особенности нейроиммунного взаимодействия, сопровождающего ноцицептивные сдвиги, при аддиктивной патологии. Проведено обследование у 97 человек, 37 человек с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ (ПАВ) и 60 условно здоровых лиц. Для оценки симпатической активации регистрировалась электрическая активность кожи и определялись кожная проводимость, частота и амплитуда ее изменений (кожных реакций). Исследовалась митогениндуцированная продукция ИЛ-10, ФНО-альфа, ИЛ-17А, ИЛ-2 на мультиплексном анализаторе Luminex 200 (США) с применением набора реагентов Human Cyto/Chemokine (Merck Millipore). С помощью тензоалгометрии оценивался порог болевой чувствительности (Невидимова Т.И. и др., 2014). Болевая чувствительность оказалась сниженной у аддиктивных пациентов по сравнению с контрольной группой, что отразилось в возрастании болевого порога (11,50 (9,50; 13,00) усл.ед. и 6,00 (5,00; 10,0) усл.ед., $p < 0.05$). Далее оценивались нейроиммунные параметры в группах аддиктивных пациентов и условно здоровых лиц с относительной гипо- (болевым порог ≥ 9 усл.ед.) и нормоалгезией (болевым порог < 9 усл.ед.). У лиц с аддиктивными расстройствами гипоалгезия сопровождалась снижением продукции ИЛ-10 (429,17 (309,62; 581,79) пг/мл и 907,62 (687,21; 1431,12) пг/мл, $p < 0.05$) без изменения уровней провоспалительных цитокинов и электрофизиологических вегетативных параметров. Условно здоровые лица с гипоалгезией характеризовались возрастанием частоты кожных реакций без изменения цитокинового профиля (8,01 (5,00; 12,02) 1/мин и 5,01 (2,00; 8,01) 1/мин, $p < 0.05$). Относительная гипоалгезия у аддиктивных пациентов, сопряженная со сдвигом цитокинового баланса, может быть результатом антиноцицептивного действия некоторых провоспалительных цитокинов (Peek J. et.al, 2006). При этом возможное эндорфинопосредованное снижение болевой чувствительности не связано с симпатической активацией, как это обнаружено у условно здоровых лиц. Полученные результаты указывают на разные возможные нейроиммунные механизмы регуляции ноцицепции в норме и при аддиктивной патологии.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К КАЧЕСТВЕННО-КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКЕ СТРУКТУРЫ И ДИНАМИКИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ОБОСТРЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К ПСИХОАКТИВНЫМ ВЕЩЕСТВАМ

Михайлов М.А.

МНПЦ наркологии ДЗМ, Москва, Россия

Введение. Существующие в настоящее время шкалы количественной оценки ПВ не дают исчерпывающего представления его о структуре и динамике. Кроме того, их невозможно использовать при обострении патологического влечения (ОПВ) из-за высокой скорости нарастания симптоматики и технических сложностей тестирования. Перспективна феноменологическая реконструкция психопатологической симптоматики ОПВ в рамках классического клинико-психопатологического метода, с последующей статистической обработкой полученных данных методами структурного моделирования.

Цель исследования. Разработка инновационного способа оценки структуры и динамики ОПВ, интегрирующего в себе качественно-количественные подходы.

Материал и методы. Обследовано 415 стационарных больных наркоманией (200 мужчин и 215 женщин) с высокопрогредиентным типом течения, употребляющих

опиоиды, психостимуляторы, тианептин и каннабиноиды. Основным являлся феноменологический подход в рамках клинко-психопатологического метода. Высокая достоверность феноменологических описаний достигалась использованием 4 из 5, принятых в доказательной медицине способов качественной оценки: пассивного и активного наблюдения, полуструктурированного и описательного интервью. Для качественно-количественной оценки структуры и динамики психопатологических расстройств ОПВ использовалась оригинальная карта обследования. Интерпретация полученных данных осуществлялась в соответствии с принятыми процедурами методом путевого анализа.

Результаты и их обсуждение. На основании данных о структуре направленных и ненаправленных связей, измеряемых переменных и латентных конструкторов создана психопатологическая модель ОПВ, определены триггерные точки в патокинезе синдрома, воздействие на которые может остановить развитие процесса или повернуть его вспять. Регрессионные нагрузки между всеми переменными, оказались положительными, степень соответствия экспериментальным данным по критериям согласия – высокой, что указывает на высоко достоверное соответствие созданной модели.

Заключение. Предложенный способ позволяет предельно точно описать суть явления и дать точную психопатологическую квалификацию его структуры и динамики, он может оказаться хорошим дополнением к существующим в настоящее время методам оценки ПВ.

ИЗУЧЕНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И ДРУГИХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю., Петухов А.Е.

МНПЦ наркологии ДЗМ, Москва, Россия

Введение. Проект осуществляется по инициативе Экспертной группы по злоупотреблению алкоголем и наркотиками (ASA EG) Партнерства Северное Измерение при поддержке Правительства Норвегии с 2014 года. В процессе подготовки проекта были проведены совместные двусторонние консультативные встречи для ознакомления с деятельностью учреждений и составления Протокола исследования. В настоящее время проект реализуется Клиникой Университета Осло, Диаконической больницей Ловисенберг в г. Осло и Московским Научно-практическим центром наркологии ДЗМ совместно с Городской клинической больницей №68 ДЗМ.

Цель исследования: изучение взаимосвязи между случаями госпитализации пациентов в соматические отделения в связи с заболеваниями внутренних органов и проблемным употреблением алкоголя и других психоактивных веществ.

Материалы и методы исследования. Исследование проводится путем анализа опросных листов в комбинации с анализом биологических маркеров в крови. Целевой группой исследования являются пациенты, поступающие в соматические отделения (терапия, кардиология, пульмонология, неврология) 68 ГКБ ДЗМ. Планируется исследовать 3000 пациентов старше 18 лет. Пациенты отбираются в соответствии с выборкой на протяжении всего года, в любое время суток ежедневно, чтобы уловить возможные сезонные и суточные колебания госпитализаций. Сравнительный анализ всех результатов проводится анонимно.

Критериями исключения являются: отказ пациента подписать информированное согласие на участие в исследовании; отказ от взятия образца крови; отказ участвовать в исследовании; неспособность дать информированное согласие по состоянию здоровья.

Результаты и их обсуждение. На 09.03.2017 всего собрано 711 анкет и образцов крови. В кардиологическом – 63 (9 %), неврологическом отделении – 131 (18 %), пульмонологии – 144 (20 %), терапии – 375 (53 %). Из общего числа полностью обработано 230 анкет (32 %).

Заключение. Результаты исследования позволяют:

1. Уточнить факторы риска развития соматических и неврологических расстройств;
2. Уточнить связь обострения хронических заболеваний с употреблением алкоголя и других ПАВ;
3. Разработать алгоритм дифференцированного подхода к терапии и профилактике соматических и неврологических заболеваний;
4. Разработать рекомендации для врачей общего профиля по выявлению лиц с рискованным потреблением алкоголя и других психоактивных веществ.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ, НАХОДЯЩИХСЯ В МЕСТАХ СОЦИАЛЬНОЙ ИЗОЛЯЦИИ

Находкин Е.Г.

Красноярский краевой ПНД №1», г. Канск, Россия

Введение. Социальные условия оказывают не однозначное, а многофакторное влияние на психическое здоровье. К ставшим в последнее время актуальным социальным предикторам относят: нестабильную экономическую ситуацию, определенный вклад СМИ в формирование нездорового интереса и позитивного отношения к наркотикам среди молодежи, появление в сети «Интернет» большого числа ресурсов с выраженной наркотической и пронаркотической направленностью, отсутствие целенаправленного характера антинаркотической пропаганды в обществе, недостаточно разработанную молодежную политику, отсутствие четкой системы противодействия незаконному обороту наркотиков.

Некоторые исследователи отмечают, что мужчины имеют большую частоту коморбидных психических расстройств, сопряженных с химической аддикцией и ими чаще, совершаются общественно опасные деяния с применением физического насилия, с последующим осуждением и привлечением в пенитенциарную систему. Высокий уровень социальной дезадаптации значительной части общества коррелирует с повышенными показателями распространенности наркопатологии и психических расстройств в пенитенциарных учреждениях, в сравнение с общей популяцией.

Традиционно главным институтом воспитания является семья, важность которой обусловлена тем, что в ней ребенок находится в течение значительной части своей жизни. Ни один из институтов воспитания не может сравниться с семьей по длительности своего воздействия на личность. Учитывая, что ранее исследования социальной структуры семьи ВИЧ-инфицированных мужчин, страдающих наркопатологией и осужденных к лишению свободы не проводились, такое исследование представляет определенный интерес.

Цель исследования. Оценить структуру родительской семьи с особенностями воспитания ВИЧ-инфицированных наркопотребителей, находящихся в местах социальной изоляции.

Материалы и методы. Исходя из цели исследования были отобраны 170 осужденных, страдающих зависимостью от психоактивных веществ – опиоидов, либо каннабиноидов и опиоидов – медиана возраста 30,00 [26,00; 37,00], из числа которых выделены две группы мужчин с наркозависимостью: основная – 70 осужденных, страдающих наркопатологией, коморбидной с ВИЧ-инфекцией; контрольная – 100 мужчин с наркопатологией, без ВИЧ-инфекции. Респондентами являлись осуждённые мужчины, отбывающие наказание в мужской исправительной колонии № 16 (пос. Громадск, Красноярский край) и лечебно-исправительном учреждении № 37 (город Сосновоборск, Красноярский край).

Результаты и обсуждение. По национальному составу опрошенные мужчины характеризуются следующим образом: большинство респондентов изучаемых групп являются русскими (ВИЧ «+» – 85,7 %, ВИЧ «-» – 74,0 %). Доля остальных национальностей и народностей составила 14,3 % среди ВИЧ-инфицированных и 26 % среди осужденных без ВИЧ-инфекции. Самыми многочисленными из них являются цыгане (4,7 %), таджики (4,1 %), узбеки (4,1 %), азербайджанцы (2,9 %), татары (1,2 %).

Большинство осужденных воспитывались в полной семье (65,7 % – ВИЧ «+», 69,0 % – ВИЧ «-»). Почти в равных соотношениях распределились осужденные обеих групп, воспитывающиеся в семьях с искаженной семейной структурой (воспитывались одной матерью, родной матерью и отчимом, отцом и мачехой, родственниками, в приемной семье) 27,1 % и 31 % в основной и контрольной группах соответственно. Обращает на себя внимание тот факт, что среди осужденных контрольной группы (ВИЧ «-») не выявлено воспитанников детских домов и интернатов, тогда как в группе ВИЧ-инфицированных их доля составила – 7,1 %.

Существенные различия выявлены в условиях воспитания осужденных. Значительная часть ВИЧ-инфицированных осужденных – 70,0 % отметили, что их семьи были «негармоничными», большинство же наркозависимых осужденных без ВИЧ-инфекции, напротив сообщили о «гармоничных» условиях воспитания в раннем детстве – 62,0 %, ($p < 0,001$).

Полученные от ВИЧ-инфицированных осужденных анамнестические сведения свидетельствуют о том, что у половины из них – 50,0 % ($\chi^2 = 26,587$; $p < 0,001$) воспитание осуществлялось по типу «гипоопеки», когда бесконтрольное поведение детей и вседозволенность становятся непредсказуемыми и зависимыми от внешних социальных влияний. Условия воспитания по типу гиперопеки, «кумира» семьи и «золушки» не имели достоверных различий между группами.

Стоит отметить, что в семьях ВИЧ-позитивных осуждённых, родителей чаще лишали родительских прав – 22,9 %, в то время как мужчины наркопотребители без ВИЧ отметили этот факт только в 11 % случаев ($p > 0,05$). Наряду с этим количество взятых под опеку лиц, оставшихся без попечения родителей составило в основной группе – 12,0 % и 17,1 % – в контрольной.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование определило круг некоторых особенностей родительской семьи у осужденных мужчин, страдающих наркопатологией с коморбидной ВИЧ-инфекцией, дальнейшее изучение структуры которых позволит на основе полученных знаний о семейных предикторах развития зависимости к психоактивному веществу реализовывать проекты по первичной профилактике наркотической аддикции и поведения, сопряженного с риском инфицирования ВИЧ, а также осуществлять их грамотное медико-социальное сопровождение после освобождения из мест лишения свободы.

АЛКОГОЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ В ЯНВАРЕ

Немцов А.В.

МНИИП – филиал ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского, Москва, Россия

Вторая половина XX века и начало XXI отмечены в России резкими перепадами заболеваемости и смертности, и это в значительной степени связано с колебаниями уровня потребления алкоголя. Причины изменения потребления алкоголя разные, в то время как главная причина колебаний заболеваемости и смертности одна – алкогольная. Несмотря на эти изменения, постоянным остается январский пик части видов заболеваемости и многих видов смертности, включая показатель сердечно-сосудистой и общей смертности. При этом в последние десятилетия январский пик стал максимальным в течение года, точно так, как и у смертности при отравлении алкоголем. А этот показатель, наряду с заболеваемостью алкогольными психозами, является наилучшей характеристикой реального потребления алкоголя в стране.

Январский максимум общей смертности в 2004-2014 гг. суммарно превысил средний показатель для следующих одиннадцати месяцев на 216 874 человек (смертей) или в среднем на 19716 в год. Значительная часть этого урона приходится на смерти с сердечно-сосудистым диагнозом, совсем незначительная – за счет смертей в связи с эпидемиями гриппа.

Январский максимум смертности наблюдался также в Мурманске, Архангельске, Вологде, Москве, Екатеринбурге, Чите, Крыму и только в Челябинске этот пик был непостоянным и небольшим.

Государственная статистика не содержит более подробных показателей смертности, чем месячная, а статистика заболеваемости не имеет и месячной, только годичная. Возможность детальнее исследовать распределение январского урона предоставила московская скорая помощь, которая располагает ежедневной регистрацией больных алкогольными психозами по Москве. Как и в случае смертности, максимум заболеваемости алкогольными психозами приходится на январь каждого года, а в течение января – на первую неделю с последующим снижением. И только на четвертой неделе января заболеваемость не отличалась от последующих недель года. Суммарный показатель первых трех недель января превышает в 4 раза разброс остальных недель (prediction 0,95).

Результаты работы подводят к выводу, что в январе страна несет тяжелые потери в качестве расплаты за пьянство в связи с новогодне-рождественскими праздниками. Требуется политические интервенции чтобы уменьшить эти потери.

ОСОБЕННОСТИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОТРОПНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Ненастьева А.Ю., Усманова Н.Н.

ННЦ наркологии – филиал ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского», ПМГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Последние годы во многих странах, в том числе и в России, отмечается тенденция к злоупотреблению аптечными препаратами. Уровень злоупотребления лекарственными средствами, которые отпускаются по рецептам, достигли масштабов эпидемии. Исследования этой недооцененной клинической проблемы, как правило, не включают антидепрессанты, нейролептики, противосудорожные препараты, несмотря на их вклад в заболеваемость и смертность.

Цель этого сообщения – обратить внимание на злоупотребление психотропными препаратами и вклад такого поведения в проблему немедикаментозного использования отпускаемых по рецепту лекарств. Так, например, в США, с 2004 по 2014 год число обратившихся за экстренной помощью в связи с эффектами, вызванными использованием миорелаксантов – с 25934 до 46269 (на 78 %), нейролептиков – с 91268 до 135455 (на 48 %). В нашей стране в последнее десятилетие был зафиксирован рост злоупотребления атипичным антидепрессантом тианептином (коаксил), в 2012-2016 гг. – прегабалином (лирикой).

Метод. Поиск по PubMed, Medline и PsycINFO, используя поисковые термины «нейролептики», «антидепрессант», «противосудорожные препараты», «злоупотребление», «немедицинское употребление», «зависимость», а также индивидуальные классы препаратов (например, «SSRI») и индивидуальные вещества (например, «флуоксетин») в различных комбинациях, для выявления статей злоупотребления этими веществами.

Результаты. Большинство случаев злоупотребления психотропными препаратами имеет место у людей с сопутствующей зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ). Такими препаратами, как кветиапин, оланзапин, трициклические антидепрессанты, габапентин и миорелаксанты начинают злоупотреблять, чтобы воспользоваться их седативным эффектом. Другими – бупропионом, флуоксетином, венлафоксином – злоупотребляют для получения стимулирующего эффекта. Антихолинергические препараты и трициклические антидепрессанты оказывают выраженную эйфорию. Часто аптечные препараты принимаются с целью увеличить или продлить действие основного наркотика, изменить эффект ПАВ или произвести синергетический эффект при сочетании друг с другом. Например, принимая кветиапин с наркотиками опийной группы, добиваются более интенсивного эффекта, чем можно было бы получить только от приема одного наркотика.

Психотропными препаратами злоупотребляют в высоких дозах и через различные пути введения (например, интраназально, внутривенно). Отрицательные последствия варьируют в зависимости от класса и фармакологии препаратов, чаще всего включают судороги, спутанность сознания и психотическую симптоматику.

Заключение. В некотором смысле, любое лекарство, которое имеет психотропный эффект может стать предметом злоупотребления, если его принимать в повышенных дозах. Часто люди со сформированным синдромом зависимости к ПАВ более склонны к злоупотреблению лекарствами, имеющими потенциальный риск развития зависимости. Тем не менее, такой же риск присутствует и у тех, кто не злоупотреблял наркотиками. Прогностически повышен риск злоупотребления лекарственными средствами среди лиц: женского пола, белой расы, проживающих в сельской местности или в социальной изоляции, с психическими расстройствами, молодого или пожилого возраста.

ПОИСК «НАСЛЕДСТВЕННОЙ» ФОРМЫ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ: II ТИП ПО КЛОНИНДЖЕРУ, КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА СЕМЕЙНОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ, ДИНАМИКА ФОРМИРОВАНИЯ СИНДРОМА ОТМЕНЫ И ОЦЕНКА ГЕНЕТИЧЕСКОГО РИСКА

Николишин А.Е., Чупрова Н.А., Бродянский В.М., Соловьева М.Г., Кибитов А.О.

ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского, Москва, Россия

Алкогольная зависимость (АЗ) является заболеванием с наследственным предрасположением, вклад генетических факторов в этиопатогенез заболевания значителен

и оценивается в 40-70 %. Актуален вопрос о существовании «наследственных» форм АЗ, которые выделены для многих других болезней наследственного предрасположения. Для них характерно раннее начало заболевания, тяжелое течение и большой вклад наследственности в виде семейной отягощенности (СО).

Согласно известной типологии, предложенной К.Р. Клонинджером, выделяется два типа АЗ, один из которых (тип II) – условно «биологический тип» с ранним началом злоупотребления алкоголем до 25 лет, наличием СО по АЗ, чаще представленный у мужчин, имеет значительно больший вклад генетических факторов, чем тип I (условно «социальный») и именно среди таких пациентов, вероятно, может быть обнаружен «наследственный» вариант АЗ.

Было отмечено, что АЗ у пациентов со II типом прогрессирует медленнее, чем у пациентов с I типом. Эта классификация актуальна и используется в настоящее время, в том числе и в генетических исследованиях, но критикуется за упрощенный подход. Известно, что многие пациенты II типа не обнаруживают СО, и, напротив, многие пациенты I типа имеют СО.

Количественные оценки СО в виде степени (или плотности) и оценки количества случаев АЗ в семье пациента позволяют оценить не только факт наличия отягощенности, но и измерить «тяжесть» генетического груза конкретного пациента.

Цель: провести сравнительный анализ пациентов I и II типа АЗ по Клонинджеру с использованием количественных оценок СО, клинических характеристик развития и течения АЗ, а также уровня индивидуального генетического риска развития АЗ по данным генопрофилирования.

Материалы и методы. В исследование вошли 448 стационарных пациентов клиники НИИ Наркологии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ с диагнозом «алкогольная зависимость» (F10.2 по МКБ-10), этнические русские, не родственные между собой, из них 24 % женщин, средний возраст ($\text{mean} \pm \text{SE}$) $42,58 \pm 0,505$ года. Изучали данные о развитии и течении заболевания: возраст формирования синдрома отмены алкоголя (СОА), срок формирования СОА от возраста начала злоупотребления. Оценивали тягу к алкоголю в момент поступления и выписки с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Информацию о СО по наркологическим заболеваниям получали путем клинического интервью пациента и близкого родственника (чаще матери), оценивали факт наличия СО, ее степень (средняя степень – 1 кровный родственник, больной АЗ, высокая – 2 и более), сумму случаев заболевания наркологическими заболеваниями среди кровных родственников. Уровень генетического риска (ГР) развития болезней зависимости от психоактивных веществ, предложенный Кибитовым А.О. и соавторами в 2011 и 2013 годах, оценивали путем генопрофилирования ДНК пациентов методом полимеразной цепной реакции с последующим рестрикционным анализом. В панель оценки риска вошли 5 полиморфных локусов 3-х ключевых генов системы дофамина (ДА): ДА рецепторов типов 2 и 4 и фермента тирозингидроксилазы. По результатам генотипирования оценивали результирующий уровень ГР у каждого пациента в баллах: от низкого (0,5 баллов) до крайне высокого (3 и более баллов). Баллы присваивали при выявлении маркеров ГР, итоговый балл отражает статистическую оценку вклада генетических вариантов генов ДА системы в индивидуальный уровень риска заболевания.

Были сформированы группы сравнения по возрасту начала систематического злоупотребления алкоголем: I тип – после 25 лет (N=197), II тип – до 25 лет включительно (N=251). Проводили сравнение общих групп, а затем отдельно для мужчин и женщин. Описательная статистика для каждого из клинических параметров и данные качественного и количественного анализа получены с использованием статистического пакета IBM

SPSS Statistics 23. Для статистической обработки качественные переменные оценивали с помощью критерия согласия χ^2 (Пирсона) с использованием поправки Бонферрони для множественных сравнений. Количественные переменные оценивали с помощью непараметрического U-критерия Манна-Уитни, в связи с тем, что ни одна переменная не соответствовала нормальному распределению при проверке с использованием критерия Колмогорова-Смирнова ($p \leq 0,001$). Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. В нашей выборке 56 % пациентов соответствовали II типу, среди них было достоверно меньше женщин (15,94 %) по сравнению с типом I (33,5 %; $\chi^2=18,856$; $df=1$; $p=0,000$).

COA формировался достоверно раньше у пациентов с II типом (median (IQR)=26 (24-30) лет), чем у пациентов с I типом (median (IQR)=37 (33-43) лет, $p=0,000$). При этом срок формирования COA был достоверно меньше у пациентов с I типом (median (IQR)=5 (2-7) лет, чем у пациентов с II типом (median (IQR)=5 (3-7) лет, $p=0,008$).

Тяга к алкоголю (ВАШ) при поступлении была достоверно выше у пациентов с II типом (median (IQR)=74 (46-90), чем у пациентов с I типом (median (IQR)=58 (33-84); $p=0,002$). При выписке тяга к алкоголю также была достоверно выше у пациентов с II типом (median (IQR)=4 (0-13), чем у пациентов с I типом (median (IQR)=0 (0-9); $p=0,000$). Динамика уменьшения тяги к алкоголю была выше у пациентов с II типом (median (IQR)=57 (36-79), чем у пациентов с I типом (median (IQR)=49 (27-78); $p=0,026$).

Доля пациентов с наличием СО достоверно выше у пациентов II типа (88,04 %), чем у пациентов I типа (79,69 %; $\chi^2=5,84$; $df=1$; $p=0,016$). Доля пациентов с высокой степенью СО достоверно больше у пациентов II типа (37,91 %), чем у пациентов I типа (25,19 %; $\chi^2=9,173$; $df=2$; $p=0,007$). В среднем количество случаев АЗ в семье достоверно выше у пациентов II типа (mean \pm SE=1,47 \pm 0,69), чем у пациентов I типа (mean \pm SE=1,15 \pm 0,59; $p=0,002$).

В выборке мужчин 62 % соответствовали II типу. COA формировался достоверно раньше у пациентов с II типом (median (IQR)=26 (24-30) лет), чем у пациентов с I типом (median (IQR)=35 (33-42) лет, $p=0,000$). Тяга к алкоголю при поступлении была достоверно выше у пациентов с II типом (median (IQR)=74 (46-92), чем у пациентов с I типом (median (IQR)=62 (38-85); $p=0,03$). При выписке тяга к алкоголю была также достоверно выше у пациентов с II типом (median (IQR)=4 (0-14) чем у пациентов с первым типом (median (IQR)=0 (0-9); $p=0,000$).

Доля пациентов с наличием СО достоверно выше при II типе (88,62 %), чем у пациентов I типа (79,38 %; $\chi^2=5,434$; $df=1$; $p=0,02$). Доля пациентов с высокой степенью СО достоверно больше у пациентов II типа (39,04 %), чем у пациентов I типа (27,41 %; $\chi^2=8,535$; $df=2$; $p=0,01$). В среднем количество случаев АЗ в семье достоверно выше у пациентов II типа (mean \pm SE=1,43 \pm 0,68), чем у пациентов I типа (mean \pm SE=1,1 \pm 0,67; $p=0,004$).

В выборке женщин 38 % соответствовали типу II. COA формировался достоверно раньше у пациентов с II типом (median (IQR)=26 (23-33) лет), чем у пациентов с I типом (median (IQR)=39 (33-44) лет, $p=0,000$). Срок формирования COA был достоверно меньше у пациентов с I типом (median (IQR)=3 (2-7) лет, чем у пациентов с II типом (median (IQR)=7 (2-10) лет, $p=0,032$).

В общей группе сравнения несмотря на то, что доля пациентов с высоким ГР была больше у пациентов с II типом (49 %), чем у пациентов с I типом (44,16 %), достоверных различий не выявлено. При оценке долей ГР в группах мужчин и женщин, различий также не было.

Выводы. Алкогольная зависимость II типа по Клонинджеру с ранним началом злоупотребления встречается в два раза чаще у мужчин, чем у женщин, однако около 40 % женщин относятся к этому типу. По результатам исследования II типу свойственны более длительный срок формирования синдрома отмены алкоголя, лучшая динамика уменьшения тяги к алкоголю за время госпитализации при её большей выраженности при поступлении, высокая доля пациентов с семейной отягощенностью, особенно её высокой степени, большее число случаев алкоголизма в семье. Это позволяет предположить, что тип II имеет высокий вклад наследственных факторов как в риск развития, так и в клинические проявления заболевания, и, возможно, является «наследственной» формой алкогольной зависимости.

СИНТЕТИЧЕСКИЕ КАННАБИНОИДЫ, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У МОЛОДЕЖИ

Николкина Ю.А.

ННЦ наркологии – филиал ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского», Москва, Россия

Введение. В настоящее время продолжается рост употребления новых наркотических веществ среди молодежи, «дизайнерские наркотики» все больше становятся модным атрибутом в молодежной среде. Несмотря на рост интоксикационных психозов, на сегодняшний день существует точка зрения о безопасности «курительных смесей» среди лиц молодого возраста, «новые наркотики» доступны для приобретения. К настоящему времени нет полного представления не только о аддиктологическом потенциале «новых веществ», но и особенностях клинических проявлений, в частности о психических нарушениях, развивающихся в результате употребления психоактивных веществ. Все больше молодых людей попадает в поле зрения врачей наркологов в связи с грубыми психическими нарушениями, шизофреноподобной симптоматикой, с выраженными психопродуктивными расстройствами после прекращения употребления «спайсов».

Целью настоящего исследования является изучение особенностей клинических характеристик у молодежи, употребляющей новые психоактивные вещества.

Материал и методы исследования. Нами обследован 41 человек, в возрасте от 16 до 35 лет. Из них распределение по полу было следующим: 39 мужчин и 2 женщины. Выделены две группы пациентов: первую группу (21чел) составили пациенты, страдающие зависимостью от употребления синтетических каннабиноидов согласно критериям МКБ10, как правило, в анамнезе заболевания у этих пациентов, наблюдалось употребление и других психоактивных веществ, преимущественно психостимуляторов до 21 %, опиоидов до 17 %, до 51 % природных каннабиноидов. Пациенты систематически употребляющие природные каннабиноиды зачастую переходили на употребление «спайсов»; в связи более интенсивным состоянием опьянения и выраженностью эйфоризирующего эффекта при первых пробах. Вместе с тем, многие обследуемые отмечали простоту в приобретении психоактивного вещества. Вторую группу (20 чел.) составили студенты, состоящие в группе риска по развитию интернет зависимости, эпизодически принимавшие синтетические каннабиноиды. Исследование проводилось на базе ННЦ наркологии, реабилитационных центров г. Москвы.

Методы обследования. Нами были разработаны формализованные карты, для изучения отдельных социальных и клинических характеристик исследуемых. В исследовании применялись следующие основные методы: клинико-психопатологический

(диагностические критерии МКБ-10), экспериментально-психологический и математико-статистический. Для выявления предрасположенности к интернет-зависимости использовали тест Интернет-зависимости (С.А. Кулаков, 2004).

Результаты и их обсуждение: возраст обследуемых составил от 16 до 35 лет. Были исследованы отдельные социальные характеристики, уровень образования, характеристика отношений в семье, занятость на настоящий момент времени. Первая группа пациентов характеризовалась тем что большей частью имела неоконченное высшее и высшее образование. Так, неоконченное высшее и высшее образование имели до 60 % пациентов первой группы, до 40 % имели среднее специальное образование. Все пациенты второй группы имели неоконченное высшее образование. До 60 % пациентов первой группы к моменту обследования не работали и не учились более года, во второй группе этот показатель составил 30 %. Существенные различия выявлены в особенностях семейных отношениях: в первой группе воспитание по типу гиперопеки наблюдалось у 40 % обследуемых, во второй группе до 15,0 %; воспитание с гипопекой у 30 % пациентов в первой группе, до 16 % во второй группе. Высокие показатели неполных семей наблюдаются в обеих группах, в первой группе этот показатель составил до 60 %, второй группе до 57 % обследуемых. Обследуемые второй группы попадали в поле зрения врача нарколога, по инициативе родителей, в связи с подозрением на предмет употребления психоактивных веществ и наличия интернет-зависимости. Все пациенты второй группы употребляли эпизодически «спайсы», не более одного-двух раз в месяц, в компаниях со сверстниками, основным мотивом служило любопытство, на момент обследования не обнаруживалось признаков зависимости. По преморбидным личностным особенностям распределение в изучаемой выборке было следующим: в первой группе преобладали черты неустойчивости (21 %), возбудимости (20 %), тревожно-мнительные (13 %) и паранойяльные черты (15 %). Во второй группе преобладали черты тревожной мнительности у 19 % обследуемых, возбудимости (18 %), а также эмоциональной неустойчивости у 25 % обследуемых. Средняя длительность систематического приема, в первой группе в годах составляла $6,4 \pm 3,29$. Пациенты второй группы употребляли курительные смеси эпизодически, на протяжении не более трех месяцев $0,3 \pm 0,49$ ($p < 0,05$). Количество госпитализаций связанных с передозировкой синтетических каннабиноидов и психотических состояний в первой группе составляло $1,8 \pm 1,53$, что существенно различалось со средним показателем второй группы $0,05 \pm 0,10$ ($p < 0,05$). Аффективные нарушения после отмены «спайсов» наблюдались в обеих группах. Снижение настроения, депрессивные переживания наблюдались у 35 % в первой группе, во второй группе этот показатель составил 43 %, панические состояния с выраженной тревогой наблюдались у 20 % обследуемых в первой группе, у 13 % во второй группе. Наличие суицидальных мыслей отмечало до 26 % пациентов первой группы, в этой группе психотические состояния наблюдались у 19 % обследуемых. У 28 % обследуемых второй группы наблюдались симптомы дереализации, после курения «спайсов», а также паранойяльная настроенность. Спонтанные ремиссии в первой группе составили до 20 %, во второй группе прекращение употребления «спайсов» у 78 % обследуемых, что зачастую было связано в обеих группах с неприятными ощущениями после опьянения, тяжестью психического самочувствия. У 70 % пациентов в первой группе ремиссия носила вынужденный характер, в связи с госпитализациями, или пребыванием в реабилитационных центрах. Были полученные данные о отягощенной наследственности по алкоголизму и психическим расстройствам у родителей, ближайших родственников обследуемых. До 35 % пациентов в первой группе, имели наследственную отягощенность по алкоголизму у одного из родителей, до 26 % обследуемых по данному показателю во второй группе. Психи-

ческие расстройства наблюдались у 5 % обследуемых первой группы среди ближайших родственников, во второй группе данный показатель не был выявлен.

Таким образом, в первой группе наблюдалась зависимость от синтетических каннабиноидов, как правило, на фоне уже имеющейся зависимости от других психоактивных веществ. У пациентов, употребляющих «спайсы» в систематическом режиме, клинические характеристики заболевания имеют неблагоприятное течение, выявляются высокие показатели аффективных расстройств с наличием суицидальных мыслей после приема психоактивных веществ, а также психотических состояний с выраженной психопродуктивной симптоматикой, в виде галлюцинаторных переживаний. Во второй группе среди студентов, отмечающих эпизодический прием психоактивного вещества на протяжении достаточного непродолжительного времени, был выявлен также высокий показатель аффективных расстройств, в этой группе психотическое состояние наблюдалось у одного обследуемого. У пациентов первой группы был выявлен более высокий показатель наследственной отягощенности по алкоголизму и психическим расстройствам у родителей и ближайших родственников. В первой группе был выявлен достаточно высокий показатель дисгармоничных отношений в семье, вместе с тем, обращает на себя внимание достаточно высокий образовательный уровень пациентов. В обеих группах наблюдались преморбидные личностные особенности. У обследуемых во второй группе на наличие интернет зависимости средний показатель составил $52,1 \pm 0,83$, что говорит о возможной вероятности развития интернет-зависимости в последующем. Данное положение также позволяет предположить наличие аддиктологического профиля обследуемых эпизодически употребляющих «спайсы». Для выявления факторов риска, связанных с развитием как химических, так и нехимических форм зависимости необходимо более детальное изучение проблемы.

СИСТЕМАТИЧЕСКОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ И ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА: ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ

Николкина Ю.А.¹, Игумнов С.А.^{1,2}, Замогильный С.И.³, Зборовский К.Э.²

¹ ННЦ наркологии, филиал ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского, Москва, Россия

² Белорусский государственный университет, Институт управления и социальных технологий
г. Минск, Республика Беларусь

³ Саратовский государственный технический университет, г. Саратов, Россия

Аннотация. Проведено исследование отдельных клинических и социально-психологических особенностей подростков, характеризующихся систематическим чрезмерным употреблением «новых психоактивных веществ» (синтетических каннабиноидов).

Материал и методы. Выборку составили 41 пациент в возрасте от 16 до 24 лет. Обследуемые первой группы (21 чел.) характеризовались систематическим употреблением психоактивных веществ (синтетических каннабиноидов), с сформированным синдромом зависимости. Группу сравнения (20 чел.) составили представители молодежи, характеризующиеся склонностью к развитию интернет-зависимости, как правило сочетающейся с эпизодическим употреблением «спайсов», без признаков зависимости. В исследовании применялись следующие основные методы: клинико-психопатологический (исследовательские диагностические критерии МКБ-10), экспериментально-

психологический (для выявления предрасположенности к интернет-зависимости использовали тест Интернет-зависимости (С.А. Кулаков, 2004), для выявления алекситимических характеристик использовали Торонтскую Алекситимическую шкалу TAS-26 (адаптация НИПНИИ им. В.М. Бехтерева) и статистический.

Результаты исследования. Наблюдалось более тяжелое состояние после опьянения психоактивными веществами в первой группе пациентов, так психотические состояния наблюдались у 19 %, во второй группе данный показатель не был выявлен, достаточно высокий показатель госпитализаций в связи с передозировками «спайсов», развитием тревожных состояний, психотических реакций выявлен в первой группе $1,8 \pm 1,53$, что существенно отличается от среднего показателя во второй группе $0,05 \pm 0,10$ ($p < 0,05$). В обеих группах выявлен высокий средний показатель алекситимических характеристик, в первой группе составлял $72,7 \pm 1,74$; во второй группе этот показатель составлял $68,1 \pm 0,79$, без статистически значимых различий.

Заключение. У пациентов, употребляющих «спайсы» в систематическом режиме, клинические характеристики заболевания имеют неблагоприятное течение, выявляются высокие показатели аффективных расстройств после употребления психоактивных веществ. В обеих группах обследуемых выявлены достаточно высокие показатели алекситимических характеристик, что может создавать дополнительные трудности в терапии и профилактике формирующейся зависимости.

АДДИКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА: ПОСТМОДЕРН И РЕАЛЬНОСТЬ

Носачев Г.Н.

Самарский ГМУ, г. Самара, Россия

Психиатрия и наркология – две наиболее яркие междисциплинарные науки в медицине переживают период латентного кризиса, особенно наркология. Наркотики и алкоголь, перестали быть только медицинской проблемой психиатрии и наркологии, но стали проблемой психологии, социологии, экономики и даже политологии. Междисциплинарный характер исследований в наркологии привел к обилию «параллелизмов» (психофизиологических, нейрофизиологических, социопсихологических и др.), подменивших клинические и биологические разделы наркологии, но мало отразившихся на терапевтической эффективности.

Постмодернизм родился как ответ на распространение в философии и деятельности прагматизма, когда, по мнению французского философа Ж.-Ф. Лиотара, в век информационных технологий прагматика становится недоступной науке. «Дистанцирование от науки пришлось по вкусу многим философам» (Канке В.А.). Возникнув в постклассический период развития науки, постмодернизм стал моден в философии, в социальных науках, в частности в экономике, социологии и политологии, а к концу XX в. стал превращаться в латентную антипсихиатрию, особенно в наркологии в виде новой парадигмы – аддиктологии. В конце 2016 года в Казани была проведена конференция «Современная психиатрия: постмодернистские тенденции и перспективы развития» (Казань, 09.12.2016 г.), где организатор и редактор «Руководства по аддиктологии» (2007) профессор В.Д. Менделевич определил свою философскую позицию в психиатрии и ее разделе – наркологии (в качестве спонсора конференции указан журнал «Психопатология и аддиктивная медицина»).

Тезисно приведем «за и против» новой парадигмы – аддиктологии.

Вот какой краткий перечень концептов постмодернизма приводит отечественный философ В.А. Канке (2008): агонистика языковых игр (а не логика), дисконсенсус (а не консенсус), дискретность (а не конкретность и прогресс), множественность (а не единство), нестабильность (а не стабильность), локальность (а не пространственная общность), фрагментарность (а не целостность), случайность (а не необходимость), открытость (а не замкнутая системность), игра (а не плановая цель), анархия (а не иерархия, рассеивание (а не центрирование), негативность (а не позитивность), движение по поверхности вещей и слов (а не вглубь их), след (а не обозначаемое и обозначающее), симулякр (а не образ), лабиринт (а не линейность), неопределенность (а не определенность), имманентное (а не трансцендентное), эстетика парадоксально-возвышенного (а не прекрасного и представляемого), соблазн страстей (а не производство). Подводя итог, В.А. Канке пишет: «Упрощая до крайности характеристику постмодернизма, можно определить его как деконструкцию и рассеивание текста, сопряженные с внезапностью соблазна», т.е. вопреки доказательной медицине и принципам демаркации, инвариантности, ответственности философии науки.

Междисциплинарный подход в наркологии создает трудности в попытках осмыслить имеющиеся теоретические знания с позиций теории познания и текущих (или модных) философских направлений, включая постмодернизм.

Проблема еще больше усложняется, если учесть, что психология, на исследования которой часто опираются наркологи (аддиктологи, аддиктивная медицина), особенно отечественная, считает себя находящейся в состоянии кризиса, как по предмету психологии (сознание, бессознательное, поведение, личность), так и по идентификации самих психологов в науке, что не может не затруднять развитие теоретических знаний смежных дисциплин.

Антипсихиатрические настроения в России конца XX века не оставили в стороне и наркологию, включая «борьбу с политическими ярлыками» в виде подмены базовых клинических понятий на неопределенные, например, практически исчез диагноз «наркомания» и появилось понятие «наркозависимые», которое включает в себя и больных, и потребителей, и экспериментаторов с ПАВ, позже присоединилась аддиктология. Эти термины стал использовать врачам, психологами и социологами.

Попробуем разобраться в поставленном вопросе и в тенденциях отечественной наркологии. Во-первых, идет смена парадигмы, в основе которой, преимущественно на теоретическом уровне, – аддиктивные представления (аддиктивное влечение, аддиктивная медицина, аддикции, аддиктивное поведение, аддиктивная личность). Во-вторых, философско-методологической основой выбран постмодернизм, достаточно широко и незаметно проникающий в психиатрию (латентная антипсихиатрия). В-третьих – выбрана опора преимущественно на психологические (психофизические, нейропсихологические, патопсихологические и др.) «параллелизмы» нередко с использованием когнитивной психологии. В-четвертых, используется междисциплинарный характер данных различных разделов наркологии (биологического, клинического, социального, правового и др.), включая психопатологию и клиническую психологию.

В психиатрии и ее разделе наркологии в дискурсах исследователи и врачи чаще всего исходят из двух парадигм – естественнонаучной, в частности, биологическая психиатрия, и гуманистической (клиническая психопатология, психодиагностика), т.е. между каузальными концептами и их интерпретацией, связанными с постмодернистскими взглядами в науке.

Одновременно с постмодернизмом «модными» остаются и другие философские направления: постпозитивизм (К. Поппер, Н. Лакатос, П. Фейерабено), пост-

структурализм (М. Фуко, Ж. Дерида). Сохраняет свое значение прагматизм (Ч. Пирс, У. Джемс), а с ним и прагматика как учение о достижении поставленных целей, прагматических науках и прагматическом методе. Существуют четко выверенные по философии методологии науки (дисциплины, раздела) исследовательская программа (И. Лакатос), исследовательская традиция (Л. Лаудан) и т.д. И пока ответы противоречивы, так как наркология является разделом психиатрии как науки, преимущественно практическим разделом (по группе расстройств, имеющим тот же предмет науки – патологию психической деятельности, по организационно-правовому подходу и др., по терминологическому, диагностическому, терапевтическому подходу и т.д.). Однако это не означает, что наркология как раздел психиатрии не может иметь свои цели и задачи, не во всем совпадающие с другими разделами психиатрии. Отсюда следует, что практика нужна врачу как практику, ему ближе философия прагматизма, познавательная ясность которого достигается не впечатлениями, ни в мыслях, ни в языковых играх и даже ни в практической действиях, а в достижении цели, т.е. в рациональности, как рациональной деятельности.

На наш взгляд, психиатрия – прагматическая наука, как все медицинские и социальные науки, где преимущественно используется прагматический метод, хотя бы в практической парадигме, где один из главнейших концептов истины – принцип эффективности, т.е. обеспечение наиболее эффективного решения, обеспечение достижения наилучших результатов. А в медицине и, несомненно, в психиатрии и наркологии этот принцип является базовым, включая этику ответственности.

Психиатрия – не только прагматическая, но одновременно и аксиологическая наука, где ценностью является достижение психического здоровья. Принцип эффективности возникает тогда, когда врачи, действуя единообразно, оптимизируют ценности таким образом, что достигают максимальных результатов, а, если эффективность обусловлена теорией, теория превращается в рекомендации.

Прагматика наряду с синтактикой и семантикой является составной частью семиотики, а с семиотики начинается и психиатрия как наука, и ее раздел наркология, использующие одну симптоматику и синдромологию, т.е. общую психопатологию (семиотику психических и поведенческих расстройств). А введение новой парадигмальной междисциплинарной теории должно быть обосновано и теоретически, и практически, что только начало предприниматься.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ В ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАБИЛИЗАЦИИ РЕМИССИИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИЕЙ ГУАНФАЦИНОМ И НАЛТРЕКСОНОМ

Палаткин В.Я., Кибитов А.О., Крупицкий Е.М., Блохина Е.А.,
Бродянский В.М., Вербицкая Е.В., Звартау Э.Э.

*ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия
ФГБУ ФМИЦ ПН им. В. П. Сербского, Москва, Россия*

Целью исследования являлась оценка роли полиморфных вариантов генов опиоидной и дофаминовой систем в эффективности противорецидивной терапии зависимости от опиоидов комбинацией опиоидного антагониста налтрексона и адrenomиметика гуанфацина в рамках двойного слепого рандомизированного плацебо контролируемого исследования с двойной маскировкой.

Методы. В исследование был включен 301 пациент с синдромом зависимости от опиоидов (F 11.2) после прохождения детоксикации в условиях стационара. Участники были рандомизированы в 4 исследуемые группы: 1-я группа получала 6-месячный курс налтрексона перорально (Н) 50 мг/сут и гуанфацина (Г) 1 мг/сут (Н+Г), 2-я группа получала налтрексон + плацебо (Н+ГП), 3-я группа – плацебо + гуанфацин (НП+Г) и 4-я группа двойное плацебо (НП+ГП). На протяжении 6-месячного периода пациенты должны были приходить в клинику 1 раз в 2 недели для получения фармакотерапии, психологического консультирования, контроля мочи на наркотики, контроля приема пероральных лекарственных форм по рибофлавины в моче, регистрации побочных эффектов и проведения психометрических оценок. Показателем эффективности терапии было удержание в программе лечения, которая определялась отсутствием пропусков двух и более последовательных визитов в исследовательский центр и отсутствием рецидива опиоидной зависимости. Пациенты были генотипированы по полиморфным локусам генов: опиоидных рецепторов типов μ (OPRM1) и каппа (OPRK1), дофаминовых рецепторов типов 2 (DRD2) и 4 (DRD4), ферментов катехол-орто-метилтрансферазы (COMT) и дофамин-бета-гидроксилазы (DBH), белка-трансмембранного переносчика дофамина (SLC6A3, DAT1) и альфа-2А-адренорецептора (ADRA2A)- фармакологической мишени гуанфацина.

Результаты. Независимо от вида терапии ряд генетических вариантов повышают вероятность завершения программы лечения: аллель Т полиморфизма DRD4 521(rs1800955) ($p=0,039$; OR (95 % ДИ)=3.7(1.1-12.7); лог-ранк критерий: $p=0,01$); аллель С полиморфизма DRD2 C957T (rs 6277) ($p=0,03$; HR=0,6(0,34-0,95). Независимо от вида терапии ряд генетических вариантов, напротив, повышают риск рецидива: аллель Т (rs510769) OPRM1 ($p=0,053$), аллель А полиморфизма OPRM1 (rs1799971, A118G) ($p=0,056$), аллель S (количество повторов менее 7) полиморфизма экзон III 48 bp DRD4 VNTR ($p=0,001$; HR=3.1(ДИ95 % 1.57-6.18). Эффекты, зависящие от вида терапии: 1) только в группе пациентов, получавших налтрексон и гуанфацин (Н+Г), носители генотипа ТТ локуса DRD4 521(rs1800955) достоверно дольше удерживались в программе терапии, чем остальные пациенты (генотипы СС и СТ) (лог-ранк критерий $P=0,002$); 2) в группе двойного плацебо (НП+ГП) носители аллеля Т локуса rs510769 OPRM1 имели больший риск рецидива зависимости по сравнению с генотипом СС ($p=0,016$) и носители аллеля А локуса OPRM1 (rs1799971, A118G) имели больший риск рецидива по сравнению с генотипом GG ($p=0,008$) (FDR $P<0,0125$)

Выводы. Показана роль генов дофаминовой и опиоидной рецепторных систем мозга в эффективности стабилизации ремиссии у больных с зависимостью от опиоидов комбинированной терапией налтрексоном и гуанфацином. Независимо от варианта комбинированной терапии, полиморфные варианты генов ДА системы (дофаминовые рецепторы типов 4 и 2) способствуют удержанию в программе терапии, а полиморфные варианты генов ДА системы и опиоидной системы (дофаминовый рецептор типа 4 и μ - опиоидного рецептора) увеличивают риск рецидива зависимости от опиоидов. Генетические варианты локуса DRD4 521(rs1800955) гена дофаминового рецептора типа 4 проявляются только в группе пациентов, получавших активные препараты, и связаны с фармакологическими эффектами налтрексона и гуанфацина, применяемых для стабилизации ремиссии при зависимости от опиоидов. Эффект полиморфизма гена μ -опиоидного рецептора, в особенности функционального варианта rs1799971 (A118G), увеличивает риск рецидива зависимости от опиоидов только в группе двойного плацебо, что позволяет предположить связь этого гена с личностными особенностями пациентов (черты личности, темперамент или характер), обуславливающие приверженность терапии.

По результатам генотипирования возможно выявление высокорезистентных к терапии пациентов, а предварительное проведение генотипирования перед назначением вариантов фармакотерапии может повысить эффективность лечения зависимости от опиоидов налтрексоном.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОСТИМУЛЯТОРЫ И ДРУГИЕ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

Поплевченков К.Н., Агибалова Т.В.

МНПЦ наркологии ДЗМ, Москва, Россия

В структуре больных с зависимостью от наркотических веществ большую часть составляют больные опиоидной наркоманией, однако в последние годы наблюдается рост «популярности» психостимуляторов на основе амфетаминоподобных веществ. По распространенности употребления амфетамины занимают второе место после каннабиноидов в мире. Обращаемость за лечением по поводу амфетаминовой или метамфетаминовой зависимости в последние годы возросла в 5-8 раз. В тоже время уровень преждевременного отказа от начатого лечения нередко превышает 50 % среди всех обратившихся. В современных условиях, в связи с широким распространением различных видов наркотических веществ, многими исследователями подчеркивается актуальность изучения полизависимости, в том числе особенностей формирования и проявления основных симптомов и синдромов комбинированного употребления психостимуляторов и других психоактивных веществ (ПАВ).

Цель исследования: изучить личностные и клиничко-психопатологические предикторы вариантов сочетанного употребления ПАВ у пациентов с зависимостью от психостимуляторов.

Материалы и методы. В исследование включались пациенты, проходящие стационарное лечение в клинике, с установленным диагнозом «психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина» (F 14.2 по МКБ-10), «психические и поведенческие расстройства вызванные употреблением других психостимуляторов» (F 15.2 по МКБ-10), «психические и поведенческие расстройства, вызванные одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других ПАВ» (F 19.2 по МКБ-10, но при условии наличия зависимости от кокаина или других психостимуляторов), мужчины и женщины в возрасте от 18 до 50 лет, этнически русские.

Методы: клиничко-психопатологический, анамнестические сведения от больных и их родственников, данные катамнестического наблюдения, статистический.

Результаты. На начальном этапе в исследование включено 89 пациентов, которые были разделены на группы в зависимости от вариантов сочетанного употребления ПАВ. Больше всего оказалось больных с зависимостью от психостимуляторов, не употребляющие другие ПАВ (1-я группа, 35 человек – 39,3 %). Количество больных с зависимостью от психостимуляторов и со сформированной зависимостью от каннабиноидов составило 27 человек – 30,3 %, 2-я группа, причем большая часть (22 человек, (80 %) употребляла препараты конопли систематически. В 3-ю группу (8 человек – 9 %) вошли больные с зависимостью от психостимуляторов и сформированной зависимостью от опиоидов (метадон, героин), 6 пациентов (70 %) употребляли опиаты ежедневно. 4-ю группу составили 6 пациентов (6,7 %) употребляющие психостимуляторы сочетано с алкоголем. Трое из них (50 %)

имели сформированную алкогольную зависимость второй стадии, и трое (50 %) алкогольную зависимость первой стадии. Пятую группу составили 13 пациентов (14,6 %) которые наряду с систематическим употреблением психостимуляторов употребляли несколько ПАВ и у них была сформирована зависимость от нескольких ПАВ сразу. Уровень наследственной отягощенности у пациентов 1-й группы достоверно ниже в среднем на 14,6 % по сравнению с остальными группами. Было установлено, что в группах больных с зависимостью от психостимуляторов и сопутствующим употреблением других ПАВ достоверно больше пациентов с различными расстройствами личности (от 60 до 100 % обследованных больных). Расстройства личности у пациентов 1-й группы встречаются достоверно в 4 раза меньше, чем в других группах. Чаще других встречаются пациенты с эмоционально лабильным расстройством личности (импульсивный и пограничный типы).

На последнем этапе исследования проводилось катамнестическое наблюдение за больными в течение года после выписки из стационара. Большинство обследованных больных (65 %) прошли курс медицинской реабилитации по программе, разработанной в соответствии с утвержденными клиническими рекомендациями продолжительностью от 3 до 12 месяцев. Около 20 % всех обследованных больных в течение года находились на амбулаторном наблюдении, принимали поддерживающую психофармакотерапию в течение первых нескольких месяцев, 15 % всех обследованных больных категорически отказались от амбулаторного наблюдения, приема поддерживающей психофармакотерапии и возобновили употребление ПАВ в первые 1-3 месяца после выписки из стационара. Количество срывов после выписки у пациентов в 1-й группе, употребляющих одни психостимуляторы, составило 40 % (14 человек). При этом у 9 пациентов, после срыва, рецидива заболевания (возобновления систематического употребления ПАВ) не произошло. Они обратились за помощью и прошли курс реабилитации сроком от 6 до 12 месяцев, более у данных больных срывов не было. В этой же группе достоверно больше всего пациентов с ремиссией от 6 до 12 месяцев – 9 человек (26 %). Несмотря на большое количество срывов у больных 1-й группы (40 %), вместе с этим, к систематическому употреблению наркотика в ближайшее время после выписки из стационара вернулись только 5 человек (15 %). Возможно это связано с тем, что у большинства больных из этой группы наблюдалось заострение личностных черт, не достигающих до уровня расстройства личности и с ними было легче установить психотерапевтический контакт и удерживать в лечебной программе. В остальных группах от 44 до 67 % пациентов воздерживались от употребления наркотиков не более 3-х месяцев. Ремиссии сроком от 6 до 12 месяцев удалось добиться 3-м больным (11 %) из 3-й группы, употребляющих психостимуляторы и каннабиноиды. В 4-й группе таких больных не было. В целом у пациентов 1-й группы продолжительность ремиссии достоверно больше по сравнению с пациентами из остальных групп.

У большинства пациентов из групп, употребляющих вместе с психостимуляторами другие ПАВ, срывы после стационарного лечения практически сразу привели к систематическому употреблению ПАВ. Практически все больные из этих групп имели импульсивный или пограничный тип эмоционально неустойчивого расстройства личности, больные тяжело шли на контакт с врачом и психологом, у больных наблюдалось выраженное патологическое влечение к ПАВ с преобладанием поведенческого компонента, наблюдалось резкое снижение критики к своему состоянию и заболеванию. Видимо выраженная психопатизация данных больных во многом определила и вариант сочетанного систематического употребления другого ПАВ или сразу нескольких ПАВ. Остальные больные из этих групп имели в структуре личности заострение патопсихологических черт характера, находились на этапе сформированной зависимости от психостимуляторов, другие ПАВ употребляли эпизодически. Все они прошли курс реабилитации.

На основании полученных предварительных данных и их анализа, можно выделить три клинико-психопатологических профиля пациентов с зависимостью от психостимуляторов. 1-й профиль: больные с низким уровнем наследственной отягощенности, не имеющие расстройства личности и употребляющие только психостимуляторы. 2-й профиль: больные с высокой наследственной отягощенностью, имеющие расстройство личности, употребляющие психостимуляторы и другие ПАВ. 3-й профиль: больные, имеющие коморбидную патологию, употребляющие психостимуляторы.

ВЛИЯНИЕ УСТОЙЧИВЫХ (ХРОНИЧЕСКИХ) РАССТРОЙСТВ НАСТРОЕНИЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ И ТЕЧЕНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Рыбакова К.В.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Введение: распространенность аффективных расстройств у больных с алкогольной зависимостью варьирует от 28 % до 60 %, что в 2-3 раза больше, чем в общей популяции. Развернутые депрессии, отвечающие критериям большого депрессивного эпизода, встречаются приблизительно у 10 % больных алкоголизмом, субдепрессия на уровне дистимии – у 30 % больных. Прогностическая значимость наличия коморбидных субдепрессивных расстройств при алкогольной зависимости описаны мало.

Цель исследования: изучить влияние хронических аффективных расстройств на формирование и течение алкогольной зависимости (АЗ).

Методы: из 102 пациентов обоего пола с купированным синдромом отмены алкоголя (СОА), соответствующим критериям АЗ по МКБ -10 давностью не менее 1 года, имеющих в структуре СОА жалобы на сниженное настроение; последовательно поступивших в отделение лечения больных алкоголизмом было сформированы две группы. Основная группа – 72 пациента с коморбидными аффективными расстройствами и контрольная группа – 30 пациентов с люцидным алкоголизмом – КГ. В исследование не включались больные с выраженным органическим поражением головного мозга, шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами; депрессивными расстройствами, выраженностью более 18 баллов по шкале Гамильтона.

Для обследования были использованы: структурированное клиническое интервью, шкала мотивов потребления алкоголя В.Ю. Завьялова; шкала депрессии Гамильтона; личностный опросник акцентуации характера К. Леонгарда.

Статистическая обработка: в качестве статистических характеристик были рассчитаны средние, среднеквадратичные отклонения, медианы. Для качественных признаков были построены таблицы сопряженности, подсчитаны частоты и процентные соотношения. Для сравнения качественных признаков применялся точный критерий Фишера, оценка значимости различий количественных показателей проводилась с помощью критерия Стьюдента, различия рассматривались как статистически значимые при $p < 0.05$.

Результаты: больных ОГ отличала лучшая социальная адаптация: они достоверно чаще имели работу и реже демонстрировали профессиональное снижение ($p < 0.05$). Среди больных ОГ, по сравнению с КГ достоверно преобладали лица с циклотимической акцентуацией характера (опросник Леонгарда): 41 человек (56.9 %) vs 4 человека (13,3 %), $p < 0.05$. При наличии первичных устойчивых расстройств настроения инициальная мотивация употребления алкоголя носила в 89 % случаев (40 больных) атактический характер, у больных КГ ведущими мотивами были гедонистические и

социально-психологические (28 человек; 93 %). Больные ОГ и КГ достоверно не отличались по возрасту начала эпизодической (15,4±1,7 vs 15,1±1,4 лет) и систематической алкоголизации (26,8±1,57 vs 26,9±3,0 лет). Средний возраст формирования синдрома отмены алкоголя (СОА) у больных ОГ составлял 38,2±2,3лет vs 30,7±2,8лет у больных КГ ($p<0,05$);). Атипичной особенностью сформировавшейся АЗ было сохранение ситуационного контроля при употреблении алкогольных напитков почти у половины (33человека, 45,8 %) больных ОГ, в КГ таких случаев зафиксировано не было. Для больных ОГ были характерны достоверно более низкие дозы алкоголя, чем в КГ ($p=0,02$). Терапевтические ремиссии также чаще наблюдались у больных с первичными аффективными расстройствами: терапевтические ремиссии имели место в ОГ у 48,6 % (35 больных), а в КГ у 26,7 % (8 человек), $p<0,05$. Кроме того, у 76,7 % больных (55 человек) с первичными депрессивными расстройствами практически не обнаруживалось заметных алкогольных изменений личности в отличие от люцидных больных, у которых они отсутствовали только в 26,7 % случаев (8 человек), $p<0,001$.

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют об относительно малой прогрессивности АЗ, возникающей на фоне первичных хронических расстройств настроения.

ИЗУЧЕНИЕ АНОЗОГНОЗИИ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ

Рыбакова Ю.В., Илюк Р.Д., Пушина В.В.*, Громыко Д.И.,
Анучина А.А., Крупицкий Е.М.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия
**НГПУ им. К. Минина, Нижний Новгород, Россия*

Введение. Анозогнозия у наркозависимых (АН) является одним из важнейших факторов, влияющих на эффективность терапии опиоидной зависимости (ОЗ). АН, как многокомпонентное явление, в настоящее время изучена недостаточно. Противоречиво освещены клинические факторы, влияющие на ее формирование, а также отсутствуют, основанные на самоотчетах, диагностические способы многомерной оценки феномена АН.

Цель работы: создание и валидизация самоопросника для комплексной оценки АН, клиническое исследование АН как многокомпонентного феномена и факторов ее формирования.

Материалом исследования явились 53 больных с диагнозом синдром зависимости от опиоидов (F11.2), получавших стационарное лечение. Критерии включения: синдром зависимости от опиоидов (F11.2). Критерии невключения: выраженные когнитивные нарушения, психотическое состояние или острая фаза опиоидного абстинентного синдрома.

Методы исследования. В работе применялись клиническая карта и специально разработанный опросник «Анозогнозия при наркозависимости». Одновременно осуществлялась независимая врачебная экспертная оценка уровня анозогнозии по всем ее компонентам, соответствующим субшкальной структуре опросника, в континууме от 1 до 3 баллов (низкий, средний, высокий уровень АН).

Методы статистической обработки. Методы дескриптивного анализа использовались для описания популяции обследуемых и экспертных оценок АН. Корреляционный анализ (ранговый коэффициент корреляции Спирмена) применялся для определения внешнекритериальной валидности конструируемого опросника, а также для изучения связи между экспертными оценками АН и клиническими характеристиками больных.

Результаты исследования. Обследовано мужчин 47 (88,7 %) и женщин 6 (11,3 %), находящихся в раннем постабстинентном периоде. Их средний возраст составил $34,0 \pm 5,2$ года, средний стаж зависимости – $12,2 \pm 5,6$ года. Обращение за помощью у всех больных было повторным или многократным. Для разработки структуры экспериментального опросника был проведен анализ отечественных и зарубежных концепций, описывающих структуру отношения больного к своему психическому заболеванию (прежде всего к химическим и нехимическим зависимостям). С учетом проведенного анализа предложены семь субшкал опросника «Анозогнозия при наркозависимости»: «Неинформированность», «Непризнание симптомов заболевания», «Непризнание заболевания», «Непризнание последствий заболевания», «Эмоциональное неприятие заболевания», «Несогласие с лечением», «Непринятие трезвости». Затем был осуществлен подбор утверждений для каждой из субшкал опросника с привлечением мнения экспертов. Таким образом, инструмент включал в себя 51 утверждение, сформулированное как в прямой, так и в обратной форме, с каждым из которых испытуемые должны были высказывать свое согласие или несогласие. Анализ средних значений компонентов анозогнозии по экспертным оценкам показал, что средний экспертный балл по всем семи компонентам АН был ниже 2-х баллов. Наименьшим ($1,43 \pm 0,64$ балла) оказался средний экспертный балл по непризнанию симптомов заболевания, наибольшим ($1,98 \pm 0,57$ балла) – по эмоциональному неприятию заболевания и несогласию с трезвостью. Выявлен средний уровень корреляции между результатами заполнения самоопросника и экспертными оценкам по субшкалам «Непризнание симптомов заболевания» ($r=0,52$, $p=0,001$), «Несогласие с лечением» ($r=0,54$, $p=0,001$), слабый уровень – по субшкалам «Непризнание симптомов заболевания» ($r=0,34$, $p=0,001$), «Эмоциональное неприятие заболевания» ($r=0,45$, $p=0,001$), «Несогласие с трезвостью» ($r=0,39$, $p=0,001$), отсутствие таких корреляций по субшкалам «Неинформированность» и «Непризнание последствий заболевания». Обнаружены статистически значимые отрицательные корреляционные связи между уровнем НА и стажем ОЗ, максимальной толерантностью, сроками воздержания от опиатов, количеством обращений за помощью, причем вне зависимости от того, ограничивалась ли эта помощь детоксикацией, касалась исключительно соматических проблем больного или включала реабилитационные мероприятия. Установлена статистически значимая положительная корреляционная связь между непризнанием последствий заболевания и общей продолжительностью ремиссий.

Заключение. Недостаточная внешнекритериальная валидность опросника «Анозогнозия при наркозависимости» по субшкалам «Непризнание симптомов заболевания», «Несогласие с трезвостью», «Эмоциональное неприятие заболевания» «Неинформированность» и «Непризнание последствий заболевания» требует доработки разрабатываемого инструмента, в частности подбора новых дополнительных утверждений. У опиоидзависимых больных, находящихся в раннем постабстинентном периоде, в профиле анозогнозии наименее выражено непризнание заболевания, наиболее – эмоциональное неприятие заболевания и несогласие с трезвостью, из чего можно сделать вывод, что, признавая в той или иной мере наличие наркотической зависимости у себя, больные не демонстрируют озабоченности этим фактом и не принимают решение оставаться трезвыми. Существенную роль в формировании анозогнозии при наркозависимости играют такие факторы, как стаж зависимости, максимальная толерантность к опиатам, срок воздержания от наркотика, количество предшествующих обращений за помощью, общая продолжительность ремиссий.

НЕКОТОРЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Сахаров А.В., Голыгина С.Е., Вертопрахова Н.Ю., Григорьева О.О.

Читинская ГМА, г. Чита, Россия

Формирование зависимого поведения уже давно пытаются объяснить определенными личностными особенностями человека, хотя специфических аддиктивных черт так и не было установлено. Учитывая сложность вопроса при необходимости работать с личностью зависимого в процессе лечебно-реабилитационных мероприятий, актуальным является продолжение исследования данной проблемы в контексте биопсихосоциального подхода в наркологии. Одними из малоизученных аспектов являются уровень агрессии, алекситимия и копинг-стратегии у пациентов с зависимостями.

Попытки объяснить агрессивное поведение больных алкоголизмом до сих пор являются противоречивыми: описана связь с изменением картины опьянения, с клиникой абстинентного синдрома, с преморбидными особенностями личности, а также в рамках собственно изменений личности при алкоголизме. Алекситимия – это сниженная способность или затрудненность в выражении своих эмоциональных переживаний. При этом алекситимия может приводить к коммуникативным трудностям, обеднению межличностных связей, к пренебрежению своим физическим и психологическим состоянием, нося иногда явно дезадаптивный характер. Копинг-стратегии – это способы психологической деятельности и поведения, вырабатываемые сознательно и направленные на преодоление стрессовой ситуации; это стабилизирующий фактор, помогающий личности поддерживать психосоциальную адаптацию в период воздействия стресса. Именно поэтому выявление взаимосвязей между психологическими характеристиками пациентов и клиническим течением алкогольной зависимости требует дальнейшего изучения.

Цель работы: изучение уровня агрессивности, алекситимии и копинг-стратегий у больных алкоголизмом.

Материалы и методы. Сплошным методом было проведено уточнение наркологического анамнеза и психологическое обследование больных с зависимостью от алкоголя II стадии на базе Краевого наркологического диспансера Забайкальского края. На каждого респондента заполнялась специально разработанная карта, обследование проводилось на 10-14 день госпитализации, вне абстинентного состояния.

Всего в исследование было включено 126 пациентов мужского пола в возрасте от 24 до 69 лет. Лица, перенесшие алкогольный делирий (ранее или в настоящую госпитализацию), составили 43 человека (АД); пациенты без психозов в анамнезе – 83 человека (ААС).

Разные формы агрессивности определяли при помощи опросника Басса-Дарки с последующим расчетом суммарного индекса агрессивности (физическая, косвенная и вербальная агрессия) и индекса враждебности (обида и подозрительность). Алекситимия изучалась при помощи Торонтской шкалы алекситимии (TAS-26), копинг-стратегии оценивались посредством методики Д. Амирхана с выделением стратегий разрешения проблем, поиска социальной поддержки, избегания.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета анализа Microsoft Excel. Достоверность различий определялась по t критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. При анализе результатов опросника Басса-Дарки установлено, что суммарный индекс агрессивности у всех обследованных составил $25,4 \pm 0,2$ балла (норма – 21 ± 4 балла), индекс враждебности – $10,7 \pm 0,2$ балла (норма – 7 ± 3 балла). Повышенный уровень общей агрессивности зарегистрирован у 57,9 % респон-

дентов, нормативные показатели получены у 42,1 % соответственно. Повышенный уровень враждебности присутствовал в 54,8 % случаев, нормативные показатели отмечены в 45,2 % случаев.

У пациентов, перенесших алкогольный делирий, индекс агрессивности составил в среднем $25,9 \pm 0,3$ балла, у больных с неосложненной абстиненцией – $25,1 \pm 0,3$ балла ($t=1,88$; $p>0,05$). Не выявлено значимых отличий по уровню физической агрессии ($t=1,43$), уровню вербальной агрессии ($t=0,36$) и уровню раздражения ($t=1,89$). В целом, повышенный уровень агрессии зарегистрирован у 60,5 % группы АД и у 56,6 % группы ААС ($t=0,42$; $p>0,05$). При этом были установлены значимые отличия между группами по индексу враждебности: АД – $11,6 \pm 0,3$ балла, ААС – $10,2 \pm 0,3$ балла ($t=3,54$; $p<0,001$), как по уровню обиды ($t=2,1$; $p<0,05$), так и по уровню подозрительности ($t=3,1$; $p<0,01$). В целом, повышенный уровень враждебности выявлен у 72,1 % пациентов группы АД и у 46,9 % пациентов группы ААС ($t=2,88$; $p<0,01$).

Количество набранных баллов по Торонтской шкале алекситимии у больных алкоголизмом составило в среднем $78,3 \pm 1,4$ (норма в общей популяции – $59,3 \pm 1,3$ балла). Выраженные алекситимические черты имеют 44,4 % обследованных, в группе риска находятся еще 44,4 %, «неалекситимический» тип личности имеют только 11,2 % пациентов с алкогольной зависимостью.

У пациентов, перенесших алкогольный делирий, среднее значение алекситимии составило $79,8 \pm 2,2$ балла, у больных с неосложненной абстиненцией – $77,5 \pm 1,9$ балла ($t=0,76$; $p>0,05$). При этом в группе АД не было лиц с «неалекситимическим» типом личности, в группе ААС таких было 16,9 % ($t=4,11$; $p<0,001$). «Алекситимический» тип личности присутствовал у 51,2 % обследованных группы АД и у 40,9 % группы ААС ($t=1,1$; $p>0,05$), в группе риска находятся 48,8 % группы АД и 42,2 % группы ААС ($t=0,7$; $p>0,05$) соответственно.

При анализе копинг-стратегий у больных алкоголизмом получены следующие результаты. По шкале «разрешение проблем» (способность использовать все личностные ресурсы в стрессовой ситуации) высокие результаты продемонстрировали 40,5 % пациентов, средние – 44,4 %, низкие – 15,1 %. Высокий уровень стратегии поиска социальной поддержки в стрессовой ситуации присутствовал у 20,6 % респондентов, средний – у 55,6 %, низкий – у 20,6 %, очень низкий – у 3,2 %. По шкале «избегание проблем» (способность уходить от решения проблемы путем ее избегания) высокие показатели получены у 4,8 % больных алкоголизмом, средние – у 9,5 %, низкие – у 76,3 %, очень низкие – у 9,5 %. В зависимости от типа синдрома отмены алкоголя значимых отличий установлено не было.

Заключение. Таким образом, большинство пациентов с алкогольной зависимостью характеризуются повышенным уровнем общей агрессивности и враждебности. При этом у лиц, перенесших алкогольный делирий, высокий уровень враждебности встречается в 1,54 раза чаще, чем у пациентов с неосложненной абстиненцией.

Проведенное исследование продемонстрировало высокую распространенность алекситимических черт у больных алкоголизмом, что может рассматриваться как фактор риска развития зависимости. При этом пациентов с такими чертами было значимо больше в группе лиц, переносивших алкогольные делирии, это косвенно может свидетельствовать о значении таких черт в утяжелении алкоголизации данного контингента пациентов.

Около 60 % больных алкоголизмом имеют средние и низкие показатели копинг-стратегии разрешения проблем, в тоже время более 75 % прибегают к стратегии социальной поддержки и около 15 % избегают решения возникающих проблем.

Полученные результаты наглядно демонстрируют ряд психологических особенностей пациентов с алкогольной зависимостью, что обязательно следует учитывать при выборе дифференцированных лечебно-реабилитационных программ.

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ И УЧТЕННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ В 2014-2015 ГГ.

Семенова Н.В.¹, Лысенко И.С.¹, Чернов П.Д.¹, Масалов Д.В.², Славина Т.Ю.², Вукс А.Я.¹, Крупицкий Е.М.^{1,2,3}

¹ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, ² Ленинградский ОНД, ³ Институт фармакологии им. А.В. Вальдмана ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

В последние годы правительством России предпринимались значительные меры, направленные на противодействие потреблению наркотических средств и их незаконному обороту, усилению профилактической работы среди населения, прежде всего, среди молодежи. Последние статистические данные свидетельствуют о стабилизации и постепенном снижении с 2009 г. численности потребителей наркотиков, обратившихся за наркологической помощью в России. При этом изучение структуры потребления наркотических веществ здоровым населением является мало освещенной и актуальной проблемой.

С целью исследования структуры потребления наркотических веществ и сопоставления со сведениями о структуре учтенной заболеваемости в Ленинградской области были проанализированы результаты освидетельствований на состояние опьянения с использованием передвижного пункта наркологического освидетельствования и материалы официальной статистической отчетности Ленинградского областного наркологического диспансера (ЛОНД) (ф. 11 «Сведения о заболеваемости наркологическими расстройствами») в 2014–2015 гг.

В 2014 году был совершен 161 выезд и освидетельствовано 2492 человека, в 2015 году количество выездов составило 188, был освидетельствован 4131 человек.

По результатам освидетельствования на состояние опьянения обучающихся в общеобразовательных, профессиональных образовательных организациях и образовательных организациях высшего образования, лиц, управляющих транспортным средством, военнослужащих и граждан, призванных на военные сборы (согласно приказам Минздрава России № 581н и № 933н) выявлено, что в 2015 году, по сравнению с 2014 г. увеличилось разнообразие потребляемых ПАВ за счет потребителей MDMA («экстази»), других опиоидов (помимо морфина, кодеина, меторфана и метадона), тропикамида и карбамазепина. Примерно в 20 % случаев отмечалось одновременное употребление двух и более наркотических веществ – 20 % в 2014 г. и 24,5 % в 2015 г., что указывает на увеличение относительной доли таких потребителей ПАВ.

Наиболее употребляемые наркотическими веществами как в 2014 г., так и в 2015 г. являлись каннабиноиды, их потребление выявлялось в 72,2 и 73,3 % соответственно и амфетамин – в 32,7 и 29,1 % случаев. Менее распространенными были метадон (7,4 и 8,7 %) и морфин (7,4 и 4,9 %). Отмечается стабильность структуры потребления.

Полученные данные значительно отличаются от структуры учтенной заболеваемости в 2014-2015 гг. по данным официальной статистической отчетности Ленинградского областного наркологического диспансера.

Так, доля больных, зарегистрированных наркологическим учреждением с диагнозом синдрома зависимости от опиоидов (опийная наркомания) в 2014 году составило 92,8 %, в 2015 г. она несколько снизилась и составила 90,3 %. Среди первичной заболеваемости также преобладает число больных с диагнозом опийная наркомания, в 2014 доля больных с впервые в жизни установленным диагнозом наркологического расстройства с синдрома зависимости от опиоидов составила 74,7 %, а в 2015 г. – 69,8 %. Заболеваемость опийной наркоманией снижается, но при этом остается наиболее распространенным видом наркомании.

Таким образом, отмечаются значительные различия между регистрируемой зависимостью от опиоидов и широким потреблением каннабиноидов и стимуляторов, также приводящих к формированию наркотической зависимости. Полученные результаты указывают на то, что наркозависимые обращаются за лечением в учреждения государственной наркологической помощи в наиболее тяжелых случаях, когда они становятся социально дезадаптированными и нуждаются, помимо медицинской, в социальной помощи и защите.

Возможными негативными факторами являются стигматизирующие последствия наркологического учета, в результате которых наркозависимые могут оттягивать контакт с государственной наркологической службой.

ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ДВОЙНЫМ ДИАГНОЗОМ

Сиволап Ю.П.

ПМГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Двойной диагноз (dual diagnosis) – устоявшийся и специфичный для психиатрии термин, обозначающий сочетание психических расстройств (mental disorders) и расстройств употребления психоактивных веществ, ПАВ (substance use disorders). Частое сочетание обоих типов нарушений объясняется рядом причин, включая универсальный характер наследственной предрасположенности, общность патогенеза (например, измененная нейротрансмиссия серотонина и других моноаминов), а также определенная взаимная обусловленность.

Нередкая коморбидность психических и аддиктивных расстройств находит, в частности, отражение в том, что в наркологической клинике частота шизофрении достигает 4 % у пациентов, злоупотребляющих алкоголем, и 7 % у потребителей наркотиков, тогда как в общей популяции этот показатель обычно не превышает 1 %.

С другой стороны, распространенность аддиктивных расстройств у пациентов психиатрической клиники также, причем в значительной степени, превышает популяционные показатели: по некоторым данным, частота злоупотребления ПАВ составляет в среднем 25 % у лиц с фобическими расстройствами, 30 % у пациентов с депрессией, 50 % у больных шизофренией и биполярным расстройством и приближается к 80 % у индивидов с антисоциальным расстройством личности.

Данные многочисленных исследований указывают на то, что пациенты с двойным диагнозом отличаются от индивидов с изолированными психическими и аддиктивными расстройствами не только клиническими симптомами, но и нейробиологическими особенностями, что определяет необходимость применения особых программ лечения этих больных, а не простой комбинации симптоматической терапии психических нарушений и пристрастия к ПАВ.

Трудности лечения пациентов с двойным диагнозом определяются, в частности, недостаточной распознаваемостью коморбидного расстройства при очевидных проявлениях основного (для клиники психиатрического или наркологического профиля) заболевания. Например, возможность злоупотребления ПАВ при шизофрении часто упускается из вида, и аддиктивные расстройства остаются нераспознанными, что ухудшает течение шизофрении и затрудняет ее лечение.

Е. Gouzoulis-Mayfrank и М. Walter (2015) выделяют следующие серьезные препятствия к лечению пациентов с двойным диагнозом: фундаментальные различия филосо-

фии психиатрической и наркологической клиник; эксклюзивный (взамен требуемого инклюзивного) подход и недостаточная толерантность медицинского персонала к пациентам с «непрофильными» расстройствами; отсутствие необходимой интеграции между программами психиатрической и наркологической помощи.

Разделение психиатрических и наркологических учреждений и – в лучшем случае – параллельное лечение двух типов расстройств служит одной из ключевых причин неудовлетворительной эффективности лечения больных шизофренией, употребляющих алкоголь и наркотики.

Интегративные низкопороговые программы лечения пациентов с двойным диагнозом с продемонстрированным повышением эффективности начали разрабатываться в США и ряде стран Европы (Великобритании, Швейцарии, Бельгии) лишь в последние два десятилетия, и участвовать в этих программах до сих пор не могут все нуждающиеся в них пациенты даже в тех странах, где они применяются.

В настоящее время сформулированы следующие принципы оказания помощи пациентам с двойным диагнозом: применение интегративных низкопороговых лечебных программ; приоритет лечения психических расстройств над аддиктивными; использование наиболее современных средств фармакотерапии (state-of-art pharmacological treatment) в сочетании с психосоциальной поддержкой; предпочтительное назначение лекарственных средств, не вызывающих пристрастия и зависимости.

Иллюстрацией необходимости применения наиболее современных лекарственных препаратов служит то, что типичные антипсихотики, назначаемые при шизофрении, осложненной злоупотреблением ПАВ, способны усиливать аддиктивные механизмы в связи с блокадой мезолимбических дофаминовых D2-рецепторов, а также вызывать ангедонию, дисфорию и экстрапирамидные расстройства, повышающие потребность пациентов в алкоголе и других ПАВ, позволяющих пациентам преодолевать психический или психофизический дискомфорт.

Назначенные в сходной клинической ситуации атипичные антипсихотики проявляют более широкий спектр фармакологических эффектов, в том числе воздействие на негативные симптомы шизофрении, и значительно реже типичных препаратов вызывают ангедонию, дисфорию, возбуждение и экстрапирамидные расстройства. Сочетание психических расстройств и расстройств, связанных с употреблением ПАВ часто представляет показание для назначения антидепрессантов и нормотимических препаратов.

Весьма перспективными средствами лечения пациентов с двойным диагнозом являются модуляторы кальциевых каналов (в том числе прегабалин), а также препараты, воздействующие на глутаматергические процессы, и в первую очередь антагонисты глутаматных NMDA-рецепторов.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ

Синевич А.А., Копытов А.В., Зезина А.Ю.

УЗ «ГКНД г. Минска», БГМУ, г. Минск, Республика Беларусь

В настоящее время научный прогресс сопровождается изобретением новых, искусственно синтезированных наркотических веществ, что является актуальной проблемой в Республике Беларусь. Из года в год появляется все большее число новых наркотических веществ, преимущественно синтетического происхождения, которые вызывают

сильнейшую зависимость и необратимые психические расстройства. Широкое распространение отравлений ранее не встречавшимися наркотиками, представляет для врачей определенные трудности, связанные с клинической и лабораторной диагностикой, а также с лечением больных и медицинским освидетельствованием. Исследования в области использования синтетических каннабиноидов ограничены. Поскольку государства начали контролировать потребление и сбыт, многие синтетические каннабиноиды только недавно были разработаны, так что информации о своих краткосрочных и долгосрочных последствиях достаточной нет. Отсутствуют какие-либо частные клинические исследования и более масштабные общественные.

Цель исследования – определить клинические особенности зависимости от синтетических каннабиноидов и последствия их употребления, социальные и психологические факторы приводящие к формированию заболевания. Было обследовано 115 человек (мужского пола) в возрасте 15-34 лет. Основную группу (ОГ) составило 60 человек с зависимостью от курительных смесей. Группа сравнения (ГС-1) из 28 человек с эндогенными психотическими расстройствами. Группа сравнения (ГС-2) из 27 человек с опиоидной зависимостью.

В результате проведенного исследования можно констатировать, что у субъектов, страдающих зависимостью от курительных смесей в состав которых входят синтетические каннабиноиды:

- Низкий уровень успеваемости в школе, проживание в конфликтных семьях повышают риск формирования зависимости от курительных смесей;
- Специфическими клиническими феноменами и последствиями потребления курительных смесей явились передозировки данными веществами, приобретенные соматические и психические расстройства, снижение полового влечения и сексуальной активности, снижение уровня профессиональных навыков;
- Доминирующими мотивами употребления данной группы веществ являются гедонистические, атарактические, отражающих проблемы в эмоционально-кинестетической сфере;
- В мотивационном плане отличаются от лиц, употребляющих опиоиды, отсутствием абстинентных и аддиктивных мотивов, свидетельствующих о более тяжелой зависимости у потребителей опиоидов;
- Негативные психотические расстройства в остром периоде проявлялись преимущественно в виде нарушения абстрактного мышления, стереотипного мышления, нарушения спонтанности и плавности речи;
- Нарушение абстрактного мышления проявляется в затруднении классифицировании и обобщения, в неспособности уйти от конкретных или эгоцентрических способов решения задач;
- Стереотипность мышления заключается в некоторой ригидности установок и представлений;
- Затруднение нормального речевого, проявляющееся в плавности речи и продуктивности вербального контакта общения, происходит вследствие апатии, чувства беззащитности, снижение волевых побуждений или нарушений мышления;
- Продуктивные психотические расстройства проявлялись преимущественно в виде бредовых идей, подозрительности, других расстройства мышления и возбуждения. Не типичными симптомами являются галлюцинаторные переживания.
- Подозрительность проявлялась в необоснованных или преувеличенных мыслях о мнимом преследовании, чувстве настороженности, недоверии и убеждении во враждебном отношении окружающих;

- Другие расстройства мышления проявлялось в соскальзываниях, непоследовательности, расплывчатости мышления, даже при отсутствии давления со стороны окружающих;
- Возбуждение проявляется в усилении двигательной функции, повышенной чувствительности к внешним раздражителям, повышение уровня бодрствования, чрезмерно изменчивое настроение;
- Ослабление контроля импульсивности специфический синдром, который проявлялся в виде нарушения регуляции и контроля внутренних побуждений, склонности к разрушающим действиям;
- Напряженность проявлялась в некоторой скованности в беседе, треморе, потливости, двигательном беспокойстве, а для тревоги было характерно субъективное переживание нервозности, беспокойства, опасения или волнения;
- Психопатологические симптомы, не связанные с эмоционально-поведенческой сферой, в остром периоде интоксикации проявлялись преимущественно в виде снижения критичности к своему состоянию, нарушения внимания, расстройства воли, загруженности психическими переживаниями;
- Профиль психопатологических симптомов в острый период интоксикации, в отличие от лиц с эндогенными психотическими нарушениями, клинически может отражать экзогенный характер происхождения симптомов (частичное нарушение ориентировки, внимания, волевые нарушения, критики);
- Среди потребителей курительных смесей, у которых продолжали оставаться латентные продуктивные психопатологические симптомы, имели место в анамнезе невротические нарушения, отставания в физическом развитии в детстве, отягощенная наследственность по наркопатологии, более продолжительный стаж употребления;
- Психопатологические симптомы эмоционально-поведенческого регистра у потребителей курительных смесей в периоде ближайших постинтоксикационных последствий проявлялись преимущественно в виде ослабления контроля импульсивности, напряженности и тревоги;
- Значимым клиническим диагностическим признаком последствий психоза на уровне эмоционально-поведенческого регистра является тенденция к повышению чувства вины и депрессивности в постинтоксикационном периоде, чего практически не наблюдается при эндогенных психотических нарушениях. Чувство вины заключалось в раскаянии или самообвинении по поводу имевших место в прошлом реальных или воображаемых проступков;
- В периоде отдаленных последствий интоксикации на уровне эмоционально-поведенческого регистра, в отличие от лиц с эндогенными психозами, актуальны ослабление контроля импульсивности, внутреннее напряжение, тревога;
- В периоде отдаленных последствий интоксикации на уровне не эмоционально-поведенческого регистра остается снижение критичности к своему состоянию, что для лиц с эндогенными психозами может быть объяснено особенностями заболевания, а для потребителей курительных смесей снижением когнитивных функций.
- Купирование негативной и продуктивной психотической симптоматики при проведении дезинтоксикационных мероприятий происходит быстрее, чем в группе лиц с эндогенными психотическими нарушениями на фоне проводимой терапии с использованием антипсихотиков;
- Полная редукция негативных и продуктивных психотических симптомов происходит при проведении дезинтоксикационных мероприятий происходит у 93,3 % испытуемых, в группе лиц с эндогенными психозами на фоне проводимой терапии антипсихотиками у 67,9 %;

– После купирования острой психотической симптоматики у потребителей курительных смесей в профиле клинических продуктивных симптомов ведущее место занимали бредовые идеи, расстройства мышления и возбуждение с интенсивностью на 30-40 % менее выраженные, чем на момент поступления. Однако, у 13,3 % оставались бредовые идеи той же интенсивности и у 6,7 % они стали более выраженными; другие расстройства мышления у 20 % оставались на том же уровне и у 6,7 % стали более интенсивными; выраженность возбуждения у 20 % стала более интенсивной;

Полученные данные могут быть хорошим подспорьем при дифференциальной диагностике психических нарушений у потребителей синтетических каннабиноидов и лиц с психическими нарушениями.

ХАРАКТЕРИСТИКА АДДИКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ, ПОСТУПИВШИХ НА ЛЕЧЕНИЕ В МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ СТАЦИОНАР СКОРОЙ ПОМОЩИ

Синенченко А.Г., Зиновьев С.В.

*СПб ГБУ НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе
Санкт-Петербург, Россия*

Известно, что аддиктивная патология не только часто встречается в общей популяции, она также – наиболее частое явление в общемедицинской практике.

Цель работы состояла в клинико-эпидемиологической оценке распространенности аддиктивной патологии у пострадавших, госпитализированных в многопрофильный стационар скорой помощи в период 2015 г.

Проведен анализ токсико-химического исследования биологических сред пострадавших, госпитализированных в отделение экстренной медицинской помощи в изучаемый период времени. Статистическая обработка материала производилась с помощью пакета прикладных программ для статистической обработки данных Statistica 6.0 for Windows 7 с использованием критерия χ^2 Пирсона.

По данным 3500 заключений токсико-химического исследования в 81,8 % случаев ($n=2863$, $\chi^2=250,1$, $p<0.001$) в биологических средах больных определялись психоактивные вещества. Установлено, что основной причиной госпитализации данных пациентов в многопрофильный стационар стали травмы и отравления ($n=1567$, $CI=25,4$, $p<0.001$). Средний возраст больных составил $48,5\pm 5,7$ лет ($min - 17$ лет, $max - 95$ лет). Чаще в госпитализации нуждались лица мужского пола ($n=2561$, $\chi^2=1790$, $p<0.05$), реже женского ($n=302$).

Достоверно чаще, в 70,01 % случаев в биологических средах пациентов определялся этанол ($n=2004$, $\chi^2=457,2$, $p<0.001$), реже – барбитураты и производные 1,4 бензодиаземина (12,3 %), амфетамины (7,9 %), опиаты и метадон (6,24 %), значительно реже – тетрагидроканнабинол и кокаин – (3,38 и 0,17 %, соответственно). Обращает на себя внимание частое сочетание этанола с барбитуратами и производными 1,4 – бензодиаземина – 63,7 % ($n=1277$, $\chi^2=150,4$, $p<0.001$).

В свою очередь, у пациентов этанольной группы, средняя концентрация этанола в крови составила $2,79\pm 1,34\%$ ($min=0.1\%$, $max=7.3\%$), что соответствует алкогольному опьянению тяжелой степени. Необходимо указать на то, что в 2,6 % случаев ($n=52$), концентрация этанола в крови была максимальной, несовместимой с жизнью (больше 5%).

Заключение. Проведенный на большой совокупности больных, анализ данных свидетельствует о высокой частоте аддиктивной патологии, что требует продолжения совершенствования токсикологической и наркологической помощи пациентам многопрофильных стационаров с введением клинико-диагностических алгоритмов и контролем маршрутизации больных.

СТРЕСС И АДДИКЦИИ

Снедков Е.В.

ПБ св. Николая Чудотворца, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Давно подмечено, что в периоды социальных потрясений и войн всегда происходит значительное увеличение употребления алкоголя и иных психоактивных веществ (ПАВ) среди населения. Механизмы патогенетической взаимосвязи стресса и аддиктивных расстройств изучены недостаточно. Это затрудняет поиск эффективных путей решения проблемы. Моделью для её исследования может служить стресс боевой обстановки.

Во время войны в Афганистане аддиктивные расстройства представили собой большую проблему для отечественной медицинской службы. Среди не имевшего доступа к алкоголю рядового состава было распространено употребление гашиша и опиатов. Анонимное анкетирование, проведённое в 1986 г. среди 1500 военнослужащих, засвидетельствовало, что каждый четвёртый из них (25,4 %) к концу службы приобретал наркотический опыт. 51,9 % мотивировали его стремлением снять эмоциональное напряжение и негативные переживания, отключиться от реальности; 48,7 % – желанием вызвать эйфорию. Разумеется, временное освобождение от стресса тоже могло восприниматься как состояние психического комфорта, определяющее, по И.Н. Пятницкой (1994), «не столько переживание удовольствия, сколько уход от неудовольствия».

Анализ аддиктивных расстройств проведён на примере 221 военнослужащих срочной службы, поступавших в Кабульский военный госпиталь в 1986-1988 гг. по поводу злоупотребления наркотиками. Гашишная аддикция составила 57 %, опийная – 21,3 %, полисубстантная гашишно-опийная – 21,7 %. 209 чел.

Аддиктивное поведение в доафганском периоде имело место у 54 чел. (24,4 %), в т.ч. у 32 чел. (14,5 %) была сформирована физическая зависимость. Это сказывалось на сроках начала или возобновления наркотизации в период службы в Афганистане. Имелась тесная корреляционная взаимосвязь между возрастом начала курения табака, употребления алкоголя и наркотиков, с одной стороны, и темпами формирования аддиктивных расстройств – как в доафганском периоде, так и в период службы в боевой обстановке – с другой. Среди лиц с аддиктивными расстройствами, сформировавшимися в доафганском периоде, достоверно чаще выявлялись факторы отягощённой наследственности и неправильных типов семейного воспитания, низкая школьная успеваемость, агрессивный паттерн поведения, конфликты в микросоциальной среде. Преморбид пациентов, начавших наркотизироваться в Афганистане, выглядел менее искажённым; употребление наркотиков чаще мотивировалось ностальгическими переживаниями, критика к наркотизации в большинстве случаев была полной.

Развёрнутая абстинентная симптоматика во время стационарного обследования наблюдалась в 12 % случаев; у 38 % исследуемых имели место стёртые абстинентные проявления, преимущественно в виде неприятных субъективных ощущений и расстройств сна; в половине случаев клиники абстиненции не наблюдалось вовсе.

Военнослужащие с аддиктивными расстройствами, сформировавшимися в допризывном периоде, возобновляли наркотизацию вскоре по прибытии в Афганистан. Однако по мере длительности службы увеличивалось число лиц, не имевших прежде наркотического опыта. Такие лица составили большинство (75,6 %). Формирование нарконаправленного поведения среди данной категории в значительной мере обусловливалось влиянием хронического боевого стресса. Чем дольше исследуемые находились в условиях боевой обстановки, тем меньше среди них оставалось лиц, критически оценивающих свою наркотизацию и её последствия. Анозогнозия на четвёртом полугодии службы наблюдалась уже в 100 % случаев.

Выбор предпочитаемого наркотика зависел от продолжительности службы в Афганистане к моменту начала наркотизации: на 1-м полугодии службы распределение выглядело следующим образом: гашиш – 58,0 %; опиаты – 9,3 %; гашиш+опиаты – 32,7 %. На 2-м полугодии, соответственно – 53,0 %; 27,0 %; 20,0 %. На 3-м – 22,0 %; 67,0 %; 11,0 %. На 4-м – 22,0 %; 78,0 %; одновременного предпочтения и гашиша, и опиатов, не наблюдалось. Среди военнослужащих, принимавших непосредственное участие в боевых действиях, преобладало злоупотребление опиатами. Все перечисленные межгрупповые различия оказались на статистически значимом уровне.

И.Н. Пятницкая (1994) относила опиаты (и алкоголь) к классу седативных ПАВ, гашиш – к классу психоделических. И те, и другие способны снимать тревогу, подавленность, дисфорию, но различными способом. По мнению И.Н. Пятницкой, выбор наркотика связан с инстинктивным стремлением больного принять вещество, действие которого соответствует его расстройству (гомеопатический принцип). Содержание мотивов наркотизации неоднозначно – они могут быть постоянными, проистекающими из личностной структуры, но могут быть ситуационными, прагматическими, когда наркотик принимается для облегчения психического состояния, расслабления, «мгновенного отдыха». Высвобождение из-под коркового контроля глубинной аффективности может обусловить витальный, компульсивный характер первичного влечения к приёму ПАВ. Статистический анализ доказал, что гашишная и гашишно-опийная аддикция были тесно связаны с искажённым преморбидом, тогда как употребление опиатов – с воздействием боевых стрессоров. В нашем наблюдении эмоциональные, конформные, но вместе с тем ригидные и сенситивные индивиды в условиях пролонгированного стресса стремились к химической коррекции напряжения и тревоги приёмом седативных веществ – опиатов.

Предполагается, что предпочтение седативных ПАВ было связано с нарастающим дефицитом противотревожных, эйфоригенных, антиноцицептивных и других лигандов ЦНС, несущих стресспротективные функции. Интенсивное стрессогенное воздействие боевой обстановки приводило к развитию у лиц с повышенной стресс-уязвимостью аффективных (главным образом, тревожно-депрессивных) нарушений, по отношению к которым аддиктивное поведение являлось вторичным. По аналогии с представлениями о генезе психозов, концептуализированными Ю.Л. Нуллером (1993), употребление седативных ПАВ выполняло защитно-приспособительную функцию, блокируя на время стрессовую симптоматику и предупреждая запуск более тяжёлых регистров симптоматики.

Механизмы развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и аддикций связаны с одними и теми же структурами мозга, и нейрхимическими системами. Доказано, что героин и, в несколько меньшей степени, алкоголь на время ослабляют все кластеры симптоматики ПТСР, в то время как каннабиноиды способны редуцировать только лишь нарушения сна (Bremner J.D. et al, 1996).

Выявленные закономерности, с известными оговорками, могут быть экстраполированы на хронические стрессогенные условия мирной жизни. В частности, они

способны объяснить распространённость алкоголизма и опийной наркомании среди населения, живущего в условиях многофакторного перманентного стресса. Создание для потребителей ПАВ; социального прессинга, к которому призывают некоторые руководители отечественной наркологии, только усугубляет ситуацию.

Поскольку и хронический стресс, и аддикция сопровождаются истощением дофамина в орбитофронтальной коре (Volkow N.D. et al., 1997; Koob G.F. et al., 2014), использование дофаминовых антагонистов (антипсихотиков) при этих состояниях, и тем более при их коморбидности, патогенетически неоправданно. Многочисленные исследования доказали отсутствие эффективности этих препаратов при данных состояниях и их потенциальный вред.

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ В РУТИННОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧЕЙ-НАРКОЛОГОВ

Софронов А.Г., Добровольская А.Е., Егоров А.Ю., Петров А.Д.

*СЗГМУ им. И.И. Мечникова
Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Среди факторов, влияющих на качество медицинской помощи, одним из ведущих является соответствие лечебной практики требованиям клинических протоколов и стандартов. В отечественной наркологии стандарты специализированной наркологической помощи включают широкий набор психофармакологических средств с различным уровнем доказательности клинической эффективности. Набор лекарств с высокими уровнями доказательности в наркологии невелик (дисульфирам, акампролат, налтрексон). Однако в наркологическую практику постепенно внедряются новые препараты с доказанной эффективностью (инъекционная пролонгированная форма налтрексона, налмефен). Закрепление новых лекарственных препаратов и психотерапевтических методик в современных стандартах терапии неизбежно находит отражение в клинической практике, поэтому определение современной роли тех или иных терапевтических подходов в работе врача-нарколога закономерно вызывает научный интерес.

Цели и задачи исследования. Анализ частоты назначения различных психофармакологических средств, используемых в повседневной практике врачами-наркологами при оказании помощи больным алкоголизмом.

Материал и методы исследования. В 2015-2016 годах проводилось анонимное анкетирование врачей-наркологов, занятых в практическом здравоохранении Санкт-Петербурга и других городов СЗФО (132 человека), предусматривающее получение данных по частоте применения и субъективной оценке эффективности врачами-наркологами различных психофармакологических средств для лечения алкоголизма.

Результаты и их обсуждение. В современных условиях наркологии используют практически весь спектр психотропных препаратов для лечения алкоголизма. По частоте назначения лидируют транквилизаторы и ноотропы. Эти препараты назначают своим пациентам более 80 % наркологов, далее следуют антиконвульсанты (60,9 %). Нейролептики и антидепрессанты часто назначают 47,3 % и 55,5 % наркологов, менее одного процента респондентов отметили, что никогда не прибегают к назначению нейролептиков больным алкоголизмом. Дисульфирам и цианамид назначают практически все наркологи, дисульфирам используют часто – 48,2 %, а цианамид – 45,5 % врачей. Антагонисты опиатных рецепторов с различной частотой назначают около 90 % наркологов, однако

только 21,8 % часто назначают таблетированный налтрексон, инъекционную форму налтрексона пролонгированного действия – 17,3 %, имплантируемые формы налтрексона – 3,6 %. Соответственно, большинство наркологов используют в лечении налтрексон или со средней частотой назначений или редко. Абсолютное большинство специалистов считает необходимым сопровождать лечение налтрексоном психотерапией.

Выводы. Наркологи широко применяют все классы психотропных средств (нейролептики, антидепрессанты, нормотимики, транквилизаторы, ноотропы) для фармакотерапии больных с алкогольной зависимостью, при этом собственно противоалкогольные препараты (дисульфирам, цианамид) и налтрексон используются реже. Популярность применения нейролептиков, несмотря на сомнительную степень доказательности их эффективности, объясняется устойчивыми традициями отечественной наркологии и поддержкой психофармакотерапии современными стандартами. Вместе с тем, мета-анализ 13-ти доказательных исследований (1553 больных) различных антипсихотиков при лечении алкогольной зависимости показал отсутствие эффективности, по сравнению с плацебо в 12 из них. Лишь в одном протоколе (30 пациентов) арипипразол достоверно превышал по эффективности плацебо в редукции дней тяжелого пьянства. При отсутствии эффекта антипсихотики вызывали большое количество побочных реакций. Сегодня становится очевидной необходимость развивать образовательные программы, имеющие целью широкое внедрение в наркологическую практику научно обоснованных подходов к лечению наркологических заболеваний.

НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВ

Тарумов Д.А., Литвинцев Б.С., Манчук А.А.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Традиционные методы раннего выявления лиц, употребляющих наркотические препараты малоинформативны и не отвечают современным тенденциям роста аддиктивной патологии, что требует пересмотра данной концепции в целом с точки зрения комплексной диагностики данных состояний. Этим обуславливается целесообразность поиска дополнительных (к клинико-психопатологическому и лабораторному), комплексных методов диагностики аддиктивных расстройств, включающих в том числе функциональную нейровизуализацию.

Обследовано 95 пациентов мужского пола ($29,5 \pm 2,5$ лет) с подтвержденным диагнозом синдрома зависимости от опиоидов. Стаж наркотизации $9,5 \pm 3,4$ лет. Контрольная группа здоровых лиц составила 27 человек. Психическое состояние оценивалось с помощью клинико-психопатологического метода и психометрических шкал: анкеты для оценки выраженности синдрома ангедонии; шкалы тяжести зависимости (SDS-S) и (SDS-D); шкалы этапа изменения в готовности и стремлении к лечению (SOCRATES); диагностического скринингового опросника (PDSQ).

При исследовании функциональных характеристик головного мозга пациентам выполнялась функциональная МРТ (фМРТ) с использованием стимуль-ного материала. При проведении нейровизуализационных исследований изучались особенности паттернов мозгового ответа у больных основной выборки и контрольной группы. Полученные результаты показывают, что на момент включения в исследование у больных всех групп регистрировались высокие показатели реактивной тревоги, суицидального

риска, депрессии, высокие показатели выраженности всех трех компонентов синдрома ангедонии, а также, не смотря на различные сроки ремиссии, было выявлено интенсивное влечение к героину. При этом, по результатам шкалы готовности и стремления к лечению (SOCRATES) все пациенты продемонстрировали достаточно высокие показатели.

При проведении фМРТ были получены различные паттерны ответа структур головного мозга обследованных. Так, все наркозависимые по сравнению со здоровыми испытуемыми демонстрировали усиленный ответ островковой доли и дорсолатеральных префронтальных корковых отделов слева, структур гиппокампа (преимущественно справа). Следует отметить, что у 35 % (n=14) испытуемых отмечались зоны активации в проекции передних отделов моста и базальных ядер. При этом установлены области с достоверными активациями в системах «памяти» (гиппокамп); «мотиваций и эмоций» (префронтальная кора и таламус). Отдельно следует отметить активации зоны «когнитивного контроля», расположенной в префронтальной коре. Данный факт может быть соотнесен с результатами психометрической методики SOKRATES, демонстрирующими высокие показатели готовности к лечению и изменению жизненных позиций. Активации в зоне ствола и моста головного мозга вероятнее всего связаны со скоплением в этой области опиоидных рецепторов. При этом, остается неясным, почему структуры головного мозга, ответственные за систему «вознаграждения» (островок, бледный шар), оказались задействованными.

Полученные предварительные результаты требуют более детального изучения в дальнейшем с помощью других методов нейровизуализации, таких как диффузионно-тензорная МРТ, воксельная морфометрия, спектроскопия и позитронно-эмиссионной томография головного мозга. Сочетание клинических и инструментальных лучевых методов предоставляет возможность более комплексно и объективно рассмотреть проблему аддиктивной патологии в целом.

ИНТЕРНЕТ-КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЛИЦ С АДДИКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ. АНАЛИЗ ЗАРУБЕЖНЫХ ПРОЕКТОВ

Тетенева Е.Ю., Колгашкин А.Ю., Надеждин А.В.

МНПЦ наркологии ДЗМ, Москва, Россия

Введение. В последнее десятилетие практически во всех развитых странах мира наблюдаются ускоряющиеся изменения в ассортименте и способах употребления наркотических средств и психотропных веществ. С другой стороны, в этой сфере продолжается поиск новых методов лечения, организационных технологий и новых средств коммуникации врач-пациент. Выглядит естественным и оправданным стремление использовать с целью образования, профилактики и лечебных интервенций современные сетевые технологии.

Цель исследования: провести изучение зарубежных интернет-сайтов, оказывающих помощь при возникновении проблем, обусловленных употреблением психоактивных веществ: запрещенных, ограниченного доступа и легальных.

Материалы и методы исследования. С целью нивелирования национально-культурных различий, неизбежно находящих отражение в подходах к созданию сервисов, нами были отобраны сайты, представляющие различные регионы и некоторые языковые группы (Австралия, Великобритания, Венгрия, Германия, Нидерланды, Новая Зеландия, США, Швейцария). Оценка сайта проводилась авторами по следующим параметрам:

веб-дизайн и стилевые решения, показатели деятельности сайта, предоставляемые сервисы, имеются ли инструменты для изучения аудитории (онлайн-опросы и т.д.), степень интеграции в виртуальное терапевтическое пространство.

Результаты и их обсуждение. Принимая во внимание современный уровень доступности коммуникационных технологий, онлайн-консультирование рассматривается зарубежными специалистами как важный элемент профилактики, позволяющий вовлечь в нее ранее недоступные популяции наркопотребителей

Операторы онлайн-консультирования могут иметь различные организационно-правовые формы, однако их деятельность, как правило, в той или иной форме координируется с местными органами здравоохранения и социальной поддержки.

Консультационные службы могут быть предназначены как для потребителей одного психоактивного вещества, так и для всего их спектра и оказывают достаточно широкий спектр услуг, от простых – предоставления необходимой информации, до сложных – развернутых профилактических и терапевтических программ.

Заключение. По нашему мнению, в эпоху реформирования системы здравоохранения и внедрения электронного здравоохранения, наркология и психиатрия имеют возможность провести грамотный «функциональный апгрейд» своей деятельности с использованием современных информационно-коммуникационных технологий

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПСИХОСЕМАНТИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК В ОЦЕНКЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ РЕМИССИИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ

Трусова А.В., Крупицкий Е.М., Скурат Е.П., Исмаилова Р.Д.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Экспериментальная психосемантика, все чаще используемая в клинико-психологических исследованиях, ориентирована на применение многомерных методов математической статистики для изучения личности путем реконструкции индивидуальной системы значений, на основе которой человек регулирует свое поведение и деятельность. Один из известных методов построения психосемантических пространств – метод репертуарных решёток (РР) Дж. Келли, в ходе применения которого обследуемому необходимо оценить ряд предъявляемых ему понятий по совокупности биполярных градуированных шкал. Для изучения отдельных содержательных областей применяют разработку специализированных репрезентативных РР, адаптированных к цели конкретного исследования. Существенное преимущество психосемантического метода в рамках клинико-психологической диагностики больных алкоголизмом – неочевидность цели для обследуемых, что позволяет преодолевать искажения защитных механизмов и установок на социальную желательность, возможность выявления как осознаваемых, так и скрытых (имплицитных) отношений к различным сторонам действительности, что, в свою очередь, открывает пути глубинного анализа когнитивно-эмоциональных и мотивационных нарушений, разработки индивидуализированных программ психологической помощи.

Цель исследования – дифференцированно оценить вклад имплицитных и эксплицитных свойств системы отношений личности больных алкоголизмом, изучаемых в заданных категориях, в прогноз длительности ремиссии после проведенного стационарного лечения.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 120 пациентов с установленным диагнозом «Синдром зависимости от алкоголя» (F10.25-10.26). Изучение психосемантического пространства проводилось с помощью авторской модификации теста репертуарных решеток Дж. Келли параллельно в двух измерениях – вербальном и невербальном. В разработанной авторами модификации теста репертуарных решеток в качестве элементов как вербальной, так и невербальной решеток выступали объекты 5 категорий: 1) идеального/желаемого Я, 2) нежелательного/отторгаемого Я, 3) временной проекции образа Я, 4) образов, осмысляемых через употребление алкоголя, 5) образов, осмысляемых через аспекты социальной привлекательности. Для оценки эксплицитных свойств системы отношений личности обследуемый сначала заполнял ВРР – для этого ему было необходимо соотнести каждый из представленных элементов с одним из полюсов 11 заданных биполярных конструкторов, используя 7-балльную шкалу Лайкерта. По результатам заполнения ВРР подсчитывались коэффициенты линейной корреляции Пирсона между элементами и между конструкторами, которые в последующем подвергались обработке с использованием метода анализа главных компонент, при этом выявленные показатели факторных нагрузок по двум, наиболее значимым компонентам, использовались в качестве координат элементов в двухмерном пространстве при построении графической модели системы отношений испытуемого. Для оценки имплицитных личностных свойств испытуемый заполнял цветовую репертуарную решетку (ЦРР), в которой также каждый элемент оценивался по каждому конструктору, но опосредовано через раскладку цветных карточек Люшера, с вычислением количественного показателя, определяющего место элемента на шкале конструктора, и имеющего диапазон от 0 до 32, что задает достаточно тонко дифференцированную шкалу.

Длительность воздержания и характеристики употребления алкоголя изучались с помощью метода ретроспективного анализа (Time Line Follow Back) в периоде наблюдения (максимально 12 нед.), определялось время до рецидива заболевания (более двух дней «тяжелого» пьянства в неделю), эти данные верифицировались с помощью еженедельной лабораторной диагностики уровня гамма-глутамилтранспептидазы в крови.

Статистический метод включал регрессионный анализ – простая линейная и множественная регрессия, пошаговая регрессия Кокса между временем до рецидива заболевания, общей продолжительностью ремиссии и расстояниями между элементами внутри ВРР и ЦРР по отдельности.

Результаты и их обсуждение. Анализировались значимые в прогнозе ремиссии расстояния между элементами, общие для ВРР и ЦРР (конгруэнтность эксплицитных и имплицитных свойств системы отношений), так и инвертированные (расхождение). Конгруэнтные характеристики. Для более продолжительной ремиссии значимой является удаленность актуальной временной проекции образа Я («Я сейчас») от элемента «Я в прошлом» (ВРР $p=0,074$, ЦРР $p=0,000$), что отражает осознаваемые усилия по когнитивной переработке необходимых в ходе лечения жизненных изменений, а также эмоциональное отношение, устанавливающее временные границы между алкогольным опытом в прошлом и стремлением к трезвости в настоящем. Также общей для ВРР и ЦРР и значимой в прогнозе длительности ремиссии является близость элементов, отражающих необходимость отказа от алкоголя для больных алкоголизмом («Трезвенник»/«Больной алкоголизмом») (ВРР $p=0,003$, ЦРР $p<0,000$), а также связь эмоционального позитива и социальной продуктивности («Счастливый человек»/«Успешный человек») (ВРР $p=0,022$, ЦРР $p<0,000$). Удаленное друг от друга и в ВРР, и в ЦРР, расположение элементов, отражающих социальную успешность и употребление алкоголя («Успешный человек» и «Умеренно пьющий человек»), также оказалось значимым для большей длительности ремиссии (ВРР $p=0,001$, ЦРР $p<0,000$).

Неконгруэнтные характеристики. Для длительности ремиссии значимым оказалось близкое расположение элементов «Я сейчас»/«Больной алкоголизмом» в ВРР ($p=0,033$) и, наоборот, удаленность этих элементов друг от друга в ЦРР ($p<0,000$). Подобное расхождение закономерно отражает потребность обследуемых в поддержании самоэффективности, установленный личностью баланс между осознанной необходимостью подчиняться давлению диагностического ярлыка и его эмоциональным неприятием как социальной стигмы. При этом обратная картина (удаленность в вербальном измерении и близость в эмоциональном отношении) наблюдалась в отношении элементов «Каким я хочу быть» и «Больной алкоголизмом» (ВРР $p=0,006$, ЦРР $p=0,039$), что, по нашему мнению, с одной стороны отражает социально желательную установку на выздоровление, а с другой – иррациональную надежду вернуться когда-нибудь к прежнему образу жизни и употреблению алкоголя.

Отдельно следует отметить, что, по нашим данным, на продолжительность длительности ремиссии у обследованных больных не влияет индекс Баннистера (когнитивной сложности=дифференцированности) и уровень образования. Отсутствие влияния эффекта терапии на зависимость между длительностью воздержания от алкоголя и расстояниями между элементами репертуарных решеток подтверждается следующими данными. Обследованные больные были распределены в 3 группы в зависимости от типа лечения. При выявлении значимых линейных комбинаций расстояний внутри каждой группы по типу лечения было обнаружено более 94,6 % признаков, встречающихся хотя бы в двух группах, из них более 63,2 % признаков встречается в трех группах одновременно. Значимость каждого из этих признаков не подтвердилась при проведении линейной регрессии между данными признаками в отдельности и основными временными характеристиками (время до срыва, время до рецидива, общая продолжительность пребывания в программе). Процент вклада данных признаков в итоговую линейную комбинацию не является значимым, что позволяет сделать вывод: фактор «типа лечения» не влияет на зависимость между временными характеристиками длительности воздержания от алкоголя после проведенного лечения и расстояниями (вербальными, невербальными, разница расстояний).

Заключение. Полученные данные подтверждают гипотезу о том, что взаиморасположение оцениваемых элементов индивидуального психосемантического пространства, характеризующая осознанность в употреблении алкоголя и отказе от него, может служить прогностическим фактором в оценке длительности ремиссии после проведенного лечения у больных алкоголизмом.

ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Фадеева Е.В.

ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского, Москва, Россия

В настоящее время в Российской Федерации наблюдается динамичное развитие медицинской науки, внедрение в практику новых методов диагностики, лечения и реабилитации. Приоритетной целью при разработке новых методов помощи пациентам по рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) является улучшение здоровья населения. Для достижения указанной цели в нашей стране разработана Госу-

дарственная программа «Развитие здравоохранения до 2020 г.» (распоряжение Правительства РФ от 24 декабря 2012 г. № 2511-р). Эта программа содержит важные для развития медицинской отрасли положения, включая: раннее выявление заболеваний и развитие первичной медико-санитарной помощи (1); ликвидация дефицита медицинских кадров и повышение их квалификации (2); развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения (3), увеличение объемов паллиативной помощи (4); внедрение инновационных методов лечения (5). Для снижения смертности от неинфекционных заболеваний программа «Развитие здравоохранения до 2020 года» определила ряд задач по формированию здорового образа жизни у населения для практической наркологии, а именно: снижение доли ежедневно курящего взрослого населения с 40 до 25 %; снижение на 33 % потребления алкоголя — с 15 до 10 литров в год в пересчете на чистый спирт на душу населения старше 15 лет; стабилизация числа лиц, страдающих наркоманией, на уровне 2 млн. человек.

Несмотря на модернизацию и реформирование наркологической службы, применение стационарозамещающих технологий, интегративного отечественного и зарубежного опыта в лечении болезней зависимости, следует отметить необходимость в разработке и внедрению инновационных методов и технологий, повышающих эффективность оказания медицинской помощи больным с синдромом зависимости от психоактивных веществ.

Выдающиеся достижения отечественной нейропсихологии и ее высокий статус за рубежом, основанные на общепсихологических идеях Л.С. Выготского (1956, 1960, 1982), системной мозговой организации и системной психологической структуре высших психических функций (ВПФ) А.Р. Лурии (1963, 1969, 1978) позволяют предположить, что благодаря расширению знаний о предмете нарушения ВПФ при алкоголизме и наркомании возможно распространение нейропсихологических принципов восстановления на когнитивные психические функции, эмоционально-волевую сферу и личность в целом.

Отечественные и зарубежные исследования, указывающие на значимость использования методов нейропсихологии и психофизиологии, применительно к больным наркологического профиля начали появляться, начиная с 70-ых годов XX века (Tatler R., 1975, 1976; Tatler R., Edwards K., 1985; Костандов Э.А., 1983; Арзуманов Ю.Л. с соавт. 1996, 2001 и др.). Достаточное количество нейропсихологических исследований указывают на морфо-функциональные нарушения лобных отделов коры головного мозга, нарушения подкорковых образований, а также межполушарного взаимодействия у пациентов с зависимостью от психоактивных веществ (Aine Cj, 1995; Montoya A.G. et al., 2002; Баулина М.Е., 2002).

Однако до настоящего времени не предложена системная концепция нейропсихологической реабилитации больных с синдромом зависимости от психоактивных веществ, основанная на принципе восстановления нарушенных высших психических функций и мотивационной сферы больных наркологического профиля.

Разработка концептуальной модели нейропсихологической реабилитации больных с синдромом зависимости от психоактивных веществ, основанной на принципе восстановления высших психических функций и формирования мотивационно-смысловой сферы, как внутренних регуляторов психической деятельности позволит:

1. Обосновать эффективность использования нейропсихологического диагностического комплекса для оценки степени когнитивных и речевых нарушений, как показателей снижения высших психических функций, а также уплощения мотивационно-смыслового компонента личности у больных с синдромом зависимости от психоактивных веществ.

2. На основе анализа нарушений когнитивных функций и мотивационно-смыслового компонента личности у больных с синдромом зависимости от психоактивных веществ разработать программу индивидуальной и групповой нейропсихологической реабилитации.

3. В структуре нейропсихологической реабилитации разработать и апробировать методы восстановления импрессивной и экспрессивной речи у больных с синдромом зависимости от психоактивных веществ на основе афферентного анализа анализаторных систем и эфферентного ответа, как ключевого аспекта когнитивно-поведенческой основы воздержания от употребления алкоголя и наркотиков.

4. В структуре нейропсихологической реабилитации разработать и апробировать методы восстановления целеполагания у больных с синдромом зависимости от психоактивных веществ на основе афферентного анализа анализаторных систем и эфферентного ответа, как ключевого аспекта мотивационно-смысловой основы воздержания от употребления алкоголя и наркотиков.

5. Оценить степень восстановления нарушенных высших психических функций и целеполагания у больных с синдромом зависимости от психоактивных веществ, прошедших курс лечебно-реабилитационной помощи, включая курс нейропсихологической реабилитации, и у больных с синдромом зависимости от психоактивных веществ, прошедших стандартный курс лечебно-реабилитационной помощи без использования методов нейропсихологической реабилитации.

6. Разработать практические рекомендации для повышения эффективности стационарной помощи по профилю «психиатрия-наркология» больным с синдромом зависимости от психоактивных веществ с использованием методов нейропсихологической диагностики и реабилитации.

Резюмируя, следует отметить, что механизмы выявления когнитивных нарушений при наркологических расстройствах с использованием методов нейропсихологической диагностики и нейропсихологической реабилитации в структуре оказания комплексной лечебно-реабилитационной помощи, оказываемых в учреждениях здравоохранения по профилю «психиатрия-наркология» позволят углубить психологическую и патопсихологическую диагностику. С помощью использования методов нейропсихологической диагностики и нейропсихологической реабилитации возможно увеличение продолжительности ремиссии и восстановления когнитивного и мотивационного компонента личности больных с синдромом зависимости от психоактивных веществ в качестве поведенческих механизмов воздержания от употребления алкоголя и наркотиков.

ОРЕКСИНОВЫЕ МЕХАНИЗМЫ ПОДКРЕПЛЕНИЯ КАК МИШЕНЬ ДЛЯ СОЗДАНИЯ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ЗАВИСИМОСТИ

Шабанов П.Д., Морозов В.И., Лебедев А.А.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Методами нейрофизиологического и фармакологического анализа установлено, что структурно-функциональной основой подкрепления в тесте самостимуляции латерального гипоталамуса у крыс является система структур расширенной миндалины (СРМ), включающая центральное ядро миндалины, ядро ложа конечной полоски, медиальный отдел прилежащего ядра и безымянную субстанцию. Эта система опосредует эмоцио-

генные ответы на физиологические стимулы и на наркогены, активирующие механизмы подкрепления. Нейрохимическая организация подкрепления почти исключительно дофаминергична, но может модулироваться разными пептидами, имеющими колокализацию на дофаминергических терминалях (орексин, грелин, CRF, нейрокинины).

Целью работы было изучение взаимодействия рецепторов дофамина и OX1R рецепторов орексина в модели самостимуляции латерального гипоталамуса у крыс.

Методы. Крысам самцам Вистар вживляли биполярные электроды в латеральный гипоталамус для изучения реакции самостимуляции в камере Скиннера и микроканюли в правый боковой желудочек или структуры системы СРМ для изучения центральных эффектов действия орексина (1-5 мкг в 5 мкл на инъекцию) на подкрепляющие свойства фармакологических веществ. В качестве фармакологических средств-анализаторов использовали психостимулятор фенамин (1 мг/кг), антагонист NMDA-рецепторов фенциклидин (3 мг/кг) и агонист опиоидных рецепторов тримеперидин (3 мг/кг), которые вводили внутрибрюшинно (в/бр).

Результаты. Исследования показали, что при внутрибрюшинном введении непрямой адреномиметик фенамин (1 мг/кг в/бр) на 49,5 %, антагонист NMDA-рецепторов фенциклидин (3 мг/кг) на 64,2 %, агонист опиоидных рецепторов тримеперидин (3 мг/кг) на 51,8 %, антагонист D2 рецепторов дофамина сулпирид в малой дозе (5 мг/кг) на 12,3 % повышали частоту нажатий педали в камере Скиннера (т.е. число нажатий педали за 10 мин) при регистрации реакции самостимуляции латерального гипоталамуса. В то же время сулпирид в большой дозе (20 мг/кг) на 49,3 % снижал частоту реакции самостимуляции и на 38 % повышал пороги реакции самостимуляции. Орексин, антагонист OX1R рецепторов SB-408124 и его комбинация антагониста с орексином при внутрижелудочковом введении также не меняли основных показателей реакции самостимуляции. На фоне блокады OX1R антагонистом SB-408124 (1 мкг в/ж) фенамин, фенциклидин и тримеперидин снижали свое активирующее действие на реакцию самостимуляции. Сулпирид в низкой (5 мг/кг в/бр) дозе, которая не вызывает подавления реакции самостимуляции, на фоне блокады OX1R антагонистом SB-408124 (1 мкг в/ж) блокировал активирующее действие фенамина, фенциклидина и тримеперидина. Полученные данные позволяют сделать выводы, что 1) рецепторы OX1R участвуют в подкрепляющих эффектах разных по механизму психотропных веществ (непрямой адреномиметик, антагонист NMDA-рецепторов, опиоидный агонист) и что 2) блокада D2 рецепторов дофамина потенцирует действие антагониста OX1R рецепторов SB-408124. Следовательно, орексиновые пептиды СРМ прямо не участвуют в обеспечении эмоционального реагирования при исследовании феноменов самостимуляции, но опосредуют дофаминергические и глутаматные механизмы подкрепления. Введение антагонистов рецепторов орексина OX1R в СРМ может направленно влиять на механизмы центрального действия психостимуляторов и гипноседативных средств с наркогенным потенциалом. Это дает основание рассматривать антагонисты орексина как возможные перспективные средства профилактики и лечения аддиктивных расстройств. Наибольшей антагонистической активностью в отношении психоактивирующего действия фенамина, фенциклидина и тримеперидина в наших исследованиях обладал антагонист рецепторов орексина OX1R SB-408124 при локальном введении в ядро ложа конечной полоски и центральное ядро миндалины. После введения в боковой желудочек и медиальный отдел прилежащего ядра антагонистическая эффективность SB-408124 на подкрепляющие свойства аддиктивных средств снижалась. На фоне блокады рецепторов орексина OX1R антагонистом SB-408124, введенным в желудочки мозга или СРМ, психоактивирующие свойства психостимуляторов (фенамин, фенциклидин) и гипноседативных средств (тримеперидин)

на реакцию самостимуляции латерального гипоталамуса снижались или инвертировались в депрессантный тип реагирования. Антагонистические эффекты SB-408124 на подкрепляющие свойства самостимуляции латерального гипоталамуса проявлялись следующей закономерностью: фенциклидин > фенамин > тримеперидин. Орексин при локальном и внутрижелудочковом введении достоверно не менял основных показателей спонтанной реакции самостимуляции латерального гипоталамуса, так же, как и его комбинация с антагонистом OX1R рецепторов орексина SB-408124, что указывает исключительно на модулирующий тип действия обоих агентов на самостимуляцию мозга.

Заключение. Полученные данные подтверждают взаимодействие между рецепторами дофамина и OXR1 рецепторами орексина по типу синергичного аддитивного взаимодействия в феноменах подкрепления.

СРАВНЕНИЕ МЕТОДА ГИПНОТЕРАПИИ АЛКОГОЛИЗМА В.М. БЕХТЕРЕВА С СОВРЕМЕННЫМ «КОДИРОВАНИЕМ»

Шайдукова Л.К.

КазГМУ, г. Казань, Россия

Использование гипноза в наркологической практике имеет давнюю историю. Основоположником этого метода в наркологии являлся Владимир Михайлович Бехтерев, проводивший сеансы коллективного гипноза в специализированных лечебницах города Казани. Будучи новатором, он одним из первых определил значение наследственно-генетических и социально-психологических факторов формирования алкоголизма. Так он писал: «Пьянство является вековым злом, оно пустило глубокие корни в нашем быту и породило целую систему диких питейных обычаев. Эти обычаи... приводят к так называемому «бытовому алкоголизму», который... передается из поколения в поколение». Имя В.М. Бехтерева стоит в одном ряду с именами известных учёных – П.С. Алексеева, М.А. Захарченко, Ф.Е. Рыбакова, А.А. Певницкого, впервые изучавших алкоголизм не как вредную привычку и пагубное пристрастие, а как тяжелое заболевание, требующее лечения.

Цель исследования: выявление приоритета В.М. Бехтерева в создании метода «стрессопсихотерапии». В задачи исследования входило сравнение авторского и современного методов лечения алкоголизма. Метод исследования – библиографический.

Результат. Бехтеревым впервые был предложен гипносуггестивный метод подавления тяги к алкоголю, что являлось прорывом в терапии зависимости.

Впервые об этом методе ученый доложил на первом Всесоюзном съезде невропатологов и психиатров в 1927 году в совместном с В.В. Средневским докладе «Новый метод коллективного лечения больных хроническим алкоголизмом», хотя ещё задолго до этого события им были опубликованы работы о «внушении и его роли в общественной жизни» (1913 год), о «внушении и чудесном исцелении» (1925 год) и «природе гипноза» (1926 год). К сожалению, его первое выступление и обнародование данных с научной трибуны стало и его последним – через тридцать два часа учёный скоростижно скончается при невыясненных обстоятельствах.

Как известно, гипноз широко применялся в психиатрии при лечении неврозов. Бехтерев В.М. исследовал гипнотическое внушение для выработки отвращения к алкоголю. Процедура внешне происходила стандартно: пациентам, (а их насчитывалось от 50 до 100 человек) в течение 20-30 минут в состоянии гипнотического сна давалась установка на отказ от алкоголя, причем, у каждого присутствующего достигалось состояние каталепсии. Следующий аналогичный сеанс проводился через неделю.

В 80-х годах прошлого века этот метод модифицировался и стал известен как «кодирование». Существовала определённая этапность проведения «кодирования». Первый, вводный этап, характеризовался применением косвенной (опосредованной) суггестии, механизмов психической индукции и сенсбилизации сформированием установки на лечение. Второй этап включал коллективно-групповое занятие в течение 1,5-2 часов с определенной последовательностью применяемых психотерапевтических приемов и использованием гипноидных (фазовых) состояний, на фоне которых и осуществлялось внушение. На передний план выступала рациональная психотерапия, кульминационные смысловые моменты завершались эмоционально-волевыми императивными внушениями с элементами драматизации, ритуальными действиями. Задачами этого этапа являлось формирование «культы личности» врача-психотерапевта. Семантическим ядром методики являлась формула внушения, заключающаяся в том, что «не твоя (больного), а моя (психотерапевта) воля избавляет тебя от недуга». Третий, заключительный, этап включал проведение направленных императивных суггестий полного исчезновения влечения к спиртному совместно с определёнными физиогенными манипуляциями («материализация» внушений). Завершающее императивное внушение осуществлялось на фоне зрительной депривации (путём одномоментного принудительного закрытия глаз ладонью врача) и воздействия на вестибулярный аппарат (путем резкого насильственного забрасывания головы назад). Затем проводилось кратковременное раздражение тройничного нерва в точках выхода.

Процедура «кодирования» по ряду положений основополагалась на методике, разработанной В.М. Бехтеревым. Так же, как при современной стрессопсихотерапии, ученый-практик использовал внушение, обладающее мощной суггестивной силой: в сжатых, но ярких образах, с применением рисунков и таблиц, он описывал весь вред, который приносит злоупотребление спиртными напитками, затем описывал предстоящую процедуру гипноза, предупреждая о нежелательности употребления алкоголя после неё и возможных побочных последствиях. Несмотря на внешнее сходство метода гипнотерапии Бехтерева с современным методом «стрессопсихотерапии» (больше известного как «кодирование»), имеется их существенное различие: во-первых, ученый проводил сеансы без «запугивания», а с применением гипноза; во-вторых, отсутствовала третья этап, что не позволяло определить его метод как «кодирование»; в-третьих, основоположник этого метода не принимал на себя «божественные черты», а выступал как профессиональный врач-психотерапевт.

Обсуждение. Возникает вопрос – почему В.М. Бехтерев не доводил процедуру устрашения до кульминационной точки, беря всю ответственность за употребление алкоголя на себя, как это делается в современной методике?

Думается, причина двоякая: во-первых, учёный, как известно, обладал огромным авторитетом среди пациентов, вполне достаточным для доверительных отношений с ним. Слава о его профессиональных способностях была так велика, что залы порой не могли вместить всех желающих, а ведь речь шла о малограмотных крестьянах и рабочих. Масштабность его личности была удивительной, бросающейся в глаза, что отражалось и восприятии современниками его внешности (так, люди, видевшие его на фотографии, были удивлены, когда при встрече обнаруживали человека невысокого роста, крепкого телосложения; впрочем, после сеансов иллюзорность восприятия вновь возвращалась). Во-вторых, учёный обладал профессиональной честностью, не позволявшей выдвигать себя в качестве мага, способного творить чудеса. Подтверждением этого является повторяемость сеансов. В.М. Бехтерев позиционировал себя как дополнительную силу, способную реализовать уже имеющийся потенциал, а не как чудотворца и вершителя судеб.

Убеждение, гипнотерапия, самовнушение – эта «психотерапевтическая триада Бехтерева» (термин, предложенный Г.В. Зеневичем и С.С. Либихом в 1965 году) содержит в себе важный компонент – самовнушение, то есть использование собственных ресурсов при условиях, когда рядом нет психотерапевта.

Вывод. Таким образом, краткий анализ метода, используемого В.М. Бехтеревым при лечении больных алкоголизмом, позволяет с полным основанием отнести его к основоположникам гипно- и стрессопсихотерапии в наркологической практике.

ДЕФОРМАЦИЯ МЫСЛИТЕЛЬНОЙ, ПЕРЦЕПТИВНОЙ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ И МНЕСТИЧЕСКИХ СФЕР В СТРУКТУРЕ ПСИХОПАТИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЯМИ

Шайдукова Л.К.

КазГМУ, г. Казань, Россия

Введение. Процесс психопатизации больных наркоманиями обусловлен разными причинами: наличием преморбидных расстройств личности «ядерного» характера, возникающих в детстве; наличием преморбидных расстройств личности «краевого» характера, возникающих в пубертатном возрасте; следствием токсического воздействия наркотических веществ в период наркотизации; следствием напряженности патологического влечения в структуре наркотической зависимости; следствием сформировавшейся энцефалопатии смешанного генеза. В научных литературных источниках стало традиционным дидактическое положение о преобладании нарушений трех психических сфер при расстройствах личности и поведения: эмоциональной, волевой и самосознания, так как психопатия (устаревшее название расстройств личности) характеризовалась эмоциональной дисбалансировкой, снижением контроля над действиями, искаженным самосознанием – как «болезнь отрицания». Вместе с тем, при наличии коморбидной патологии, как наркомания, структура психопатизации «обогащается» нарушениями и других психических сфер.

Целью исследования было выявление особенностей деформации в мыслительной, перцептивной, мнестической и интеллектуальной сферах у больных наркоманиями с установленными психопатоподобными нарушениями. Материалом исследования служили 87 пациентов с диагнозом «наркомания», находящихся на лечении в республиканском наркологическом диспансере и выявляющих психопатоподобные расстройства. Основным методом исследования был клинико-психопатологический с обязательным анкетированием, интервьюированием, автобиографической инвентаризацией; дополнительным методом являлся экспериментально-психологический с применением теста ММРІ (прицельно изучалась 4-я шкала «психопатии») и тест Шмишека (изучались преморбидные особенности характера).

Результаты исследования. У всех обследованных пациентов клинически установленный психопатоподобный синдром коррелировал с высокими показателями по шкале «психопатии» ММРІ и выраженными показателями по тесту акцентуации характера Шмишека. Исследование показало нарушения мыслительной (или ассоциативной) сферы, которые проявлялись в маркерах деформированного мышления, или специфических «ошибок мышления» как «Наркотики – это единственное, ради чего стоит жить». Специфическая лживость психопатизированных больных наркоманиями основана именно на деформации мышления, легкости создания защитно-компенсаторных псевдоутверждений:

«У меня есть моральные принципы»; «Я не обманываю других, когда беру в долг (говорю, что брошу употреблять)»; «Я правдивый человек». Психопатический субъективизм, искаженная эмоциональность, аддиктивная мотивация, выявленные в процессе исследования, сочетались с феноменом лживости. Самое популярное высказывание пациентов: «Я обманываю тех, кто этого хочет» – связано с их стремлением навязать свою деформированную, рентно-направленную логику окружающим, вовлечь в манипулятивные игры, создать созависимость. Деформация мышления также связана с наркологической тематикой, которая обслуживает ведущую доминанту: «Бывает так, что голова занята только мыслями о наркотиках, о возможностях достать наркотики, деньги на наркотики». В этих случаях у пациентов возникали овладевающие идеи употребления наркотиков. Возникло нарко-доминирующее мышление: «Бывает так, что голова занята только мыслями о наркотиках». У больных с большим стажем употребления ПАВ выявлялось обилие жаргонов и вульгаризмов, обслуживающих аддиктивную тематику, отмечалась наркоманическая семантика речи. Эта сфера наиболее сложна для предметной оценки, так как такие проявления, как поверхностность мышления и его легковесность труднодоказуемы при использовании традиционных методов опроса и утверждений.

Изменения в сфере восприятия (перцептивной) сфере определялись по ощущениям пациентов окружающего мира. Было выявлено усиление восприятия окружающего мира, ослабление и его эмоциональное искажение. Усиление восприятия проявлялось прежде в усилении ощущений и оценки невербальной информации – оно не было абсолютным и касалось только тематически связанных обстоятельств. Так, больные приобретали «звериное чутье» в ситуациях приобретения наркотиков, добывания средств на их покупку. Сами пациенты констатировали у себя усиление того, что они называли «интуицией», способностей определить слабые стороны окружающих и эксплуатировать их согласно своим пронаркотическим мотивам: «Я почти физически ощущаю чужую ложь»; «Я ощущаю опасность»; «Я угадываю намерения людей до того, как они их высказали». Вместе с тем, во время употребления ПАВ, восприятие окружающего мира притуплялось, отмечалась внутренняя фиксированность своих ощущений. Больные ощущали фиксированность на своих ощущениях: «Когда я употребляю наркотики, окружающий мир перестает для меня существовать». Искажение же восприятия коррелировало с деформацией эмоциональной сферы: «Порой люди мне кажутся уродливыми, особенно когда у меня плохое настроение»; «Когда у меня хорошее настроение весь мир окрашивается в радужные цвета».

В традиционной наркологической литературе отмечается, что при психопатических расстройствах интеллектуальная и мнестическая сфера часто остаются интактными, однако у больных опийной наркоманией нами были обнаружены искажения и в данных сферах. Отмечался феномен «аддиктивной гипермнезии» и, соответственно, «аддиктивного интеллекта»: «Я Вам расскажу все о наркотиках»; «Я больший нарколог, чем Ваши врачи»; «Я часто выхожу в интернет, чтобы узнать о новых препаратах». Отмечалось усиление функций памяти на пронаркотическую тематику: «Я помню и знаю много о действии препаратов», а также расширение интеллекта за счет увеличения знаний по данной тематике. Это связано, прежде всего, с повышенной мотивацией получения подобного рода знаний, а также их эмоциональной заряженностью. Ряд пациентов были постоянными посетителями интернет-сайтов, участвовали в интерактивных форумах, делились впечатлениями на соответствующих сайтах, образуя своеобразный «клуб потребителей наркотиков». Среди была выделена подгруппа (19 человек), в которой отмечалась наркотическая и интернет-зависимость. У этих пациентов наблюдался феномен «аддиктивной псевдошизоидизации», заключающийся в появлении интравертированных форм поведения, охлаждения к межличностным коммуникациям, чередование, либо сочетание «ухода» в наркотизацию и интернет-деятельность.

Выводы. Таким образом, при наличии патологии в виде наркомании, коморбидной расстройством личности, психопатизация проявляет признак тотальности, затрагивая все сферы психической деятельности, что должно быть учтено при формировании реабилитационных программ для данного контингента пациентов.

РЕГУЛЯЦИЯ ФУНКЦИЙ ДОФАМИНОВОЙ СИСТЕМЫ АГОНИСТАМИ ДОФАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ: ОПЫТ НЕВРОЛОГИИ ПРИ РАЗРАБОТКЕ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Шамакина И.Ю., Проскуракова Т.В., Анохин П.К.,
Шоханова В.А., Анохина И.П.

НИИ наркологии – филиал ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского, Москва, Россия

Несмотря на разнообразные подходы, эффективность лечения алкогольной зависимости в настоящее время остается невысокой. В основе нашего исследования лежит гипотеза о возможности использования в терапии зависимости агонистов дофаминовых рецепторов, применяемых при других дофамин-дефицитных состояниях, а именно, болезни Паркинсона и гиперпролактинемии.

Целью исследования было выяснение возможности снижения потребления алкоголя и коррекции нарушений на уровне регуляции транскрипции генов с помощью агонистов дофаминовых рецепторов.

Методы. Добровольное потребление алкоголя у крыс – самцов Wistar изучали в модели «свободный выбор» (10 % этанол/вода). Исследовали эффект агониста дофаминовых D2-рецепторов (DRD2) каберголина (Tocris Bioscience) на предпочтение алкоголя, двигательную активность, тревожность («темная/светлая камера»), поведение «предпочтение места». Экспрессию мРНК изучали методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени после обратной транскрипции (ОТ-ПЦР). Полученные результаты обрабатывали с помощью программ “Statistica 8.0” и “MS Office Excel 2013”.

Результаты исследования. Показано, что у животных с высоким уровнем потребления алкоголя снижен уровень мРНК DRD1 и DRD2 в стриатуме, т.е. на уровне регуляции транскрипции этих генов нарушения затрагивают, в первую очередь, постсинаптическое звено. Мы предположили, что стратегия активации дофаминовых рецепторов с помощью их агонистов, используемая, в частности, в терапии болезни Паркинсона, может оказаться эффективной для снижения потребления алкоголя. Для проверки этой гипотезы был выбран каберголин, обладающий высокой аффинностью к DRD2 ($K_i=0,61$). Показано, что каберголин при системном введении (0,5 мг/кг/сутки) снижает потребление алкоголя («препарат»: $F(1,15)=59,3$; $p<0,0001$; «день введения»: $F(12,180)=1,9$; $p<0,05$, two-way ANOVA) и проявляет свойства анксиолитика. Введение каберголина алкоголизированным животным в течение 24 дней вызывало повышение уровня мРНК DRD2 в среднем мозге и вентральном стриатуме, а также синаптических белков Snar25, Vamp2 и нейротрофического фактора BDNF в среднем мозге, что может лежать в основе его анксиолитического и нейропротективного эффектов.

Заключение. Настоящее исследование расширяет представления о механизмах нарушений в структурах дофаминовой системы на уровне регуляции экспрессии генов и позволяет по-новому взглянуть на возможную сферу применения D2-агонистов, предложив их в качестве мишени направленной терапии алкогольной зависимости.

РОЛЬ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ В СНИЖЕНИИ ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ В РОССИИ В 2003–2015 ГГ.

Шельгин К.В.

СГМУ, г. Архангельск, Россия

Введение. Влияние уровня потребления алкоголя населением в России на генерацию колебаний как общей смертности, так и отдельных причин смерти не вызывает сомнений. Тем не менее, остается дискуссионным вопрос о размере алкогольобусловленной части общей смертности и влиянии понижения потребления алкоголя на снижение смертности, наблюдающееся с 2003 года.

Цель исследования: количественно оценить размер алкогольной составляющей общей смертности и связь настоящего понижения смертности с уровнем потребления алкоголя.

Материалы и методы. В анализе использованы показатели смертности населения за период 2003-2015 гг., представленные в Российской базе данных по рождаемости и смертности, уровни потребления алкоголя в пересчете на население в возрасте 15 лет и старше за период взяты из книги А.В. Немцова «Алкогольная история России: Новейший период» (2009). Показатели смертности стандартизованы по Европейскому стандарту населения на 100000 населения прямым методом. Для расчета использовалась модель ARIMA. Для оценки вклада алкогольассоциированной и не ассоциированной с потреблением алкоголя смертности в снижение общего уровня смертности мужчин и женщин в возрасте 15 лет и старше в 2003–2015 гг. использовался индексный метод.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что за период 2003-2015 гг. средняя доля связанной с потреблением алкоголя смертности в структуре общей смертности мужчин составила 38,1 %, в структуре общей смертности женщин 27,8 %.

И у мужчин и у женщин, связанная с алкоголем доля смертности с 2003 года уменьшается. К 2015 году она достигла 34,8 % у мужчин и 25,2 % у женщин. Наименьший уровень связанной с потреблением алкоголя смертности определился и у мужчин и у женщин в 2013 году, после чего снижение остановилось. Расчеты индексным методом показывают, что падение смертности в 2003-2015 гг. было детерминировано снижением как неалкогольной, так и алкогольассоциированной смертности с преобладанием последней. В настоящее время Россия находится в периоде замедления снижения алкогольного вклада в общую смертность.

Заключение. Показано, что доля связанной с потреблением алкоголя смертности в структуре общей смертности в России в 2003-2015 гг. достигает трети случаев, алкогольная составляющая играет ведущую роль в снижении общей смертности. Из-за замедления уменьшения алкогольной составляющей может замедляться снижение общего уровня смертности в стране, что делает возможным новый рост смертности.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ПОДХОДЫ К ПОНИМАНИЮ ПСИХОЛОГИИ РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ С АДДИКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ: САМОЭФФЕКТИВНОСТЬ ИЛИ ВЫГОРАНИЕ В БОРЬБЕ С БОЛЕЗНЬЮ БЛИЗКОГО?

Шишкова А.М., Бочаров В.В.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ, проект «Методология и инструментарий оценки уровня «эмоционального выгорания» родственников больных с аддиктивными расстройствами» № 17-06-00533 а.

Возникновение хронического заболевания у одного из членов семьи неизбежно влияет на его близких, требуя от них перестройки на различных уровнях функционирования личности (Weber, 2011). Масштаб такой трансформации определяется степенью вовлеченности родственника во взаимодействие с больным. При высокой степени вовлеченности у опекающего хронически больного может происходить изменение всей системы личностных отношений, а в качестве доминантной смыслообразующей деятельности выступает борьба с болезнью и поддержание благополучия своего близкого. В связи с этим, представляется необходимым рассмотрение родственников как значимого звена в системе помощи больным с аддиктивными расстройствами, а также разработка мероприятий, направленных на поддержание их конструктивной в своей основе личностной активности, направленной на преодоление болезни близкого.

Анализ теоретических конструктов, лежащих в основе изучения и определяющих современное понимание психологии родственников аддиктивных больных в отечественной наркологии и клинической психологии показал, что они, как правило, характеризуются игнорированием конструктивной личностной активности родственников, направленной на преодоление болезни близкого (Бочаров, Шишкова, 2016). Так, существующие в настоящее время подходы либо сосредоточены на психических и поведенческих феноменах, связанных с хронической психотравматизацией родственников, обусловленной наличием аддиктивной патологии у одного из членов семьи, либо фокусируют внимание специалистов на выявлении деструктивных поведенческих паттернов, способствующих поддержанию заболевания (Агибалова, Эм, 2012; Бохан с соавт., 2011).

Сложившаяся ситуация, во многом, связана с тотальным господством в наркологической практике концепции «созависимости». Выступая в качестве методологического основания, концепция «созависимости» способствовала формированию стигматизирующего представления о близких больного как о дисфункциональных в личностном и семейном отношении и, вследствие этого, патологизирующих лечебный и реабилитационный процесс (Москаленко, 2011; Чирко, Дёмина, 2005).

Анализ актуального состояния концепции «созависимости», по нашему мнению, обнаружил ее несостоятельность в качестве теоретического основания при разработке специализированных мероприятий для родственников аддиктивных больных (Бочаров, Шишкова, 2015).

Концептуальный акцент на деструктивных аспектах личностного и семейного функционирования оказывает значительное влияние на характер и цель терапевтической работы, осуществляемой специалистами с родственниками аддиктивных больных. Часто вместо того, чтобы распознавать и поощрять конструктивную активность родственников, направленную на преодоление болезни, нарколог или другой специалист, работающий в данной сфере, интерпретирует стремление родственника бороться с болезнью близкого как неосознанную попытку разрешить его собственные личностные

дефициты и в качестве основной мишени коррекции видит разрыв связи аддикта с опекающими родственниками. Так, например, в рамках широко применяемой 12-ти шаговой модели родственникам наркозависимых рекомендуют прекратить осуществлять поддержку больного – «потворствование», поскольку это не дает больному «опуститься на дно» и осознать необходимость изменения собственного поведения. Невыполнение таких нереалистичных требований специалиста, вступающих в острое противоречие с традиционными семейными ценностями и представлениями о самоэффективности родственников, как правило, рассматривается как проявление патологических изменений личности – «созависимость».

Сформировавшийся в профессиональной среде искаженный стигматизирующий образ родственника, через призму которого близкие больного часто воспринимаются специалистами как заведомо дисфункциональные, в значительной степени дискредитирует членов семьи как потенциальных партнеров в процессе лечения. Это проявляется, в частности, в непризнании профессиональным сообществом того факта, что родственники обладают уникальной информацией (опытом), экспертными знаниями о психическом функционировании аддикта.

Ситуация, характеризующаяся отсутствием полноценного сотрудничества родственников и специалистов в процессе лечения больного, снижает терапевтический потенциал лечебных и реабилитационных программ, порождая ощущение изолированности и неудовлетворенности как у родственников, так и у самих специалистов, негативно влияя на приверженность лечению и его эффективность.

Недооценка конструктивной личностной активности, стигматизирующее наклеивание ярлыка «созависимый», ограниченный доступ к информации о заболевании и возможных вариантах лечения близкого (низкая распространенность психообразовательных программ, направленных на формирование компетенций), директивный стиль взаимодействия, не предполагающий равноправного диалога, обмена знаниями и формирования общих целей терапии, учитывающих контекст семейных смыслов и ценностей, часто приводит к тому, что, вступая во взаимодействие со специализированными учреждениями, родственники больных испытывают значительную фрустрацию, связанную с невозможностью реализации деятельности по поддержанию здоровья своих болеющих зависимостью близких.

Формирующееся с течением времени снижение интереса к больному, ощущение собственной бесполезности и беспомощности, разочарование в методах лечения и самом зависимом от ПАВ члене семьи, снижение жизненной энергии, а также возникновение психосоматических нарушений, часто описываемые у родственников больных (Ерофеева, 2013; Morgan, 2012), представляют собой результат блокады смыслообразующей деятельности (усилий родственников больного по преодолению болезни близкого), отражающийся в диффузном ощущении неэффективности и формировании феноменов, характерных для синдрома «выгорания».

Современные исследования, посвященные изучению психологии родственников больных психическими и аддиктивными расстройствами, показывают, что часто наблюдаемые у них разочарование, напряжение, депрессия и беспомощность (рассматриваемые нами в рамках концепции «выгорания») часто связаны с недостаточной возможностью для реализации собственных прав и потребностей, направленных на лечение болеющего близкого (САНН, 2015).

В качестве эффективных и эмпирически обоснованных интервенций, направленных на расширение возможностей (empowerment) родственников хронически больных (в частности, больных психическими и аддиктивными расстройствами), в литературе

описываются различные подходы, основанные на привлечении (engagement) родственников к активному участию в процессе лечения своих близких (Wiley, 2010).

В качестве основных компонентов такого, альтернативного подхода к взаимодействию с родственниками больных выступают: взаимно согласованные цели, совместно используемые экспертные знания, разделенная ответственность, экокультурное соответствие, сотрудничество при решении задач, акцент на сильных сторонах (Brookman-Frazer, 2004).

Подход, ставящий во главу угла сотрудничество (основанное на взаимном уважении и партнерских отношениях) родственников со специалистами в процессе лечения больных, позволяет не только поддерживать ощущение самоэффективности членов семьи в лечении близкого, тем самым препятствуя формированию у них феноменов, связанных с «выгоранием», но и значительно повышает эффективность самих терапевтических и реабилитационных программ, что, в свою очередь, отражается, в частности, в уменьшении частоты повторных госпитализаций и рецидивов, а также повышении медикаментозного комплаенса (Clark, 2001; Sellwood et al., 2001).

Актуальным представляется изучение возможных стратегий и барьеров на пути к изменению существующей в отечественной наркологии парадигмы в сторону дестигматизации и признания прав родственников на доступ к ресурсам и полноправному участию в процессе принятия решений в ходе терапии и реабилитации их близких.

НЕЙРОАКТИВНЫЕ СТЕРОИДНЫЕ ГОРМОНЫ – ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ МИШЕНИ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Шушпанова Т.В., Бохан А.Н., Мандель А.И., Новожеева Т.П.,
Солонский А.В., Счастный Е.Д., Казенных Т.В.

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, г. Томск, Россия

Одной из проблем в лечении алкоголизма является необходимость эффективных фармакологических средств, способных корригировать последствия алкогольной интоксикации и зависимости. Нарушенный гомеостаз нейроактивных стероидов (НС) может быть фактором риска для развития психических заболеваний. Изучение эффектов лекарственных препаратов на нейростероидогенез может дать новое понимание основных закономерностей формирования алкогольной мотивации и зависимости, позволит разработать новые подходы к лечению этого заболевания.

Нами изучены уровни стероидных гормонов: кортизола, адренокортикотропного гормона (АКТГ), дегидроэпиандростерона (ДГЭА) и его сульфатированной формы дегидроэпиандростерона сульфата (ДГЭАС) в сыворотке крови у пациентов-мужчин больных алкоголизмом и у здоровых добровольцев до лечения и на фоне терапии оригинальным антиконвульсантом галодифом, представляющим собой линейное производное мочевины (мета-хлор-бензгидрилмочевина).

В исследование было включено 68 больных алкоголизмом мужчин в возрасте от 24 до 53 лет (средний возраст – 38,3±8,9 лет). Группу сравнения составили 23 здоровых добровольца, стандартизированных к основной группе по возрасту (36,50±9,51 лет), не предъявлявших на момент исследования никаких жалоб и признанных здоровыми по стандартному набору клинико-лабораторных тестов. Больные находились на лечении в отделении аддиктивных состояний НИИ психического здоровья с диагнозом «Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя, синдром

зависимости» (F10.232) и «Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя, состояние отмены» (F10.302).

Показанием для назначения галодифа были клинические проявления патологического влечения к алкоголю, когда влечение имело отчетливо периодический характер, с насыщенно аффективной окраской и признаками пароксизмальности. Галодиф назначали в дозировке 300 мг в сутки (по 100 мг три раза в день) в абстинентный и постабстинентный период при различной степени выраженности аффективной симптоматики (компульсивных, пароксизмальных, дистимических и дисфорических нарушений), длительность курса составила 21 день.

В исследовании применялись клинико-психопатологический метод, шкала тревоги и депрессии Гамильтона.

Исследование кортизола и АКТГ выявило их повышенный уровень у больных алкоголизмом по сравнению с контрольной группой здоровых добровольцев. Повышенное содержание кортизола характерно для состояний дистресса и депрессивных расстройств, свойственных для абстинентных состояний, связанных с дефицитом ГАМК. При аффективных расстройствах и при алкоголизме происходит нарушение механизма отрицательной обратной связи, по которому выделяющийся из надпочечников кортизол тормозит продукцию кортикотропин-рилизинг-фактора (КРФ), в результате чего содержание КРФ, АКТГ и кортизола аномально увеличивается. Увеличение базового уровня кортизола может быть из-за аномалий функционирования гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой (ГГН) оси у больных алкоголизмом; эти нарушения, возможно, связаны с нарушениями в нейромедиаторных системах (дофаминергической, глутаматергической, ГАМК), и модуляторной бензодиазепиновой рецепторной системе, участвующих в регуляции ГГН оси.

Роль кортизола может быть обусловлена опосредованным действием его метаболитов на ГАМКА рецепторы. Метаболиты кортизола имеют антагонистическое действие на ГАМКА рецептор. ГАМКергические интернейроны являются основным компонентом кортико-лимбической системы. Они обеспечивают регуляцию как ингибиторной, так и возбуждающей модуляции в корковых и гиппокампальных цепях и вносят вклад в регуляцию колебательных ритмов, обработку дискриминационной информации и сенсорной информации в кортико-лимбической системе. Стрессовые реакции внутри дисфункциональной системы могут привести к дисбалансу стероидных гормонов. Это, в свою очередь, может привести к чрезмерному воздействию глюкокортикоидов к соответствующим нейроадаптивным изменениям в различных областях головного мозга.

Алкоголь и гормоны стресса вызывают нейроадаптивные изменения в мозге, которые могут способствовать функционально измененному состоянию нейроэндокринной системы и повышенной склонности к возникновению рецидивов, что, в конечном счете, может привести к развитию зависимости. Выявленное нами значительное снижение уровня ДГЭА и ДГЭАС у больных алкоголизмом, скорее всего, является результатом хронического воздействия алкоголя и абстинентного состояния у этих больных. ДГЭА имеет большую чувствительность к повышению уровня АКТГ по сравнению с кортизолом. ДГЭА имеет выраженные психотропные эффекты – улучшение памяти, антидепрессивное, анксиолитическое и антиагрессивное действие. Снижение уровня ДГЭАС у больных алкоголизмом на фоне терапии галодифом может свидетельствовать о снижении пула ДГЭАС в связи с переходом его в более активную несulfатированную форму, имеющую большую липофильность и проницаемость через гематоэнцефалический барьер. ДГЭА и ДГЭАС обладают сильным антиглюкокортикоидным и нейропротективным действием на мозг и способны защитить нейроны от индуцированной глюкокортикоидами нейротоксичности.

Отношение кортизол/ДГЭА имеет особое значение, так как антиглюкокортикоидные эффекты ДГЭА приводят к снижению тревоги и депрессии. Повышение уровня ДГЭА – модулятора ГАМКА-рецептора может повысить общую ГАМКергическую проводимость. Снижение повышенного уровня кортизола и соотношения кортизол/ДГЭА, повышение уровня ДГЭА является положительным прогностическим ответом на терапию галодифом. Повышение значений индекса соотношения кортизол/ДГЭА у больных алкоголизмом при абстинентном состоянии значительно снижается на фоне проведения курсовой терапии галодифом (значения индекса соотношения 28,07 и 18,53 до и после терапии соответственно); но не достигает значения индекса в контрольной группе у здоровых добровольцев (13,95). Повышение уровня ДГЭА на фоне терапии галодифом свидетельствует о стимуляции синтеза ДГЭА, оказывающим антиглюкокортикоидный эффект на фоне повышенного уровня кортизола.

Современные данные исследований в области нейрофармакологии подчеркивают значение нейростероидов в регуляции ингибиторной нейротрансмиссии в мозге. Значительная роль отводится нейростероидам в осуществлении новых подходов в терапии трудноизлечимых больных с неврологическими и психическими расстройствами, включая депрессию, шизофрению, алкоголизм, рассеянный склероз и другие нейродегенеративные расстройства. Это может быть связано с их способностью регулировать ингибиторную нейротрансмиссию в мозге, а также функцию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой (ГГН) и гипоталамо-гипофизарно-гонадальной оси, формирования миелина, процессов воспаления и др.

Нарушенный гомеостаз нейростероидов может быть фактором риска для развития психических заболеваний и алкоголизма; психофармакологические препараты, модулирующие активность нейростероидов, могут оказывать клинические эффекты посредством их влияния на равновесие нейростероидов. Способность нейростероидов снижать активацию ГГН-оси может играть важную роль в возвращении к нормальному гомеостазу. Система КРФ – АКТГ – кортизол, обладающая высокой чувствительностью к острому и хроническому воздействию алкоголя, является важной нейромедиаторной системой стресса и тревоги, оказывает влияние на баланс нейростероидов с выраженным анксиолитическим и анксиогенным действием, представляет важную мишень для поиска новых психофармакологических средств «точечного действия», имеющих антиалкогольную направленность. Лечение с использованием препаратов, модулирующих концентрации этих соединений, может способствовать процессам нейрогенеза, повышать нейрональную выживаемость, процессы миелинизации, снижать нейротоксичность, что особенно важно при токсическом воздействии, связанным со злоупотреблением алкоголем.

Результаты проведенных нами исследований показали положительную перспективу использования противосудорожных средств, обладающих нормотимическим действием, при терапии патологического влечения к алкоголю у пациентов с алкоголизмом.

СОЗДАНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ АНТИКОНВУЛЬСАНТОВ ДЛЯ ТЕРАПИИ АЛКОГОЛИЗМА: ФАРМАКОФОРНАЯ МОДЕЛЬ С ГАМКА-РЕЦЕПТОРОМ

Шушпанова Т.В., Новожеева Т.П., Станкевич К.С., Бохан Н.А.

*НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН,
Национальный исследовательский Томский политехнический университет
Институт физики высоких технологий, г. Томск, Россия*

Вопросы эффективности профилактики и лечения алкоголизма тесно связаны с изучением изменений нейрохимии и нейрофармакологии мозга, лежащих в основе механизмов формирования предпочтения к алкоголю, развития толерантности и синдрома отмены. Злоупотребление алкоголем вызывает нейроадаптивные изменения бензодиазепиновых рецепторов (БДР), модулирующих ГАМКА рецепторы и поддерживающих алкогольную аддикцию.

Изучение эффектов лекарственных препаратов, обладающих модуляторным действием на нейрональные рецепторы, в частности, ГАМКА рецепторы, может дать новое понимание основных закономерностей формирования алкогольной мотивации и зависимости, разработать новые подходы к лечению этого заболевания.

Новые подходы к молекулярному моделированию, основанные на быстром совершенствовании вычислительных платформ, позволили использовать компьютерного дизайна новых лекарственных средств на основе механизма их действия или структуры. Современный подход, позволяющий в явном виде оценить геометрию лиганд-рецепторных комплексов на основе знаний о трехмерных структурах активного центра рецептора и лиганда, осуществляется с помощью молекулярного докинга. При этом учитывается конформационная лабильность лиганда, а также подвижность боковых цепей аминокислотных остатков внутри активного центра. Комплементарность оценивается как геометрическим соответствием лиганда рецептору, так и в терминах электростатических, Ван-дер-Ваальсовых взаимодействий и водородных связей. Для проведения докинга использовали модельную кристаллическую структуру гетеропентамера $\alpha 1\beta 2\gamma 2$ рецептора ГАМКА рецептора (ГАМКАР), оптимизированную для исследования взаимодействия ГАМКАР с агонистами и аллостерическими модуляторами, связывающимися с ГАМКАР в бензодиазепиновом сайте. Для построения модели использовали известные агонисты ГАМКА рецептора: Диазепам, Клоназепам, Лоразепам, Мидазолам. Фармакофорная модель бензодиазепинового сайта связывания на ГАМКА рецепторе (ГАМКАР) характеризуется наличием 3 пространственно-разделенных групп полевых точек, соответствующих положительным зарядам в рецепторе, 2 групп полевых точек, соответствующих отрицательным зарядам в рецепторе, а также наличием 2 гидрофобных областей. Модель и последующая валидация по имеющимся экспериментальным данным показывают, что надежные модели ГАМКАР могут быть получены с использованием новых полноразмерных матриц рецепторов. Помимо того, что модель служит примером того, как агонисты и модуляторы могут связываться с ГАМКАР, модель может помочь в изучении мутационных исследований, распутывающих механизм, с помощью которого работают агонисты, бензодиазепины и другие аллостерические модуляторы.

Фармакофорное моделирование – метод, позволяющий на основе знаний об активной конформации рецептора выбрать структурно близкие молекулы, имеющие сходное расположение ключевых областей (фармакофоров) в пространстве.

Для построения фармакофорных моделей использовали программный пакет CressetGroup, в основе которого лежит использование полевой модели. Модель

включает различные типы полевых точек, соответствующие экстремумам энергии пробных атомов. Размер полевой точки соответствует глубине экстремума энергии.

Карбамазепин является производным карбоксамида, близком по структуре к бензодиазепину. Этим обусловлено полное наложение гидрофобных областей молекулы и модели. Также совпадает положение одного из акцепторов водородных связей.

При наложении разрабатываемого нами инновационного антиконвульсанта Галодифа (мета-хлор-бензгидрилмочевина) на фармакофорную модель наблюдается совпадение полевых точек, соответствующих гидрофобным областям в рецепторе, а также частичное наложение полевых точек, соответствующих положительным зарядам в рецепторе. Несмотря на несовпадение по положению доноров водородных связей в молекуле с акцепторами водородных связей в рецепторе, Галодиф и Карбамазепин характеристические характеризуются высокой степенью соответствия модели – 0,745 и 0,651 соответственно.

При наложении Галодифа на фармакофорную модель ГАМКА рецептора также наблюдается неполное совпадение между группами полевых точек, соответствующими положительным зарядам в рецепторе. Тем не менее, за счет компактного размера молекулы, она хорошо укладывается в модель с позиции геометрии и наложения гидрофобных областей.

Таким образом, с учетом рассчитанных значений степени соответствия соединений фармакофорной модели барбитуратного сайта связывания на ГАМКА рецепторе, можно сказать, что Галодиф и Карбамазепин низкокомплементарны барбитуратному сайту связывания на ГАМКА рецепторе и, вероятно, с ним слабо взаимодействуют.

Молекула Галодифа оказалась комплементарной бензодиазепиновому сайту ГАМКАР и взаимодействует с ключевыми аминокислотами на $\alpha 1\gamma 2$ интерфейсе рецептора.

Проведенные исследования подтверждают полученные нами данные о модулировании Галодифом свойств бензодиазепиновых рецепторов на ГАМКА рецепторном комплексе в коре головного мозга крыс при экспериментальном алкоголизме, повышении аффинитета рецепторов, стимуляции рецепторного связывания, что, в свою очередь, приводило к повышению ГАМКергической нейромедиации и снижению потребления 15 % раствора алкоголя «многопьющими»; животными при интрагастральном введении галодифа в дозе 100 мг/кг массы тела в течение 14 дней. Эффект снижения потребления алкоголя наблюдался уже на 3 сутки введения препарата. Введение Галодифа снижало экспрессию и плотность БДР в коре мозга крыс, что является компенсаторным механизмом в условиях сниженной ГАМКергической функции.

В большей степени Галодиф оказывал эффект на плотность БДР «периферического» типа – митохондриальных рецепторов, лимитирующих перенос холестерина и синтез стероидных гормонов в митохондриях, модулирующих функцию ГАМКАР, преимущественно локализованных в клетках глии в ткани мозга.

Нами разработан новый способ реабилитации больных алкоголизмом с использованием препарата Галодиф в комплексных терапевтических программах, позволяющий достичь устойчивого лечебного эффекта, выражающегося в снижении патологического влечения к алкоголю за счёт нормотимолептического, анальгезирующего и вегетостабилизирующего действия, что позволяет отнести Галодиф к препаратам с anti-craving эффектом и определяет целесообразность использования его в качестве противоресивного средства в период стабилизации ремиссии при актуализации первичного патологического влечения к этанолу. Фармакоположительное действие Галодифа наблюдалось при купировании алкогольного абстинентного синдрома за счет выраженного вегетостабилизирующего действия препарата с симпатиколитическим эффектом –

нормализацией ритма сердечных сокращений, снижением повышенного артериального давления, купирование кардиальгий при средней степени тяжести алкогольного абстинентного синдрома. Наибольшую тропность к действию Галодифа имели цефальгические и диэнцефальные расстройства. У больных с осложненными формами алкоголизма эффективно применение Галодифа в фазе ремиссии при спонтанно возникающем симптомокомплексе нейровегетативных проявлений первичного патологического влечения к этанолу, т.н. «сухой абстиненции», для купирования дисфорических расстройств. Кроме того, Галодиф не оказывает выраженного седативного действия, не вызывает привыкания и зависимости, что позволяет рекомендовать использование препарата не только в стационарных, но и в амбулаторных условиях как противорецидивное и профилактическое средство для безопасного и длительного применения.

КЛИНИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПРОГРЕДИЕНТНОСТИ ПРИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИИ ПАВ У ПОДРОСТКОВ: КОРРЕЛЯЦИИ С ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ, ГЕНЕТИЧЕСКИМИ И МИКРОСОЦИАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ

Яковлев А.Н., Пашкевич Н.В., Витчинкина В.И., Коростин М.И.

Липецкий ОНД, г. Липецк, Россия

Введение. Профилактика наркологических проблем среди подростков требует максимально точного понимания механизмов возникновения злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ). Генетические факторы, поведенческие расстройства и макросоциальное неблагополучие регулярно указываются в числе ведущих факторов, связанных с наркологической патологией, однако их взаимодействие при формировании наркологической патологии остается мало изученным. При этом важную практическую значимость имеет изучение периода злоупотребления ПАВ до развития собственно зависимости, так как принятые на донологическом этапе меры являются наиболее эффективными по сравнению с лечением и реабилитацией зависимых лиц.

Цель исследования: уточнение значимости и характера связей генетических, микросоциальных, поведенческих факторов для формирования клинически неблагоприятных признаков при злоупотреблении ПАВ у подростков.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 57 подростков в возрасте 14-17 лет (средний возраст $16,0 \pm 1,08$ лет), из них 12 девушек (21 %) и 45 (79 %) юношей, обратившихся в Липецкий областной наркологический диспансер для проведения профилактических осмотров при поступлении в вузы и медицинских освидетельствований по направлению правоохранительных органов. В исследование включались лица, давшие добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Исключались лица, страдающие зависимостью и психотическими расстройствами. Все подростки прошли клиническое обследование у врача-психиатра и врача психиатра-нарколога.

Из общего количества респондентов 16 чел. (28 %) злоупотребляли алкоголем (F10.1), 15 чел. (26 %) наряду с алкоголем, злоупотребляли иными ПАВ (F19.1): 9 чел. – коноплю и «спайсы», 3 чел. – летучие растворители, 1 чел. наряду с алкоголем принимал амфетамин, по 1 чел. – опиаты и семена дурмана), 26 чел. (46 %) имели опыт эпизодического (чаще – однократного) приема алкоголя в малых дозах, не вызывающих опьянения. У 30 чел. (52,6 %) установлены расстройства поведения (11 чел. – гиперкинетическое расстройство поведения (F90.1), 14 чел. – социализированное расстройство (F91.2), 5 чел. – другое смешанное расстройство поведения и эмоций (F92.8)). Поведенческие

расстройства диагностировались только в том случае, если их симптомы предшествовали потреблению ПАВ. Микросоциальный риск измерялся в баллах путем суммирования оценок по шкалам «семейные проблемы», «образование и трудовая занятость», «проблемы с досугом» и «взаимоотношения со сверстниками» опросника OPB (русскоязычная опросника «Оценка риска и криминальных потребностей несовершеннолетних» (Assessing Risk and Need in Youthful Offenders – RNA).

Для оценки генетических факторов использовалась концепция индивидуального уровня генетического риска развития наркологических заболеваний, расчет риска проводился согласно методике лаборатории молекулярной генетики НИИ наркологии ФГБУ ФМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (Кибитов А.О., 2013). Маркерами общего риска считали генотипы A1/A2 локуса DRD2 Taq I и N1/N2 локуса DRD2 Nco I, генотипы 6.6, 7.9 и 8.10 локуса HUMTH01-VNTR; маркерами специфического риска: аллели A2, A4, A7, A8 локуса DRD4V48, аллели S локуса DRD4V120. Наличие маркеров общего риска оценивается в один балл, маркеров специфического риска – в 0,5 балла, итоговый уровень генетического риска получали суммированием баллов.

В качестве клинических признаков, отражающих прогрессивность злоупотребления ПАВ на начальном этапе, были выбраны возраст первой пробы алкоголя, возраст первой пробы наркотиков, возраст первого выраженного опьянения, наличие эйфории при первом приеме.

Для проведения корреляционного анализа использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена, качественные признаки были ранжированы с учетом наличия и выраженности признака.

Результаты. Потребление ПАВ прямо коррелировало с уровнем генетического ($p=0,05$) и микросоциального риска ($p=0,01$), при этом генетический риск и макросоциальные проблемы изменялись независимо друг от друга. Прямыми коррекционными связями уровень генетического риска оказался связанным с любыми из имеющихся в изучаемой выборке поведенческими расстройствами ($p=0,01$ для F92.8, $p=0,05$ для F90.1 и F91.2), уровень микросоциального риска с любым из имеющихся поведенческих расстройств также показал тесные прямые связи ($p=0,01$). Наличие любого из поведенческих расстройств оказались связанными со злоупотреблением ПАВ ($p=0,01$). Субъективная оценка эйфорических переживаний положительно коррелировала с как с уровнем генетического, так и микросоциального риска ($p=0,01$), тесная прямая связь с оценкой эйфорических переживаний ($p=0,01$) отмечена с социализированным (F91.2) и гиперкинетическим (F90.1) расстройствами поведения. Наличие смешанного расстройства поведения и эмоций (F92.8) на субъективную оценку уровня эйфории не влияло. Эти подростки вследствие привычной напряженности и озабоченности, фиксации на неприятных ощущениях были больше склонны отмечать физический дискомфорт при первичном приеме ПАВ, а продолжение потребления ПАВ были склонны обосновывать атарактическим, а не эйфорическим эффектом опьянения. Характер корреляционных связей подтверждает развитие поведенческих расстройств на генетически измененной почве в неблагоприятных микросоциальных условиях, а также повышенную склонность лиц с поведенческими расстройствами к использованию ПАВ для достижения субъективного комфорта. Возраст первой пробы алкоголя оказался обратно связан с уровнем микросоциального риска ($p=0,05$), при накоплении микросоциальных проблем подростки начинали интересоваться алкоголем раньше. В отношении возраста первых проб наркотиков значимые корреляционные связи отсутствовали. Возраст первого выраженного опьянения в исследуемой выборке также не показал каких-либо значимых корреляций. Возможно, что по мере взросления разница между возрастом первой пробы и первого выраженного опьянения становится более значимой.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют, что повышение генетического риска не означает автоматического ухудшения микросоциальных условий и снижения возраста первых проб ПАВ. Полученные данные свидетельствуют также о необходимости комплексных профилактических программ, разработанных для лиц с высоким уровнем генетического риска. Характер корреляционных связей подтверждает, что как генетический дефект дофаминэргической системы, так и социально-стрессовые условия, неадаптивные поведенческие стереотипы, усугубляющие уровень стресса и характерные для лиц с поведенческими расстройствами, способствуют усилению эйфорического действия ПАВ. Наибольший уровень субъективной приятности опьянения и, соответственно, наибольшая вероятность формирования первичного влечения к ПАВ, максимально вероятны при сочетании всех трех факторов. Своевременная медико-психологическая и социальная помощь, направленная на выявление и коррекцию поведенческих и эмоциональных расстройств в подростковом возрасте, снижение уровня микросоциального риска может существенно снижать прогрессивность наркологических расстройств или предотвращать их у лиц с высоким уровнем генетического риска.

МНОЖЕСТВЕННЫЕ АДДИКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПОДРОСТКОВ (СОЧЕТАНИЕ ХИМИЧЕСКИХ, ПИЩЕВЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ)

Ялтонский В.М., Сирота Н.А., Ялтонская А.В., Московченко Д.В.

МГМСУ им. А.И. Евдокимова, ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского, Москва, Россия

Психические и поведенческие расстройства, вызванные одновременным употреблением нескольких психоактивных веществ (ПАВ) среди подростков становятся крайне актуальной и стремительно нарастающей проблемой. По сравнению со злоупотреблением одним ПАВ, для сочетанного употребления характерно утяжеление клинических характеристик болезни, более быстрый темп формирования синдромов и высокая токсичность, более частые и тяжелые передозировки, выше показатели смертности и более выраженные финансовые и социальные последствия. Подростки, поступившие на стационарное лечение с монозависимостью от ПАВ склонны к определенным типам сочетанного употребления ПАВ.

Цель исследования – определение типов сочетанного употребления ПАВ подростками с химическими зависимостями.

Материалы – 50 подростков, поступивших на лечение в связи с проблемным употреблением ПАВ (24 человека) и монозависимостью от ПАВ (26 человек; шифр – F19). Средний возраст: 15,6 лет. Методы: психодиагностический, статистический. Методики: применялся опросник ASSIST для измерения употребления каждого из 10 видов ПАВ и наличия зависимости от них.

Методом главных компонентов факторного анализа вся группа подростков (N=50), была разделена на 4 типа сочетанного употребления разных ПАВ: 1) развернутый полисубстантный наркотический тип (% общей дисперсии 23,03, сочетанное употребление опиоидов (0,801255), стимуляторов (0,718915), седативных (0,651724), галлюциногенов (0,465666); 2) ограниченный полисубстантный наркотический тип (% общей дисперсии 15,74, сочетанное употребление курительных смесей Спайс (0,854503) и кокаина (0,737260); 3) Табачно-алкогольный тип (% общей дисперсии 14,63; сочетанное употребление табака (0,836709) и алкоголя (0,860648). Эти факторы были униполярными и их переменные проецировались в одном направлении. Четвертый тип сочетанного

употребления ПАВ назван «Биполярно-полисубстантный тип» процент общей дисперсии 11,80; сочетанное употребление каннабиса (-0,755165), галлюциногенов (-0,535035), ингалянтов (0,533007). Фактор 4 является биполярным, его переменные проецируются в противоположных направлениях.

Заключение. Выявлены типы сочетанного употребления ПАВ в клинической выборке подростков, что свидетельствует о тенденции к полиаддиктивному поведению (проблемному и зависимому), специфичности комбинаций употребляемых ПАВ. Эти типы множественного употребления ПАВ являются мишенями персонализированной терапии.

ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ПСИХОТЕРАПИЯ

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ АСТРОКС И МЕКСИДОЛ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОРГАНИЧЕСКИМ АСТЕНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ (РЕЗУЛЬТАТЫ НАБЛЮДАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ)

Александровский Ю.А., Незнанов Н.Г., Яхин К.К., Боев И.В., Ромасенко Л.В.,
Ахапкин Р.В., Вазагаева Т.И., Васильева А.В., Полторак С.В., Караваева Т.А.,
Бейбалаева Т.З., Каток А.А., Беляева П.А., Боев О.И.

*ГНЦССП им. В.П. Сербского, Москва, Россия
СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Астрокс является новым генерическим препаратом лекарственного средства этилметилгидроксипиридина сукцината, широко используемого в различных областях отечественной медицины благодаря широкому спектру фармакологических эффектов. Он одновременно оказывает антиоксидантное, антигипоксическое, мембраностабилизирующее, гиполипидемическое, ноотропное, стресспротективное, противосудорожное, анксиолитическое действие. В составе комплексной терапии препарат применяется при лечении психоневрологических расстройств, в том числе обусловленных нарушениями мозгового кровообращения.

Особенностью препарата астрокс, отличающей его от других препаратов с активным веществом этилметилгидроксипиридина сукцинатом, является отсутствие в составе консервантов динатрия эдетата и метабисульфита натрия, которые при инъекционном применении могут вызвать серьезные осложнения – аллергические и тяжелые реакции гиперчувствительности. Данное преимущество особенно важно в свете наблюдающейся в последнее время тенденции к повышению дозировок этих препаратов при лечении сосудистых заболеваний, приводящему к увеличению введения количества консервантов и, соответственно, к увеличению риска появления указанных осложнений.

Целью исследования явилась сравнительная оценка антиастенической, вегетотропной и когнитотропной эффективности и переносимости препаратов астрокс и мексидол у больных с органическим астеническим расстройством сосудистого генеза.

Материалы и методы. В настоящую многоцентровую наблюдательную программу включались пациенты в возрасте от 45 до 65 лет с диагнозом органического астенического (эмоционально-лабильного) расстройства в связи с сосудистым заболеванием головного мозга (по МКБ-10), подписавшие информированное согласие на участие. Критериями исключения служили наличие острой или хронической психотической симптоматики, лекарственной, алкогольной или наркотической зависимости, сведений о черепно-мозговых травмах в анамнезе, деменции, умственной отсталости, состояний, угрожающих жизни пациента, соматических и неврологических заболеваний в стадии обострения, беременности и периода кормления ребенка грудью, индивидуальной непереносимости и аллергии в анамнезе на применяемые препараты.

В программе приняло участие 80 больных, которым был назначен астрокс или мексидол (по 40 больных) в суточной дозе 200 мг внутривенно или внутримышечно 1 раз в день в течение 4-х недель. При необходимости больным назначались нейропротективные, ноотропные, сосудорасширяющие, гипотензивные, кардиотропные и другие соматотропные препараты.

Средний возраст пациентов составил $55,6 \pm 6,3$ лет. В выборке наблюдалось преобладание числа женщин над числом мужчин – 59 (74 %) и 21 (26 %) соответственно. Эти показатели существенно не различались между группами больных, получавших астрокс или мексидол.

Состояние больных оценивалось до начала лечения, затем на 7, 14 и 28 день терапии. Применялись клиничко-психопатологический и психометрический методы с использованием следующих шкал и тестов: 1) субъективная шкала оценки астении (Multidimensional fatigue inventory, MFI-20); 2) опросник для выявления признаков вегетативных изменений (А.М. Вейн, 1998г.); 3) опросник самооценки памяти (Frequency of Forgetting Questionnaire, M. McNair, R. Kahn, 1983); 3) Монреальская шкала оценки когнитивных функций (The Montreal Cognitive Assessment, MoCA, Z. Nasreddine, 1996). Обследование по последней шкале проводилось 2 раза – до начала и по окончании курса лечения. Оценка переносимости осуществлялась путем регистрации нежелательных явлений с помощью листа перечня побочной симптоматики в индивидуальной регистрационной карте пациента.

Для анализа результатов были применены методы дескриптивной статистики. Статистическая значимость различий количественных показателей определялась с помощью Т-критерия Вилкоксона и U-критерия Манна-Уитни.

Результаты. Все участники программы полностью прошли курс терапии. Группы лечения были сопоставимы по всем исследуемым психометрическим показателям.

Антиастеническая эффективность терапии оценивалась по показателям редукции средних баллов пяти шкал MFI-20 и их суммарных значений в процессе курсового лечения. В обеих группах терапии статистически значимые различия по сравнению с фоном отмечались уже на 7 день терапии по всем шкалам. Так, редукция суммарного балла на 7, 14 и 28 день терапии при применении астрокса составила 9,1 % ($p < 0,001$), 23,1 % и 37,5 %, а при применении мексидола – 7,5 % ($p < 0,01$), 20,5 % ($p < 0,001$) и 33,6 % соответственно. Наиболее выраженный процент редукции среднего балла на 28 день терапии отмечался по шкале пониженной активности в группе применения астрокса со статистически значимым превосходством над группой применения мексидола (41,9 % и 28,2 % соответственно, $p < 0,05$). По остальным шкалам статистических различий между

группами терапии выявлено не было. К концу терапии редукция среднего балла по шкале общей астении составила в группе применения астрокса – 41,3 %, а в группе применения мексидола – 36,9 %; по шкале снижения мотивации – 34,9 % и 33,7 % соответственно, по шкале физической астении – 34,3 % и 32,7 % соответственно; по шкале психической астении – 34,3 % и 34,8 % соответственно.

Улучшение показателей вегетативной дисфункции, оцениваемое при помощи опросника для выявления признаков вегетативных изменений, наблюдалось на 7 день терапии в обеих группах, при этом в группе применения астрокса редукция среднего балла была более значительной, чем в группе применения мексидола (16,6 %, $p < 0,001$ и 7,5 %, $p < 0,01$). Данная тенденция сохранялась на 14 и 28 день терапии: соответствующие показатели составили 51,9 %, 36,4 % при применении астрокса и 73,1 %, 53,9 % при применении мексидола. Статистически значимые различия между группами были выявлены на 14 день терапии ($p < 0,05$), а на 28 день не определялись.

Изучение динамики показателей самооценки памяти также выявило значительное снижение среднего балла на 7 день терапии как при применении астрокса (13,8 %, $p < 0,001$), так и мексидола (9,3 %, $p = 0,001$). В ходе дальнейшей терапии на 14 и 28 день выраженность редукции данного параметра составляла 28,1 %, 36,6 % в группе применения астрокса и 19,4 %, 27,1 % в группе применения мексидола; статистических различий между ними не было установлено.

Анализ показателей Монреальской шкалы оценки когнитивных функций выявил увеличение среднего балла на 1,9 (6,3 %) при применении астрокса ($p < 0,001$) и на 2,3 (7,5 %) при применении мексидола ($p < 0,001$) на 28 день терапии по сравнению с фоновыми значениями; статистических различий между группами не отмечалось.

При оценке нежелательных явлений отмечалась высокая переносимость как астрокса, так и мексидола. За весь период лечения терапии нежелательные явления регистрировались у 8 пациентов, получавших астрокс, и у 10 пациентов, получавших мексидол. В спектре нежелательных явлений в обеих группах лечения преобладали психоневрологические нарушения (вялость, сонливость, головная боль); в единичных случаях встречались желудочно-кишечные (тошнота, метеоризм, изжога) и сердечно-сосудистые нарушения (тахикардия). Данные нежелательные явления купировались самостоятельно.

Заключение. Проведенное исследование показало высокую и сопоставимую эффективность применения препаратов астрокс и мексидол при терапии органического астенического расстройства сосудистого генеза. В спектре психофармакологической активности препаратов выявлены антиастеническое, активизирующее, вегетостабилизирующее и ноотропное действие. Оба препарата демонстрируют ранний ответ на терапию, отражающийся в улучшении показателей всех составляющих компонентов астенического симптомокомплекса. Астрокс и мексидол хорошо переносятся больными, нежелательные явления купируются самостоятельно и не требуют отмены препаратов.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОКОРРЕКЦИИ ДЕПРЕССИЙ

Бабарахимова С.Б.

ТашПМИ, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность: по данным ВОЗ, к 2020 году депрессия будет одной из основных причин нетрудоспособности и займет второе место после сердечнососудистой патологии.

Ежегодно около 100 млн. жителей нашей планеты обнаруживают признаки депрессии, причем у женщин риск возникновения и в дальнейшем повторения депрессивного расстройства в два раза выше по сравнению с мужчинами. Риск заболевания на протяжении жизни составляет 7-12 % для мужчин и 20-25 % для женщин. По данным немецких исследователей, каждая пятая женщина в течение жизни перенесла депрессивный эпизод. Депрессии влияют на длительность пребывания больных в соматическом стационаре и на их трудоспособность. Применение краткосрочных методов когнитивно-поведенческой психотерапии, ориентированных на обучение больных и их родственников навыкам преодоления депрессии, стало важной частью спектра медицинской помощи при лечении пациентов, страдающих патологией эмоциональной сферы. Традиционно выделяют триаду помощи пациентам: обучение распознавания стресса (recognize); обучение стратегиям избегания (avoid); обучение стратегиям совладания (cope) с психотравмирующими факторами и другими проблемными ситуациями (Carroll, 1998).

Цель исследования: определить эффективность применения когнитивно-поведенческой модели психотерапии, адаптированной для проведения в стационарных условиях у женщин с депрессивными расстройствами с учётом личностных особенностей.

Материал и методы исследования: в основную группу были включены 30 женщин с депрессивными расстройствами, находившихся на стационарном лечении в 9 отделении ГКПБ города Ташкента, которым проводились краткосрочные методы когнитивно-поведенческой терапии в сочетании с медикаментозным лечением. Контрольная группа состояла из 30 пациенток с депрессивной симптоматикой, которые получали только психофармакотерапию. В ходе исследования для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялась шкала Гамильтона, для определения личностных особенностей был использован тест Шмишека-Леонгарда. Программа КПП состояла из следующих задач: определить неадаптивное поведение, выработать мотивацию на трансформацию неадаптивных способов реагирования на адаптивное поведение для оптимизации лечения депрессий.

Результаты и обсуждение: в результате исследования было установлено, что наиболее часто аффективные нарушения классифицировались как тяжёлый депрессивный эпизод (F 32.3) – у 33,3 % пациенток, смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F 41.2) – у 26,7 % женщин. Реже встречались умеренный депрессивный эпизод (F 32.1) – у 20 % обследованных женщин, пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F 43.21) – у 10 % женщин и дистимия (F34.1) – у 10 % обследованных. При исследовании личностных особенностей основной группы обследуемых женщин с помощью теста Шмишека-Леонгарда среди всех обследованных были выявлены: демонстративный тип личности у 3 больных (10 %), застревающий тип личности у 8 больных (26,7 %), дистимический тип в 40 % случаев (12 обследованных), тревожно-боязливый тип у 5 больных (16,7 %), в 6,6 % случаев был выявлен эмотивный тип личности. В зависимости от типа личности, пациенткам были присущи такие черты, как неуверенность, склонность к чувству вины, пессимизм, низкая самооценка, трудности контактов, недостаток инициативы, зависимость от порядка и авторитетов. Пациентки предъявляли чрезмерно высокие требования к собственной личности и результатам своей деятельности, нереалистичный, завышенный характер целей, требований к себе, на фоне которых легко формировалось чувство вины как следствие стремления быть совершенной и невозможности реализовать его. Основной мишенью психотерапии было изменение поведенческих навыков и стратегий в ситуации стресса, акцентирование особого внимания вопросу соблюдения режима лечения, выявлению эффектов от краткосрочной и долгосрочной систематической помощи: когнитивные тренинги,

индивидуальные и групповые занятия, семейная терапия, реабилитационная терапия, разработке различных протоколов лечения депрессивной патологии в рамках КПП. В процессе проведения когнитивно-поведенческой терапии было выявлено, что пациентки с дистимическими и демонстративными типами акцентуации характера лучше поддаются воздействию психотерапевта, быстрее усваивают предлагаемые установки по развитию самоконтроля и саморегуляции в условиях воздействия стрессовых факторов и активно меняют поведенческие реакции в ситуациях возникновения депрессий. Пациентки с тревожно-боязливыми и застревающими типами личности труднее входили в контакты с психотерапевтом, не всегда усваивали предлагаемые инструкции, эффект от проводимой терапии не достигал положительных результатов.

Выводы: в зависимости от личностных особенностей обследованных было установлено, что женщинам с демонстративными и дистимическими чертами характера в состоянии депрессии проведение когнитивно-поведенческой терапии в комбинации с психофармакотерапией оказывает положительное влияние и быстрое выздоровление. Пациентки с депрессивными расстройствами в ходе проведенной когнитивно-поведенческой психотерапии овладели рядом психотерапевтических установок, предназначенных для выработки и укрепления самоконтроля, позволяющих самостоятельно справляться с негативными аффективными реакциями, что в дальнейшем сопровождалось улучшением эмоционального состояния, достижением позитивных поведенческих изменений: расширением ресурсов личности и социальных связей, устранением изнурительных реакций тревоги, страха, саморегулированием эмоциональных всплесков, обучением адаптивным поведенческим реакциям в различных психотравмирующих ситуациях, а также выявлением внутриличностных барьеров и конфликтов, как частых компонентов депрессии.

РОССИЙСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В ЭПОХУ ПЕРЕМЕН

Бабин С.М.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Широко известна фраза – «Не дай вам Бог жить в эпоху перемен», приписываемая Конфуцию. Однако мы также знаем, что «Времена не выбирают, В них живут и умирают» (А. Кушнер). И чем лучше мы будем понимать особенности именно нашего времени, тем в большей степени мы сможем пытаться оказать хоть какое-либо воздействие на значимые для нас события и процессы и\или подготовиться к тем из них, на которые повлиять не в силах. Это в полной мере относится и к психотерапии. Сегодня продолжается развитие психотерапии как области деятельности, что неизбежно вступает в противоречие с понятием психотерапии как медицинской (врачебной) специальности. И этот конфликт неизбежно будет только нарастать. Предлагаемые многими, в том числе и Б.Д. Карварским, понятия врачебная и не врачебная психотерапия могли бы снять часть противоречий между специалистами.

Формирование профессиональной идентичности психотерапевта требует от него длительной, обычно многолетней подготовки в определенном направлении. Однако современные подходы к врачебному образованию, в том числе и в рамках непрерывного образования отдают предпочтение краткосрочным формам обучения. Это приведет к еще большему дистанцированию в подготовке психотерапевтов в государственной и частной практике. В рамках государственного образования увеличение длительности

подготовки психотерапевта и существенное изменение ее содержания (обязательная личная терапия в процессе обучения, индивидуальная супервизия и т.п.) представляются малореализуемыми как в ходе профессиональной переподготовки и сертификации, так и в процессе предстоящей аккредитации. Здесь существенную роль могли бы сыграть профессиональные общественные объединения, например, Российская Психотерапевтическая Ассоциация (РПА).

Однако слабость институтов гражданского общества в стране и жесткая властная вертикаль противоречат самой идее профессионального самоуправления и привлечения общественных структур к процедуре оценки специалистов. А раздробленность профессионального поля и «лидерскоцентрированная» структура большинства организаций вызывают явное недоверие профессионалов, как к существующим общественным объединениям, так и к властным институтам, что четко проявилось в негативном отношении сообщества к проектам законов о психотерапии и психологической помощи (Бабин С.М., Случевская С.Ф., 2014).

Современная российская психотерапия характеризуется следующими проблемами: развивается преимущественно в крупных городах, областных центрах; переход здравоохранения на одноканальное финансирование (система ОМС) привел к вымыванию психотерапии из соматической медицины; психотерапевтическая служба сохраняется преимущественно в рамках специализированной помощи (психиатрия, наркология и ряд других); развитие частной психотерапевтической помощи не компенсирует эти изменения в государственной системе; разрыв между государственной системой здравоохранения и узкопонимаемой медицинской моделью психотерапии (между которыми фактически ставится знак равенства) и расширяющейся частной практикой приводит к формированию специфических почти изолированных друг от друга групп пациентов, что неизбежно усиливает дистанцирование и внутри профессионального сообщества (Бабин С.М., Случевская С.Ф., 2015). Нарастающий социально-экономический кризис в стране, с одной стороны приведет к росту психологических проблем, и, следовательно, к повышению потребности в качественной психологической и психотерапевтической помощи, но с другой стороны, на фоне падающих доходов населения обращаться за этой помощью многим будет просто «не по карману». Да и сами психотерапевты в этих условиях вынуждены будут решать собственные проблемы выживания в новых условиях. При этом время перемен, всегда является и временем надежд – в том числе и на развитие отечественной психотерапии.

ПРАКТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА ЭТАПЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Бадретдинов Р.М., Мустафина Ф.Р., Рисберг И.В.

РКПБ № 1 МЗ Республика Башкортостан, г. Уфа, Россия

В статье представлен анализ первичных обращений граждан в психотерапевтический кабинет диспансерного отделения больницы.

Актуальностью явилось статистически значимое увеличение количества обращений пациентов, ранее не попадавших в поле зрения участкового психотерапевта, но при этом наблюдаемых врачами-интернистами (неврологи, кардиологи, терапевты) в связи с обострением соматической патологии.

Известно, что порядка трети обращений к участковому терапевту несут в структуре заболевания психосоматическую составляющую. В то же время, недостаточно дифференцированная и целенаправленная терапия психических нарушений врачами-интернистами способствует широкому и необоснованному применению ими транквилизаторов и барбитуратосодержащих седативных препаратов от антидепрессантов в необоснованно больших количествах при лечении невротических паттернов климактерического периода до анксиолитиков в некорректной дозе и без учета векторной направленности препаратов при аффективных состояниях. Ранее принятая схема назначения психотропных средств только врачами узкого профиля (психиатры, психотерапевты), в настоящее время трансформировалась в связи с организационными преобразованиями. Так, например, в рамках медицинского страхования оплата страхового случая снижается при перенаправлении врачом-интернистом пациента к узкопрофильному консультанту. С другой стороны – «маркетинговые» усилия представителей фармацевтических компаний, выпускающих психотропный ряд препаратов и разумеется, заинтересованных в расширении перечня специальностей, назначающих подобные препараты.

Ранее неоднократно указывалось о необходимости активизировать взаимодействие между врачами-интернистами, работающими в условиях первичной медико-санитарной помощи, и специалистами по психическому здоровью (В.А. Абабков и соавт., 2011; М. De Hert et al., 2009; М. Maj, 2009; В. Muschalla et al., 2012). В период с 2011 по 2016 годы включительно велась работа по методическому взаимодействию с врачами общей практики, проводились семинары, тренинги, выступления на региональных конференциях и т.д. Но как показала практика, при увеличении потока слушателей, качество лечебных мероприятий осталось на крайне низком уровне. Это объяснимо тем, что на выступлениях гораздо больший интерес и вопросы слушателей вызывает не фармакотерапия, а психологические составляющие.

По результатам исследования (М.В. Кузнецова, А.Е. Бобров, 2013) в практической медицине сложились три модели оказания психотерапевтической помощи пациентам с непсихотическими психическими расстройствами: централизованная (центры, диспансеры), распределенная (кабинеты в поликлиниках) и включенная (комплексная, бригадная форма). Учитывая, что участковые поликлиники не могут контролировать уровень профессионализма специалиста, более логичным представляется модель выделения выездных консультативных дней для специалистов диспансерных психоневрологических отделений. В связи с вышеизложенным, следует расширить доступность психотерапевтической помощи в участковых поликлиниках. Обеспечить методическое взаимодействие психотерапевтов с врачами общесоматической сети. Включить в стандарты оказания медицинской помощи при соматической патологии (с риском декомпенсации невротического генеза) необходимость консультаций и лечение врача-психотерапевта.

ВОЗМОЖНОСТИ БУСПИРОНА ПРИ СОМАТОФОРМНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Белов Ю.Г., Курышов В.Н., Майер О.Н., Маслова Н.В., Щербина Р.Ю.

СарГМУ им. В.И. Разумовского, г. Саратов, Россия

В структуре психопатологических нарушений при разных вариантах соматоформной вегетативной дисфункции тревожные расстройства являются облигатными.

Под нашим наблюдением находилось 38 пациентов в возрасте от 20 до 42 лет. Из них 22 женщины и 16 мужчин. Было установлено, что у исследованных больных, соотношение выраженности психической и соматической составляющих тревоги, было различным. Так, у 23 пациентов преобладал соматический компонент тревоги, а у 15 преобладали психические проявления тревоги.

Пациентам обеих групп осуществлялось назначение буспиона в дозировках от 30 до 60 мг в сутки на протяжении 6 недель. Исследование динамики состояния проводилось с помощью шкалы тревоги Гамильтона и шкалы общего клинического впечатления.

Первые отчетливые признаки редукции тревожной симптоматики у пациентов первой группы были обнаружены нами уже к 6-8 дню от начала терапии, при этом максимальный терапевтический эффект у большинства больных (18 человек) по купированию тревоги достигался к 14-17 дню при средне терапевтических дозировках препарата 30-45 мг в сутки. В то же время, у пациентов второй группы начало редукции тревожного радикала отмечалось лишь к 14-16 дню, а отчетливый терапевтический эффект наблюдался нами лишь у трети больных к 28-30 дню терапии при более высоких дозировках буспиона (в среднем 50-60 мг в сутки), что коррелировало с показателями шкал общего клинического впечатления и тревоги Гамильтона.

Проведенный анализ позволяет говорить о необходимости дифференцированного подхода к назначению буспиона при соматоформной вегетативной дисфункции с учетом преобладания того или иного компонента тревоги.

ПСИХОТЕРАПИЯ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Васильева А.В., Гинтер Ю.Ю.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

В последнее время отмечается прогрессирующее увеличение продолжительности жизни. В связи с этим растет процент женщин, достигших климактерического периода. В настоящее время возраста наступления менопаузы достигают 95 % женщин. Климактерический период начинает приравняться по своей продолжительности к репродуктивному периоду жизни женщины.

В климактерическом периоде происходят гормональные перестройки и инволюционные процессы в гипоталамо-гипофизарной области. Гормональные изменения характеризуются значительным снижением концентрации эстрогенов в крови и повышением содержания гонадотропинов – ФСГ и ЛГ. Возрастные процессы в гипоталамо-гипофизарной области приводят к изменению подвижности нервных процессов, что влечет за собой дисбаланс всей нейрогуморальной системы. Изменяется координация деятельности сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем, а также эмоционально-поведенческих реакций.

У 30-60 % женщин, находящихся в климактерическом периоде возникает климактерический синдром, который осложняет течение климактерического периода. Психоэмоциональные нарушения в той или иной степени, как правило, присутствуют в структуре климактерического синдрома, а в ряде случаев являются доминирующими. Собственно гормональная перестройка может быть причиной развития расстройств тревожно-депрессивного спектра выраженными сомато-вегетативными нарушениями.

Помимо этого, сам факт менопаузы, прекращение детородной функции может приобрести особую субъективную значимость и на часть женщин оказывать психотравмирующее воздействие. Психические нарушения могут быть составной частью климактерического синдрома или представлять собой самостоятельные психические заболевания.

Для коррекции пограничных психических нарушений у женщин в климактерическом периоде возможно использование различных методов психотерапии. В случаях, когда наступление менопаузы совпадает с семейным кризисом, целесообразно подключение семейной и групповой психотерапии. Психотерапевтические программы должны быть индивидуализированы и направлены как на редукцию симптоматики так и на экзистенциальную проработку кризисов идентичности типичных для периода климактерия

Психотерапия у женщин в перименопаузе в структуре непсихотических психических расстройств усиливает лечебный эффект психофармакотерапии, способствуя снижению психопатологической симптоматики и выраженности климактерического синдрома.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЖИРЕНИЯ В СВЯЗИ С ЗАДАЧАМИ ПСИХОТЕРАПИИ

Васильева А.В., Отрощенко О.Н.

*СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, КДЦ с поликлиникой УД Президента РФ,
Санкт-Петербург, Россия*

По данным ВОЗ, в мире насчитывается более 1,7 млрд людей, имеющих в той или иной степени избыточный вес. Ожирение – это заболевание, в чье развитие значительный вклад вносят особенности пищевого поведения пациента, которые в свою очередь во многом определяются личностными особенностями индивида. Сегодня оно представляет глобальную проблему здравоохранения, поскольку имеется нехватка эффективных комплексных персонализированных программ лечения. По статистическим данным ВОЗ, с 1980 года число лиц во всем мире, страдающих ожирением удвоилось. Основная роль в таком стремительном росте заболеваемости отводится психосоциальным факторам. Проблема избыточного веса в наше время становится все более актуальной и начинает представлять социальную угрозу для жизни людей. Социальная значимость проблемы ожирения определяется угрозой инвалидизации пациентов молодого возраста и снижением общей продолжительности жизни в связи с частым развитием тяжелых сопутствующих заболеваний, увеличением риска соматических катастроф в этой группе больных.

В настоящее время большая часть лиц, страдающих ожирением находятся в поле зрения специалистов соматического профиля, чье внимание направлено в большей степени на изучение особенностей метаболизма и эндокринных показателей этих пациентов, при этом оценке личностных особенностей, изучению паттернов использования еды как средства совладания с внутренним напряжением и редукции негативных эмоций не придается должного значения. Существующие подходы к снижению массы тела (коррекция питания, расширение физической активности и назначение медикаментозных препаратов (орлистат, сибутрамин, лираглутид), как правило, не включают коррекцию имеющихся сопутствующих психопатологических расстройств, рекомендации по изменению пищевого поведения носят не персонализированный, а общий характер. Имеющиеся исследования по применению психотерапии в большей степени касаются

собственно расстройств пищевого поведения, зарегистрированных в МКБ-10, при этом следует указать на тот факт, что избыточная масса тела у таких пациентов бывает достаточно редко.

Кроме того, лечение ожирения, являясь, с одной стороны, достаточно эффективным в отношении снижения массы тела, не всегда способны обеспечить длительное удержание достигнутого результата. Основной причиной этого служит возврат пациента к прежнему образу жизни вследствие низкой комплаентности и недостаточной мотивации, что тесно связано с личностными особенностями, психопатологическими нарушениями, специфическими паттернами поведения. В патогенезе расстройств приема пищи существенную роль играют коморбидные психопатологические расстройства тревожно-депрессивного спектра, также в настоящее время дискутируется вопрос о включении пищевой зависимости в группу нехимических аддикций, имеются данные об общих нейро-биохимических механизмов, связанных с дисрегуляцией моноаминов, приводящих к развитию ожирения.

Таким образом, необходима разработка персонализированного комплексного подход к лечению ожирения, который должен включать в себя не только редукцию суточной калорийности пищи и расширение физической активности, но и коррекцию имеющихся коморбидных психопатологических расстройств, патогенных стереотипов пищевого поведения. Актуальной задачей является разработка индивидуальных персонализированных психотерапевтических программ, направленных на обучение пациентов навыкам совладания с внутренним напряжением, аффективной регуляции, повышение фрустрационной толерантности.

ДИНАМИКА КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА, ПРОШЕДШИХ КУРС ПСИХОТЕРАПИИ НА ОСНОВЕ ИНТЕГРАТИВНОЙ МОДЕЛИ

Гусева О.В., Коцюбинский А.П.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

По мнению большинства исследователей, оценка эффективности психотерапии больных шизофренического спектра (ШС) должна опираться на следующие критерии: отражение динамики в адаптации пациентов, с учетом трех сфер: клинико-психопатологической, психологической, социальной; сочетание объективной оценки (со стороны врача-психотерапевта) и субъективной оценки (со стороны пациента) изменений, выявленных по окончании психотерапии. Указанные общие критерии были взяты нами за основу, но с поправкой на реализацию заранее сформулированных задач в рамках разработанной нами интегративной модели.

Разработанный нами формат интегративной модели психотерапии реализуется психотерапевтической бригадой, в составе 1-2 врачей-психиатров, клинического психолога и врача-психотерапевта, на этапе стабилизации ремиссии у больных ШС. В основе модели интеграция психообразования, когнитивно-поведенческого и психодинамического подходов; в течение каждого занятия смена 3 подпрограмм, со сменой членов психотерапевтической бригады. Программа включает 20 ежедневных занятий длительностью 2 часа 15 минут (курс 43 психотерапевтических часа), проводится в группе больных численностью 6-8 человек (О.В. Гусева, А.П. Коцюбинский, 2013).

Ожидаемые изменения в рамках разработанной модели должны касаться следующих аспектов: уровень информированности о болезни, отношение к болезни и лечению, комплайенс, психологическая адаптация к болезни; улучшение социальной перцепции, навыков межличностного взаимодействия и социальной компетенции в целом; понимание внутренних причин дезадаптивного поведения, с возможностью его коррекции.

Цель. Исследование эффективности интегративной модели психотерапии с учетом количественных и качественных показателей.

Материал и методы. Обследовано 123 человека с заболеваниями ШС, основная группа (80 чел.) и сравнительная группа (43 чел.), где проводилась только медикаментозная терапия. По возрасту, полу, образованию, по клинической типологии и длительности заболеваний ШС значимых различий между сопоставляемыми группами не было. Методы объективизации результатов: тест SVF (стратегии совладающего поведения; W. Janke, G. Erdmann и W. Kallus. 1985), тесты SBAK, (Ehlers W., Peter R., 1984) и FKBS (Gleser G.C., Ihillevich D., 1969), отражающие функционирование механизмов психологической защиты; тест IIP-D (Horowitz L.M., Strauss B., Kordy H, 1994; – ведущие коммуникативные стили в интерперсональном взаимодействии), Гиссенский личностный тест в варианте («я», «он, она»), (Beckmann D., Braehler E., Richter E., 1983), в адаптац. (Голынкина Е.А., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В. [и др.], 1993). Использовалось также разработанное нами полуструктурированное интервью. Тестирование участников проводилось дважды: «до» и «после» окончания курса психотерапии. Рандомизация групп осуществлялась в соответствии с возможностями реальной клинической практики.

Результаты и обсуждение. Анализ показателей ГТ выявил в основной группе достоверно значимые различия по шкалам «Открытость-замкнутость», «Преобладающее настроение» и «Социальное одобрение», что свидетельствует об изменении образа «Я» с формированием представления о себе как более доверяющего и открытого, с более высоким уровнем настроения, более социально принимаемым и одобряемым окружающими. При оценке динамики представлений больных о врачах, в основной группе выявлены статистически достоверные различия показателей шкалы «Доминантность», что отражает динамику в восприятии больными врача как более мягкого и терпеливого. В сравнительной группе не выявлено изменений показателей ни в одной из 6 базовых шкал ГТ. Содержательный анализ ответов каждого больного после завершения курса групповой психотерапии позволяет отметить формирование навыков более дифференцированного и реалистичного восприятия себя и значимого другого.

По данным копинг-теста SVF в основной группе больных ШС обнаружено статистически достоверное изменение показателей по 11 позициям из 19. Выявлено снижение рейтинга деструктивных («самообвинение», «агрессия») и дефицитарных копинг-стратегий («избегание», «бегство», «социальная инкапсуляция», «отчаяние», «сострадание к себе»). Выявленные изменения отражают уменьшение тенденций изоляции и формирования негативных эмоциональных реакций в трудных жизненных ситуациях. Увеличение рейтинга конструктивных стилей совладающего поведения («отвлечение от ситуации», «заместительное удовлетворение», «потребность в социальной поддержке») отражают расширение продуктивного поведенческого репертуара. В группе сравнения отмечалось снижение рейтинга лишь одной дефицитарной стратегии («бегство»), также отмечалось снижение продуктивных копинг-стратегий «поиск альтернативного самоутверждения», «попытки контролировать ситуацию», «подбадривание себя, и не отмечалось формирования новых конструктивных стилей. Таким образом, лишь в основной группе в процессе психотерапии редуцируется большой объем деструктивных и дефицитарных поведенческих стратегий, и происходит формирование новых, более адаптивных форм совладающего поведения.

Анализ динамики механизмов психологической защиты в основной группе по тесту FKBS выявил снижение рейтинга шкалы «Рационализация и изоляция» в основной группе. Данный результат интерпретируется как возрастание способности соприкаться со своими чувствами, то есть осознавать и понимать их значение в реализации поведения. В сравнительной группе по данному тесту изменений в функционировании механизмов психологической защиты не выявлено. Анализ динамики показателей по тесту SBAK выявил снижение рейтинга шкалы «Обращение агрессии против объекта» и в основной, и в контрольной группе.

По тесту IIP-D в основной группе отмечено повышение рейтинга шкалы «Доминирующий», что отражает возрастание уверенности и независимости, большую активность в общении. В группе сравнения выявлено повышение рейтинга шкалы «Спорящий», что отражает затруднения во взаимодействии с другими в силу неспособности проявлять заботу, оказывать поддержку; а также снижение рейтинга шкалы «Экспрессивный», что означает уменьшение естественности и непринужденности в общении; выявленная динамика свидетельствует об обеднении коммуникативных возможностей больных.

Самооценивание участниками группы информированности о болезни в шкальном выражении составило, в среднем, до курса психотерапии – 2,5 балла, после завершения – 4 балла. 50 % участников отметили, что их взгляды на болезнь «претерпели серьезные и глубокие изменения», 20 % отметили «значительные изменения», 15 % участников отметили, что их взгляды «мало изменились», и только 15 % участников отметили, что их взгляды «не изменились совсем». 50 % участников отметили «серьезные и глубокие изменения» отношения к лекарственной терапии, что расценивается как существенное улучшение комплайенса. Кроме того, проводилось сопоставление объективной оценки по тестовым показателям и субъективной оценки отдельного больного, отражающих результаты психотерапии, по каждому отдельному случаю. Во всех самоотчетах больных отмечена позитивная динамика, однако субъективные самоотчеты больных были неоднородны по уровню структурированности, полноте описания, глубине самоанализа, и отражали разные уровни осознания внутриспсихической конфликтной проблематики, что в значительной степени соотносится с личностным адаптационным потенциалом и клинико-психопатологическими характеристиками течения заболевания. Ведущие темы в самоописаниях больных — это снижение страха и неуверенности, увеличение доверия к окружающим, лучшее понимание себя и других, опознание своей роли в определенных жизненных проблемах.

Выводы. Выявленные положительные изменения в основной группе по всем основным измеряемым параметрам ($p < 0,05$), отражают существенную перестройку стратегий совладающего поведения, повышение коммуникативных навыков пациентов ШС, а также улучшение информированности о болезни, комплайенса, отношения к лечению в целом. Программа ориентирована на повышение качества оказания психиатрической помощи.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ПРЕДИСПОЗИЦИЯ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Ивашиненко Д.М., Бурделова Е.В., Ивашиненко Л.В.

Тульский ГУ, г. Тула, Россия

Поступив в ВУЗ, молодой человек сталкивается с рядом новых сложных проблем: адаптация к условиям учебы в ВУЗе, к требованиям, учебного процесса, бытовые и материальные трудности и прочее. На этом этапе первокурсники пытаются понять «куда я попал» и «кто меня окружает». Студент должен очень быстро сориентироваться и с новых

позиций освоить способы и методы учебной деятельности, понять систему норм и правил, существующих на факультете и в группе, разработать свою систему ценностей по отношению к учебе, предстоящей работе, преподавателям. Для деятельности студента в этот период характерна интенсивность функционирования психики, необычно высокое интеллектуальное и эмоциональное напряжение; в процессе деятельности у них возникают перегрузки и появляются задачи, вызывающие напряженность (сдача экзаменов, зачетов, выполнение контрольных работ и т. д.). Все это требует психической и психологической мобилизации и может привести к негативным последствиям. Психическое перенапряжение, особенно в течение длительного времени, является патогенным фактором в развитии психических и психосоматических заболеваний.

Изначально понятием «психосоматические» объединялись заболевания, в патогенезе которых существенную роль играют неблагоприятные психотравмирующие воздействия (ИБС, эссенциальная гипертензия и т.д.). В последствии, круг заболеваний, в развитии которых психогенные факторы являются важным звеном, значительно расширился, что повысило значение психопрофилактики для сохранения здоровья населения. В особой степени, это касается студентов, так как они, находясь в самом начале своего профессионального становления и не владеют, в большинстве случаев, навыками саморегуляции. Процесс адаптации к обучению в ВУЗе – явление весьма многогранное – это сложная структура отношений и деятельности – и завершается он, как правило, к концу третьего курса. Таким образом, студенты младших курсов требуют особого внимания.

Весной 2012 года на базе Службы психолого-педагогической помощи студентам ТулГУ было проведено многофакторное исследование среди студентов 1 и 2 курса Медицинского института. В исследовании приняло участие 200 человек.

Одной из целей исследования являлась оценка потребности в первичной психологической профилактике психосоматических заболеваний, среди студентов младших курсов Медицинского института.

Исследование акцентуированных черт личности показало, что среди адаптированных студентов чаще всего встречаются гипертимная (37 %) и демонстративная (25 %) акцентуации. Среди дезадаптивных студентов преобладают застревающая (21 %) и тревожная (12 %) акцентуации.

Среди механизмов психологической защиты студентов достаточно часто распространены деструктивных механизмы: вытеснение, отрицание и подавление – как у юношей, так и у девушек. Соматизация конфликта и регрессия у девушек встречается в 2 раза чаще, чем у юношей.

При обследовании по методике Ч.Д. Спилбергера, ЮЛ. Ханина значения личностной и ситуативной тревожности определились в достаточно широких пределах. Тем не менее около 25 % респондентов имеют высокий уровень личностной тревожности

Показатели по методике «Определения стрессоустойчивости и социальной адаптации» Холмса и Раге таковы: 23 % студентов имеют пороговую степень сопротивляемости стрессу, а 14 % (результаты свыше 300 баллов) – низкую. В соответствии с интерпретацией, 150 баллов означают 50 % вероятности возникновения какого-то заболевания, а при 300 баллах она увеличивается до 90 %, что означает реальную опасность (угроза психосоматического заболевания, близость к фазе нервного истощения).

Так же, для выявления студентов с психосоматической предрасположенностью использовался стандартизированный метод исследования личности (СМИЛ). Обработка данных осуществлялась с помощью компьютерной программы ПАЭС (Версия 3.041).

Для оценки наличия риска развития психосоматических заболеваний были использованы следующие критерии: смешанный тип реагирования, показатели выше 70 по шкале

эмоциональной лабильности, подъём по шкале невротического сверхконтроля, низкий уровень по шкале импульсивности, два разновысоких пика по 2 и 4 по шкале.

Указанные выше показатели в студенческой среде имеют следующую распространённость:

- Смешанный тип реагирования выявлен у 63 % опрошенных студентов. Смешанный тип реагирования является сочетанием разнонаправленных, при котором высокая потребность в самореализации проявляется совместно с высоким самоконтролем и сдерживанием поведенческих реакций, что препятствует невротическому и поведенческому отреагированию. Таким образом, происходит соматизация психологического перенапряжения.

- Подъём выше 70 по 3 шкале выявлен у 14,5 % студентов. Людям с высокими показателями по данной шкале свойственны выраженные вегетативные реакции. Основным психологическим механизмом, у данных личностей, является вытеснение, тревога трансформируется на организменном уровне².

- Подъём по 1 шкале выявлен у 20 % респондентов. Подъём по шкале невротического сверхконтроля свидетельствует о преобладании психологической защиты по типу вытеснения, что является психосоматической predisпозицией.

- Низкий уровень по 4 шкале выявлен у 0,5 % опрошенных студентов, характерен для людей с отсутствием спонтанности, непосредственности в поведении, таким образом, отреагирование на поведенческом уровне заблокировано, что создаёт почву для психосоматических расстройств.

- Два разновысоких пика по 2 и 4 выявлены у 8,5 % респондентов, что свидетельствует о наличии разнонаправленных тенденций, которые характеризуются высокой поисковой активностью и динамичностью процессов возбуждения, с одной стороны, и выраженной инертностью и неустойчивостью, с другой³. Сочетание данных тенденций способствует соматизации внутриличностных конфликтов.

Соответствия в профиле СМИЛ хотя бы по 1 критерию – расценивалось как наличие риска развития психосоматического заболевания. Таким образом, если суммировать показатели по всем критерия (кроме показателя «Смешанный тип реагирования», так как он может включать в себя другие показатели) получается, что риск развития психосоматических заболеваний присутствует у 43,5 % студентов принявших участие в исследовании. В то же время у 63 % студентов младших курсов, в случае дезадаптации, – высокий риск развития психосоматических заболеваний.

Анализ результатов по методу портретных выборов Л.Сонди и СМИЛ показал, что около 30 % испытуемых по личностным характеристикам не соответствуют своему профессиональному выбору, что в совокупности с высоким уровнем психо-эмоционального напряжения, стрессами и другими факторами приводит к возникновению внутриличностных конфликтов, связанных с психологическими трудностями. Эмоциональное напряжение, вызванное неудовлетворенностью своим профессиональным выбором и социальным статусом, не возможностью справиться с процессом обучения проявляется в обострении межличностных конфликтов, трудностях в обучении и служит провоцирующим фактором для начала употребления наркотических средств.

На основании сказанного выше, можно сделать следующие выводы:

- примерно каждый второй студент имеет психосоматическую predisпозицию;
- необходимо исследовать факторы дезадаптации студентов младших курсов;

Поэтому необходимо проводить профессиональный психологический отбор при поступлении; проводить исследования психологического развития и психофизиологического состояния в процессе обучения, выявлять лиц с затруднениями профессионализации и общения; проводить коррекционно-профилактическую программы с целью предотвращения нарушений (срывов), дезадаптаций, возникновения психосоматических

заболеваний и т.д.; обучать студентов механизмам саморегуляции, техникам релаксации и снятия напряжения; организовывать и систематическое проводить индивидуальное психологическое консультирование студентов; совершенствовать системы оказания психологической помощи на основе изучения эффективности психологического воздействия.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНЫХ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ. ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ И ИНТЕГРАТИВНЫЕ МОДЕЛИ

Ильченко Е.Г.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Изучение неврозов и в частности тревожных невротических расстройств в рамках Ленинградской школы всегда было построено на тесном синтезе психологических знаний и клинической практики, всестороннего клинико-психологического исследования этиопатогенетических механизмов возникновения и развития невротических расстройств. Продолжая развивать идеи В.М. Бехтерева, который считал необходимым сочетание аналитического принципа, характерного для физиологии, с синтетическим, необходимым для изучения личностных и других, более сложных психических и психосоматических образований, В.Н. Мясищев сумел в сложных общественно-политических условиях обогатить это сочетание корректным включением в анализ некоторых психодинамических положений, а также психологией отношений А.Ф. Лазурского, тем самым впервые использовав биопсихосоциальный подход в изучении невротических расстройств. Развита на основе психологии отношений личностная концепция стала методологической основой научных исканий Мясищева в области неврозов, малой психосоматики, психотерапии и клинической психофизиологии. Созданная в 30-х годах прошлого века, патогенетическая психотерапия прошла в своем развитии три этапа: 1) Первый этап связан с деятельностью В. Н. Мясищева и его сподвижников – первоначальная версия конфликтно-центрированной психотерапии неврозов, разработанная на основе психологии отношений. 2) Второй этап – интеграция групповой динамики и создание самостоятельного направления – личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии (ЛО(Р)П) Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова (70-е – 90-е годы). На основе опыта практической работы и научных исследований были более четко и конкретно сформулированы основные теоретические положения этой психотерапевтической системы, прежде всего, ее цели, задачи и механизмы лечебного действия. Концепция ЛО(Р)П содержит представления о ее целях и задачах, механизмах лечебного действия, специфике и этапах психотерапевтического процесса, особенностях взаимодействия пациента, психотерапевта и группы, методических подходах и технических приемах. 3) Третий этап связан с попытками создания интегративной модели личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии (начало которому было положено в начале 90-х годов). Так, с начала 90-х годов групповая психотерапия с целью усиления ее эффективности и сокращения сроков лечения начала наполняться техниками и приемами, заимствованными из феноменологических подходов: психодрамы, гештальт-терапии, группы встреч.

Основываясь на известной пластичности и открытости системы ЛО(Р)П и учитывая преимущественно психодинамическую ее направленность, ее авторы стремились к разумной интеграции в эту систему принципов и методов современной психотерапии – гуманистического и бихевиористского. Трехкомпонентный характер отношений, представляющий собой основной системообразующий фактор в принятой концепции личности, создал предпосылки для интеграции других психотерапевтических приемов.

Так, групповая психотерапия с целью усиления ее эффективности и сокращения сроков лечения заимствовала техники и приемы из феноменологических подходов: психодрамы, гештальт-терапии, группы встреч. В научно-доказательном плане метод групповой ЛО(Р)П был чаще предметом изучения, чем индивидуальная психотерапия, что связано с методологическими и практическими трудностями организации исследований.

На этапе интеграции групповой динамики отечественной психотерапии в Западную психологию и психотерапию формировалась аналитико-катартическая модель ЛО(Р)П – направление, возникшее на основе метода патогенетической психотерапии. Данная модель возникла из практики использования методов «здесь и сейчас» в процессе групповой психотерапии (а затем и индивидуальной) пациентов. Широкое внедрение в патогенетическую терапию психодраматических техник и элементов гештальт-терапии преобразует ее аналитический метод в аналитико-катартический, что придает ему новое качество. Катарсис рассматривается как метод, который при соблюдении ряда условий, ведет к осознанию внутриличностных противоречий, и может использоваться в терапии тревожных невротических расстройств. Этот метод приводит направлен на активизацию лечебных механизмов, которые направлены на личностные изменения. Разрабатываемая интегративная модель патогенетической психотерапии является методом лечебного воздействия, направленного на адаптивную реконструкцию когнитивного, эмоционального и поведенческого аспектов отношений у больных тревожными невротическими расстройствами.

ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ КАК КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Исурина Г.Л.

СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

Психотерапия и психологическое консультирование представляют собой клиничко-психологические вмешательства, характеризующиеся использованием психологических средств для изменения определенных психологических структур в целях восстановления и сохранения здоровья, повышения адаптации и обеспечения полноценного функционирования человека. Существуют попытки развести понятия «психотерапия» и «психологическое консультирование, исходя из формальных характеристик специалиста и клиента (кто проводит вмешательство – врач или психолог; кто является клиентом/пациентом – здоровый или больной). Такой подход, на первый взгляд, четко разделяет сферы деятельности: врач занимается психотерапией, психолог – психологическим консультированием; врач работает с больными, психолог – со здоровыми. Однако возникают вопросы: является ли любое психологическое вмешательство в клинике психотерапией (напр., краткосрочное вмешательство, мотивирующее к тому или иному виду лечения) и можно ли работу со здоровым, направленную на осознание собственных проблем и глубинные психологические изменения, считать консультированием. В этой связи представляется более обоснованным подход к выявлению специфики психотерапии и психологического консультирования не на основании формальных характеристик специалиста и клиента, а на основании характеристик и особенностей самого процесса вмешательства и деятельности профессионала. Психотерапия и психологическое консультирование реализуют разные функции, имеют цели разного уровня, используют различный диапазон средств воздействия, а также различаются по продолжительности, интенсивности, месту изменений и степени самостоятельности клиента.

Очевидно, что проблема разграничения психотерапии и психологического консультирования приобретает особое значение и до сих пор не находит своего решения в связи с отсутствием закона о психотерапии. Проект закона был разработан в 90-е годы под руководством проф. Б.Д. Карвасарского, в то время Главного психотерапевта Минздрава и руководителя Федерального центра по психотерапии и медицинской психологии; он постулировал междисциплинарный характер психотерапии и позволял психологу при соответствующей подготовке заниматься психотерапевтической практикой. До настоящего времени этот закон не принят, а вопрос о роли научной психологии в развитии теории и практики психотерапии и возможности деятельности психолога в этой области остается открытым, что приводит к «жонглированию» терминами без осмысление их содержательной специфики.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЕ ЗАДАЧИ ПСИХОТЕРАПИИ, НАПРАВЛЕННОЙ НА КОРРЕКЦИЮ ВЕСА

Караваева Т.А., Разина М.В.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

В последнее время все более актуальной становится разработка комплексных программ помощи пациентам с повышенной массой тела и ожирением, включающих различные методы и позволяющих воздействовать на различные этиологические факторы, лежащие в основе нарушений пищевого поведения. Избыточную массу тела и ожирение можно назвать пандемией современного общества. По данным World Gastroenterology Organisation, избыточная масса тела и ожирение у лиц обоего пола составляет 54 % (избыточный вес – 42 %, ожирение – 12 %). В России ожирение диагностируется у 18 % женщин и 7 % мужчин. Среди основных способов лечения повышенной массы тела и ожирения выделяют диетотерапию, фармакотерапию, увеличение физической нагрузки, а также хирургические вмешательства. Однако эффективность этих воздействий может быть недостаточной, поскольку изначально достигнутое снижение массы тела нередко оказывается нестойким и вес возвращается к прежнему и даже более высокому уровню.

Для достижения долговременного клинического эффекта и определения оптимальной терапевтической персонализированной стратегии необходимо использовать комплексный подход, учитывающий не только физиологические аспекты функционирования организма, но и специфику пищевого поведения, психологические особенности, мотивационные установки, актуальную жизненную ситуацию пациента.

Цель исследования: определить задачи психотерапевтического воздействия в комплексной терапии лиц с повышенной массой тела и ожирением на основании персонализированного подхода в целях оптимизации лечения. Выделены основные психологические характеристики, способствующие набору веса, затрудняющие его снижение и способствующие возникновению рецидива, являющиеся мишенями для психотерапии.

Среди черт, присущих лицам с избыточным весом и ожирением отмечают следующие: дихотомическое мышление, алекситимия, перфекционизм, неудовлетворенность образом собственного тела, низкая способность к Я-отграничению и самопринятию, а также импульсивность, неспособность противостоять своим желаниям. В качестве ведущей мотивационной направленности лиц с ожирением и повышенной массой тела выступают гиперсоциальные установки и повышенная тяга к контролю. Перфекционизм у таких пациентов проявляется в стремлении соответствовать нормативным критериям

и сопровождается подавлением спонтанности и повышением требовательности к себе и к окружающим. Их деятельности свойственны чрезмерная старательность, добросовестность, обязательность, преобладание мотивации избегания неудач над мотивацией достижения успеха в сочетании с конформностью и нерешительностью, неспособностью принять решение без колебаний и неуверенности. Данные психологические черты, в свою очередь, способствуют возникновению основных типов нарушений пищевого поведения – экстернального, эмоциогенного и ограничительного.

При оказании психотерапевтической помощи, направленной на коррекцию веса у пациентов с повышенной массой тела, наиболее приоритетными являются следующие задачи:

1. Уменьшение алекситимических проявлений в результате формирования навыков распознавания собственных чувств и эмоций, различения ощущения голода и состояния психоэмоционального напряжения, тревоги. Обучение способам расслабления и снятия напряжения.

2. Коррекция дихотомического мышления и создание адекватного образа собственного тела. Проведение психотерапии, направленной на выявление и устранение автоматических мыслей и дисфункциональных установок пациента в отношении себя, своего тела и процесса снижения веса в целом. Идентификация и переформулирование нереалистичных целей, касающихся скорости снижения веса, его значений.

3. Снижение импульсивности и экстернальности путем введения промежуточной переменной между стимулом (едой) и реакцией (перееданием). В качестве промежуточной переменной может выступать замещающее непищевое удовольствие.

4. Обучение выявлению истинных потребностей и их реализации. Оказание помощи в поиске непищевых способов получения удовольствия, поощрения, сочувствия.

5. Укрепление и коррекция психологических границ. Формирование представлений о ценности собственных временных, денежных и энергетических ресурсов. Обучение навыку отказа окружающим в случаях собственного дискомфорта. Ослабление гиперконтроля над собственной жизнью и жизнью окружающих людей.

6. Поиск проблемных ситуаций и трудностей в различных сферах жизни, приводящих к перееданию, и помощь в их разрешении.

Своевременная персонализированная психотерапевтическая помощь пациентам с повышенной массой тела в структуре комплексной терапии позволяет воздействовать на психологические основы формирования нарушений пищевого поведения, обеспечить устойчивый комплаенс и предотвратить досрочное прекращение лечебных программ, достичь оптимальных результатов и создать предпосылки для их сохранения в долгосрочной перспективе.

ВЛИЯНИЕ САМООТНОШЕНИЯ НА МОТИВАЦИОННЫЙ КОМПОНЕНТ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Караваева Т.А., Разина М.В., Дмитриченко М.С.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. В последние десятилетия проблема ожирения приобретает все более широкое распространение во многих развитых странах. Отмечается рост лиц, страдающих не просто от избыточного веса, но и от морбидного ожирения, которое диагностируется в случаях, когда индекс массы тела человека превышает 40 кг/м². Почти все

формы ожирения приводят к развитию сопутствующих заболеваний: сахарный диабет, гипертония, атеросклероз, ночное апноэ и, по данным некоторых исследований, к опухолевым заболеваниям.

Цель исследования: выявление влияния самооотношения на мотивационный компонент пищевого поведения у лиц с избыточной массой тела.

Методы исследования: в исследовании применялся клинический и экспериментально-психологический методы. С помощью клинического метода определялся тип ожирения. Экспериментально-психологический метод был представлен следующими методиками. 1) ВОЗ КЖ 100, которая позволяет оценить такие составляющие самооотношения, как самооценка, образ тела и внешность, эмоциональность, подвижность, особенности взаимодействия с противоположным полом, сексуальную активность, физический комфорт и безопасность, и основные характеристики качества жизни. 2) Методика «Уровень субъективного контроля» (УСК), оценивает отношение индивида к ответственности за собственные действия и внешние обстоятельства, а также мотивацию на активность и проявления усилий для коррекции массы тела. 3) «Многомерная шкала перфекционизма» П.Л.Хьюитта и Г.Л.Флетта, определяющая уровень перфекционизма – личностной характеристики, имеющие важное значение в формировании самооотношения и образа своего тела. 4) Голландский опросник пищевого поведения (Dutch Eating Behavior Questionnaire — DEBQ) – выделяющий на основе исследования пищевого поведения ограничительный, экстернальный и эмоциогенный тип перекармливания. 5) Опросник пищевых предпочтений (EAT-26), который позволяет выделить пациентов с анорексией и булимией.

Результаты исследования: пилотное исследование взаимосвязи самооотношения и особенности пищевого поведения у лиц с избыточной массой тела показало определенную зависимость мотивационного компонента личности и особенностей восприятия и отношения к себе пациентов в исследуемой выборке. Так же на мотивационную направленность оказывают влияние субъективный локус контроля и уровень перфекционизма.

Заключение: полученные данные могут быть основой для проведения более подробного изучения личностных особенностей, самооотношения и определения их роли в формировании ожирения, а также трудностей в коррекции массы тела. Эти исследования будут способствовать разработке комплексных программ терапии, включающих не только медицинские методы, но и психологические, психотерапевтические, социальные реабилитационные воздействия, что позволит достигать более эффективных и устойчивых результатов. Учет индивидуальных особенностей лежит в основе персонализированного подхода, основанного на биопсихосоциальной концепции нарушений.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РАБОТА В ФОРМАТЕ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ ГРУППЫ С ПАЦИЕНТАМИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Коновалов П.Н., Задорожная О.В.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Проблема психосоматических заболеваний занимает особое место в современной психологии и психотерапии. В поисках глубинных корней этого явления, многие авторы приходят к выводу о наличии неких общих характерных черт психосоматического больного: эмоциональная «холодность», ориентация на жизненный успех,

стремление к высокому социальному статусу, алекситимия, плохо развитая способность к фантазированию. Психосоматическая реакция – это нарушенная функция умения сказать «нет». Человек не может сказать «нет» объекту, он говорит его самому себе. Если человек не может сказать «нет», его агрессия превращается в аутоагрессию (Рождественский Д.С., 2009). По мнению ряда авторов, онкологические заболевания имеют также психосоматическую природу и свидетельствуют о таких особенностях личности, как наличие нарушенных зависимых взаимоотношений с близкими окружающими (Кулганов, В.Г. Белов, Ю.А. Парфенов, 2013). В ходе болезни отношения с близкими становятся еще более формальными инструментальными и зависимыми, так как пациент оказывается фактически зависим от поддержки родственников, от тех средств, которые необходимо тратить на лечение. Онкобольной растворяясь в интересах, переживаниях, чувствах и событиях ближнего окружения, родственников теряет контакт, как со своими чувствами, так и со своими ощущениями, телесными сигналами. Чаще всего в симбиозе с больным оказывается человек мало способный к эмпатии и чувствованию, тревоги, переживания, ощущения этого онкобольного оказываются малозначимыми и игнорируемыми в семейной системе. При этом чрезмерно близкая эмоциональная дистанция, отсутствие границ, слияние и почти вседозволенность обрекают онкобольного, как наиболее эмоционально слабого и ранимого в паре, на болезненную уязвимость, тревогу, конфликт с внутренними устремлениями, страдание. Таким образом, по нашему мнению, действие стрессогенных факторов, которые способствовали развитию заболевания, усиливаются и обостряются, что декомпенсирует личность, оказавшуюся наедине со своим заболеванием. На сегодняшний день психотерапия у пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями, может выполнять паллиативные функции на терминальных стадиях, либо ставить перед собой задачи изменения отношения пациента к заболеванию.

Цель. Определение возможностей и границ применения реконструктивной групповой психотерапии у пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями.

Материал и методы. Мы начали исследование на базе волонтерской организации «Онкозащита» среди больных, страдающих онкологическими заболеваниями и их родственников. Система волонтерства в среде самих онкобольных, развивающаяся в форме «Равных Консультантов» и «Онкозащиты», доказала свою уникальную эффективность по работе с зависимым и созависимым поведением в программе «12 шагов» у пациентов с химическими аддикциями. В качестве группы контроля выступают пациенты, страдающие онкологическими заболеваниями, но не получающие групповую реконструктивную терапию. Основным инструментом, позволяющим объективизировать результаты нашей работы, является разработанная нами базисная карта, включающая в себя общий раздел, а также психометрические шкалы для оценки тревоги (интегративный тест тревожности), профиля личности (MMPI), качества жизни (QLQ-C30), алекситимии (TAS), копинг-стратегий (тест Лазаруса).

Результаты. В ходе проведения нашего исследования мы планируем получить новые знания о психологических особенностях пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями. А также мы планируем найти ответы на ключевые вопросы. Первый из них касается самой возможности осуществления реконструктивной психотерапии у пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями. Известно, что сама по себе реконструктивная личностно-ориентированная психотерапия способна изменять глубокие и даже иногда базовые черты личности пациента в том случае, если имеется достаточно высокая мотивация и ресурс времени. В случае онкобольных мы имеем дело с достаточно ригидной личностной организацией. Эти пациенты, возможно, никогда не обратились бы за помощью к психологу или психотерапевту. Временные ресурсы также

ограничены. Само заболевание нередко обнаруживается из-за отсутствия культуры профилактики на весьма поздних стадиях, когда времени на то, чтобы произошла эта личностная реконструкция очень мало.

И, наконец, второй вопрос, на который мы планируем получить ответ в ходе проведения нашего исследования: что же может дать реконструктивная психотерапия личности онкобольного? Пройдя реконструктивную терапию, пациент становится более автономной, свободной, ответственной за свое бытие и свои отношения личностью, растет качество его сокращенной болезнью жизни. Однако реконструктивная психотерапия не решает проблемы самого заболевания, психотерапия не вылечивает, а лишь препятствует воздействию стрессогенных факторов.

Заключение. Мы считаем, что психотерапия у такой сложной категории больных, как онкологические пациенты, могла бы быть направлена на разрешения внутриличностных и межличностных конфликтов, что позволило бы снизить, а возможно и устранить стрессогенные факторы, способствовавшие развитию заболевания. Разрешению межличностных и внутриличностных конфликтов, по нашему мнению, позволит значительно улучшить качество жизни онкобольных, изменить отношение к миру, окружающей действительности, повысить качество жизни.

МИЛИЕ-ТЕРАПИЯ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПСИХОЗАМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Корман Т.А.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Милие-терапия (терапия средой) это метод групповой психотерапевтической работы, опирающийся на принципы динамической психотерапии. Каждая группа милие-терапии представляет собой модель микро-социума, где пациент, вступая в коммуникацию, воссоздает те патологические взаимоотношения, которые существовали или существуют в его актуальной жизненной ситуации и могут быть скорректированы в ходе совместной деятельности. Работа организуется вокруг проекта, общей групповой цели, которую члены группы выбирают самостоятельно. Целью милие-терапии является эмоционально корректирующий опыт, направленный на нарабатывание более адаптивных паттернов межличностного взаимодействия, проявление собственной активности и возможность корректировки болезненных реакций или патогенных стереотипов поведения.

В данной работе представлен наш опыт реализации метода милие-терапии в условиях психоневрологического диспансера. Милие-терапевтическая группа проводилась 2-3 раза в неделю по 2 часа. В группы включались от 10 до 19 пациентов различной нозологии. Пациенты направлялись лечащими врачами из отделений реабилитации и дневного стационара (то есть отделений дневного пребывания) и после выписки чаще всего продолжали посещать группу в амбулаторном режиме до окончания проекта.

Дизайн исследования. С целью изучения динамики показателей социального и личностного функционирования у пациентов при проводимой терапии нами был использован, как ведущий, клинико-психологический метод – наблюдение, анализ индивидуальных случаев с последующим обсуждением результатов с группой экспертов на общих собраниях бригады специалистов, с заполнением карты на каждого пациента. Также была изучена терапевтическая динамика по показателям трех осей: социальной (шкала

социального функционирования – PSP), клинко-психопатологической – шкала позитивной и негативной симптоматики – PANSS) и психологической (личностные характеристики – ISTA). Милие-терапевтический проект длился в среднем 5-6 месяцев. Нами были исследованы три группы пациентов: пациенты принимавшие участие в милие-терапии, пациенты, не принимавшие участие в милие-терапии, пациенты по каким либо причинам отказавшиеся от участия в милие-терапии. Группы не отличались на статистически значимом уровне по возрасту, полу, нозологии, длительности заболевания и выраженности симптоматики. При этом все пациенты включались в другие реабилитационные мероприятия и получали адекватную психофармакологическую терапию. Исследование пациентов, принимавших участие в милие-терапии, проходило на этапе включения в группу и, повторно, через месяц после завершения группы.

В период с 2013 по 2015 год в группах милие-терапии приняли участие 46 пациентов. Среди принимавших участие в милие-терапевтической группе, преобладали пациенты с расстройствами шизофренического спектра (70 %), 20 % составили пациенты с органической патологией головного мозга и 10 % пациентов с аффективными расстройствами. Возраст участников от 19 до 57 лет. 12 человек отказались от посещения группы, из них 3 человека перестали посещать группу после 3-6 занятия в связи с ухудшением психического состояния. Ряд пациентов участвовали последовательно в 2-3 милие-терапевтических проектах.

Результаты исследования. При сравнительном анализе стартового и повторного исследований у группы пациентов включавшихся в милие-терапию мы обнаружили значимое повышение в сфере социального функционирования. Так, общий средний балл по PSP вырос с 49,23 до 56,97 ($p < 0,001$). По всем 4 шкалам PSP значимо уменьшились значения, что свидетельствует о улучшении социального функционирования у пациентов принимавших участие в милие-терапии в сфере общественно полезной деятельности, сферах личных и социальных отношений, а так же в сфере самообслуживания и сфере агрессивности.

При исследовании динамики социального функционирования в двух группах отмечались существенные различия: так у пациентов, не включавшихся в милие-терапию, в сравнении с посещавшими милие-терапию, не было значимых изменений в сферах социального функционирования.

При повторном обследовании пациентов принимавших участие в милие-терапии, произошло значимое снижение средних показателей негативной и позитивной шкал PANSS. Так, средняя суммарная оценка шкалы позитивной симптоматики снизилась на 18,3 % с 18 до 14,7, а показатель негативной симптоматики уменьшился 18,7 % с 25,87 до 21,03 балла.

При втором обследовании клинических показателей по шкалам PANSS пациентов основной и контрольной групп, отмечались статистически значимые различия в динамике первой и второй группы, так у получавших милие-терапию пациентов более значимо снизился средний показатель в группе по позитивной шкале. По негативной шкале показатели снизились у двух групп, но больше средние значения снизились у пациентов включавшихся в милие-терапию.

Несмотря на то, что достоверных различий при сравнении средних значений шкал Я-структурного теста Аммона не было получено, что по-видимому обусловлено особенностями динамики у психотических пациентов, нами была обнаружена тенденция к повышению таких шкал как конструктивное внутреннее и внешнее отграничение, а так же снижение средних значений шкалы дефицитарного нарциссизма. Рост значение конструктивного внешнего Я-отграничения свидетельствует о позитивной тенденции к установлению и поддержанию коммуникативных связей, повышению самостоятельности

и снижение зависимости от симбиотических взаимоотношений, улучшение способности к формированию внешних границ Я. Динамика показателей внутреннего Я-отграничения показывает повышение дифференцированности восприятия внутренних переживаний и осознанности, улучшение способности отделять реальные события от не реальных. В результате уменьшается тенденция к отщеплению эмоциональных компонентов, что способствует конструктивному поведенческому отреагированию. Снижение значений дефицитарного нарциссизма может свидетельствовать как о редукции депрессивной симптоматики, так и о повышении способности к формированию целостного отношения к себе, развитию дифференцированного представления о собственной личности, способности к рефлексии, что может проявляться в повышении самооценки, росте идентичности, повышении активности и самостоятельности.

При сравнительном анализе результатов групп получавших и не получавших милье-терапию, были выявлены достоверные различия в динамике средних значений шкал Я-структурного теста, так у пациентов не включавшихся в милье-терапию значимо увеличилось значение шкал деструктивной тревоги ($p < 0,025$), деструктивного внутреннего Я-отграничения ($p < 0,031$) и уменьшилась по шкале конструктивной сексуальности ($p < 0,042$). Таким образом, у пациентов не получавших милье-терапию наблюдалась отрицательная динамика, проявляющаяся в нарастании тревоги при контактах и частом ощущении недостаточности контроля над ситуацией, выраженных опасений перед собственным будущим, нецеленаправленности и трудности в организации собственной деятельности, что в свою очередь может вести к пассивной жизненной позиции и избеганию любой активности. Повышение значений по шкале деструктивного внутреннего Я-отграничения, свидетельствует о нарастании диссоциации чувств и мыслей, эмоций и действий, рассогласованности телесной и душевной жизни, обеднения эмоциональных переживаний и формальности. Что говорит об усилении тенденции отщеплять не воспринимаемые эмоции и деструктивно поведенчески отреагировать их во взаимодействии с окружающими. Снижение же конструктивной сексуальности может свидетельствовать о снижении активности в сфере как межполовых взаимоотношений, так и в целом в межличностных отношениях.

Таким образом, анализируя терапевтическую динамику по трем сферам социальной, клинической и личностной, можно говорить о перспективности данного направления психотерапевтической помощи в амбулаторных условиях. Система реабилитации с ключевой ролью в ней милье-терапии по данным результатов исследования представляется адекватной задачам реабилитации и эффективной в амбулаторных условиях.

ПСИХОТЕРАПИЯ, ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ, ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ – СИСТЕМНЫЙ СИНЕРГИЗМ ПОДХОДОВ

Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Медведев С.Э.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Биопсихосоциальное понимание природы психических расстройств – теоретическая основа холистического (целостного) подхода при построении комплекса реабилитационных мероприятий, осуществляемых в рамках бригадной (полипрофессиональной) формы помощи.

При этом задача помогающей службы, с одной стороны, и семьи пациентов, с другой, исходя из общих потребностей и стоящих перед ними задач, изоморфны

и сопоставимы [Эйдемиллер Э.Г., Медведев С.Э., 2012]. Внутрибригадные взаимоотношения специалистов зачастую характеризуются различными «ловушками нейтральности» [Варга А.Я, 2009] и воспроизводят «треугольники» отношений в семьях пациентов [Бейкер К., Варга А.Я., 2005; Черников А.В., 2010; Медведев С.Э., Коцюбинский А.П., 2013]. Это и взаимная критика одних членов бригады назначений других ее членов, и сомнения в профессиональной компетентности друг друга, высказываемые специалистами пациенту и его семье, и «реактивное перенаправление» больного от психиатра к психотерапевту [Бейкер К., Варга А.Я., 2005] вследствие явного или скрытого конфликта с пациентом и его семьей, и отказ специалиста (психиатра/психотерапевта) от контакта с представителем смежной помогающей профессии с попыткой объединения всех функций в одном (своем) лице.

Важным показателем эффективности помогающей (бригадной) деятельности является успешность адаптации пациента в социуме, что во многом определяется уровнем его социальной компетентности (СК). Нами проведен анализ динамики социальной компетентности 44 пациентов, страдающих шизотипическим расстройством, проходивших лечение в комплексе «круглосуточный стационар – дневной стационар». С целью количественной оценки СК была избрана Шкала измерения социальной компетентности Э. Долла [Doll E.A., 2011], позволяющая определить «социальный возраст» (СВ) идентифицированных пациентов (И.П.) и вычислить социальный коэффициент (СК или SQ), определяемый как соотношения СВ с хронологическим возрастом (ХВ) пациента по формуле $СК = СВ / ХВ \times 100$. В исследование были включены 23 женщины и 21 мужчина в возрасте от 18 до 30 лет, участвовавшие в программе биопсихосоциальной реабилитации не менее 12 месяцев. Пациенты из семей, принявших участие в психотерапевтической работе, продемонстрировали рост социальной компетентности в виде повышения социального коэффициента (SQ) более чем на 15 % через три месяца и более чем на 32 % через 12 месяцев после начала реабилитационной программы, по сравнению с исходным уровнем.

Таким образом, в процессе работы в рамках «полипрофессиональной бригады» следует обратить внимание на преодоление психофобии, как и других «ловушек нейтральности» [Варга А.Я, 2009], у помогающих специалистов (с помощью супервизии, обсуждения конкретных «случаев» в команде). Функционирование на единой территории стационарного отделения (с открытыми дверями) и дневного стационара способствует сохранению комплайенса на всех этапах лечения и реабилитации.

ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОСИНТЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В СТРУКТУРЕ СИНДРОМА КЕХРЕРА

Краля О.В., Ломова Я.Ю.

Омский ГМУ, г. Омск, Россия

Введение. Настоящее время характеризуется ускоряющимся темпом жизни, приводящим к социальным стрессовым факторам, воздействующим на психику людей. Распространенность психических расстройств непсихотического уровня намного превышает данные официальной статистики и составляет, в среднем, 27,3 % взрослого населения (1,4 % по официальным данным). Статистика показывает, что порядка 30 % больных, получающих медицинскую помощь, первично страдают от эмоциональных расстройств. За последние 25-30 лет отмечается резкое увеличение численности больных с психосоматической патологией. Это касается, прежде всего, заболеваний желу-

дочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы и эндокринных расстройств, но в настоящее время все чаще можно свидетельствовать нарушения сексуальной сферы, особенно среди женщин, до 57 % женщин не получают сексуального удовлетворения, и в 1,5-9 % у них отмечается формирование синдрома Керхера, проявляющегося в виде постепенного нарастания у сексуально неудовлетворенных женщин различных психосоматических расстройств – психомоторного возбуждения, раздражительности, обильного выделения белей, болей внизу живота, сухости влагалища, расширения тазовых вен, расстройств стула, нарушений менструального цикла и др.

Материалы и методы. Для выявления взаимосвязи сексуально-эротической удовлетворенности женщин с возрастными условиями и наличием психосоматических расстройств, проведены исследования, в которых в качестве объекта изучения были выбраны 60 женщин в возрасте от 20 до 40 лет, условно разделенные на две группы: от 20 до 30 лет и от 30 до 40 лет. У всех женщин были выявлены психосоматические расстройства, от вегетативных проявлений до ярко выраженных заболеваний. Уровень сексуально-эротической удовлетворенности женщин определялся с помощью анкетирования, а также с помощью шкалы общей сексуальной удовлетворенности методики «Индекс женских сексуальных функций» (FSFI) и опросника сексуальной удовлетворенности по Л. Берг-Кросс на основе методологии исследования качества жизни в контексте психосоматических и соматопсихических соотношений, предложенной Л.И. Вассерманом и Е.А. Трифоновой. Цель исследования состояла в том, чтобы выявить эффективность методик психосинтеза в работе с психосоматическими расстройствами в структуре синдрома Керхера.

Результаты исследований показали, что сексуальная женская формула (FSFI) в группе от 20 до 30 лет у 87 % исследуемых соответствует среднестатистическому показателю сексуально здоровой женщины (27 и более баллов), 37 % из которых имеют сильную половую конституцию. У оставшихся 13 % – результат FSFI незначительно снижен, но это может являться вариантом нормы.

При обследовании по Л. Берг-Кросс, у 73 % исследуемых в возрасте 20-30 лет сексуальные отношения «на высоте». Проанализировав результаты тестирования, можно сделать вывод, что эти люди любят и хорошо умеют наслаждаться сексом, достаточно внимательно воспринимают потребности партнера в постели и не пренебрегают экспериментами.

У 27 % тестируемых присутствовала некоторая неудовлетворенность своим партнером или сексом с ним. При беседе было выявлено, что в последнее время их интимная жизнь стала несколько однообразной, предсказуемой, и им не хватает новых ярких ощущений.

Несколько иная картина была среди женщин в возрасте 30-40 лет. В этом случае сексуальная женская формула FSFI у 41 % исследуемых соответствует среднестатистическому показателю сексуально здоровой женщины (27 и более баллов), и всего 19 % из них имеют выраженную половую конституцию. У 23 % – результат FSFI незначительно снижен, что может являться вариантом нормы. И у оставшихся 36 % результат FSFI значительно снижен, то есть, выраженность их неудовлетворенности сексуальными отношениями весьма значительна.

При обследовании по Л. Берг-Кросс были получены также несколько иные данные, в отличие от более молодых женщин. Так, всего у 26 % исследуемых в возрасте 30-40 лет сексуальные отношения «на высоте». Подавляющее большинство, 74 % исследуемых женщин отмечает неудовлетворенность сексуальными отношениями.

Помимо субъективной оценки, было выявлено и различие в психосоматических проявлениях синдрома Кехрера среди исследуемых групп. В обеих группах были выявлены психосоматические симптомы, входящие в структуру синдрома Кехрера. При этом среди женщин в возрасте от 20 до 30 лет только по одному показателю были выявлены значимые данные, а именно – повышенная раздражительность – отмечалась в 40 % случаев. Близким к нему было значение психомоторного возбуждения – 37 %. Но во многом сами пациентки связывали его не только с сексуальной неудовлетворенностью, но и с общим психоэмоциональным фоном их жизни, связанным со многими социальными явлениями. Что касается таких явлений, как нарушения менструального цикла, расстройства стула и боли в нижней части живота, то эти показатели были не особо значительными, в пределах 20 %. Такие явления, как повышенное выделение белей и сухость влагалища не отмечались вовсе.

В возрастной группе 30-40 лет наблюдалась несколько иная картина. Повышенная раздражительность была выявлена более чем у половины – в 63 % случаев, наряду с расстройствами стула, которые отмечались у 57 % обследуемых. С частотой, близкой к половине случаев, отмечались боли внизу живота (47 %) и психомоторное возбуждение (43 %). Повышенная сухость влагалища отмечалась в 32 %, нарушения менструального цикла в 27 %, расширение тазовых вен у 20 % и обильное выделение белей у 10 % обследуемых. Субъективно большая часть обследуемых связывало эти симптомы с причиной своего обращения на психотерапевтический прием, а именно – нарушениями в сексуальной жизни. Таким образом, у всех обратившихся девушек были выявлены симптомы синдрома Кехрера, но в полной мере данный синдром был обнаружен в 2 % среди обследуемых до 30 лет и в 10 % у женщин во второй группе, что в целом подтверждает мировые данные статистики. Но при этом мы имеем выраженную тенденцию к повышению частоты случаев психосоматических проявлений наряду с усилением выраженности субъективно оцениваемой сексуальной неудовлетворенности женщин с возрастом.

При работе с пациентками с использованием метода психосинтеза, а, именно, практики разотождествления с проблемой, было отмечено снижение психосоматических явлений.

Так, наиболее значительных результатов мы добились в области психомоторного возбуждения и повышенной раздражительности в обеих группах, где происходило снижение более чем в 5 раз (7 % в первой группе и 10 % во второй). По некоторым показателям, например нарушения менструального цикла и обильного выделения белей, выраженных изменений не наблюдалось, что могло быть связано с соматическими причинами. Этим пациенткам было рекомендовано пройти детальное гинекологическое обследование.

Тем не менее, у 73 % общего числа пациенток было выявлено значительно улучшение психоэмоционального состояния и связанных с ним психосоматических проявлений, что доказывает эффективность проводимой психотерапии, равно как и указывает на эмоциональные причины синдрома Кехрера.

Выводы:

1. В настоящее время только начинается проявляться интерес мировой психологической и психотерапевтической общественности к соотнесению субъективной удовлетворенности сексуальной жизнью женщин и психосоматических явлений.

2. Наряду с ростом субъективной неудовлетворенности женщинами своей сексуальной жизнью отмечаются низкие значения соматизации данного явления, что, в качестве гипотезы, может быть связано как с низкой обращаемостью женщин к специалисту с проблемами сексуальности, так и неверной диагностикой причин психосоматических состояний.

3. В более старших возрастных группах женщин явления сексуальной неудовлетворенности и сопутствующие психосоматические явления встречаются чаще, чем в более молодом возрасте.

4. Психотерапевтическое лечение с использованием методов психосинтеза оказывает явно выраженное положительное влияние на улучшение состояния женщин с синдромом Керхера.

ОСОБЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ ПИКТОПОЛИГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Курасов Е.С., Медведева Ю.И., Цыган Н.В., Зобин Я.С.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Введение. На современном этапе развития психиатрии особую актуальность приобретает проблема патологии аффективной сферы, особенно депрессивных и тревожных расстройств. При этом остается ряд нерешенных вопросов, касающихся клинической трактовки и диагностики аффективных нарушений. Как известно, наиболее распространенными на сегодняшний день методами, применяемыми для диагностики тревожной и депрессивной патологии, являются клиничко-психопатологическое обследование и психометрические шкалы. Однако, несмотря на общепризнанность и многообразие данных методик, они не исключают субъективности трактовки состояния как больным, так и врачом. Одним из наиболее информативных в этом направлении является пиктополиграфический подход, который «интегрирует и наполняет новым содержанием все известные ранее психометрические, психологические и психофизиологические методы путем включения в их структуру эмоционально-оценочной шкалы» (Скоморохов А.А., Захарова С.М., 2009). При этом значимость отдельных пиктополиграфических показателей у пациентов с этиологически разными тревожно-депрессивными состояниями может быть различной.

Цель исследования: выявить особенности отдельных пиктополиграфических показателей у пациентов с различными непсихотическими аффективными расстройствами.

Материал и методы исследования. Обследовано 60 больных женского и мужского пола (средний возраст $27,4 \pm 7,2$ года), проходивших стационарное лечение по поводу тревожно-депрессивных расстройств. Обследованных пациентов разделили на 3 группы: 1-я ($n_1=20$) – больные с депрессивным эпизодом («эндогенной» депрессией) (F32.0 по МКБ-10); 2-я ($n_2=20$) – с расстройством адаптации (продолжительной депрессивной, смешанной тревожной и депрессивной реакциями) (F43.21, F43.22); 3-я ($n_3=25$) – с такими же адаптационными расстройствами и сопутствующей акцентуацией характера истеро-возбудимого типа (F43.21, F43.22). Для оценки степени выраженности тревожных и депрессивных нарушений использовались Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Объективизацию выраженности депрессии и тревоги проводили с использованием пиктополиграфического метода (программно-аппаратный комплекс «Эгоскоп» («Медиком МТД», г. Таганрог, 2009 г.) путем вычисления индекса смысло-эмоциональной значимости (СЭЗ).

Результаты и их обсуждение. В ходе работы изучались изменения отдельных физиологических показателей, которые являются определяющими составляющими компонентами индекса СЭЗ. Вместе с этим, выявлялись наиболее характерные из них

при депрессиях с разными этиопатогенетическими и клинико-психопатологическими особенностями. Так, при анализе ЧСС было установлено, что в начале исследования в первой группе показатели составили $79,5 \pm 1,9$ уд/мин; во второй группе $78,3 \pm 1,7$ уд/мин, в третьей группе $92,3 \pm 1,9$ уд/мин, соответственно. В процессе проведения исследования, при ответе на вопросы, касающихся проявлений тревоги, показатели ЧСС изменялись следующим образом: в первой группе они находились в интервале $84,4 \pm 1,8$ уд/мин, во второй группе – $85,7 \pm 1,8$ уд/мин, и в третьей группе – $87,3 \pm 5,2$ уд/мин. При ответе на вопросы, касающихся проявлений депрессии, показатели ЧСС были следующими: в первой группе они составили $85,1 \pm 3,1$ уд/мин, во второй группе – $86,3 \pm 1,5$ уд/мин, в третьей группе – $89,1 \pm 3,4$ уд/мин.

Таким образом, в начале исследования и в процессе его проведения в первых двух группах показатели ЧСС имели значимые различия ($p < 0,05$), что свидетельствовало о субъективной значимости для этих пациентов предъявляемых вопросов в отношении тревоги и депрессии ($p < 0,05$). В третьей группе выявлялась тенденция к увеличению ЧСС, которая не имела значимых различий, по сравнению с исходными показателями, что свидетельствовало о незначительной субъективной значимости для этих лиц предъявляемых вопросов шкалы HADS.

Оценка электроэнцефалографических показателей производилась на основании определения динамики интегрального индекса ЭЭГ, который является одним из основных показателей пиктополиграфического обследования, характеризующим процессы активации коры головного мозга. Установлено, что в начале исследования показатель ЭЭГ был примерно одинаковым во всех группах обследуемых больных, а в процессе исследования показатели также относительно равномерно увеличивались, что, вероятно, связано с активацией коры головного мозга. Это позволяет предположить неспецифичность ЭЭГ-изменений при проведении пиктополиграфии.

При анализе показателей фотоплетизмографии (ФПГ) в начале исследования в первой группе показатели составили $8,2 \pm 3,1$ ед., во второй группе $7,4 \pm 3,2$ ед., в третьей группе $5,2 \pm 1,1$ ед. В ходе исследования, при ответе на вопросы, касающихся проявлений тревоги, показатели ФПГ изменялись следующим образом: в первой группе данный показатель увеличился до $11,1 \pm 2,3$ ед. (по сравнению с началом исследования); во второй и третьей группах снизился до $5,2 \pm 1,2$ ед. и $4,3 \pm 1,0$ ед., соответственно. При ответе на вопросы, касающихся проявлений депрессии, показатели ФПГ менялись в следующем порядке: в первой группе показатель увеличился до $11,3 \pm 2,7$ ед., а во второй и третьей группе оказались сходными с показателями тревоги ($5,6 \pm 1,3$ ед. и $4,5 \pm 2,1$ ед., соответственно). В целом, наиболее высокие показатели отмечались как в начале исследования, так и в ходе его проведения у пациентов первой группы, что также может свидетельствовать о субъективной значимости утверждений, сопряженных с явлениями симпатикотонии. Динамика данного показателя была отрицательной во второй и третьей группах, что свидетельствовало о меньшей выраженности вегетативной реакции на предъявляемые вопросы у этих пациентов.

При анализе кожного-гальванического потенциала (КП) в начале исследования в первой группе его показатели были в пределах $108,5 \pm 1,6$ ед., во второй группе $95,7 \pm 2,0$ ед., в третьей группе $139,7 \pm 1,2$ ед., соответственно. В процессе проведения исследования было установлено, что при ответе на вопросы в отношении проявлений тревоги, показатели КП изменялись следующим образом: в первой группе увеличился до $131,7 \pm 0,9$ ед.; во второй и в третьей группах снизился до $76,0 \pm 2,4$ ед. и $66,3 \pm 1,3$ ед., соответственно. При ответе на вопросы, касающихся депрессивных нарушений, показатели КП в первой группе показатель уменьшился до $128,8 \pm 0,6$ ед., во второй группе

снизился до $66,4 \pm 1,7$ ед., и в третьей группе снизился до $39,3 \pm 1,7$ ед. Наиболее высокие показатели отмечались как в начале исследования, так и в процессе его проведения у пациентов первой группы, что может свидетельствовать о тонузе (активности) симпатической нервной системы, повышения потоотделения (усиления тревоги) на индивидуально-значимые вопросы. Изменения данного показателя у лиц с невротическими расстройствами носили отрицательный характер.

Заключение. Проведенное исследование показало, что наиболее значимые различия при пиктополиграфическом обследовании выявляются при анализе ЧСС, в то время как изменения ЭЭГ носят неспецифический характер (вероятнее всего, обусловленный активацией коры). При этом динамика показателей ФПГ и КГР, напротив, является отрицательной у пациентов с невротическими расстройствами.

ГУМАНИСТИЧЕСКИЕ ИДЕИ ШКОЛЫ В.М. БЕХТЕРЕВА В РАЗРАБОТКЕ ПОДХОДОВ К МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Ляшковская С.В., Лысенко И.С., Прощенко С.А., Бубнова И.В.,
Чубрикова А.В., Чернов П.Д., Семенова Н.В.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Со времени обоснования В.М. Бехтеревым медицинской психологии как важнейшей части научного направления, изучающего функционирование человека в его целостности и многоуровневости, вопросы соотношения психического и соматического являются предметом научных исследований. Традиционным для бехтеревской школы является понимание того, что соматическая болезнь находит свое отражение в системе отношений человека, и взаимовлияние личности и болезни в значительной мере влияет на ее проявления, течение и исход.

Психологическая помощь больным с онкологическими заболеваниями является актуальной и социально значимой проблемой. Онкологическое заболевание, с точки зрения медицинской психологии, относится к экстремальным и кризисным ситуациям, так как имеет свойственные данным ситуациям признаки: внезапность возникновения при наличии витальной угрозы, угрозы контроля над ситуацией, стадийность протекания реакций на заболевание, неопределенность будущего, разрушение картины мира. Результатом проведенного онкологического лечения часто становится не только соматическая ремиссия, но также и стойкие неблагоприятные изменения личности, проявляющиеся в повышенной тревожности, мнительности, эмоциональной неустойчивости. Поэтому для улучшения качества жизни и здоровья людей, перенесших лечение по поводу онкологического заболевания целесообразно рекомендовать им реабилитационные меры как соматического, так и психологического характера.

В рамках программы клинической апробации нами проводилась реабилитационная программа медико-психологической помощи больным с первично диагностированными онкологическими заболеваниями, основанная на принципах когнитивно-поведенческого подхода, изучалась ее эффективность. Психологическая (психотерапевтическая) работа проводилась с пациентами дополнительно к основному лечению заболевания, проводимому врачом-онкологом. Выбор указанного психотерапевтического метода и используемых техник обусловлен эффективностью применения когнитивной психотерапии для лечения депрессивных и тревожных состояний,

свойственных людям болеющим жизнеугрожающими заболеваниями, что стало основой для разработки программы. Основными результатами программы для пациентов является восстановление адаптационных ресурсов личности и улучшение социального функционирования.

Реабилитационная медико-психологическая программа включала в себя 10 индивидуальных психотерапевтических встреч (с частотой 1 раз в неделю, время – 60 минут) и 10 групповых психотерапевтических встреч (частотой 1 раз в неделю, время – 3 часа с перерывом в 15 минут). Число пациентов в группе – 5–7 человек. Общее количество встреч – 20. Индивидуальные встречи проводились параллельно с групповыми. Целью индивидуальных консультаций являлось формирование индивидуальных целей каждого участника на групповую работу на начальном этапе, и в дальнейшем более тщательная (индивидуальная) глубинная проработка мыслительных и поведенческих иррациональных механизмов, в том числе выявленных в групповой работе. В процессе групповой когнитивной психотерапии происходит коррекция проблемных форм мышления и поведения пациента, приобретения навыка самоанализа и саморегуляции – усиление адаптационных механизмов, направленных на восстановление собственного «ресурсного» состояния, повышения качества жизни онкологического пациента, восстановление эмоционального баланса, психосоциального статуса и адаптации к новому образу жизни.

Начальный этап групповой работы включал ряд задач: принятие правил работы в группе, временные и другие организационные аспекты группы, организация пространства, директивная позиция ведущего, профилактика возникновения динамических интеракций в группе, обеспечение психологической и эмоциональной безопасности участников.

Также необходимым на начальном этапе является психообразование на тему основных принципов когнитивной психотерапии, для освещения целей и задач психокоррекционной программы (освоение навыка поиска дисфункциональных убеждений, долженствований и негативных Я-концепций). Психообразовательный блок также освещал роль эмоций в формировании психосоматической болезни (психосоматического реагирования), причины психосоматических заболеваний и влияния дисфункциональных установок (долженствований, негативных Я-концепций) на восприятие ситуаций и возникновение ошибочных оценок и негативных переживаний.

Второй этап предполагал обучение навыку отслеживания автоматических мыслей и промежуточных убеждений с помощью схемы «ABCD». Задача ведущего – отслеживать и поддерживать освоение навыка фиксации автоматических мыслей, способности определять и дифференцировать эмоциональные реакции и состояния, а также телесные проявления переживаний. Также на примере данной техники участники группы осваивают и тренируют навык разделения эмоции от мыслей, мыслей от поведения, эмоций от телесных ощущений, развивая также и общий уровень способности к рефлексии. На этом этапе участники группы анализируют свои переживания, связанные с разными ситуациями их актуальной жизни, что требует обсуждения участниками группы болезненных эмоций, таких как злость, обида и вина. Это влияет на их психологическое состояние, требует внимания ведущего к качеству оказываемой группе поддержки и преодоления процессов сопротивления.

Третий этап предполагает освоение участниками навыков (техник) изменения выявленных дисфункциональных установок и направлен на работу с глубинными убеждениями и негативными я-концепциями (их изменение на адаптивные, реалистичные) и на поиск оптимальных решений в ситуациях, запускающих негативные переживания. Применяются различные техники контраргументации и конфронтации с негативными убеждениями, анализируется поведение человека с негативной я-концепцией.

По завершении программы проводилась заключительная индивидуальная консультация, целью которой является определение и фиксация результатов, выдача рекомендаций пациенту.

В ходе клинической апробации было проведено повторное (после проведения психотерапии) психодиагностическое исследование для объективизации психоэмоциональных и психосоциальных изменений у пациентов.

Так, после прохождения программы у больных были зарегистрированы изменения в первую очередь эмоциональной составляющей, а именно снижение уровня выраженности невротической и психопатологической симптоматики вплоть до нормативных значений. Положительная динамика произошла в отношении снижения актуальной тревоги, характерной для данных больных, произошли изменения иррациональных когнитивных установок в сторону снижения вероятности возникновения и развития стресса, изменения в сторону общей гармонизации взаимодействия с окружающими (например, стали более представлены такие типы коммуникации как сотрудничающий и прямолинейный). Было зафиксировано также изменение типа отношения к болезни и смещение типа личностного реагирования с дезадаптационных форм на более реалистичные и адаптивные. У некоторых пациентов внутренняя картина болезни стала характеризоваться гармоничным отношением к себе и своему заболеванию. По данным опроса лечащих врачей-онкологов, значимым результатом участия в программе медико-психологической реабилитационной помощи стало значительное улучшение комплаенса – у 100 % пациентов не было зафиксировано ни одного пропуска или отказа от сеанса лучевой или химиотерапии.

Курс когнитивной психотерапии в долгосрочной перспективе может быть более благотворным, чем, например фармакотерапия, поскольку *психотерапевтический опыт имеет обучающее значение для пациента*. Пациент вырабатывает эффективные способы преодоления депрессии, тревоги, страха, учится распознавать приближение этих состояний и принимать необходимые меры, а возможно, даже предотвращать их.

ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ С ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Малинина Н.С.

Вологодская ОПБ, г. Вологда, Россия

В соответствии с классификацией Европейского регионального бюро ВОЗ, старение (пожилой возраст) длится у мужчин с 61 до 74 лет, у женщин – с 55 до 74 лет. С 75 наступает старость (преклонный возраст). Период старше 90 лет – долгожительство (старчество). По статистике люди пожилого возраста составляют примерно треть от общего числа пациентов отделения неврозов. При работе с такими пациентами возникает ряд сложностей, во-первых, многие виды психотерапии имеют возрастные ограничения и недоступны для пожилых людей, во-вторых, пожилой возраст имеет свои особенности, которые необходимо учитывать. В частности, для пожилого возраста характерны свои специфические задачи возрастного развития, это адаптация к телесным и психофизиологическим изменениям, противостояние негативным стереотипам старости, сохранение эмоциональной гибкости, преодоление психической ригидности, поиск новых форм поведения, стремление к внутренней целостности и осмыслению прожитой жизни.

Одним из методов, который позволяет решать поставленные задачи, является танцевально-двигательная терапия, определяемая как психотерапевтическое использование танца и движения в качестве процесса, способствующего интеграции эмоционального и физического состояния личности (Н.Ю. Оганесян).

На базе дневного стационара (отделение неврозов) Вологодской областной психиатрической больницы второй год реализуется программа «Танцевально-двигательная терапия 55+», специально адаптированная под цели и задачи терапии, коррекции и развития в пожилом возрасте. За этот период времени более 90 человек смогли поучаствовать в групповых занятиях. Целями программы являются: повышение двигательной активности, расширение двигательного и поведенческого репертуара, повышение эмоционального фона, обучение приемам релаксации и саморегуляции, расширение социальных контактов, а также решение возрастных задач развития.

Занятия по программе предполагают включение двигательных упражнений (общеукрепляющая гимнастика, упражнения на крупную и мелкую моторику, координацию, растяжку, баланс), танцевальных элементов (структурированные танцы, танцевальные игры, импровизации), релаксации и обсуждения. В результате курса занятий пожилые люди приобретают уверенность и самостоятельность, позитивный опыт общения и самовосприятия, у них повышается фон настроения, уровень активности и самочувствия, что, в свою очередь, способствует улучшению психо-эмоционального и физического состояния пациентов.

РАЗРАБОТКА МЕТОДА ЭЛЕКТРОННОЙ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ ТРЕВОГИ

Мартынихин И.А., Дыгал К.А., Бутылин Д.Ю., Пальчикова Е.И.

ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербургский национальный исследовательский университет информационных технологий, механики и оптики, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Интернет-опосредованная психотерапия бурно развивается в мире последние десятилетия вместе с развитием интернета. В ряде исследований демонстрировалось, что психотерапия распространенных психических расстройств с использованием интернет-технологий дает сходные результаты с очными вариантами психотерапии, являясь при этом более эффективной экономически и, следовательно, доступной [Andersson G., 2014]. При этом предполагается, что интернет-опосредованная терапия, особенно не включающая контакт с терапевтом, дает лучшие результаты в случае наиболее легких, по сути граничащих с нормой состояний, тогда как для более выраженных расстройств, в т.ч. осложненных сопутствующей патологией, будет более эффективна очная психотерапия. В последнем случае интернет-вмешательства могут быть скорее скрининговой процедурой, отбирающей лиц, нуждающихся в очной индивидуальной терапии.

Тревогу в ситуации экзамена испытывают многие студенты, при этом чрезмерно выраженная тревога мешает учащимся полноценно готовиться к экзаменам, адекватно демонстрировать свои знания в ходе экзамена и ведет в дальнейшем к формированию паттернов поведения с избеганием ситуаций, связанных с проверками знаний. Освоение в ходе курса электронной психотерапии учащимися приемов совладания с тревогой в ситуации экзамена потенциально может не только позитивно сказываться на результатах их обучения в ВУЗе, но и иметь психопрофилактическую и психообразовательную

роль, т.к. приобретенные навыки могут быть использованы ими и в других стрессовых жизненных ситуациях, а пробное использование психотерапевтических техник может снимать информационные и психологические барьеры при поиске квалифицированной психотерапевтической помощи в случае развития психических расстройств у лиц, прошедших данный курс, или их близких.

Задачи исследования. Создание на русском языке информационной системы для онлайн обучения студентов ВУЗов приемам преодоления экзаменационной тревоги с использованием методов когнитивно-поведенческой психотерапии (КПТ); первичная апробация данной системы.

Материалы и методы. При сотрудничестве кафедры психиатрии и наркологии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова и кафедры компьютерных образовательных технологий НИУ ИТМО разработана информационная интерактивная система «7 шагов для преодоления экзаменационной тревоги» (доступна по адресу <http://examtherapy.studtraining.ru/>). Система состоит из 7 разделов («шагов») для последовательного изучения, 4 из которых содержат интерактивные задания; система подразумевает только самостоятельную работу участников, вмешательства психотерапевта не предусмотрено.

Система включает следующие «шаги» (разделы): 1) Общая информация об экзаменационной тревоге (ЭТ), мотивация к участию; 2) Построение индивидуальной иерархии страхов, связанных с ЭТ; 3) «Когнитивная модель» – описание генеза ЭТ с позиции КПТ; 4) Выявление дезадаптивных автоматических мыслей, отработка этого навыка; 5) Оценка характерных для респондента стратегий совладающего поведения, обучение анализу их адаптивности/дезадаптивности; 6) Обучение методам релаксации; 7) Тренинг преодоления страхов по индивидуальной иерархии страхов (ситуация -> выявление дезадаптивных мыслей, усиливающих тревогу + поиск адаптивных стратегий совладания с ситуацией). В ходе работы с системой, переход к следующему шагу возможен после прохождения предыдущего, шаги 4, 5 и 7 включают оценку прогресса по результатам ответов респондента.

Первичная апробация проходила в январе-феврале 2017г. Студенты были приглашены к участию через объявления в социальных сетях. В апробации приняло участие 82 студента 1-5 курсов ПСПбГМУ и Университета ИТМО. 39 % из них в прошлом получали двойки на экзамене.

Результаты. Из 82 участников полностью прошли все 7 шагов курса 25 человек (30 %), что является приемлемым показателем для систем онлайн-психотерапии, где традиционно высока частота досрочного прекращения участия. Наиболее тревожащими в ходе построения иерархии страхов студенты закономерно выбирали ситуации накануне экзамена и непосредственно предшествующие его началу, а также неожиданные, прерывающие ответ, вопросы преподавателя. Студенты, которые прежде получали двойки на экзаменах, в среднем отмечали связанные с экзаменами ситуации, как более тревожащие, чем те, кто двойки не получал. Среди когнитивных искажений, усиливающих тревогу, наиболее часто участники отмечали характерные им искажения типа «навешивания ярлыка», «долженствования» и «чтения мыслей». Среди копинг-стратегий участники наиболее часто указывали, что используют стратегии «самоконтроль» и «планирование решения проблемы», в т.ч. их гипертрофированные, дезадаптивные варианты. Вопреки первоначальной гипотезе, связь между средней оценкой выраженности тревоги в экзаменационных ситуациях, полученной при построении иерархии страхов, и заинтересованностью участника в работе с системой, оцененной по количеству выполненных им заданий, оказалась статистически незначима.

Выводы. Впервые на русском языке создана работоспособная информационная система для онлайн обучения студентов ВУЗов приемам преодоления экзаменационной тревоги с использованием методов КПТ. На текущем этапе апробация системы позволила получить в целом предсказуемые результаты об особенностях экзаменационной тревоги у студентов ВУЗов, а также данные об особенностях взаимодействия участников апробации с интерфейсом системы и формулировками заданий, что позволит провести в дальнейшем техническую доработку системы для улучшения ее пользовательских свойств. Эффективность системы в отношении преодоления экзаменационной тревоги и улучшения успеваемости учащихся предстоит оценить в последующих рандомизированных исследованиях. Также отдельными аспектами изучения могут быть способность системы выявлять лиц, относящихся к группе риска в отношении развития тревожных расстройств, а также возможность использования системы для обучения студентов медицинских ВУЗов, изучающих психиатрию, базовым приемам КПТ.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ

Мизинова Е.Б., Полторак С.В.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Изменения, происходящие в современном обществе, ведут не только к росту психических расстройств, но и к появлению новых недифференцируемых пограничных психических отклонений, которые до сих пор не нашли отражения ни в МКБ-10, ни в DSM-IV-TR. Среди пациентов с пограничными нервно-психическими расстройствами, больные с расстройствами личности представляют собой наиболее социально опасный, а также сложный в диагностическом и лечебном плане контингент. Трудность восприятия концепции личностных расстройств во многом обусловлена сохраняющимся влиянием прежних представлений о «психопатиях» – термине, который в России был заменен МКБ-10 на термин «личностные расстройства» только в 1999 году. Такие формы личностных расстройств как антисоциальное, пограничное, нарциссическое фактически выпадают из поля зрения специалистов или приобретают неопределенное, приближенное к бытовому, расплывчатое содержание, а параноидное и шизоидное ассоциируются с эндогенными психическими заболеваниями.

Цель исследования: обоснование целесообразности персонифицированного подхода к диагностике личностного расстройства.

Сложности верификации личностных расстройств связаны с недостаточностью диагностики с одной стороны, и ошибочностью диагностики – с другой. Недостаточность диагностики обусловлена тем, что при кратковременном контакте со специалистом пациенты с личностными расстройствами зачастую не демонстрируют никакой личностной неадекватности. За маской формального поведения, которое они часто используют, как механизм психологической защиты, нередко скрываются агрессивность, импульсивность, слабость идентичности. Ошибочность диагностики в свою очередь связана с тем, в период декомпенсации в течение определенного (обычно короткого) временного интервала в структуре личностного расстройства могут развиваться нарушения, как психотического, так и невротического уровней. Поэтому личностное расстройство нередко неверно квалифицируется как эндогенное психическое заболевание, либо как невротическое расстройство. Таким образом, недостаточность и ошибочность диагностики

расстройств личности связаны с использованием специалистами психиатрического профиля упрощенной диагностической модели в рамках биомедицинской парадигмы «симптом-синдром-диагноз», недостаточной для верификации данной нозологии.

Заключение: диагностика личностного расстройства должна осуществляться на основе биопсихосоциальной (психодинамической) парадигмы с использованием персонализированного подхода к пациенту, и включать в себя, помимо клинических критериев МКБ-10, более глубинное и прицельное обследование, учитывающее особенности системы отношений личности, уровень конфликтности личности, механизмы психологической защиты, уровень аффективной толерантности, степень эгоцентричности мышления и уровень сохранности функции проверки реальности. А диагностический арсенал, помимо консультации психиатра или психотерапевта должен включать в себя психодиагностику, направленную на верификацию личностно-аномального патопсихологического симптомокомплекса.

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА БОЛЬНЫМИ ДЕЙСТВИЯ АНКСИОЛИТИКОВ ПРИ ПЕРВОМ ПРИЕМЕ: ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ И СТРУКТУРЫ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

Незнамов Г.Г., Метлина М.В., Сюняков Т.С., Коваленок Т.В.,
Чепелюк А.А., Богданова Н.И.

НИИ фармакологии им. В.В. Закусова, Москва, Россия

Введение. Появляется все больше данных о важной роли субъективного фактора в реализации действия психотропных средств. Установлено, что показатели субъективной оценки (СО) больными действия первой принятой дозы препаратов коррелируют с их переносимостью, терапевтическим действием и эффективностью при последующем курсовом применении. В этой связи теоретический и практический интерес представляет установление зависимости СО действия первых тестовых доз препаратов от объективных параметров личностно-типологических особенностей и психического состояния больных.

Цель исследования: анализ взаимосвязи СО действия однократных доз анксиолитиков – бензодиазепина феназепам и атипичного анксиолитика производного бензимидазола фабомотизола (афобазола) с личностными особенностями и показателями психического состояния больных с тревожными расстройствами.

Материалы и методы. Исследование СО действия однократной тестовой дозы – феназепам (1 мг) и фабомотизола (15 мг) проведено у 117 больных, средний возраст – $35,6 \pm 10,3$ лет, с генерализованным тревожным (ГТР) – F41.1 по МКБ-10 – 36 больных, тревожно-фобическим в виде агорафобии с паническими нарушениями (ТФР) – F40.01 – 45 больных и тревожно-ипохондрическим (с нозофобиями) (ТИР) – F45.2 – расстройствами – 36 больных. Методики исследования: методика СО, стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ), симптоматическая шкала (ШОВС), шкала для оценки тревоги Гамильтона (НАМА), шкалы субъективной оценки астении (MFI-20 и ВАШ-А), шкала скринингового исследования когнитивных способностей J. Jacobs (CCSE). Оригинальная методика СО включала основные параметры переносимости и желания продолжить прием препарата в баллах от -11 до +11, а также выраженности активирующего и успокаивающего действия в баллах от 0 до 11. Статистическую обработку данных проводили с использованием общей линейной модели непараметрических критериев Уилкоксона, Манна-Уитни и корреляционного анализа методом Спирмена с уровнем достоверности при $p \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Обнаружены различия СО действия больными тестовых доз препаратов в зависимости от структуры тревожных расстройств с более высокими показателями переносимости и желанием продолжить прием препарата для фабомотизола при ТФР и ТИР и феназепам при ГТР. Выявлена тенденция к более высокой СО успокаивающего действия феназепам, по сравнению с фабомотизолом. Установлено наличие достоверных корреляций основных показателей переносимости и желанием продолжить прием препаратов с личностными особенностями, оцениваемыми по СМИЛ. У больных, получавших фабомотизол, при ГТР и ТРФ с показателями лживости, шизоидности, мужественности/женственности. У больных, получавших феназепам, они выявлялись при ГТР с чертами истероидности и тревожности. У получавших фабомотизол также выявились связи СО показателей, преобладающих активирующего и успокаивающего эффектов препаратов, с показателями СМИЛ – тревожностью, ипохондричностью, истероидностью, пессимистичностью, активностью, общительностью. Выявлена взаимосвязь основных показателей СО с психопатологической и соматовегетативной симптоматикой тревожных расстройств. У больных, получавших фабомотизол, преобладали достоверные корреляции при ГТР и ТФР ($R = 0,310-0,537$), и отсутствовали при ТИР. У больных, получавших феназепам корреляции СО с показателями шкал оценки состояния больных отмечались практически в два раза реже, чем у получавших фабомотизол, но с более высокими значениями коэффициента корреляции ($R = 0,451-0,779$) и достаточно равномерном их распределении при ГТР, ТФР и ТИР.

Заключение. Выявленные различия СО больными действия первых однократных доз разных по спектральным характеристикам анксиолитиков подтверждают ранее установленную их обусловленность особенностями фармакологических свойств препаратов. Обнаружены взаимосвязи СО первых однократных доз препаратов с объективными показателями особенностей личности и психопатологического состояния больных с тревожными нарушениями. Взаимосвязи субъективных параметров действия анксиолитиков с объективными клиническими характеристиками, индивидуальные для каждого препарата, объясняют принципиальные возможности использования показателей СО тестовых доз для эффективности прогноза терапевтических результатов.

О ТРАНЗИТОРНЫХ РАССТРОЙСТВАХ ЛИЧНОСТИ В ПРАКТИКЕ ВОЕННОЙ ПСИХИАТРИИ

Нечипоренко В.В., Лыткин В.М., Курасов Е.С.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Проблема личностных расстройств у военнослужащих становится все более актуальной в силу возрастающего интереса исследователей к изучению динамических (неустойчивых) форм личностной патологии, равно как и в связи с отчетливым патоморфозом классических форм психопатий в сторону уменьшения глубины их клинических проявлений и тяжести течения, и динамикой социально-психологических характеристик общества. Научные разработки в области патоморфоза пограничных психических расстройств у военнослужащих ориентированы, преимущественно, на общетеоретические, дискуссионные аспекты безсоответствующей практической направленности, в рамках которой известно, что начальные признаки личностных девиаций в условиях военной службы проявляются в малодифференцированных формах на уровне нервно-психической неустойчивости (как донозологической характеристики психического состояния). Одновременно

в последние годы накапливаются все больше подтверждений, когда установленный в молодом возрасте диагноз «расстройства личности» на протяжении последующих лет в жизни в целом ряде случаев убедительных доказательств не обнаруживает и, следовательно, с учетом данных катамнеза достаточно обоснованным не представляется.

Цель исследования: сформировать основные теоретические положения концепции транзиторного расстройства личности.

Результаты и их обсуждение. Несмотря на то, что в настоящее время появляются утверждения, о «надуманности» проблемы личностных расстройств уместно, на наш взгляд, привести высказывание В.М. Бехтерева (1886), согласно которому «...психопат мыслит, чувствует и действует иначе, чем здоровый человек». Им же было высказано положение о «переходных» состояниях между психопатиями и нормой. В практике военной психиатрии было отмечено, что отдельные формы психопатий в молодом возрасте (18-20 лет) носят временный характер, однако проявляются в этот период наиболее ярко. С возрастом некоторые психопатические личности полностью утрачивают, подчас, свои аномальные черты. Возрастная незрелость во многом определяет относительную легкость возникновения различных преходящих отклонений и нарушений. Психопатические расстройства, обнаруживающие относительную тотальность и стабильность в период военной службы, при благоприятном изменении условий жизни могут исчезать, в связи, с чем их следует расценивать, по нашему мнению, как «транзиторные расстройства личности» (ТРЛ).

Под ТРЛ нами понимается кратковременная, преходящая дисгармония личности, носящая парциальный характер, вызывающая дезадаптацию в экстремальных условиях и не приводящая к формированию стойкой патологии. При этом отсутствует критерий стабильности эмоционально-волевых проявлений, которые обусловлены, как правило, незавершенностью окончательного формирования личности к моменту призыва и специфическими условиями и требованиями военной службы. Вот почему при оценке личностных расстройств необходимо, в первую очередь, отличать долговременную тенденцию или предрасположенность к определенному реагированию от состояния пациента в данный момент. Поведение больного может отражать не постоянный характер личностного реагирования, а транзиторное расстройство.

В формировании ТРЛ выделено два этапа: 1) развитие общих дизадаптационных расстройств, которые предшествуют личностной реакции и характеризуются отдельными, abortивными астеноневротическими проявлениями; 2) присоединение различных вариантов личностного реагирования и формирование транзиторных расстройств. Причины формирования ТРЛ у военнослужащих подразделяются на две группы: психотравмирующие факторы семейно-личного (тяжелое материальное положение семьи, неприятные известия из дома, разрыв с девушкой, психологическая неподготовленность к военной службе) и служебного характеров (тяжелые климатогеографические условия службы, изменения ритма жизни, трудность в овладении военной специальностью, определенные бытовые неудобства, неуставные взаимоотношения).

По степени тяжести среди клинических проявлений ТРЛ выделяются незначительно выраженные (проявляющиеся, в основном, эмоционально-волевыми нарушениями), умеренно выраженные (для которых, помимо эмоционально-волевых, характерны нарушения поведения) и резко выраженные (проявляющиеся эмоционально-волевыми и поведенческими расстройствами с суицидальными попытками). Установлены следующие диагностические критерии ТРЛ: парциальность и отсутствие стабильности в дисгармонии личности, обратимость и проявляемость эмоциональных и поведенческих нарушений в преимущественно в молодом возрасте в строго регламентированных

условиях (например- военной службы). Независимо от типа расстройств у лиц с ТРЛ, как правило, обнаруживают разнообразные признаки дизонтогенетического развития. Эти признаки не проявляются явно в социальном и поведенческом отношении до тех пор, пока к индивидууму не будут предъявлены повышенные требования, связанные с процессом социально-психологической адаптации к новым условиям, что неизбежно происходит после призыва на военную службу. По данным С.А. Королева (2004), из 850 исследованных им военнослужащих с личностными расстройствами в 75,8 % случаев были диагностированы ТРЛ.

Заключение. Таким образом, введение в военную психиатрию понятия «транзиторное расстройство личности» позволило, на наш взгляд, избежать пагубных последствий ошибочной диагностики; оно не препятствовало решению многих практических вопросов (поступлению на учебу, трудоустройству, наблюдения в ПНД и др.) и облегчило, в определенной степени социальную реабилитацию. Несмотря на это, диагностические критерии ТРЛ до сих пор отсутствуют в МКБ-10, а за данным диагнозом нередко стоят случаи демонстративно-шантажного и симулятивного поведения, преследующие цель уклонения от военной службы.

Следует отметить, что диагноз «транзиторного расстройства личности» носит этапный (динамический) характер, который позволяет, на наш взгляд, избежать значительного числа диагностических ошибок в молодом возрасте, а также правовых и социальных последствий из-за возможно более тяжелого диагноза «психопатии», установленного в молодости, который последующей жизнью не подтверждается.

ЯВЛЕНИЯ РЕЗОНАНСА И ТЕХНИКА «ОТЗЕРКАЛИВАНИЯ» ДВИЖЕНИЙ В ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Оганесян Н.Ю.

ГПБ №6 (стационар с диспансером), Санкт-Петербург, Россия

Явления резонанса и зеркального отражения в повседневной жизни могут проявляться в самых обычных движениях тела. Такие резонансные явления, как передача эмоций или жестов, имеют значение не только в сфере личного общения. В медицине зеркальное отражение и резонанс являются одними из эффективных средств лечения, а в психотерапии — важной базой психотерапевтических процессов. Более того, без зеркальных нейронов не было бы интуиции и эмпатии. Резонансное поведение можно вызвать даже тогда, когда стимул, вызывающий реакцию, совершенно не воспринимается сознательно, что особенно важно для больных шизофренией с нарушенными когнитивными функциями.

Человеческая психика и ее нейробиологический инструмент — головной мозг — ежедневно воспринимают бесчисленные сигналы, которые минуют наше сознание. Резонанс означает, что эти сигналы, сознательно или бессознательно, не только накапливаются в нас, но и могут вызывать различные реакции, готовность к действиям, а также психические и физические изменения. Виновата в этом феноменальная работа зеркальных нейронов.

Мимика, взгляды, жесты и способы поведения, которые мы воспринимаем у других людей, имеют и еще одно следствие, по крайней мере, столь же значимое, как эмоциональный резонанс. Они дают нам внутреннее знание о том, чего можно ожидать в дальнейшем.

Никакой рассудочный анализ не поможет понять человека эмпатически. то есть без сопереживания и сочувствия. Но если эмпатически больные шизофренией чувствуют другого, (хотя часто их обвиняют в холодности и эмоциональной недостаточности) они часто не могут объяснить это чувство вербально. И если им представляют психологические методики для какого-либо исследования, то чаще всего пациенты должны включать когниции, которые могут быть уже частично разрушены. В то время как эмпатическая сонстройка с помощью движений, мимики и музыки даёт возможность получения ответной реакции, даже у глубоко заторможенного пациента, находящегося под воздействием нейролептической терапии.

В процессе танцевально-терапевтической сессии проигрываются (протанцовываются) разные эмоциональные состояния, движения танцевального терапевта отзеркаливаются пациентами и через несколько сессий могут быть ими повторены с привнесением своих эмоций, соответствующих заданной теме сессии. Такое запоминание движений моторной выразительности демонстрируют и здоровые люди, для которых танец также может вызывать сложности передачи эмоционального состояния. Если человек танцевал или занимался спортом, то постепенно он начинает вспоминать заученные ранее связки движений, активизируя моторную память. И не важно, больной этот человек или здоровый. Как показывает наш 16-и летний опыт проведения и исследования особенностей танцевально-двигательной психотерапии, моторика и моторная память являются одним из главных ресурсных состояний как больных шизофренией и неврозами, так и здоровых людей.

Если человек не может чувствовать, что место, в котором он живет, принадлежит к тому же смысловому пространству, в котором также находятся, другие люди, могут возникнуть проблемы в коммуникациях. Напротив, может случиться и так, что сообщество исключает отдельного человека из мира самопонимания, закрыв ему доступ к общему смысловому пространству. Человеку отказывают в обмене взглядами, или взгляды других сигнализируют об изоляции или пренебрежении. Приветствие остается без ответа. Жесты встречают ледяным отсутствием реакции. Зеркального отражения больше не происходит. В таком случае люди, подвергаемые подобному отлучению от общения, как правило, испытывают сильнейшую фрустрацию. Но если здоровый человек ещё может дифференцировать, что происходит и понять, чем вызвано такое поведение людей по отношению к нему, то больному шизофренией это не под силу, он понимает всё слишком буквально.

Маскообразность лица больного шизофренией чаще всего не означает отсутствие эмоций, это может быть и защитная реакция на отторжение и не понимание больного его окружением. Минимум мимики у здорового человека также создаёт проблемы в межличностных контактах, но здоровые люди имеют возможность сонстроиться с человеком при помощи интуитивного резонанса, за который отвечают зеркальные нейроны, изменив при этом каналы восприятия, и сделать это достаточно быстро, даже не осознавая сам процесс. Больным шизофренией необходимо время для переключения и часто длительное. Именно с переключением внимания на эмоциональном уровне работают танцевальные терапевты, переходя от вербального контакта к невербальному через смену каналов восприятия.

Таким другим каналом восприятия служат движения, танец под определённое музыкальное сопровождение и образы, выбранные танцевальным терапевтом соответственно отработки проблематики пациента или клиента. Л.М. Веккер считал именно образный строй исходным уровнем психического. А.А. Гостев отмечал значимость образа как канала-контакта в коммуникации субъекта с реальностью. Образ, возникший в танце или прочувствованный интуитивно, непередадим в конечные значения вербаль-

ных структур. Образ является основной составляющей психической реальности в плане теории отражения. Образная сфера связывается с глубинными слоями психики, подсознания и надсознания.

Танец и музыка в совокупности создают как интуитивные так и направленные образы, которые резонируют с помощью зеркальных нейронов не только в парном танце, но и в танцевально-терапевтической группе в целом. Можно сказать, что танец является одной из техник создания образов в психотерапии больных шизофренией, которые вторгаются в сознание, постепенно переводя тяжёлые, психотравмирующие образы галлюцинаций больных шизофренией на уровень подсознания, а затем полностью их вытесняя. Таким образом связка «музыка-движение-образ-танец» является резонансной составляющей танцевально-двигательной психотерапии влияющей на невербально-интуитивные коммуникации не только больных шизофренией, но и здоровых людей.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПСИХОРЕЛАКСАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ И СОЦИАЛЬНО-КОГНИТИВНЫХ ЗАНЯТИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Першина Н.А., Струкова Е.Ю., Логачева А.А.

Тамбовская ПКБ, г. Тамбов, Россия

Актуальность проблемы. Невротические и депрессивные расстройства возникают у лиц с преморбидными особенностями, которые проявляются в прямолинейности, ригидности, гиперсоциальности, бескомпромиссности. Это оказывает негативное влияние на работоспособность и качество жизни пациентов. Для полноценного восстановления пациента чаще всего бывает недостаточно только медикаментозного лечения. Необходимо использовать комплексное лечение, направленное на формирование психологических установок на активное преодоление болезни, обучение приемам, улучшающим психологическую адаптацию, развитие способности к саморегуляции, повышению толерантности к стрессовым воздействиям и уменьшению выраженности психических изменений.

Цель исследования: оценка эффективности комплексного лечения пациентов дневного стационара ОГБУЗ «ТПКБ» с использованием индивидуальной психокоррекции, релаксационного и социально-психологического тренинга.

Материал и методы исследования. В исследование включено 84 больных, в возрасте 23-55 лет, поступивших на лечение в дневной стационар ОГБУЗ «ТПКБ». В основном это лица женского пола, средний возраст которых составляет 46 лет, имеющие диагноз невротические расстройства (41,7), депрессивные расстройства (30,9 %), шизофрения неврозоподобная (24,4 %). Около 15 % имеют группу инвалидности по общему заболеванию, более 80 % не являются инвалидами. У 67,9 % длительность заболевания не превышает 5 лет. Большинство из них проживают с семьей (92,9 %), около 20 % работают.

Все пациенты проходили курс медикаментозного лечения, включающего в себя антидепрессанты, противотревожные препараты, ноотропы, физиотерапию, и дополнительно посещали психосоциальные занятия, включающие релаксационный и социально-психологический тренинги. При необходимости пациентам назначалась индивидуальная психокоррекция. До начала и после курса занятий проводилось психодиагностическое обследование, в процессе которой выявлялись основные психологические проблемы, негативные эмоции, чувства и состояния, которые наиболее тяжело переживаются пациентом, с которыми он не умеет справляться, и которые способствуют проявлению заболевания.

У большинства больных, проходивших исследование, были выявлены расстройства невротического уровня, характеризующиеся в основном подавленностью настроения, астеническими и тревожными проявлениями, эмоциональной неустойчивостью. Чаще всего пациенты жаловались на отсутствие чувств или ощущение пустоты и считали свою жизнь унылой, рутинной и излишне сложной в материальном плане. Несмотря на остро переживаемое одиночество, большинство из них испытывали трудности в общении. Большинство пациентов высказали стремление «наладить отношения с самим собой» и желание чувствовать себя естественно и комфортно в общении с другими.

Анализ результатов психодиагностической беседы показал, что подавляющее большинство пациентов – 66 (78,6 %) избегают вступать в сложные жизненные ситуации, поскольку чувствуют, что не в силах справиться с этими ситуациями. Тяжело поддаются или практически не поддаются контролю следующие эмоции разной степени выраженности: раздражение и гнев – 30 (35,7 %), тревога и страх – 17 (20,2 %), неуверенность – 10 (11,9 %), обида – 7 (8,3 %), чувство вины – 6 (7,1 %).

Групповые занятия проводились с целью улучшения эмоционального состояния, развития навыков межличностного взаимодействия, обучения эффективным навыкам общения, самоконтроля, снятия эмоционального напряжения. Занятия проводились 2 раза в неделю, курс состоял из 8-10 сеансов. В конце каждого занятия проводилось краткое групповое обсуждение достигнутых результатов.

Релаксационный тренинг с элементами визуализации и медитации. Каждое занятие тренинга состояло из трех основных частей: 1) упражнения на расслабление различных мышц и мышечных групп, 2) релаксация с элементами визуализации, 3) обратная связь. Общая продолжительность каждого занятия составляла 30-40 минут. Сеансы релаксации проводились в группах по 5-7 человек, в положении больных сидя в кресле.

Социально-психологический тренинг. На занятиях пациенты осваивали навыки слушания и понимания собеседника, учились правильно выражать свои чувства, мысли и требования. В ходе занятий рассматривались ситуации из повседневной жизни пациентов, вызывающие напряжение, тревогу, негативные реакции, внутренние проблемы и конфликты, обсуждались способы выхода из них с наименьшими потерями для себя.

Оценка эффективности комплексного лечения складывалась из субъективных ощущений пациента на основе самоотчетов, по психологическим опросникам и на основе объективных данных психических состояний, которые оценивал врач-психиатр.

Результаты психодиагностического обследования после прохождения курса занятий, показывают, что работа в группе для пациентов была эффективной. Согласно проведенному на заключительных занятиях анкетированию, пациенты положительно оценили работу в группе. По субъективным ощущениям большинство отметили улучшение эмоционального фона, снижение тревожности, повышение самооценки и чувства уверенности в себе: коррекция эмоционального фона – 98 %, снижение уровня тревоги, напряженности – 76 %, повышение стрессоустойчивости – 54 %, повышение чувства уверенности в себе – 43 %, развитие коммуникативных возможностей – 37 %, улучшение в межличностном общении – 32 %.

Психологическое обследование проводилось с помощью теста СМОЛ и Шкалы для оценки степени снижения стрессоустойчивости Коухена и Виллиансона. Тест для оценки степени стрессоустойчивости Коухена и Виллиансона показал, что к концу наблюдения у 44 чел (52 %) отмечается повышение уровня стрессоустойчивости. Тест СМОЛ выявил снижение показателей по 1-й, 2-й, и 3-й шкалам. Отмечено снижение уровня тревожности, напряженности, ипохондрической настроенности, повышение активности и уверенности в себе.

На фоне проводимого комплексного лечения с применением препаратов в средних терапевтических дозах и психосоциального лечения отмечалось более быстрое купирование симптомов болезни без использования инъекционных форм.

Выводы. Недостаточное умение справляться с негативными эмоциями, отсутствие для этого необходимых умений приводит к переживанию повторяющихся проблемных ситуаций без их разрешения, что обуславливает развитие психологической дезадаптации у больных. У большинства пациентов дневного стационара выявляется демонстративность, импульсивность, склонность к фиксации на негативных ощущениях и эмоциях, тревожность, снижение настроения и активности. Использование медикаментозной терапии в сочетании с психосоциальными методами, направленными на преодоление негативных эмоций и на обучение эффективным методам общения, позволили улучшить качество оказываемой помощи пациентам.

Анализ эффективности использования психосоциальных методов в комплексном лечении пациентов показал сокращение продолжительности лечения в стационаре. Обучение пациентов более раннему распознаванию симптомов обострения заболевания и способам совладания с ними с использованием психотерапевтических приемов способствовали предотвращению повторных госпитализаций в дневной стационар в течение года.

НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ОСОБЕННОСТИ ЕГО ПРОЯВЛЕНИЙ В ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ШИЗОФРЕНИИ

Рамос Валерио Э., Оганесян Н.Ю.

ГПБ №6 (стационар с диспансером), Санкт-Петербург, Россия

Введение. Нейролептический синдром является одним из самых часто встречаемых осложнений приема нейролептиков. Вариабельность неврологических побочных эффектов от терапии нейролептиками достаточно высокая, и в данном исследовании мы планировали изучить, какие проявления осложнений встречаются наиболее часто и наиболее ярко выявляются в процессе танцевально-двигательной психотерапии. На наш взгляд, интересным является и динамика нейролептических проявлений в процессе танцевально-двигательной терапии. Эти наблюдения о психомоторном состоянии пациентов помогли бы врачам-психиатрам эффективнее использовать лечебный процесс для преодоления нейролепсии, облегчения состояния больных.

Лекарственный паркинсонизм является часто встречаемым проявлением нейролептического синдрома и выражается в замедлении движения, мышечной скованности, прерывистостью движений, дрожанием конечностей, маловыразительностью и однообразием мимики и гиперсаливацией. Замедленное мышление, трудности концентрации внимания, мешают осознанию телесных ощущений и корректировки двигательной активности.

Риск экстрапирамидных расстройств при применении всех антипсихотических средств, существует в большей или меньшей степени. Лекарственный паркинсонизм (акинетогипертонический синдром) встречается в 15-60 % случаев при приеме антипсихотиков и обусловлен снижением дофамина в нигростриарном пути и связанным с этим повышением глутамата и ацетилхолина. Лекарственный паркинсонизм в целом является серьезным осложнением. Длительные наблюдения и телесный анализ пациентов, получающих танцевально-двигательную терапию дали возможность предположить эффективность ее применения в комплексном подходе к лечению основного заболевания и осложнений в результате антипсихотической терапии.

Деля корпус человека на верхнюю половину – оральную и нижнюю половину — анальную, А. Лоуэн обращает внимание и на другие нарушения у пациентов с диагнозом шизофрения, такие как отсутствие связи между руками и телом, изменения тонуса мышц в плечевом поясе, постановка головы, что подтверждается авторской методикой «Телесный анализ» Оганесян Н.Ю. У больных шизофренией может быть или слабо развитая мышечная система, или при развитой мускулатуре нередко наблюдаются спазмы глубоких мышц спины, что выражается в трудностях удержания спины прямо в положении сидя, а также потеряна координация движений. Энергетический поток в мышечной системе прерывается или ослабляется в суставах, отсутствует пластичность движений. Круговые движения в кистях, локтях, и особенно в коленях и стопах затруднительны. По мнению А. Лоуэна, больной шизофренией не способен контролировать свои мышцы так, чтобы двигаться и действовать адекватно. Вместе с тем мы считаем, что методы танцевально-двигательной терапии помогают преодолевать эти нарушения, тренировать способность адекватной двигательной активности. В нашей практике мы используем методику «Анализ телесного компонента интеллекта» Оганесян Н.Ю. позволяющую исследовать особенности концентрации внимания на отдельных частях своего тела, которая нарушена у больных шизофренией. Процесс концентрации (сосредоточения) можно рассматривать как моторную установку для наилучшего восприятия внешнего и внутреннего раздражителя. Воспроизведение больными зон мышечного напряжения в теле вербально и кинестетически, в процессе танцевальной терапевтической сессии, может выступать как достоверная обратная связь от процесса танцевально-терапевтического воздействия. Это позволяет танцевальному терапевту, сопоставляя свои наблюдения с самостоятельной оценкой больными своих телесных напряжений, выявлять причины их возникновения и корректировать напряжения на танцевально-терапевтических сессиях с помощью специально составленных психомоторных упражнений.

Целью исследования являлось изучение влияния особенностей нейролептического синдрома на фоне фармакотерапии на психомоторную сферу пациентов, страдающих шизофренией, получающих танцевально-двигательную психотерапию.

Материалы и методы. Изучаемую выборку составили пациенты с диагнозом параноидная шизофрения, галлюцинаторно-параноидный синдром (F20,00 по МКБ-10), находящиеся на лечении в психиатрическом стационаре (ГПБ №6) в период 2010 г. (1-ая группа – 30 чел.) и 2017 г. (2-ая группа – 30 чел.) Было обследовано 60 больных (40 женщин и 20 мужчин) На момент проведения танцевально-двигательной психотерапии пациенты находились в стационаре $1 \pm 0,5$ мес. Средний возраст всех обследуемых составил $38,9 \pm 1,2$ лет. Давность заболевания $11, \pm 1,0$ лет. Все имеют инвалидность II группы. В первой группе лекарственная терапия Т. Haloperidol, Т. Cyclodol. Во второй группе S. Haloperidol, S. Chlorpromasini. Основным методом для исследования был выбран клинико-психопатологический с использованием клинического наблюдения за состоянием больных. Проводилось интервьюирование на основе методики «Анализ телесного компонента интеллекта» Оганесян Н.Ю., анализа анамнестических сведений. Также была проведена психомоторная диагностика по методикам Озерецкого-Гуревича на оптико-моторную координацию и «Телесный анализ» Оганесян Н.Ю., для выявления особенностей пространственной ориентации и движений разными частями тела и разных плоскостях.

Результаты. Проводя исследование, мы отразили выраженность тремора, мышечной скованности двух групп состоящих из 30 чел. в интервале 7 лет между группами. Отдельно следует отметить динамику основных нейролептических проявлений в сторону уменьшения тремора – дрожание рук, ног, головы, невозможность держать равновесие (группа №1 тремор у 45 % из 30 пациентов, а группа №2 только 3 человека из 30)

как одного из наиболее клинически значимых симптомов экстрапирамидных нарушений. Как было показано выше, у первой группы пациентов медикаментозная терапия была пероральной, в то время как у второй группы – инъекционной (использовались пролонги). Необходимо учитывать, что медленное высвобождение действующего вещества из лекарственного депо существенным образом видоизменяет фармакокинетические параметры препарата, который в таком виде заметно отличается от пероральной формы: Для пероральной формы определяющей фармакокинетической характеристикой является скорость лекарственного метаболизма, в то время как для инъекционной пролонгированной – скорость абсорбции. Можно предположить, что смена способов терапии существенно повлияла на такой нейролептический синдром как тремор.. В тоже время субъективное телесное осознание мышечных зажимов по методике «Анализ телесного компонента интеллекта» увеличивается в процессе танцевально-двигательной психотерапии с 20 % в начале до 85 % в конце курса из общей выборки 60 испытуемых. Методика «Телесный анализ» показала несущественную разницу между группами в параметрах использования пространства, работы разными частями тела интенсивность и амплитуда которых увеличивались к концу прохождения танцевально-двигательной психотерапии. Методика Озерецкого-Гуревича на оптико-моторную координацию показала также несущественную разницу в группах. Нарушения координации при выполнении двумя руками одновременно были у пациентов обеих групп 45 % по круговым движениям и зигзагообразным. Что касается эмоциональной сферы, то в процессе танцевально-терапевтической сессии эмоциональные реакции на происходящее и на юмор у всех пациентов были адекватными, даже у тех, кто демонстрировал эмоциональную заторможенность в начале сессии.

Заключение. При проведении танцевально-двигательной психотерапии для пациентов с диагнозом шизофрения параноидная, галлюцинаторно–параноидный синдром (F 20,00 по МКБ- 10) и получающих лечение нейролептиками, главной терапевтической мишенью необходимо сделать работу с координацией движений и пространственной ориентацией, снятием мышечных зажимов, с последующим включением эмоциональной составляющей метода. Резюмируя сказанное, привлекаем внимание к необходимости продолжения исследований о возможности психомоторной коррекции в комплексном лечении шизофрении а также осложнений при применении антипсихотиков в клинической практике.

РАЗРАБОТКА СТАНДАРТИЗИРОВАННЫХ ПОДХОДОВ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

Романов Д.В.

Самарский ГМУ, г. Самара, Россия

Пограничное расстройство личности (ПРЛ) представляет собой наиболее рас пространенный клинический вариант личностных аномалий. Значимость расстройства обуславливается шлейфом последствий, связанных с суицидальным и агрессивным поведением таких пациентов, злоупотреблением ПАВ, патологией сферы влечений и интерперсональными конфликтами. Большинство исследователей отмечают, что при ПРЛ взаимодействие с пациентами в процессе лечения характеризуется хаотичностью и непредсказуемостью, и часто ведет к неудачам в терапии.

Хотя данное психическое расстройство было впервые включено в психиатрические классификаторы в 1980 году, до настоящего времени сохраняются разногласия в том, как следует понимать природу патологии. В зависимости от точки зрения авторов, ПРЛ трактуется как особый класс психических расстройств, занимающих промежуточное место между невротической и психотической патологией; как характеристика группы пациентов с незрелой психической организацией (пограничный уровень психической организации, О. Кернберг, 1975), или как клинический вариант расстройства личности из группы эмоционально-неустойчивых.

Квалифицирующие критерии расстройства, представленные в последних версиях DSM, носят эклектический характер и представляют собой набор психопатологических, психологических и поведенческих признаков, что объективно затрудняет использование данных диагностических критериев психиатрами. Эволюция представлений о ПРЛ происходила преимущественно в психодинамическом поле, поэтому неудивительно, что научный исследовательский интерес к ПРЛ увеличивался пропорционально разработке стандартизированных инструментов, позволяющих осуществлять скрининг и валидизировать патологию в клинических и неклинических группах.

С учетом отсутствия в отечественной психиатрической практике адаптаций разработанных западными исследователями клинических шкал и опросников ПРЛ, была проведена работа по созданию клинических стандартизированных шкал диагностики ПРЛ – шкалы клинической оценки пограничного расстройства личности и шкалы клинической оценки степени тяжести пограничного расстройства личности. Разработанные шкалы прошли начальные клинические испытания, показавшие их пригодность для решения поставленных целей. Предложенные инструменты предназначены для использования врачом-психиатром (психотерапевтом), оценка производится после проведения первичного интервью при наличии у врача подозрений на ПРЛ. Стандартизированная процедура позволяет с большей уверенностью устанавливать диагноз ПРЛ и определять степень выраженности патологии (тяжелая/ умеренно-выраженная/легкая степень ПРЛ). Проведены исследования, показавшие значительное улучшение распознавания ПРЛ врачами, использовавшими указанные оценочные шкалы.

В последние десятилетия активно разрабатываются различные подходы к психотерапии расстройства. Авторы согласны в том, что для пациентов с ПРЛ наиболее показан психодинамический либо когнитивно-поведенческий подход при достаточной длительности курса (не менее 12-24 месяцев) и строгом соблюдении регламента терапии. Универсальной стратегии психотерапии ПРЛ в данное время не существует.

Основными задачами раннего этапа когнитивно-поведенческой психотерапии пограничного расстройства личности M.Linehan (2008) считает следующие: достижение соглашения по терапевтическим задачам, ослабление суицидального, препятствующего терапии и ухудшающего качество жизни поведения; укрепление поведенческих навыков. Основной целью психодинамической психотерапии ПРЛ называют развитие целостного, комплексного и позитивно-значимого ощущения самости (self). Техническими приемами, обеспечивающими правильное ведение пациента с ПРЛ, выступают установление правил, дозирование фрустрации, интерпретации в спокойном состоянии, ориентировка на принцип «здесь и сейчас», готовность психотерапевта к отреагированию аффекта и абреакциям со стороны пациента, работа по идентификации аффекта и поддержанию автономии пациента.

В рамках исследования динамики и эффективности психотерапии ПРЛ анализировались психотерапевтические протоколы 52 пациентов с диагнозом ПРЛ в течение 12 месяцев психотерапии. Психотерапия проводилась по авторской методике, разработанной на основе «терапии, основанной на ментализации» А. Bateman, P. Fonagy (MBT).

Методика имеет интегративную направленность, применялась индивидуально. Цель психотерапии пациентов с пограничным расстройством личности – обучение самопониманию и самоконтролю через идентификацию аффектов и отношений. Пациенты проходили психотерапию в два этапа в течение 12 месяцев. Разработан алгоритм психотерапии ПРЛ, включающий следующие звенья: работу по поддержанию и укреплению рабочего альянса и профилактике прерывания терапии; выявление дихотомического и парадоксального мышления и преодоление когнитивных ошибок; обучение идентификации аффекта, совладанию с аффектом, сдерживанию абреакций; внимание к системе регуляции самооценки пациента и дозированная нарциссическая поддержка; нацеленность на исследование отношений и их динамики, в том числе, для предотвращения развития быстрых циклов «идеализации/обесценивания».

Представляется, что стандартизация подходов к диагностике и психотерапевтическому лечению ПРЛ, не противопоставленная открытости к индивидуальному в пациенте, позволяет в большей степени обеспечивать управление лечебным процессом, что принципиально значимо при оказании помощи пациентам с пограничным расстройством личности.

ИССЛЕДОВАНИЕ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Сайдалиходжаева Д.Г.

ТашПМИ, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Психоэмоциональные изменения выявляются у 80 % беременных, причем 56 % из них составляют депрессивные расстройства разной степени выраженности. По результатам зарубежных эпидемиологических исследований депрессивные расстройства признаны самыми частыми нервно-психическими расстройствами у беременных женщин. Психоэмоциональные расстройства повышают риск развития осложнений протекания беременности, оказывают неблагоприятное влияние на социальное функционирование женщины. Установлено, что частота возникновения депрессивных расстройств повышается при беременности в подростковом возрасте и ранней юности, а также у беременных женщин с низким социально-экономическим статусом. Несмотря на высокую распространенность психоэмоциональных изменений у беременных женщин, в большем количестве случаев они не диагностируются.

Целью исследования явилось выявление и определение качественного своеобразия тревожных расстройств у женщин в период беременности, изучение факторов, влияющих на их формирование, с целью разработки наиболее ранних способов профилактики и коррекции психоэмоциональных изменений беременной женщины.

Материалы и методы исследования. В ходе работы по выявлению стрессогенных факторов у беременных было обследовано 28 первородящих и 12 повторнородящих женщин, состоящих на консультативном учете. Им был предложен опросник, составленный на основании структурированного интервью с беременными женщинами, в котором женщины отвечали на вопросы о сроке беременности, желанности беременности, отношениях в семье, своем самочувствии, эмоциональном состоянии, испытываемых опасениях, планах, связанных с ребенком и будущей жизнью, представлении о родах и послеродовом периоде. Для определения уровня тревожности у первородящих женщин была использована методика измерения личностной и ситуативной тревожности Ч.Д. Спилберга – Ю.Л. Ханина.

Результаты и обсуждение. По результатам исследования уровня тревожности у беременных женщин можно увидеть, что среди беременных женщин, принявших участие в исследовании, женщины с таким уровнем тревожности как высокий, встречаются одинаково часто как среди первородящих, так и повторнородящих женщин. Пациентки жаловались на сниженное настроение, к которому присоединялись или с которым сочетались тревожные переживания и страхи предстоящих трудностей, опасностей и изменений жизни. Тревожные переживания, в основном, были представлены состоянием тревожной гипотимии, то есть сниженным настроением, связанным с ожиданием опасности (в протекании родов, предстоящем материнстве и пр.). Страхи беременных женщин носили доминирующий характер. Они были связаны с реальной ситуацией, преобладали в сознании, вытесняя все другие мысли, и мешали сосредоточиться на текущей деятельности.

При исследовании уровня тревожности у первородящих женщин с помощью методики Спилбергера-Ханина выявлено, что у первородящих беременных женщин в первом триместре беременности наиболее часто отмечался умеренный уровень личностной тревожности (53,5 %). В 17,8 % случаев отмечался высокий уровень личностной тревожности и в 28,6 % случаев низкий уровень личностной тревожности.

Во втором триместре беременности умеренный уровень личностной тревожности отмечался в 64,2 % случаев, так же было отмечено увеличение числа случаев с высокой тревожностью 21,4 %, низкий уровень личностной тревожности встречался в 14,2 % случаев.

В третьем триместре беременности низкий уровень личностной тревожности не регистрировался, отмечалось значительное увеличение количества женщин с высоким уровнем тревожности (42,8 %), умеренный уровень личностной тревожности выявлен в 57,1 % случаев. На фоне тревоги некоторые пациентки переживали ипохондрические реакции. У первородящих женщин личностная тревожность, как правило, носила иррациональный характер. Тревога не имела под собой реальных событий или обстоятельств. Сами женщины это состояние описывали как чувство внутреннего напряжения, которое либо присутствовало постоянно, либо как бы «накатывало» неожиданно и продолжалось различные промежутки времени.

Пациентки отмечали появление у них язвительной придирчивости, мелочной критичности, что провоцировало конфликты с окружающими людьми, что еще больше снижало настроение.

Анализ данных показал, что у повторнородящих женщин в первом триместре преобладает умеренный уровень личностной тревожности – 66,6 %, низкий уровень тревоги был выявлен у 8,3 % обследованных, высокий уровень личностной тревожности в 16,6 % случаев.

Во втором триместре беременности преобладает высокий уровень тревожности – 50 %, умеренный уровень тревожности выявлялся в 8,3 % случаев, низкий уровень тревоги был выявлен у 41,6 % обследованных.

В третьем триместре по сравнению с первым триместром значительно снижается количество женщин со средним уровнем тревожности до 16,7 %, однако высокий уровень тревожности выявляется в 41,6 % случаев.

В отношении ситуативной тревожности в I триместре у повторнородящих женщин преобладает низкий уровень – 41,6 %, умеренный уровень личностной тревожности выявлен в 33 % случаев, в 25 % случаев – высокий уровень.

Во II триместре у повторнородящих женщин преобладает высокий уровень личностной тревожности – 50 % обследованных. Низкий уровень личностной тревожности отмечен в 41,6 % случаев, умеренный уровень тревожности – в 8,3 % случаев.

В III триместре низкий уровень тревожности составляет 58,3 %, высокий уровень тревожности уменьшается до 33,3 %, умеренный уровень ситуативной тревожности встречался в 8,3 % случаев. У повторнородящих женщин тревога носила рациональный характер и была обусловлена реальными источниками: отягощенным анамнезом, неблагоприятно закончившимися предыдущими беременностями, наличием отклонений в течение данной беременности, тяжелым или ухудшенным соматическим состоянием самой женщины. Выраженная тревога, неуверенность в себе и недовольство беременностью и материнством являются факторами риска прерывания беременности.

Выводы. Таким образом, идентификация беременности по уровню тревожности выявило, что эмоциональное состояние в первый триместр умеренно тревожное, во втором триместре не наблюдается стабилизации, повторяются тревожные эпизоды, формирование высокого уровня тревожности в третьем триместре связано со страхами за исход беременности, родов и послеродовой период. Полученные данные исследования позволяют разработать наиболее ранние способы психопрофилактики эмоциональных изменений беременной женщины.

ДИНАМИКА ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ГЕСТАЦИИ

Сайдалиходжаева Д.Г.

ТашПМИ, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Согласно исследованиям многих отечественных психологов и психиатров установлено, что несмотря на высокую распространенность психоэмоциональных изменений беременных женщин, в большем количестве случаев они не диагностируются. Психологическая готовность к материнству во многом определяет характер протекания беременности и родов и отношения привязанности матери и младенца. Психоэмоциональные изменения выявляются у 80 % беременных, причем 56 % из них составляют депрессивные расстройства разной степени выраженности. По результатам эпидемиологических исследований тревожные и депрессивные расстройства признаны самыми частыми нервно-психическими расстройствами у беременных женщин. Психоэмоциональные расстройства повышают риск развития осложнений протекания беременности, оказывают неблагоприятное влияние на социальное функционирование женщины. Установлено, что частота возникновения тревожно-депрессивных расстройств повышается при беременности в подростковом возрасте и ранней юности, а также у беременных женщин с низким социально-экономическим статусом.

Целью исследования явилось определение уровня тревожности у первородящих и повторнородящих женщин на разных этапах гестации для разработки наиболее ранних способов психопрофилактики и коррекции психоэмоциональных изменений беременной женщины.

Материалы и методы исследования. Объектом для исследования явились 28 первородящих и 12 повторнородящих беременных женщин, состоящих на консультативном учете районной женской консультации по поводу физиологически протекавшей беременности и не обращавшихся ранее за медицинской помощью к психиатрам и невропатологам. Им был предложен тест-опросник, составленный на основании структурированного интервью с беременными женщинами, в котором женщины отвечали на вопросы о сроке беременности, желанности беременности,

отношениях в семье, своем самочувствии, эмоциональном состоянии, испытываемых опасениях, планах, связанных с ребенком и будущей жизнью, представлении о родах и послеродовом периоде. Для определения уровня тревожности была использована методика измерения личностной и ситуативной тревожности Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина.

Результаты и обсуждение. По результатам исследования тревожных нарушений можно увидеть, что среди беременных высокий уровень тревожности встречаются одинаково часто как среди первородящих, так и повторнородящих женщин. При исследовании уровня тревожности у первородящих женщин с помощью методики Спилберга-Ханина были получены следующие результаты.

У первородящих беременных женщин в первом триместре беременности наиболее часто отмечался умеренный уровень личностной тревожности (53,5 %). В 17,8 % случаев отмечался высокий уровень личностной тревожности и в 28,6 % случаев низкий уровень личностной тревожности.

Во втором триместре беременности умеренный уровень личностной тревожности отмечался в 64,2 % случаев, так же было отмечено увеличение числа случаев с высокой тревожностью 21,4 %, низкий уровень личностной тревожности встречался в 14,2 % случаев.

В третьем триместре беременности низкий уровень личностной тревожности не регистрировался, отмечалось значительное увеличение количества женщин с высоким уровнем тревожности (42,8 %), умеренный уровень личностной тревожности выявлен в 57,1 % случаев. На фоне тревоги некоторые пациентки переживали ипохондрические реакции.

Уровень ситуативной тревожности у первородящих беременных женщин на протяжении первого и второго семестра беременности не изменяется, так высокий уровень тревожности был выявлен в 7,1 % случаев, умеренный уровень ситуативной тревожности в 57,1 % случаев, низкий уровень ситуативной тревожности отмечался у 35,7 % обследованных. К третьему триместру значительно повышается количество первородящих женщин с умеренным уровнем ситуативной тревожности – 71,4 % и с высоким уровнем тревожности – 14,2 %, в то время как низкий уровень ситуативной тревожности встречался только у 14,2 % обследованных. Это связано с приближением родов и рождением ребенка. У первородящих женщин личностная тревожность носила иррациональный характер. Тревога не имела под собой реальных событий или обстоятельств.

Анализ данных показал, что у повторнородящих женщин в первом триместре преобладает умеренный уровень личностной тревожности – 66,6 %, низкий уровень тревоги был выявлен у 8,3 % обследованных, высокий уровень личностной тревожности в 16,6 % случаев.

Во втором триместре беременности преобладает высокий уровень тревожности – 50 %, умеренный уровень тревожности выявлялся в 8,3 % случаев, низкий уровень тревоги был выявлен у 41,6 % обследованных. В третьем триместре по сравнению с первым триместром значительно снижается количество женщин со средним уровнем тревожности до 16,7 %, однако высокий уровень тревожности выявляется в 41,6 % случаев.

В отношении ситуативной тревожности в I триместре у повторнородящих женщин преобладает низкий уровень – 41,6 %, умеренный уровень личностной тревожности выявлен в 33 % случаев, в 25 % случаев – высокий уровень. Во II триместре у повторнородящих женщин преобладает высокий уровень личностной тревожности – 50 % обследованных. Низкий уровень личностной тревожности отмечен в 41,6 % случаев, умеренный уровень тревожности – в 8,3 % случаев. В III триместре низкий уровень тревожности

составляет 58,3 %, высокий уровень тревожности уменьшается до 33,3 %, умеренный уровень ситуативной тревожности встречался в 8,3 % случаев. У повторнородящих женщин тревога носила рациональный характер и была обусловлена реальными источниками: отягощенным анамнезом, неблагоприятно закончившимися предыдущими беременностями, наличием отклонений в течение данной беременности, тяжелым или ухудшенным соматическим состоянием самой женщины.

Высокий уровень тревожности встречался у 67,5 % беременных женщин, что говорит о проявлении состояния тревожности в разнообразных ситуациях. У 32 % беременных женщин встречается средний уровень с тенденцией к высокой тревожности, что говорит о склонности беременной переживать тревогу. Повышенный порог тревожности объясняется тем, что на протяжении всей беременности происходят глобальные изменения в организме женщины, которые вызывают тревожное состояние.

Выводы: таким образом, исследование беременных женщин по уровню тревожности выявило, что эмоциональное состояние в первый триместр умеренно тревожное, во втором триместре не наблюдается стабилизации, повторяются тревожные эпизоды, формирование высокого уровня тревожности в третьем триместре связано со страхами за исход беременности, периода протекания родов и послеродовой период. Полученные данные исследования позволяют разработать наиболее ранние способы психопрофилактики эмоциональных изменений беременной женщины.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ В ОТНОШЕНИИ МОТИВАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ К ЛЕЧЕНИЮ

Сорокин М.Ю.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Высокая распространённость дефицита инсайта определила консенсусный в настоящее время подход формирования комплайенса психиатрических пациентов через повышение у них критики к болезни. Психообразовательные программы, призванные решить проблему недостаточного осознания болезни, широко применяются в психиатрии. Однако в ряде исследований получены противоречивые результаты использования психообразования и его комбинаций с мотивационными интервенциями: есть указания, что прямой контроль приверженности лечению и поведенческие стратегии в поддержании комплайенса оказываются более эффективными. В то же время, механизмы воздействия критики к болезни на комплайенс остаются не выясненными до конца. Одновременно, высказываются предположения, что одним из эффектов психообразовательных программ является их прямое воздействие на мотивацию больных.

Цель исследования: выявление особенностей динамики структуры мотивации к лечению в экспериментальных группах больных, получавших различные варианты групповых программ реабилитации.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 77 пациентов отделения интегративной фармако-психотерапии НИПНИ им. Бехтерева: 30 человек, получавших наряду с фармакотерапией психообразование, составили первую экспериментальную группу и обследовались повторно через 2 недели, по окончании психообразовательной программы; 34 пациента, получавших фармакотерапию и проходивших групповую программу повышения мотивации к лечению, составили вторую экспериментальную группу

и обследовались по окончании своей реабилитационной программы – через 1 неделю. 13 пациентов, получавших только психофармакотерапию, составили контрольную группу и были обследованы повторно с периодом, составившим в среднем 2 недели. Мужчин – 30, женщин – 47. Средний возраст составил $31 \pm 9,4$ год. Диагностические рубрики по МКБ-10: F2 – 75 %, F3 – 11 % F4+F6 – 9 % F0 – 5 %. Средняя длительность заболевания – $7,3 \pm 6,16$ года.

Проводилось попарное сравнение средних показателей разделов опросника оценки мотивации к лечению при первичном и повторном обследованиях пациентов двух экспериментальных и контрольной групп. Опросник базируется на разработанной в отделении шкале мотивации больного к психофармакотерапии. Применение оригинального инструмента позволяет выявить общую интенсивность терапевтической мотивации, а также особенности её структуры в зависимости от выраженности отдельных мотивационных паттернов по иерархической шкале мотивации (от 1 уровня – мотивация отсутствует, формальное согласие получать лечение, до 6 уровня – стабильная мотивация к длительной фармако-психотерапии) и 4 выделенных факторов опросника: психообразовательный компонент внутренней картины болезни, осознание необходимости лечения, осознание психологического механизма болезненной дезадаптации и готовность к активному сотрудничеству в процессе лечения.

Программа психообразования состояла из 10 ежедневных сессий длительностью по 45 минут, в группе из 8-10 человек. Перечень тем соответствовал общепринятым стандартам психообразовательных программ: распространённость и причины возникновения психических расстройств, нарушения восприятия, эмоций и мышления, особенности течения и принципы лечения эндогенных психических расстройств (аффективных, группы шизофрении), вопросы законодательства в сфере охраны психического здоровья.

Групповая программа повышения мотивации к лечению была разработана нами на основе техники мотивационного интервьюирования, состояла из 5 ежедневных сессий длительностью 45 минут в группе из 5-7 человек. Она включала в себя дискуссии на темы положительных и отрицательных сторон специфического психиатрического лечения, возможных положительных и отрицательных сторон развития психического расстройства, проблем целеполагания, а также выполнение во время сессии (в группе) и между сессиями (индивидуально) задания «баланс принимаемого решения».

Результаты и их обсуждение. Статистически значимых различий между группами исследования по социально-демографическим и клиническим характеристикам выявлено не было. Участники исследования не различались при первичном обследовании по суммарным показателям опросника мотивации, а также по 1,2,4,5,6 уровням мотивации и 1-4 факторам опросника. При этом группа больных, получавших психообразование, продемонстрировала достоверно ($p \leq 0,05$) более низкие показатели мотивации, фундированной давлением страданием от болезни ($-0,52 \pm 1,044$; 3 уровень) при первичном обследовании, по сравнению с пациентами, проходившими программу повышения мотивации к лечению ($0,01 \pm 0,875$). По-видимому, это отражает специфику выбора лечащими врачами контингента больных для направления их на психообразовательную программу – пациентов, не испытывающих субъективных трудностей в связи с заболеванием, исходящую из предположения об анозогностической природе их мотивационного снижения в отношении лечения.

В группе контроля у больных при первичном и повторном обследованиях не было выявлено достоверных различий показателей опросника оценки мотивации к лечению.

У пациентов, проходивших психообразование, суммарный показатель мотивации нарастал ($0,23 \pm 0,845$ при начальном $-0,21 \pm 0,865$; $p \leq 0,05$). Интенсификация мотивации

здесь происходила за счёт повышения готовности к активному участию в собственной реадaptации при правильной внутренней картине болезни пациентов ($0,20 \pm 1,111$ при начальном $-0,44 \pm 1,307$; уровень 5, $p \leq 0,01$), и лучшего осознания психологических механизмов дезадаптации ($0,34 \pm 0,993$, при начальном $-0,45 \pm 1,060$; фактор 3, $p \leq 0,05$), одновременно отмечалось снижение внешней мотивации к лечению ($-0,55 \pm 1,105$ при начальном $0,47 \pm 1,024$; уровень 2, $p \leq 0,001$).

Пациенты, проходившие групповую программу повышения мотивации к лечению, демонстрировали недостоверное нарастания суммарного показателя мотивации ($-0,05 \pm 0,945$ при начальном $-0,17 \pm 0,868$). При этом у них выявлено аналогичное больным, получавшим психообразование, достоверное ($p \leq 0,05$) изменение структуры мотивации к лечению при повторном обследовании: повышение готовности к активному участию в собственной адаптации при правильной внутренней картине болезни ($0,35 \pm 0,834$ при начальном $0,05 \pm 0,854$; уровень 5) и лучшее осознание психологических механизмов дезадаптации ($0,36 \pm 0,787$ при начальном $0,01 \pm 0,825$; фактор 3), а также снижение внешней мотивации к лечению ($-0,30 \pm 1,063$ при начальном $0,09 \pm 0,880$; уровень 2).

Показатели первичного обследования экспериментальных групп по мотивации к лечению, фундированной давлением страданием (уровень 3), нормализовались при повторном обследовании, что нивелировало отличие мотивационной и группы психообразования.

Заключение. Исследование подтвердило эффект воздействия психообразования на мотивационную сферу больных и в частности – на мотивацию пациентов к лечению. Получены схожие с результатами проведения специфической программы повышения терапевтической мотивации эффекты: повышение готовности к активному участию в собственной адаптации при правильной внутренней картине болезни, снижение внешней терапевтической мотивации у больных и лучшее осознание психологических механизмов дезадаптации. При этом, программа повышения мотивации к лечению являлась менее ресурсоёмкой, поскольку требовала вдвое меньших временных затрат.

Требуется дополнительного исследования влияние психообразовательных программ на мотивацию к лечению, основанную на давлении страданием, поскольку эффект нивелирования имевшихся на первичном обследовании различий между экспериментальными группами необходимо подтвердить в условиях полного статистического равенства начальных структур мотивации больных обеих групп. Окончательное количественное сопоставление эффектов реабилитационных мероприятий также необходимо оценить в условиях равной продолжительности психообразовательной программы и мотивационного тренинга.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ АРТ-ТЕРАПИИ С ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Сурикова М.А., Шешенин В.С.

НЦПЗ, Москва, Россия

Цель исследования: изучение особенностей проведения арт-терапии для пациентов пожилого возраста в условиях геронтопсихиатрического отделения.

Материал и методы: обследовано 35 пациентов в возрасте 51-79 лет (средний возраст 65 лет), проходивших стационарное лечение в женском геронтологическом отделении ФГБНУ НЦПЗ. У всех пациентов были выявлены депрессивные и тревожно-депрессивные расстройства средней и легкой степени тяжести в рамках различных нозологий.

Исключались пациенты с деменцией и эндогенными заболеваниями в стадии обострения. Использовался клинико-психопатологический метод. В качестве основного психотерапевтического подхода применялся метод групповой психотерапии – арт-терапия. Занятия проводились в группе из 4-5 человек в течение 30-60 минут с частотой 1-2 раза в неделю. Длительность курса 1-2 месяца.

Результаты и обсуждение. Установлено, что, несмотря на групповой характер проводимой терапии, арт-терапевт в группе оказывает, по существу, индивидуальную помощь пациентам, выступая в роли посредника в диалоге между участниками группы и создаваемыми ими художественными образами, проводя обсуждения их изобразительной продукции. Для большинства пациентов пожилого возраста индивидуальный контакт с ведущим группы являлся определяющим фактором психологической безопасности и эмоциональной поддержки в ходе работы. Благодаря этому, у пациентов часто спонтанно происходили не только осознание собственно психологического содержания своей художественной продукции, но и завершение некоторых гештальтов (эмоционально значимых, но неотреагированных ситуаций из прошлого опыта). Каждый участник группы получал определенное задание (мои ресурсы; мир вокруг; мое состояние и другие). В процессе терапии темы постепенно варьировали от простых (ресурсных), например, мои увлечения; до более глубоких и рефлексивных, значимых для пациентов, например, моя болезнь. Трудностями для психотерапевта на начальных этапах работы с пожилыми пациентами являлись определенная их инертность, замедление психической деятельности, нежелание что-либо самостоятельно делать при пассивном согласии, что надо что то изменить. Основным, сдерживающим творческую спонтанность фактором, являлись негативные расстройства (ослабление волевых процессов, слабая мотивация, бедность эмоциональной сферы). И именно они были мишенями арт-терапевтической работы. Было отмечено положительное влияние арт-терапии на личностные характеристики, систему отношений пациентов, их социальную и творческую активность. В ходе терапевтической сессии активизировались и сфера мышления (поскольку необходимо сначала придумать и понять, что делать, какие использовать материалы, с чего начать и как организовать свою творческую деятельность), и телесная составляющая (именно с помощью рук, т.е. движения тела, происходит сама творческая работа, активизируется мелкая и крупная моторика). Это было особенно важно для пожилых пациентов с начальными признаками когнитивного снижения. Психотерапевтическая работа с пожилыми людьми была направлена не только на изменение эмоционального состояния, но и на осмысления своего жизненного пути, поскольку в этом возрасте возникает потребность оценить свой жизненный путь, степень самореализации, свой вклад в общество и семью. В отдельных случаях такое переосмысление сопровождалось негативными переживаниями и отказом пациента от дальнейшей психотерапевтической работы (7 % пациентов). Было выделено несколько наиболее часто встречающихся проблем пожилых пациентов: 1. потеря смысла жизни; 2. ощущение ненужности для близких; 3. «предательство» собственного тела; 4. неспособность поддерживать привычный образ жизни (особенно физически); 5. зависимость от других (близких, окружающих, социума); 6. сужение круга социальных контактов; 7. страх смерти.

Заключение. В ходе проведенной работы были выявлены особенности проведения арт-терапии для пациентов пожилого возраста с различными аффективными нарушениями. Арт-терапевтические группы могут выступать одной из наиболее оптимальных организационных форм психотерапевтической работы с психиатрическими пациентами, ориентированными на решение задач реабилитации, повышении их адаптивных возможностей в условиях самостоятельного проживания.

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С РАССТРОЙСТВАМИ ПРИЁМА ПИЩИ

Фаддеев Д.В., Палкин Ю.Р., Демьяненко А.М., Гречаный С.В.

СПб ГПБ №7 им. акад. И.П. Павлова (Клиника неврозов), СПбГПМУ, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность проблемы. Расстройства приема пищи начинаются, как правило, в детском и подростковом возрасте. Для них характерна низкая выявляемость на ранних этапах, наличие скрытого внутриличностного конфликта, трансформирующегося в болезненный симптомокомплекс, тяжелые последствия для репродуктивной функции, боязнь пациентами психиатрического учета и наблюдения из-за возможной стигматизации.

В МКБ-10 пересмотра основными разновидностями расстройств приема пищи являются «нервная анорексия» (F 50.0) и «нервная булимия» (F 50.2).

Нервная анорексия – расстройство, характеризующееся преднамеренным снижением веса, вызываемым и/или поддерживаемым самим пациентом. Основные признаки нервной анорексии – это избегание больным приема пищи или вызывание у себя рвоты, использование аноректиков, слабительных, чрезмерной физической нагрузки, а также снижение индекса массы тела <17,5 или веса тела на 15 % от ожидаемого (индекс массы тела рассчитывается как масса тела в кг, деленная на рост в метрах в квадрате). Как правило, у подростка искажается образ собственного тела, появляются сверхценная идея «не поправиться.., не допустить ожирения..». Нередко возникают сопутствующие эндокринные расстройства.

Нервная булимия – расстройство, характеризующееся постоянной озабоченностью едой и непреодолимой тягой к пище, периодическим перееданием. Она характеризуется непреодолимой тягой к пище, попытками противодействовать ожирению путем вызывания рвоты, злоупотребления слабительными средствами, голодания, использования аноректиков, диуретиков, тиреоидных препаратов. Могут иметь место эпизоды нервной анорексии.

Расстройства пищевого поведения часто сосуществуют с другими психическими расстройствами такими как, депрессия, тревожные расстройства, злоупотребление психоактивными веществами. Сопутствующими соматическими проявлениями являются задержка роста и нарушения развития вторичных половых признаков.

Распространенность данной патологии. Около 95 % случаев нервной анорексии возникает у девочек-подростков и женщин в возрасте от 12 до 30 лет, как правило, из материально благополучных семей с хорошим интеллектуальным развитием. Пик заболеваемости приходится на 13-14 лет и 17-19 лет. У мальчиков-подростков нервная анорексия выявляется примерно в 5 % случаях. Распространенность нервной анорексией в мире составляет от 0,1 % до 0,7 % населения.

В настоящее время имеется ряд проблем оказания психиатрической помощи пациентам с расстройствами пищевого поведения. Субъективными факторами, препятствующими своевременному началу терапии, является не критичное отношение пациентов к своему состоянию, позднее обращение пациентов за специализированной помощью, которое в основном происходит под давлением родственников, недостаточное взаимодействие государственных и коммерческих организаций, оказывающих медицинскую помощь этим пациентам. К объективной трудности клинко-диагностической работы относится отсутствие стандарт оказания помощи этим пациентам.

СПб ГБУЗ «Городская психиатрическая больница № 7 имени академика И.П. Павлова» является единственным в Санкт-Петербурге медицинским учреждением, имеющим койки круглосуточного пребывания и амбулаторные подразделения (городской

психотерапевтический центр, кабинет медико-социальной психологической помощи, отделение «Телефон доверия»), оказывающим специализированную медицинскую помощь при острых состояниях у лиц, страдающих непсихотическими психическими расстройствами и находящимся в кризисных состояниях. Терапия расстройств пищевого поведения традиционно относятся к одному из важных направлений лечебно-организационной работы Санкт-Петербургской Клиники неврозов им. И.П. Павлова.

Цель исследования. Анализ клиничко-анамнестических данных пациентов, госпитализированных в СПб ГБУЗ ГПБ№7 (Клинику неврозов) с 2012 по 2014 гг. с диагнозом «расстройство приема пищи».

Материал исследования. 24 пациентки Клиники неврозов с диагнозом «расстройство приема пищи», проходящих лечение в период 2012-2014 гг. Исследование проводилось с помощью составленных карт медико-социальных характеристик и медицинских карт стационарного больного.

В результате исследования были получены следующие **результаты**.

Клиничко-анамнестические характеристики пациенток с расстройствами приема пищи: все 24 пациентки – женщины; средний возраст при госпитализации $25,50 \pm 1,745$ лет; средний возраст начала заболевания – $19,04 \pm 1,470$ лет; образование среднее и среднее специальное – 11 чел.; незаконченное и законченное высшее – 13 человек; семейное положение – замужем – 5 чел.; не замужем – 19 чел.; занятость – не работают – 7 чел.; учатся или работают – 17 чел.; средняя длительность лечения в Клинике неврозов – 41 койко-день; удельный вес пациентов с расстройствами приема пищи в структуре всех пролеченных 0,5 %; не было выявлено достоверных различий по отягощенной наследственности ($p=0,839$ по биномиальному критерию); распределение по типам воспитания: «нормальный» тип установлен у 9 человек (37 %), гипоопека – у 11 человек (46 %), гиперопека – у 4 человек (17 %)

Клиничко-психопатологические особенности: в 87 % случаев выявлено наличие психотравмирующих-стрессовых ситуаций у пациентов перед началом расстройства приема пищи; заболевание достоверно чаще провоцировалось конфликтными отношениями ($p=0,002$ по биномиальному критерию): конфликт и расставание с близким человеком (в 50,0 % случаев), кроме того имели место конфликты с членами семьи, конфликты и насмешки по поводу внешности с друзьями и одноклассниками и др.; 11 пациентов были направлены врачами поликлиники, 7 человек – амбулаторными подразделениями Клиники неврозов и 6 человек – участковыми врачами-психиатрами; 15 пациентам (63 %) установлен диагноз нервная булимия, 9 – нервная анорексия (37 %)

Все больные получали комплексное лечение: использовались общеукрепляющие препараты, кардиотоники, антидепрессанты, анксиолитики, нормотимики, мягкие нейрореплетики. Из немедикаментозных вмешательств осуществлялась рациональная психотерапия, аутотренинг, когнитивно-поведенческая психотерапия, физиотерапия.

Выводы:

1. Нарушения приема пищи у госпитализированных в Клинику неврозов начались в возрасте $-19,04 \pm 1,470$ лет; в 87 % случаев – после стрессовых-психотравмирующих ситуаций.

2. Первое обращение за специализированной медицинской помощью через 7-8 лет после начала заболевания.

3. 49 % пациентов обратились за помощью в поликлиники и 51 % в амбулаторные психиатрические подразделения.

4. Среди госпитализированных преобладали пациентки, не состоящие в браке – 79 %; работающие/учащиеся/ пациентки – 71 %.

5. 46 % пациентов воспитывались в условиях гипоопеки.
 6. Отмечен рост обращений и госпитализаций в Клинику неврозов с 2012 по 2014г. г. по поводу нарушений приема пищи более чем на 50 %
 7. 71 % пациенток поступили в Клинику неврозов впервые в жизни (ранее стационарно не лечились)
 8. В лечении преобладало использование антидепрессантов (46 % случаев), рациональной психотерапии – около 70 % пациентов; физиотерапии – 100 %
- В заключение** необходимо отметить, что, несмотря на невысокую распространенность, расстройства приема пищи представляют собой серьезную лечебно-диагностическую проблему в связи с дебютом заболеваний в детско-подростковом возрасте и тяжелыми их последствиями из-за позднего обращения за специализированной помощью. Имеется недостаточное внутри- и межведомственное взаимодействие субъектов, ответственных за психическое здоровье детей и подростков. Целесообразно использовать опыт регионов по оказанию этапной медицинской помощи при кризисных состояниях в Антикризисном центре – Клинике неврозов.

АЛГОРИТМ ПСИХОЛОГО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЛИЦ С РАННЕЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА

Хяникяйнен И.В.

Медицинский институт «ПетрГУ», г. Петрозаводск, Россия

Введение. Игнорирование психосоциальных факторов повышает риск соматической декомпенсации больных с ранней стадией (РС) хронической ишемии мозга (ХИМ), поэтому в их реабилитации широко стал использоваться полипрофессиональный подход. Сегодня не до конца раскрыты механизмы субклинического течения ХИМ, не разработан алгоритм нейропсихологической помощи этой когорте пациентов.

Цель – разработать алгоритм раннего выявления психосоциальных особенностей больных с ранней стадией хронической ишемии мозга и оказания им психотерапевтической помощи.

Материалы и методы. Обследовано 1104 пациента с ХИМ, находившихся на амбулаторном или стационарном лечении у врача невролога Медико-санитарной части Управления ФСБ России по Республике Карелия. Для исследования отобрано 280 больных с РС ХИМ, развившейся на фоне артериальной гипертензии и/или церебрального атеросклероза (основная группа; средний возраст $53,9 \pm 8,1$ лет (от 30 до 72 лет); гендерный индекс 1:1 (по 140 мужчин и женщин)). Контрольная группа включала здоровых лиц, сопоставимых с лицами основной группы по поло-возрастным характеристикам ($n=32$; средний возраст $52,4 \pm 6,5$ года (от 31 до 65 лет); гендерный индекс 1:1; $p > 0,05$). Для диагностики РС ХИМ, помимо развернутых клинико-эпидемиологических данных, использовали результаты магнитно-резонансной томографии головного мозга (ширина перивентрикулярного лейкоареозиса – $6,69 \pm 3,57$ мм., ширина субкортикального лейкоареозиса – $4,24 \pm 2,03$ мм., количество лакун – $1,33 \pm 0,54$, индекс Эванса – $32,57 \pm 3,26$ %). Для выявления психопатологических проявлений и описания психологического портрета лиц с РС ХИМ использовали батарею тестов ($n=15$).

Результаты и их обсуждение. Разработали, апробировали и внедрили в практику алгоритм нейропсихологической помощи пациентам с РС ХИМ. Он включал в себя 4 этапа.

На этапе оппортунистического скрининга невролог использовал экспресс-методы диагностики когнитивных, эмоциональных, вегетативных нарушений у исследуемых лиц (Мини-тест психического состояния, Госпитальную шкалу тревоги и депрессии, тест А.М. Вейна).

На этапе селективного скрининга медицинский психолог изучал: преморбидные личностные психологические особенности (тест Шмишека, Фрайбургский многофакторный личностный опросник); когнитивную сферу (краткий ориентировочный тест, буквенный вариант корректурной пробы Бурдона в модификации В.Я. Анфимова, таблицы Шульте, тест Лурия); психологический симптоматический статус (Шкала психопатологических проявлений SCL-90-R); психолого-личностные факторы с учетом их личностно-средового взаимодействия (тесты и опросники на определение: фрустрационной толерантности (по Л.И. Вассерману), копингов – способов совладающего поведения (по Р. Лазарусу), психологических защит – Индекса жизненного стиля (по Р. Плутчику, Г. Келлерману, Х.Р. Конте в модификации Л.И. Вассермана), типа отношения к болезни (ТОБОЛ) (по Л.И. Вассерману)); качество жизни (шкала SF-36). Таким образом, составлялся психологический портрет психосоматического пациента, угрожаемого по развитию ХИМ.

На этапе лечения, с учетом патогенеза РС ХИМ, специалисты мультидисциплинарной бригады производили коррекцию: додементных когнитивных расстройств посредством фармакотерапии основного заболевания (артериальной гипертензии или церебрального атеросклероза) (терапевт); эмоционально-вегетативных нарушений – прогрессирующей мышечной релаксации (медицинский психолог); личностно-психологических – когнитивной терапии (психотерапевт); обсессивно-фобических проявлений – императивного внушения наяву в состоянии сильного эмоционального напряжения (психотерапевт).

Показателями эффективности проведения психолого-психотерапевтической коррекции у лиц с РС ХИМ служила положительная динамика показателей Шкалы качества жизни SF-36 и регресс интегративных показателей Шкалы психопатологических проявлений SCL-90-R – «Индекса общей тяжести симптомов» и «Общего числа утвердительных ответов» (четвертый этап алгоритма).

Заключение. Для своевременной диагностики ранней стадии хронической ишемии мозга в рамках проведения плановых диспансерных осмотров целесообразно использовать алгоритм оценки состояния здоровья исследуемых лиц, построенный на основе биопсихосоциального подхода.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ СМЕШАННОГО ТРЕВОЖНОГО И ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА У НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Шеденко М.И., Четвериков Д.В.

КПБ им. Н.Н. Солодниковой, г. Омск, Россия

В настоящее время происходят существенные изменения в гендерно-ролевой структуре общества. Социологические исследования показывают, что практически во всех странах европейской цивилизации, в том числе и в России, неуклонно растет число женщин, выбирающих одиночный образ жизни и / или сознательно отказывающихся от рождения детей. Клиническая практика позволяет сепарировать достаточно специфич-

ную группу пациенток невротического профиля. В течении 2011-2016 года мы наблюдали 118 пациенток, которые могут быть отнесены к отдельной клинико-диагностической группе. Это женщины, 35-55 лет, ранее не рожавшие, никогда не состоящие в браке, либо разведенные. Образование чаще средне-специальное или высшее, социальные достижения в группе не встречаются. По характеру трудовой деятельности – представители торговой сферы, педагогические работники, медицинский персонал, офисные работницы; их трудовая деятельность рутинна и монотонна. Психологически данная группа характеризуется специфической социальной пассивностью, ангедонистическими установками, внешним локусом контроля, обидчивостью, ранимостью, ананкастностью, тревожностью, ипохондричностью, склонностью к мечтам, скупостью эмоциональных реакций и социальных интересов.

При обращении за психотерапевтической помощью обращали внимание ряд клинических особенностей: при сборе анамнеза пациентки не могли четко идентифицировать начало заболевания, невротическая симптоматика была крайне полиморфна, флюктуировала при внешних воздействиях (конфликты с родственниками и в трудовой сфере, изменения в погоде), отсутствовали маниакальные и четкие депрессивные фазы, не было сезонности проявлений, сохранялась умеренная ангедония даже при спонтанной редукции симптомов депрессии либо вследствие ранее проведенного антидепрессивного лечения. Пациентки были весьма ипохондричны, однако в отличие от «ядерных» ипохондриков, страдали молча, стараясь не досаждать окружающих жалобами. В ценностной сфере преобладали ценности сохранения здоровья, однако вследствие общей астенопатической направленности личности, в «борьбу за здоровье» не вступали, к паранойяльным и сутяжным реакциям были не склонны. Психосоматические расстройства были весьма обильны и очерчивалась сердечно-сосудистой и мочеполовой системами, а также желудочно-кишечным трактом. Тревожный компонент заболевания не укладывался в клинические проявления тревожных расстройств, вялые панические атаки обычно были лишены спонтанности и очерченности по времени, длительное время после них сохранялась резкая астения с множественными неопределенными болями.

В силу того, что диагностическая квалификация данных случаев не соответствовала ни классическим крепелиновским депрессиям, ни шизофрении, ни определенным невротическим расстройствам (соматоформным, ипохондрическим паническим, генерализованным тревожным и пр.), мы останавливались на достаточно размытой диагностической категории «Смешанное тревожное и депрессивное расстройство» (СТДР, F41.2 по МКБ-10) и проводили лечение в соответствии со «Стандартом первичной медико-санитарной помощи при депрессиях легкой и средней степени и смешанном тревожном и депрессивном расстройстве в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета)» (Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1219н). В нем качестве основного метода рекомендовано проводить психофармакологическое лечение антидепрессантами в основном из группы СИОЗС, анксиолитиками, «малыми» нейрорептиками. Также «Стандарт...» устанавливает в качестве немедикаментозных методов профилактики, лечения и медицинской реабилитации при СТДР «психологическую адаптацию и психотерапию». Кроме того, необходимым компонентом лечебно-реабилитационных программ при СТДР является психообразовательные технологии, проводимые в индивидуальном, семейном и групповом формате.

Для пациентов, страдающих хроническими аффективными расстройствами пограничного уровня нами разработан тренинг «Школа радости». В амбулаторных условиях тренинг проводится в групповом формате, в его структуру входит три занятия по 2,5 часа каждое. Группа составляет 7-9 человек, «Школа радости» проходит ежемесячно. В ходе

тренинга реализуются следующие компоненты: психообразовательный, релаксационный, психосоциальный и экзистенциальный компонент. Для пациентов, проходящих лечение в условиях дневного стационара мы несколько модифицировали тренинг, дополнив его «группой встреч», которые посещали пациенты, прошедшие основной курс. В этом формате больные делились опытом «выздоровления от депрессии», демонстрируя возможности психосоциальной реадaptации и восстановления достойного качества жизни.

В группе нерожавших женщин климактерического возраста, страдающих СТР, ряд обсуждаемых вопросов встречал непонимание, отторжение, пациентки отказывались их обсуждать, становились алекситимичными либо давали злобно-негативные реакции, иногда покидали занятия. В основном это были проблемы взаимоотношений с повзрослевшими детьми, которые среди рожавших пациенток выдвигались в число приоритетных. В этой связи мы дифференцировали содержание индивидуальных психообразования и психотерапии, и групповые занятия стали проводить отдельно. В течении 5 лет 61 пациентка из исследуемой клинко-диагностической группы прошла тренинг «Школа радости» по данному варианту.

В структуре психообразования был усилен собственно образовательный компонент, поскольку пациентки стремились понимать смысл их текущего состояния, разбираться в структуре аффективных расстройств, даже проявляли интерес к нейробиологическим основам лечения. Отметим, что психологизация психических нарушений у пациенток протекала в сфере переживания одиночества, и их экзистенциальная переработка способствовала более эффективному купированию собственно депрессивных расстройств, прежде всего – ангедонии. В отличие от описываемой клинко-диагностической группы, у рожавших женщин в структуре психологизации депрессии отмечался экстремальный компонент, когда в сложившейся ситуации они обвиняли мужа и детей.

В психотерапии акцент был сделан на экзистенциальных моментах, прежде всего – в наполнении жизни новыми смыслами, разработке жизненных перспектив в контексте самореализации, помощи другим, новым увлечениям и хобби. Одиночество рассматривалось, с одной стороны – как ценность самопознания и рефлексии, возможность раскрыть в себе новые личностные горизонты, уделять время своему психическому, физическому и духовному здоровью. С другой стороны опыт болезни помогал пациенткам видеть признаки аналогичных расстройств в женских коллективах, оказывать необходимое сочувствие, направлять их за оказанием специализированной помощи. В общем по рекомендации 61 пациентки, прошедших «Школы радости» за психиатрической помощью обратились еще 82 человека, причем спектр патологии был весьма широк – от пограничных аффективных расстройств до деменции и психотических состояний у родственников.

Практическая реализация «Школы радости» в этой группе показала, что у большинства больных произошла глубинная переоценка отношения к своему психическому состоянию, повысилась рефлексивность, преодолевались явления алекситимии, усилилась комплаентность, снижалась частота, продолжительность и тяжесть депрессивных эпизодов.

ПРИМЕНЕНИЕ АКУСТИЧЕСКОЙ БЕЗЭХОВОЙ КАМЕРЫ В ДИАГНОСТИКЕ И КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ

Яковлев А.В., Караваева Т.А.

ВМедА им. С.М. Кирова, СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Инновационные подходы к диагностике и коррекции тревожных расстройств невротического уровня, связанных со средовым стрессом, могут быть основаны на использовании современных технических средств, моделирующих визуальное, акустическое, барометрическое окружение человека. Теория неспецифического стресса, разработанная Г. Селье подтверждает, что изменения в нейрогуморальных механизмах, происходящие в организме человека на различных стадиях адаптации к внешнему стрессовому воздействию лежат в основе соматических нарушений, а на устойчивость к стрессу влияют психологические особенности и характеристики защитно-адаптационных ресурсов. Средовые воздействия, особенно, в городах-мегаполисах могут существенно влиять на психическое здоровье человека, быть провоцирующим фактором для развития пограничных психических нарушений, в первую очередь – тревожных расстройств невротического уровня. Тревожные расстройства невротического уровня имеют широкую распространенность среди населения. В первую очередь к ним относят тревожно-фобические, паническое, генерализованное тревожное расстройство. Несмотря на частую встречаемость этой патологии, диагностика этих нарушений является не решенной научно-практической задачей. В основе их развития лежат как биологические, так и психологические, и социальные факторы, что определяет необходимость комплексного подхода к их диагностике и лечению, дифференцированность которого должна определяться индивидуальными парамерами, выраженностью клинических проявлений, точным определением уровня тревожных нарушений и многомерной оценкой вегетативных и реактивных симптомов.

Акустическая безэховая камера позволяет моделировать любое акустическое окружение человека (пациента), включающее все возможные звуки окружающего мира: звуки природы, промышленные шумы, разговор людей, речь врача, собственный голос. Одновременно, существующие технологии дополненной реальности позволяют сформировать максимально правдоподобную визуальную обстановку вокруг человека. Таким образом, появляется возможность формирования акустических и визуальных условий внешней реальности для конкретного человека и тем самым моделировать средовый стресс разного уровня интенсивности. Наличие современной измерительной базы позволяет одновременно регистрировать широкий спектр физиологических параметров организма человека, обеспечивая контроль состояния сердечно-сосудистой и дыхательных систем организма. Традиционно верификация диагноза и оценка выраженности клинических проявлений при тревожных расстройствах невротического уровня оценивается с помощью применения клинко-anamнестического и клинко-психопатологический методов, основанных на профессиональном опыте и знаниях специалиста. Использование комплексных методов биообратной связи позволяет осуществлять качественную и количественную оценку симптоматики, а также оценивать ее зависимость от степени стрессовой ситуации и применяемых терапевтических интервенций. Моделирование в лабораторных условиях ситуации, провоцирующих тревожные переживания, с использованием зрительных, слуховых, тактильных стимул-сигналов позволяет контролируемо воспроизводить ответную реакцию индивида и оценивать с помощью аппаратуры различные ее проявления. При использовании качественного комплекса оборудования имеется возможность одновременно оценивать широкий спектр показателей и их соотношения.

Вместе с тем реализация предложенного подхода требует решения ряда научных задач:

1. Создание библиотеки бинауральных аудиозаписей планируемых к предъявлению акустических материалов.
2. Создание методик предъявления пациенту визуальных материалов с помощью очков дополненной реальности, размещенных на самом испытуемом.
3. Регистрация показателей организма пациента, позволяющих оценить степень напряжения его физиологических систем в процессе диагностики и коррекции тревожных расстройств невротического уровня.
4. Синхронизация предъявления испытуемому аудиовизуального стимульного материала, помещение результатов измерений в систему хранения данных для анализа.
5. Разработка алгоритмов анализа больших массивов собранных данных (до нескольких терабайт).

Решение вышеперечисленных задачи предполагают наличие комплексного информационно-технического решения, работы над которым в настоящее время ведут авторы проекта. Результатом будет являться обеспечение полноценной дифференциальной диагностики на основании применения комплексных диагностических возможностей, которые позволяют не только проводить клиническую оценку, но с помощью методов биологической обратной связи объективизировать, качественно и количественно верифицировать проявления, а также устанавливать различные взаимосвязи, оценивать взаимные влияния различных факторов.

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ СТРЕССЫ И СУИЦИДАЛЬНЫЕ ИДЕАЦИИ: СВЯЗЬ СО СТРЕССОРНОЙ НАГРУЗКОЙ

Азарных Т.Д.

Воронежский университет инженерных технологий, г. Воронеж, Россия

Современные эпидемиологические исследования, проведенные в нескольких странах мира на разных континентах, показали, что связь суицидального поведения с расстройствами имеет специфику, зависящую от уровня доходов страны (развитые – с высоким уровнем доходов, развивающиеся – со средним и низким, по данным Всемирного банка). В развивающихся странах ПТСР является самым сильным предиктором попыток самоубийства (наряду с расстройствами поведения и злоупотреблением/зависимостью наркотиками) и одним из трех самых сильных в развитых странах (наряду с биполярным расстройством и депрессией) (Nock M.K., Hwang I., 2009). Позднее проведенный мета-анализ также показал наличие связи между суицидальным поведением (идеации, планы, попытки) и ПТСР как текущим, так и в течение жизни, на психиатрических, непсихиатрических, неклинических выборках, а также при разных типах травм (Panagioti M. et al., 2012). На взрослых выборках установлено также, что суицидоопасными при ПТСР являются все 27 (+2) видов стрессов, которые согласно эпидемиологическим исследованиям являются инициаторами этого расстройства. Кроме того показано также, что многочисленные стрессы у лиц с ПТСР повышают вероятность появления суицидального поведения (LeBouthillier D.M. et al., 2015).

Поскольку Россия не относится к числу стран с высоким доходом населения, не участвует в мировых эпидемиологических исследованиях, связи ПТСР с суицидальным поведением на гражданских выборках остаются практически не исследованными, еще меньше известно о связях посттравматических стрессов (ПТС) с суицидальным поведением в подростково-юношеском возрасте.

Целью исследования являлось изучение связи между суицидальными идеациями (СИ) и стрессорной нагрузкой при ПТС с учетом фактора пола. Определялись следующие показатели: уровни 1) ПТС по Миссисипской шкале, гражданский вариант (MS) (Keane T.M.) и шкале оценки влияния травматических событий (IES-R) (Horowitz M.J.), 2) депрессии (BDI) (Beck A.), 3) психопатологической симптоматики (SCL-90-R) (Derogatis L. et al.), 4) стрессорной нагрузки (количество пережитых стрессов КС, их общий балл ОБС и индекс травматизации ИТ, последний как частное от деления второго показателя на первый) по опроснику LEQ. Все опросники адаптированы на российской выборке в Институте психологии РАН (Тарабрина Н.В. и др., 2007). Наличие СИ определялось по утвердительным ответам на вопрос о самоубийстве в трех опросниках MS, BDI, SCL-90-R и последующей беседе.

Исследования проведены на студентах государственных вузов г. Воронежа в возрасте 18-20 лет (476 девушек и 144 юноши в группе с ПТС и 549 и 286 соответственно в контрольной) в 2003-2013 г.г. Во всех случаях после стрессового события прошло не менее полугодия. Среднее время (лет), прошедшее после стресса, инициировавшего ПТС, составляет $M=3,8$ ($SD=3,6$) у девушек и $M=3,4$ ($SD=2,9$) – юношей, т.е. стрессы в основном получены в подростковом возрасте.

Статистическая обработка проводилась с помощью анализа таблиц сопряженности (χ^2 Пирсона) с поправкой на непрерывность. Величина связи между исследуемыми показателями анализировалась с помощью коэффициента Крамера (V_{Cr}), являющегося аналогом коэффициента корреляции для номинальных данных. При статистической обработке использовалась программа SPSS (версия 13).

Установлено, что частота встречаемости СИ в группе с ПТС по сравнению с контрольной у девушек выше в 2,8 раза (45,4 % и 16,2 %, $\chi^2=102,374$, $p=0,000$), юношей – в 4 (39,6 % и 9,8 %, $\chi^2=51,741$, $p=0,000$), без статистически значимой разницы между полами в группе с ПТС. Установленные числа распространенности СИ при ПТС близки к тем, которые получены при ПТСР в эпидемиологических исследованиях на взрослых выборках (LeBouthillier D.M. et al., 2015).

Фактором, связанным с появлением СИ, является стрессорная нагрузка. У девушек в группе с наличием СИ по сравнению с их отсутствием выше как КС ($M=5,8$, $SD=3,57$ и $M=4,5$, $SD=2,86$, соответственно, $U=22360$, $p=0,000$), так и ОБС ($M=18,8$, $SD=14,14$ и $M=13,4$, $SD=9,84$, $U=21326,5$, $p=0,000$), а также ИТ ($M=3,2$, $SD=0,81$ и $M=2,9$, $SD=0,80$, $U=23550$, $p=0,002$), у юношей – ОБС ($M=18,7$, $SD=12,80$ и $M=14,1$, $SD=9,86$, $U=1948,5$, $p=0,030$), ИТ ($M=3,0$, $SD=0,91$, $M=2,6$, $SD=0,87$, $U=1743$, $p=0,003$). Это значит, что в группе с наличием СИ независимо от пола стрессы находятся в более актуализированном состоянии (т.е. являются менее проработанными и интегрированными в личностный опыт, а также оказывающими на жизнь большее влияние по своим последствиям в социально-экономическом плане), кроме того у девушек выше также и количество пережитых стрессов.

Рассмотрение частоты встречаемости СИ по группам тяжести стрессорной нагрузки (по квартилям ОБС: меньше 7 баллов – низкий уровень, от 7 до 20 – средний, больше 21 – высокий) показывает, что независимо от пола частота встречаемости СИ по мере утяжеления этой нагрузки увеличивается. Так, частота встречаемости СИ у девушек составляет: 34,3 %, 42,9 %, 59,8 % ($\chi^2=15,973$, $df=2$, $p=0,000$, $V_{Cr}=0,18$), юношей – 25 %, 36,7 %, 56,8 % ($\chi^2=7,326$, $df=2$, $p=0,026$, $V_{Cr}=0,23$). Между полярными группами ОБС у девушек $V_{Cr}=0,25$, $\chi^2=13,489$, $p=0,000$, юношей – $V_{Cr}=0,32$, $\chi^2=5,324$, $p=0,021$. Это значит, что чем более актуализированными являются стрессы суммарно, тем выше вероятность появления СИ независимо от пола. Кроме того, у девушек частота встречаемости СИ возрастает также по мере увеличения КС (по квартилям КС) в истории жизни. Так, в группе с низким

КС (<3) она составляет 36,4 %, средним (от 3 до 7) – 42,7 %, высоким (>7) – 58,1 %, при этом статистически значимая разница установлена в частоте встречаемости высокого КС и среднего ($\chi^2=7,282$, $p=0,007$, $VCr=0,15$), а также низкого ($\chi^2=9,529$, $p=0,002$, $VCr=0,22$). Иначе говоря, независимо от вида стресса, инициировавшего ПТС, большое количество пережитых стрессов будет увеличивать вероятность появления СИ.

Установленные зависимости являются отражением связи между появлением суицидального поведения и тяжестью течения самого ПТС. Об этом свидетельствует прямая корреляционная зависимость между стрессорной нагрузкой в виде КС, ОБС и тяжестью течения ПТС (по выраженности специфичной для ПТС MS), которая составляет у девушек: $r_{КС}=0,35$, $r_{ОБС}=0,41$, $p=0,000$ в обоих случаях, юношей: $r_{КС}=0,25$, $p=0,002$, $r_{ОБС}=0,37$, $p=0,000$.

Таким образом, можно сделать следующие выводы. 1. В группе с ПТС каждая вторая девушка и каждый третий юноша думают о суициде. 2. Независимо от пола существует прямая связь между степенью актуализированности стрессорной нагрузки (ОБС) и частотой встречаемости СИ. 3. У девушек существует также прямая связь между количеством пережитых стрессов и частотой встречаемости СИ. 4. Обнаруженная у девушек зависимость между СИ и количеством стрессов является потенциально более опасной, чем со степенью актуализированности стрессов (ОБС), т.к. ОБС поддается дезактуализации и психокоррекции, а количество стрессов – нет.

ВРЕМЕННАЯ ПЕРСПЕКТИВА БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Ашнокова И.А., Сарайкин Д.М., Коцюбинская Ю.В.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (СБД ВНЧС) представляет собой интегративную клиническую картину проявлений заболевания височно-нижнечелюстного сустава и жевательной мускулатуры, с нарушением движения нижней челюсти, периодическими болями и нарушением соотношения морфологических элементов суставных поверхностей без их дегенеративных изменений. Некоторые исследователи [Барадина И.Н. с соавт. 2014; Валькова Т.И., Лотоцкий А.Ю., 2004; Мингазова Л.Р., Орлова О.Р., 2010; Kindler S. et al., 2012] считают, что гипертония жевательных мышц имеет психогенную природу, возникает на фоне хронического дистресса, и сопряжена с другими невротическими нарушениями. В этой связи можно вспомнить работы З. Фрейда, связанные с описанием перехода аффекторного импульса в моторный. При хронизации воздействия внешних стрессовых факторов это дисфункциональное состояние может трансформироваться в соматоформное расстройство. Боль в орофациальной области, в свою очередь, является серьезным стрессором, что рождает сложную динамику соматопсихических и психосоматических компонентов. Следуя представлениям об этиопатогенезе психосоматических расстройств, в процессе диагностики необходимо проследить соматогенез, психо- и социогенез заболевания. Совместный анализ болезненных изменений клинической симптоматики (неврологической, психопатологической), психологической реакции на заболевание и изменение социального функционирования является необходимым для адекватной диагностической процедуры. Нами было проведено обследование 102 пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (Код МКБ – K07.8). Средний

возраст обследованных составил $48,3 \pm 0,7$ года (от 18 до 75 лет). Женщины составили большинство – 94 (92,1 %) человека против 8 (7,8 %) мужчин. Длительность заболевания у 79 (77,5 %) человек колебалась от 1 месяца до 5 лет (в среднем – 11,6 месяцев), а у 23 человек (22,5 %) была свыше 5 лет. В результате полипрофессионального клинического осмотра, специалистами (неврологами, психиатрами, стоматологами) и объективизации дисфункциональных мышечных нарушений, все пациенты были разделены на 3 группы, различающиеся по разной представленности в каждой из них следующей диагностической «триады»: расстройств психосоматического спектра, функциональных нарушений жевательной мускулатуры и алгического синдрома. В исследуемую клиническую группу вошли пациенты с превалированием в клинической картине заболевания болевой симптоматики и выраженными мышечно-тоническими и функциональными нарушениями жевательной мускулатуры (МКБ-10: K07.6), сочетающиеся с проявлениями расстройств психосоматического спектра (в форме различных по своим проявлениям соматоформных расстройств, а именно – F45.3 или психовегетативные нарушения, F 45.4 или хроническое соматоформное болевое расстройство, F 45.8 или психовегетативные нарушения с выраженной дисфункцией других органов и систем, в том числе – скрежет зубами). Был использован клинико-психологический метод, а также метод мотивационной индукции Ж. Нюттена (ММИ). Для обработки результатов применялся Z-критерий. Первое место во временном профиле испытуемых всех групп исследования по количеству ответов занимают мотивационные объекты, расположенные в «открытом настоящем» (50,0 %). На втором месте находятся пропущенные ответы (31 %), третье место во временном профиле занимают мотивационные объекты, относящиеся к общей продолжительности жизни (21,0 %). Больные практически не используют в своих ответах близлежащие категории «год», «месяц», «неделя». При этом испытуемые всех 3 групп практически в своих ответах не используют связки типа «причина-следствие», то есть не склонны выстраивать промежуточные ступени на пути к достижению отсроченной цели, их ответы отличаются либо фиксацией на настоящем моменте (и, как правило, связаны с имеющимися у них болевыми и эмоциональными расстройствами), либо помещены в область «неопределённого будущего». Испытуемые просто видят перед собой цель (например, хотят стать здоровыми), но помещают её во вневременной контекст, не приводя никаких опосредующих звеньев, в их ответах практически отсутствует описание этапов для достижения конкретной цели. Исследуемые чаще вспоминают свои достижения в прошлом, нежели планируют новые. При этом у исследуемых больных полностью отсутствуют ответы, относящиеся с точки зрения временной перспективы непосредственно к моменту заполнения методики. Таким образом, временная перспектива испытуемых с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава характеризуется частым возвращением к прошлому (как правило, упоминается то неопределённое время, когда у больного не отмечалось симптомов), снижением опосредующих звеньев, цели (как правило, связанные с избавлением от имеющихся жалобами) помещены в область неизвестного будущего, а целеполагание отличается достаточно большой временной неконкретностью. В ходе беседы установлено, что активность исследованных больных часто сужена до области переживаемых симптомов, больные с тревогой оценивают имеющиеся перспективы, целиком полагаясь на прогноз врача, демонстрируют растерянность и помещают значимые цели в неопределённо далёкое будущее.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ЛИЦ С СИНДРОМОМ ИКАРА: «ДЕФИЦИТ» ИЛИ «ДИССОЦИИРОВАННОСТЬ»?

Бадалов А.А., Бровкина С.Н.

*Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина,
Кыргызская ГМА им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Республика Кыргызия*

Актуальность. «Синдром Икара» – термин, введенный в 1978 г. Н. Виклундом, и обозначающий лиц, обладающих такими характеристиками как: высокая амбициозность, стремление к достижениям и творческая активность, в случае наличия у них сновидений с полетами, «очарования огнем», и энуреза. Последние два признака, вкуче с нарциссизмом и стремлением к бессмертию, включались Г.А. Мюрреем в состав т.н. «комплекса Икара», выделенного им в 1938 г. В 1975 г. Ц.П. Короленко совместно с В.Ю. Завьяловым описали подобные признаки в составе «височного» и некоторых других расстройств личности. В наших предыдущих работах мы также описывали некоторые клинические и нейрофизиологические особенности лиц, имеющих синдром Икара, и указывали на необходимость рассмотрения данного состояния как особой, «смешанной» формы психопатологического диатеза. Последний аспект является, несомненно, очень важным, так как в настоящее время существует тенденция в рамках наиболее перспективной с современной точки зрения биопсихосоциальной парадигмы описания психических расстройств, пристально рассматривать именно пограничную патологию, в том числе латентные психопатологические состояния, способные в любой момент перейти в манифестную форму психического заболевания. Очень перспективными на нынешний момент являются разработки, предлагаемые специалистами в области нейропсихологии, указывающими на частую дисфункцию в случае проявления психопатологического диатеза такой структуры как «фронтоталамопариетальный комплекс», включающий в себя лобные доли, таламус и теменно-височно-затылочные зоны полушарий головного мозга. Однако необходимо отметить, что в большинстве имеющихся в литературе описаний нарушения работы «фронтоталамопариетального комплекса», авторами отмечается частое наличие при этой дисфункции также проявлений когнитивного дефицита. Подобные данные сложно сопоставить с указанными Н. Виклундом «высокой творческой активностью» и «стремлением к достижениям», что и определяет необходимость более подробного изучения когнитивных функций лиц с синдромом Икара как одной из форм психопатологического диатеза. Цель и задачи 1. Изучить особенности основных когнитивных функций (внимание, память, интеллект, мышление) лиц с синдромом Икара. 2. Сформулировать гипотезу, способную объяснить выявленные особенности когнитивных функций с психофизиологической точки зрения.

Материалы и методы: Всего были обследованы 2732 респондента в возрасте от 15 до 60 лет, 1224 из которых – пациенты Республиканского Центра психического здоровья с различными диагнозами, у которых обследование проводилось в период достижения ремиссии или перехода в реконвалесценцию (клиническая группа); 1508 – студенты 1-5 курсов Кыргызско-Российского Славянского университета и Кыргызской Государственной Медицинской академии, при этом синдром Икара у них был представлен без коморбидной патологии (студенческая группа). Всего было отобрано 88 человек с синдромом Икара, из них – 60 мужчин и 28 женщин. В клинической группе было отобрано 33 человека с синдромом Икара, в студенческой – 55 человек. Для патопсихологического обследования была использована стандартная батарея методик, введенная профессором В.В. Соложенкиным, из которой для исследования указанных когнитивных функций были использованы следующие: «Отыскивание чисел», «Заучивание 10 слов», тест стандартных прогрессивных матриц Равена, «Классификация предметов» и «Исключение предметов».

Результаты и обсуждение. По результатам исследования функций памяти и внимания, показатели всех респондентов соответствовали нормативным значениям, описанным для использованных методик. Патологические изменения памяти и внимания выявляются у обследованных только в период перехода диатеза в манифестное психопатологическое состояние. При исследовании уровня интеллекта с помощью прогрессивных матриц Равена, и дальнейшего перевода полученных показателей в стандартные IQ-баллы было выявлено, что ни один обследованный не несет признаков интеллектуального дефицита, более того, только 27 процентов обследуемых (24 человека) имеют интеллект, характеризующийся как «средний» (IQ в пределах 90-110 баллов). 38,5 процента обследованных (34 человека) имеют показатели интеллекта, соответствующие IQ в промежутке 110-120 баллов, оцениваемые как «незаурядный, выше среднего» интеллект, что в два раза превышает средние показатели встречаемости подобного уровня интеллекта в популяции. Оставшиеся 34,5 процента обследованных (30 человек) имеют показатели IQ выше 120 баллов, что расценивается как «высокий интеллект», и в 3,5 раза превышает средние показатели встречаемости в популяции. При этом не было выявлено достоверных отличий в уровне интеллекта между клинической и студенческой выборками, что доказывает: столь частое наличие более высокого, чем «средний», уровня интеллекта у лиц с синдромом Икара, отнюдь не является случайностью. Мы можем с уверенностью утверждать, что среди лиц мужского пола синдром Икара встречается чаще, однако различий между показателями уровня интеллекта в группах, полученных разделением по половому признаку также не было найдено.

При исследовании особенностей мышления лиц с синдромом Икара было обнаружено искажение процесса обобщения, проявляющееся в возникновении очень большого числа ассоциаций, но ассоциаций ненаправленных, случайных, а главное, отражающих лишь чрезвычайно общие связи, что обозначается обычно как «полисемантическая активизация латентных признаков». Данная особенность мышления лиц с синдромом Икара указывает на слабость у них интегративных процессов, что, однако, протекает не на фоне когнитивного дефицита, а на фоне «диссоциированности» когнитивных функций, описанной в составе некоторых форм психопатологического диатеза. Используя данные, полученные нами в процессе исследования нейрофизиологических особенностей синдрома Икара, мы вправе предполагать, что подобного рода особенности являются следствием нарушения процессов интеграции, связанной с дисфункцией не всей системы «фронтоталамопариетального комплекса», а только ассоциативных ее отделов (таламофронтальных и, особенно, таламопариетальных). Подобный взгляд имеет право на жизнь еще и с точки зрения совпадения с полученными данными описанных ранее личностных особенностей лиц с синдромом Икара, основной из которых является «диффузная идентичность», также связанная с нарушением процессов интегративного синтеза. Полученные данные определяют необходимость более подробного нейрофизиологического исследования функционирования указанных областей, что и является приоритетным направлением дальнейших научных разработок в данной сфере.

Выводы.

1. Лица с синдромом Икара не несут никаких признаков нарушения памяти и внимания в периоды отсутствия у них манифестной психической патологии, проявляющейся как декомпенсация имеющегося у них психопатологического диатеза. Уровень интеллекта у лиц с синдромом Икара в основном превышает показатели средние по популяции. Оба указанных признака доказывают отсутствие у лиц с синдромом Икара нейрокогнитивного дефицита. Основной особенностью мышления лиц с синдромом Икара является активизация латентных признаков предметов, изменяющая направле-

ние протекания основных операций мышления в сторону их избыточности и недостаточной интегративности, обусловленной слабостью ассоциативных процессов.

2. На основании полученных данных можно сделать вывод о том, что особенности основных когнитивных функций лиц с синдромом Икара являются следствием нарушения преимущественно процессов интеграции, что приводит не к «дефициту» их, а «диссоциированности» функционирования, связанной, по всей видимости, с нарушением работы ассоциативных систем головного мозга.

«ИДЕАЛЬНАЯ ФОРМА ТЕЛА»: МОДА ИЛИ БОЛЕЗНЬ?

Бенько Л.А., Уморина В.Д., Буторин Г.Г.

Южно-Уральский ГМУ, г. Челябинск, Россия

Актуальность: в эпоху преобладания визуального восприятия информации человечество столкнулось с проблемой трансформации представлений людей о собственном теле. Мир агрессивной пропаганды вымышленных идеалов красоты диктует появление измененных форм, отличающихся от понятий психического и физического здоровья, и обуславливает широкое распространение дисморфофобии, особенно среди женщин. В настоящее время понятие «дисморфофобии» с медицинской точки зрения рассматривается как «тягостное переживание своей физической неполноценности в связи с реальным или воображаемым анатомическим недостатком (форма и размеры носа, вес тела и т.п.)», с психологической – как «неприятие собственного тела». Основа возникновения дисморфофобии – своего рода «внутренний конфликт» сознательного и бессознательного. Несмотря на актуальность данной проблемы, стигматами которой являются появление огромного количества групп в социальных сетях типа «Идеальная форма тела», международная классификация болезней не обладает достаточными категориальными ресурсами для отражения выделенной проблематики. В большей степени это состояние отражает рубрика F50.1 – Атипичная нервная анорексия, проявляющаяся боязнью ожирения при наличии заметной потери массы тела и поведением, направленным на достижение похудения. При этом среди этой разнообразной по своим этиопатогенетическим характеристикам группы, имеются случаи условно пограничного уровня, когда речь идет о расстройстве восприятия собственного тела с бредовым убеждением о своем «ожирении» (при кахексии 1-2 степени), с аменореей, вторичными эндокринными обменными нарушениями, что соответствует рубрике F50.0 – Нервная анорексия. При этом часто рассматривается стадийность течения, когда симптоматика рубрики F50.1 предшествует симптоматике рубрики F50.0, однако выраженная дифференциация симптоматики, течения, уровней этих расстройств свидетельствуют о различных этиологических, патогенетических механизмах формирования этих состояний. Дисморфофобия проходит стержневым симптомом как при типичной, так и атипичной нервной анорексии.

Цель: выявить особенности бессознательных мотивов, сопровождающих дисморфофобию.

Материалы и методы. В исследование входило две группы: первая – 30 женщин с дисморфофобией, вторая, контрольная – 30 женщин, не имеющих данного симптома, а также выраженной психопатологической симптоматики. Возрастная категория и в первой, и во второй группе – 17-25 лет. Был использован проективный ассоциативный эксперимент, имеющий глубокие исторические корни: метод свободных ассоциаций, разработанный Зигмундом Фрейдом, расширенный и модифицированный Карлом Густавом Юнгом. В этом эксперименте испытуемому предлагается как можно быстрее

отвечать на набор слов-стимулов. Возникающие при этом ассоциации регистрируются по их типу, частоте однородных ассоциаций. По характеру этих данных можно судить о скрытых влечениях и «аффективных комплексах» испытуемого, его установках.

Результаты. В ходе исследования было выделено 5 групп установок: 1) отношения с родителями (слова «отец, мать»), 2) установки на жизненную динамику («дорога, путь»), 3) установки на преодоление жизненных трудностей («дверь, замок»), 4) отношение к своему физическому «Я» («фигура»), 5) установка на процесс употребления пищи («еда, есть»). Иррациональные отношения в первой группе с отцом имели – 65 % исследуемых, с матерью – 20 %; во второй – с отцом – 45 %, с матерью – 20 %. Иррациональные установка с родителями проявлялись в следующих словах – «пустота, запрет» и т.п. Симбиотическая связь с отцом отмечалась у 35 % респондентов, с матерью – у 80 % в первой группе; во второй – с отцом – 45 %, с матерью – 80 %. Иррациональные установки на жизненную динамику в первой группе отмечалась у 35 %, во второй – в 30 % («дорога – скользкая, пустая» и т.п.). Иррациональные установки на преодоление жизненных трудностей во второй группе проявлялись в 45 %; в первой – у 60 % («замок – тупик, дверь – заперта»). Иррациональные установки на отношение к своему физическому «Я» («фигура – скала», «фигура – черная») – во второй группе у 25 %; во второй – 80 %. Иррациональные установки на процесс еды – в во второй группе выявились у 15 %; в второй – у 60 % («еда – страх, запрет», «есть – жрать» и т.п.).

Выводы. Результаты исследования показали, что: 1) у молодых женщин с дисморфофобией имеются в большей степени иррациональные отношения с отцом (65 %), что свидетельствует об искаженных родительско-детских отношениях, прежде всего в системе «отец-дочь»; 2) имеется статистически достоверная разница по сравнению с контрольной группой – в иррациональных установках к своему телу (80 % в группе с дисморфофобическими установками и 25 % – в контрольной группе), и 3) иррациональная установка на процесс еды – 60 % и 15 %. Данную информация рекомендуется использовать при психотерапевтической работе в виде воздействия преимущественно на бессознательном, глубинном уровне, как в индивидуальной, так и в семейной психотерапии.

ЭКСПЕРТНЫЙ ПОДХОД КАК ОСНОВА НОВОГО НАПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОДИАГНОСТИКИ

Беребин М.А.

Южно-Уральский ГУ (национальный исследовательский университет), г. Челябинск, Россия

В начале XXI века научная медицинская психодиагностика в нашей стране является одним из самых востребованных приложений психологии к задачам клинической практики (Вассерман, Щелкова, 2003). При этом в ее истоках лежит клинико-психологический метод (клинические методы в психологии, Щелкова, Червинская, 2002). Медицинская психодиагностика как область на стыке медицинской и психологической науки и практики может использовать теорию, методологию и медицины (Вассерман, Щелкова, 2014), и психологии, прежде всего – психодиагностики (Беребин, 2015). Традиционно основную долю психодиагностического инструментария составляют экспериментально-психологические методики (применяемые в связи с задачами пато- и нейропсихологического исследования) и основанные на неэкспериментальном подходе тестовые, психосемантические и др. методики. Эти методы и методики в большей мере основаны на измерениях и психометрике, и, в меньшей мере – на психологической оценке (assessment).

В связи с этим отметим, что в системе классификаций психодиагностических методов и методик (Бодалев и др. 2000; Шмелев, 1996) выделяются т.н. экспертные или клинические методы. Применение последних в психодиагностике обосновывается их опорой на профессиональный опыт, а иногда – и на т.н. психологическую интуицию самого психодиагноста. К числу таких методов традиционно относят различные варианты наблюдения, беседы, интервью, анализ продуктов деятельности и т.д. Как следствие, такие методы основаны прежде всего на психологической оценке и, в меньшей мере – на понимании, толковании (методах, приближающихся к герменевтике). Применение этих методов считается целесообразным в ситуациях отсутствия стандартизованных процедур, особенно для исследования плохо поддающихся объективации психических явлений (к которым с высокой вероятностью относится большинство клинических и психопатологических феноменов). Однако их эффективность прямо зависит от квалификации эксперта-клинициста. В целом можно утверждать, что психодиагностика на основе применения клинических методов выполняет одновременно две функции: и собственно диагностику объекта исследования, и совершенствование диагностического инструментария самого субъекта исследования (нечто подобное обучению единичной нейронной сети на материалах «обучающей» выборки численностью 1 человек). Именно таким образом – в процессе систематического исследования каждого нового клинического случая, и происходит обретение того самого клинического экспертного опыта, на основании которого (в частном случае – на основании инсайто-подобного, не апеллирующего напрямую к этому опыту, понимания диагностической задачи) происходит выработка диагностического заключения (вывода). В наиболее строгом варианте такой вывод формулируется в соответствии с логическими закономерностями процесса абстрактного мышления: «посылки (аргументы) – суждения – умозаключения». При этом логика такого заключения (вывода) может быть отражена в той или иной рационализированной и операционализированной форме (например, подобно тому, как это происходит при вынесении клинического диагноза или при формулировании выводов в обосновании ответов по поставленным перед судебным экспертом-психиатром вопросам либо в резолютивной части судебного решения). С другой стороны, достаточно часто выводы эксперта выносятся посредством «внелогического прозрения», инсайта, путём «умозрительного постижения целого, а не в результате детального анализа». Очевидно, что во втором случае попытки рационализировать или операционализировать психодиагностический процесс представляются проблематичными (что позволило К.Р. Червинской, 2002) сформулировать т.н. «парадокс эксперта»: «чем выше уровень квалификации эксперта, тем зачастую меньше его способность объяснить – что, как и почему он это делает так или иначе»).

В определенном смысле можно утверждать, что в клинической (медицинской) психодиагностике сегодня сосуществуют и измерительные, психометрические, экспериментальные техники, и оценочные, экспертные, не экспериментальные техники.

В тоже время потребности медицинской практики в психодиагностическом инструментарии возрастают. И одним из способов удовлетворения этого запроса является разработка психодиагностических методик, построенных на основе экспертного подхода. При этом необходимость выявления, извлечения, «добычи» экспертного знания обусловлена стремлением тиражировать его не только в методиках психодиагностики, но и в целях обучения и повышения квалификации других специалистов, не обладающих пока таким знанием.

Представляется, что наиболее оптимальными направлениями такой работы являются:

А) моделирование экспертного знания единичного эксперта – психодиагноста в виде баз знаний, включающих в себя, как минимум, систему знаний об объекте исследования и экспертные знания в виде алгоритмов вынесения психодиагностического заключения по результатам исследования (т.н. «логика вывода»). В частном случае такая модель представлена системой понятий предметной области (в нашем случае – клинико-психологическими и психодиагностическими категориями, понятиями, терминами) и системными (например, семантическими) связями между ними;

Б) моделирование исследуемого клинико-психологического феномена (рассматриваемого в качестве теоретического конструкта будущей психодиагностической методики) посредством использования специальных технологий сбора и обработки экспертных оценок, вынесенных относительно небольшим коллективом экспертов, путем построения на их основе математических моделей объекта исследования и алгоритмов принятия диагностического решения.

Методология первого направления была разработана в свое время К.Р. Червинской (2010), но ее развитие, к сожалению, прекратилось по скорбным причинам. Второе направление работы может опираться на предложенные А.Г. Шмелевым (2002) технологии статистической обработки и анализа экспертных оценок, а также на предложенные автором настоящей публикации принципы использования экспертного подхода в целях создания моделей клинико-психологических феноменов (Беребин, 2012, 2013). При этом основными «смежными» технологиями могут являться психологические технологии извлечения знаний, технологии Data Mining и инженерии знаний, Knowledge Engineering, позволяющие, в том числе, разрабатывать современные компьютерные психодиагностические комплексы экспертного класса для решения задач медицинской психодиагностики как в целом, так для отдельных задач. Полученные модели диагностируемого клинического феномена могут рассматриваться в качестве своеобразного эталона для последующего сравнения с ним реального клинического случая.

Особенно перспективным представляется использование экспертного подхода для создания моделей различных сложных феноменов типа «качество жизни», «внутренняя картина болезни», «комплаенс» и т.п., представленных в виде многомерных клинико-психологических переменных или операционализированных для целей медицинской психодиагностики конструктов, построенных на экспертном знании либо на экспертных оценках. Сформированные таким методом модели будут обладать хорошей конструктивной валидностью в силу отражения в них естественных этно-культурных, социальных, теоретических и т.п. представлений экспертов об объектах исследования.

Описанные выше особенности и задачи медицинской психодиагностики, а также методов получения и анализа экспертных данных выводят эту отрасль в разряд наук, использующих субъективный опыт и знания специалистов-экспертов, принимающих участие в диагностике клинико-психологических феноменов как объектов «нестрогой» предметной области. Такой подход позволяет приблизить психиатрию к другим, более «четким» областям медицины, имеющим экспертные диагностические системы (т.н. «ассистенты»), позволяющие с достаточно высокой уверенностью принимать диагностические решения.

Таким образом, представленная выше точка зрения обосновывает, на наш взгляд, необходимость и актуальность разработки психодиагностических методик нового («экспертного») типа для решения задач клинической (медицинской) психодиагностики.

ОТНОШЕНИЕ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ К ПСИХИЧЕСКОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ РОДСТВЕННИКА

Бочаров В.В., Корман Т.А.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Психическое заболевание, развившееся у члена семьи, способно изменять структуру семейных взаимоотношений и оказывать влияние на каждого члена семьи. Отношение родственников к психическому заболеванию члена семьи является тем, системообразующим фактором, который в значительной степени определяет системную динамику внутрисемейных взаимоотношений. Отношение родственника к заболеванию члена семьи, его переживания, поведение способно вызывать как мобилизацию ресурсов всей семьи, и тем самым оптимизировать процесс реабилитации, так и значительно усугублять внутрисемейные противоречия и патологические формы адаптации каждого из членов семьи. Отношение к заболеванию шизофренией члена семьи является важным звеном в формировании целостной системы значимых отношений родственников. Заболевание приобретает глубокий личностный смысл для родственников, имманентно неся в себе символическое значение часто неосознаваемое родственниками. Следует подчеркнуть, что раскрытие личностных установок и реакций на болезнь с позиции комплексного изучения личности родственников позволило бы рассмотреть психодинамические процессы и внутриличностные конфликты у родственников.

Целью настоящего исследования является изучение отношения к заболеванию членов семьи родственника больного шизофренией.

Материал и методы: В исследовании был использован клинико-психологический метод, представленный в виде полуструктурированное интервью и анкетирования. А также использована проективная методика «Незаконченные предложения», которая была специально разработана и модифицирована для изучения эмоционального, когнитивного и поведенческого компонентов отношения к заболеванию родственников больных шизофренией. Исследуемую группу составили 199 родственников, проживающих с больными шизофренией. Среди родственников было 75 матерей и 58 отца, 30 сиблингов и 36 супругов. Все больные имели верифицированный диагноз шизофрения и были на момент исследования в состоянии ремиссии.

Результаты и обсуждение: С определенной долей условности были выделены основные характеристики отношения к заболеванию родственников, определяющие 3 оси – мистическая и реальная интерпретация заболевания, недооценка и переоценка проявлений заболевания, вовлеченное и отстраненное отношение к заболеванию. Родственники с мистическим отношением к заболеванию искаженно воспринимали и объясняли его причины и проявления из области паранормальных явлений, таких как сглаз, порча, высшие силы и т.д. Реальное отношение к заболеванию характеризовалось психологически понятными причинами и обстоятельствами, соответствующими действительности. Реальное отношение было зафиксировано у более чем половины родственников. Вовлеченное отношение к заболеванию характеризовалось активным участием в заболевании члена семьи, бурными переживаниями, связанными с болезнью родственника. Вовлеченность также наблюдалась нами у большинства родственников принимавших участие в исследовании. Отстраненность проявлялась как в открытом избегании пациента, так и в холодном безразличном отношении. Такие родственники не стремились вникать в проблемы пациента и, как правило, были плохо осведомлены о внутреннем мире больного, мало принимали участия в лечении пациента и часто отказывались от сотрудничества. Они старались уйти от тревожащих мыслей о болезни ребенка и различных психологических проблемах семьи в трудовую деятельность, алкоголь, хобби и др.

Недооценка проявлений заболевания у родственников проявлялась в обесценивании или игнорировании проявлений болезни. Переоценка у родственников характеризовалась преувеличиванием тяжести заболевания, отношением к пациенту как тяжело больному, инвалиду, а также ограничением форм его активности и охранением его от любых забот и трудностей.

Из вышеперечисленных модулей формировались типы отношения к заболеванию родственников больных шизофренией. Матерям и супругам больных более присуще вовлеченное отношение с переоценкой тяжести. Отцы же чаще демонстрировали реальное, отстраненное отношение и недооценку тяжести заболевания вплоть до своеобразной анозогнозии – отрицание заболевания ребенка.

Таким образом, необходим дифференцированный подход к отношению к заболеванию родственников больных шизофренией, с учетом которого возможно выстраивать более эффективную программу психологической помощи родственникам больных шизофренией и проведение семейной психотерапии.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПОНИМАНИЮ ПСИХОЛОГИИ РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ С АДДИКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Бочаров В.В., Шишкова А.М.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ, проект «Методология и инструментарий оценки уровня «эмоционального выгорания» родственников больных с аддиктивными расстройствами» № 17-06-00533 а.

На современном этапе развития отечественной науки все больше ощущается дефицит целостной методологии изучения психологии родственников больных с химической аддикцией. Это приводит к значительному искажению понимания процессов происходящих в семье больного, а также неверной интерпретации переживаний, возникающих у родственников в ситуации болезни близкого. Особую значимость эта проблема приобретает в свете понимания важности роли родственников в лечебном и реабилитационном процессе аддиктивных больных (Илюк, Шишкова, 2012; Liddle, 2014).

В настоящий момент в отечественной наркологии и клинической психологии отмечается подавляющее доминирование концепции «созависимости», повсеместно используемой при описании психологии родственников аддиктов. Так, большинство исследователей, при анализе различных явлений в поведении родственников аддиктов, обозначает их как производные «созависимости».

В основе данной концепции лежат теоретические конструкты, предполагающие наличие личностной дисфункциональности у родственников аддиктивных больных. Такая личностная дисфункциональность обычно обозначается термином «созависимость» (Москаленко, 2011; Beattie M., 2001). Вместе с тем, концепция «созависимости» объединяя слишком противоречивые феномены, пытается описать полиморфные явления психической жизни родственников исключительно с позиции их болезненной причастности к центральному патологическому процессу, а именно аддиктивному расстройству близкого.

Отсутствие терминологической определенности и стремительная генерализации понятия «созависимость» (Бочаров, Шишкова, 2015; Dear, 1996; Naaken, 1993), во многом, происходящая из-за популяризации данной концепции при помощи много-

численных книг по самопомощи (self-help book), позволяющих самостоятельно диагностировать наличие у себя данного недуга на основании часто несогласованных и не имеющих научного подтверждения перечней характеристик личностного и семейного функционирования, привели к значительным затруднениям в понимании и систематизации эмпирических данных по изучению психологии родственников больных с аддиктивными расстройствами. В связи с этим, нами была предпринята попытка обобщения и систематизации имеющихся в литературе данных. Предлагаемая классификация позволяет сфокусироваться на тех аспектах, которые фактически отражены в представленных в литературе эмпирических исследованиях, но часто затушевываются использованием терминологии концепции «созависимости».

Анализ отечественной и зарубежной литературы, посвященной описанию психологии родственников аддиктивных больных позволил нам выделить 3 основных направления, в рамках которых преимущественно осуществляется исследование психологии родственников таких больных.

Первое направление связано с изучением влияния хронического стресса, переживаемого родственниками в связи с болезнью близкого (Бисалиев, 2010; Загородникова, 2013; Orford et. al, 2010), а также оценкой материальных, эмоциональных и прочих затрат, сопряженных с заботой о нем. Этот аспект психологии родственников, как правило, называют «бременем болезни» (Hadryś et. al, 2011; Nebhinani et. al, 2013). Авторы, придерживающиеся этого направления, рассматривают близкие родственные отношения с аддиктом в качестве выраженного стресс-фактора, оказывающего продолжительное (хроническое) воздействие на близких больного. Неблагоприятными последствиями воздействия выраженных по силе психотравмирующих событий, равно как и хронических повседневных стрессоров, обусловленных болезнью, могут оказываться межличностные конфликты в семье, психопатологические реакции и развивающиеся психосоматические заболевания у ее членов (Бохан с соавт., 2011; Velleman 2002; 2004).

Второе направление базируется на системной теории. Оно рассматривает злоупотребление психоактивными веществами в качестве фактора, стабилизирующего семейный гомеостаз (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В., 2000; Morgan, Litzke, 2012). В рамках данного направления семья рассматривается как открытая, самоорганизующаяся система, где поведение членов семьи определяется особенностями функционирования семьи как целого и служит для поддержания внутрисемейного равновесия (Эйдемиллер, 2003).

Рассмотрение семьи как системы позволяет определить роль, которую наркотическая зависимость одного из родственников играет в процессе поддержания стабильности всей семьи (McCrary, Epstein, 1996). Аддикция в этом случае рассматривается как, пусть и патологический, но достаточно эффективный способ компенсации семейной дисгармонии.

Третье направление делает акцент на исследовании «личностной дисфункциональности» / «созависимости» и по сути продолжает исследовательскую традицию, осуществляемую в рамках гипотез о личностной дисфункциональности (disturbed personality hypothesis) и декомпенсации (decompensation hypothesis), выдвигаемых различными авторами для интерпретации психологических особенностей жен больных алкоголизмом в 50-е годы прошлого столетия (Futterman 1953; Price, 1945). Основополагающий постулат концепции «созависимости» заключающийся в том, что все члены семьи, в которой есть больной алкоголизмом или наркотической зависимостью, будут демонстрировать проявления «созависимости» (Beattie, 1989; Cermak, 1986), исходит также из медицинской концепции, стремящейся описать поведение родственников с точки

зрения выраженности проявления аномальных тенденций – психопатологии. Следует сказать, что данное предположение (обязательное наличие психопатологических проявлений) не имеет достаточных эмпирических оснований, как и сама доктрина «созависимости» (Calderwood, Rajesparam, 2014; Haaken, 1993; Peled, Sacks, 2008).

Анализ современного состояния теоретических концепций, описывающих психологию родственников больных с аддиктивными расстройствами, показал, что существующие в настоящее время модели рассматривают родственников таких больных либо как имеющих преморбидную личностную и семейную дисфункциональность, либо как имеющих различные нервно-психические и психосоматические расстройства, возникшие вследствие продолжительного (хронического) стрессового воздействия, обусловленного заболеванием близкого. На фоне этих видимых, легко обнаруживаемых деструктивных проявлений в психологии родственников аддиктивной зачастую замаскированной от глаз исследователя оказывается конструктивная личностной активности членов семьи больного, направленная на преодоление его болезни.

Неизученность конструктивных аспектов личностного функционирования, связана, главным образом, с отсутствием методологии, позволяющей преодолеть существующую в настоящее время однобокость восприятия и обеспечить комплексный подход к изучению психологии родственников. В настоящий момент необходимо сконцентрировать исследовательские усилия на выявлении конструктивной личностной активности родственников аддиктивных больных. Перенос акцента с дисфункциональных аспектов их личностного функционирования позволит расширить исследовательский фокус и углубить понимание психологии семьи больного аддикцией, что, в свою очередь, будет способствовать повышению эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий для больных и их близких. Одним из перспективных подходов, в этой связи, представляется развиваемая нами комплексная модель «Самоэффективность-Выгорание». В фокусе этой концепции оказывается конструктивная активность родственников, необходимым условием реализации которой является адекватный диалог со всеми заинтересованными в терапии аддикта фигурами. Воплощение такой активности дает родственникам ощущение наполненности, осмысленности жизни и личностной самоэффективности. Напротив, ее блокада вызывает эмоциональное выгорание, проявления которого дополняют длинный перечень отмечаемых исследователями деструктивных тенденций характерных для психологии родственников аддиктивных больных.

РОЛЬ ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ПОЗИЦИИ В ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОМ ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Бурлакова Н.С.

МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

В.М. Бехтерев и затем его ученики и последователи стремились следовать целостному подходу к больному и его страданию, отводя важную роль экспериментально-психологическим исследованиям в психиатрии. Исторически сложилось так, что во всяком экспериментально-патопсихологическом исследовании (ЭПИ) всегда можно обнаружить задействованность двух принципиально отличных позиций в патопсихологическом исследовании пациента. С одной стороны, это объективная, экспертная позиция исследователя, а с другой стороны присутствующая в большей или меньшей степени зачастую неявно и без соответствующей рефлексии специалистом внутренняя феноменологическая позиция. Объективное традиционное ЭПИ представляется хорошо фундированным

и разработанным (Зейгарник Б.В.; Рубинштейн С.Я.), хотя это не означает, конечно, что эта методология закрыта для дальнейшего развития. В то время как задействованность в патопсихологическом исследовании внутренней феноменологической точки зрения рефлексировается специалистами незначительно, и поэтому нуждается в специальном методологическом и клинико-психологическом анализе. Цель осуществленного исследования – необходимость четкой фиксации феноменологической позиции и разработка соответствующей методологии обращения к ней в контексте традиционного ЭПИ.

Дополнительной стороной объективного ЭПИ и получаемых в этих условиях данных может стать феноменологический подход к их анализу. Это значит, что, применив традиционную патопсихологическую методику, можно получить помимо объективных данных собственно об особенностях памяти, мышления и пр., также и некоторые сведения о характере функционирования самосознания, внутреннего мира пациента, выходящие за пределы традиционно оцениваемых критичности и самооценки.

Для того чтобы наглядно показать эти возможности была выбрана конкретная патопсихологическая методика «Заполнения пробелов» Г. Эббингауза, модифицированная одним из авторов ранее (Бурлакова, 2016; Бурлакова, Олешкевич, 2017). Показано, что внутри этой методики существует пласт материала, который обычно не используется в традиционном патопсихологическом анализе, или в лучшем случае используется не дифференцированно, «наивно». На примере ее применения были продемонстрированы способы разработки и возможности феноменологической исследовательской позиции, а также представлены цели и конечные результаты такого типа работы патопсихолога.

Феноменологический подход не отрицает традиционно объективного подхода, они как раз не только дополняют, но и могут также уточнять друг друга. Благодаря изменению точек зрения, смене исследовательских позиций есть возможность подходить к исследованию как бы с разных сторон, в результате достигая понимания целостности психической организации пациента, механизмов функционирования его страдания, что является ценным для организации индивидуально-ориентированной психотерапии и реабилитации.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ фМРТ ИССЛЕДОВАНИЙ

Вассерман М.В., Матюшкина А.А.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Вот уже третье десятилетие количество проводимых в мире научных и клинических исследований с использованием фМРТ неуклонно растет. Прикладное значение фМРТ достаточно велико и привлекает прежде всего своей неинвазивностью, отсутствием лучевой нагрузки на исследуемого, достаточно высокой разрешающей способностью и возможностью проведения достаточно длительных по времени исследований. Являясь одним из наиболее распространенных методов функционального картирования головного мозга человека, методика позволяет планировать тактику хирургического вмешательства, оценивать риски осложнений, прогнозировать послеоперационные изменения и исход реабилитационных интервенций.

Мультидисциплинарный подход при подобного рода исследованиях, реализованный в сочетанном применении фМРТ с нейропсихологическим обследованием, позволит повысить научную ценность получаемых результатов – оценить и улучшить

валидность и прогностичность используемых парадигм, подобрать релевантные исследуемым функциям критерии качественной и количественной оценки, получать гораздо более полную и достоверную информацию при интерпретации данных.

Нейропсихологическое обследование состояния высших психических функций позволяет объективно зафиксировать информацию о статусе обследуемого и оценить качественно и количественно степень сформированности, дефицитарности и нарушения когнитивных функций.

Однако, к сожалению, не все фМРТ исследования, публикуемые на сегодняшний день, сопровождаются подобного рода подробными обследованиями. И даже исследование индивидуального профиля латеральной организации проводится лишь поверхностно – всего лишь как указание на тип мануальности.

Лишь в некоторых проведенных фМРТ исследованиях (моторные и сенсорные функциональные пробы), сопровождавшихся нейропсихологическим обследованием, на небольших выборках было показано наличие статистически значимого разнообразия изменений корковой гемодинамики, описываемого несколькими типами активности.

Цель данной работы: определить взаимосвязь между вариативностью картин сетей покоя фМРТ и особенностями нейропсихологического статуса индивида, включающего в себя характеристики функциональной межполушарной асимметрии и когнитивных процессов.

Таким образом, результаты исследования позволят, во-первых, определить оптимальный (быстрый и недорогой) нейропсихологический инструментарий для проведения фМРТ исследований, дополняющий данные анализа BOLD-активации. Во-вторых, разделить группы нормы на подгруппы в зависимости от особенностей мозговых функций, что в свою очередь даст возможность адекватно трактовать полученные в клинике результаты.

ДИАГНОСТИКИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СКЛОННОСТИ К НАРКОЗАВИСИМОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Виндорф С.А.

СПбГПМУ, Санкт-Петербург, Россия

В последние годы, несмотря на предпринимаемые меры, продолжается рост наркозависимости среди несовершеннолетних, продолжается омоложение наркопотребителей, часто наблюдается уменьшение возраста первой пробы.

По данным многочисленных исследований наиболее критическим, представляющим риск вовлечения человека в периодическое или регулярное потребление наркотиков, является именно подростковый период.

Проведенное нами исследование 200 подростков 14-18 лет, посещающих различные образовательные учреждения г. Санкт-Петербурга, показало, что 66 % имеет опыт употребления алкоголя в возрасте до 14 лет; 50 % употребляют алкоголь не реже 1 раза в месяц; регулярно курят 33 %, а 28 % имело опыт употребления наркотиков. Таким образом, подростки являются одной из наиболее уязвимых категорий по вовлечению в употребление психоактивных веществ. В поле зрения специалистов наркологических амбулаторных учреждений, в основном, попадают несовершеннолетние с еще не сформировавшейся зависимостью.

Важнейшей задачей на этапе первичных проб психоактивных веществ выявить психологическую склонность к формированию зависимости.

Цель: разработка комплекса психодиагностических методик, позволяющего с высокой достоверностью определять склонность к формированию зависимости.

Для этого была исследована клиническая группа из 100 подростков с аддиктивной патологией в возрасте 14-18 лет (средний возраст – 15,61 года, 46 женского и 54 мужского пола). Обследование проводилось на базе СПб ГБУЗ «Межрайонный наркологический диспансер №1». Все подростки имели диагноз «психические и поведенческие расстройства вследствие употребления ПАВ с вредными для здоровья последствиями» (F 12.1 – 53 человека; F15.1 – 11 человек; F 19.1 – 36 человек).

В связи с этим нами разработан комплекс методик, позволяющий с высокой достоверностью определять склонность к формированию зависимости.

В него вошли следующие психодиагностические методики:

1. Опросник ОВРЭП – «Выраженность реакции эмансипации у подростков» (Бочаров В.В., Виндорф С.А.), являющийся психологическим инструментом, позволяющим относительно объективно выявлять качественные и количественные характеристики подростковой реакции эмансипации в контексте протекания пубертатного кризиса и возникновения отклоняющегося поведения у подростков.

Нами выявлено, что различия между группой наркотизирующихся подростков и контрольной выборкой являются высоко значимыми по всем показателям опросника. При психологической интерпретации «эмансипаторных профилей» наркозависимых подростков следует сказать, что для них характерны гиперконфронтация с родителями, зачастую проявляющаяся в генерализованных семейных конфликтах, и выраженное стремление к достижению автономии ассоциальным способом, грубо игнорируя мысли, чувства и желания вовлеченных в процесс взрослых, а также семейные и общественные традиции и нормы.

2. Метод цветových выборов (модификация Л.Н. Собчик) – МЦВ.

Проведенное исследование показало, что данный метод является высокоэффективным при определении склонности к зависимости.

Так, для наркотизирующихся подростков характерен выбор в качестве предпочитаемого желтого цвета (+4). Описанное Л.Н. Собчик в интерпретации цветового выбора «пристрастие к забавам, игровому компоненту в деятельности, стремление к избеганию ответственности» у наркотизирующихся подростков отражает именно склонность к зависимости.

Выбор в качестве предпочитаемого цвета «желтого» имеет статистически значимые связи со всеми шкалами опросника ОВРЭП ($p < 0.005$).

Таким образом, сочетание высоких баллов по опроснику «Выраженность реакции эмансипации у подростков» и выбор в качестве желтого(+4) предпочитаемого цвета по МЦВ позволяет на этапе первичных проб психоактивных веществ выявить высокую вероятность формирования наркологической патологии у подростка.

Ценностью данного психодиагностического комплекса является небольшие временные затраты при выполнении, возможность быстро получить результаты обследования и незамедлительно провести при выявлении склонности к зависимости необходимые психокоррекционные мероприятия.

Иными словами, на основании полученных результатов разрабатываются эффективные превентивные меры для предотвращения развития зависимости.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ЛИЦ ИЗ ОБЩЕЙ ПОПУЛЯЦИИ, СКЛОННЫХ К РАССТРОЙСТВАМ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Гусева О.В., Перминова А.А., Щелкова О.Ю.

СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Основными и наиболее распространенными расстройствами пищевого поведения (РПП) являются нервная анорексия (НА) и нервная булимия (НБ). Распространенность РПП в современном обществе неуклонно возрастает (Ромацкий В.В., Семин И.Р., 2002). Согласно последним исследованиям (E. Chesney, G.M. Goodwin, S. Fazel, 2014), нервная анорексия занимает второе место по риску общей смертности среди психических расстройств (после расстройств, связанных с злоупотреблением препаратами наркотического ряда). Отмеченный факт вызывает обоснованную тревогу, учитывая несвоевременность обращения за медицинской помощью больных РПП. Многие пытаются справиться самостоятельно, через поиск информации в сети Интернет, становятся регулярными участниками специальных форумов, и лишь крайне незначительная часть из них обращается за помощью к психотерапевту или психиатру. При этом благодаря популяризации темы в СМИ, массовости данного феномена, в обыденном сознании поддерживаются неадекватные, искаженные представления о возможности легкого преодоления проблемы; убеждение, «что все зависит лишь от силы воли и желания». Поддерживается представление, что в поле зрения психиатра попадают и нуждаются в активном лечении лишь наиболее тяжелые случаи заболевания.

Цель: изучение сравнительных характеристик социально-психологической адаптации лиц из общей популяции, склонных к расстройству пищевого поведения (СРПП) и пациенток с диагностированным расстройством пищевого поведения (РПП).

Материал и методы. В исследование было включено 45 молодых девушек. Основную группу составили 29 чел. из общей популяции, (средний возраст 18,9 лет), склонных к расстройствам пищевого поведения (СРПП), в соответствии с показателями по тесту «Отношение к приему пищи» (Eating Attitude Test's), более 20 баллов. Сравнительную группу составили 16 девушек (средний возраст 23,1 лет) в разные периоды времени обратившиеся на консультацию в НИПНИ им. В.М. Бехтерева, у которых было диагностировано расстройство пищевого поведения (РПП) и проведено лечение. В первой группе исследование носило характер опроса целевой группы, с размещением объявления о проводимом исследовании в группах и пабликах вконтакте, посвященных нервной анорексии и нервной булимии. К объявлению прилагался документ Word, который включал в бланки пять опросников с инструкцией и специально разработанную нами психологическую анкету. Испытуемые самостоятельно заполняли опросники и присылали заполненные анкеты. Использовалась батарея тестов: опросник для изучения способов совладающего поведения SVF (W. Janke, G. Erdmann и W. Kallus. 1985), методика SBAK для выявления механизмов психологической защиты (Ehlers W., Peter R., 1984), шкала личностной и ситуативной тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory – STAI), шкала отношения к приему пищи (Eating Attitudes Test, EAT- 26). Гиссенский личностный тест (Beckmann D., Brahler E., Richter E., 1983), в адаптац. (Голынкина Е.А., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В. [и др.], 1993). Статистическая проверка данных проводилась методом одномерного дисперсионного анализа (ANOVA).

Результаты. В обеих группах были проанализированы и сопоставлены параметры защитно-приспособительного поведения, уровня тревожности и личностные характеристики, что выявило, в целом, одинаковые тенденции, и превышение стандартных показателей для здоровой популяции. В обеих группах выявлен высокий уровень личностной и

ситуативной тревожности, преимущественное использование деструктивных и дефицитарных копинг-стратегий. Наибольший рейтинг имеет копинг-механизм Бегство от стрессовой ситуации, что позволяет выделить данный копинг-механизм как общий фактор для лиц с РПП. Однако госпитализированные пациентки меньше используют следующие непродуктивные копинг-стратегии: Бегство от стрессовой ситуации, Социальная замкнутость, Мыслительное застревание, Отчаяние, Самообвинение. Установлено, что в обеих группах основным механизмом психологической защиты является Отрицание, что позволяет выделить использование МПЗ Отрицание как фактор влияющий на нарушение социально-психологической адаптации лиц с РПП. У лиц СРПП достоверно выше способ психологической защиты Регрессия, что свидетельствует об их меньшей адаптивности по сравнению с лицами с РПП. По результатам Гиссенского личностного теста (ГТ) в обеих группах выявлен высокий рейтинг шкал Открытость-замкнутость, Контроль, Социальные способности и низкий рейтинг шкал Социальное одобрение и Доминантность. Подобное сочетание свидетельствуют о наличии разнонаправленных черт личности, затрудняющих социальную адаптацию: замкнутость, отстраненность от других людей, стремление скрывать собственную потребность в любви в сочетании с тревожностью, тенденцией к перфекционизму и излишнему контролю; восприятие себя как непривлекательных и неодобряемых в обществе, в сочетании с агрессивностью, импульсивностью, притязаниями на первенство. Высокие баллы в обеих группах по шкале Гипоманиакальный-депрессивный подтверждают тенденцию к депрессивным и тревожным состояниям.

Обсуждение. Гипотеза состояла в предположении, что лица с диагностированным РПП, имеют более выраженный уровень расстройств пищевого поведения в сочетании с личностными особенностями, дезадаптацией и формированием вторичной депрессии. Однако в результате проведенного исследования установлено, что респондентки обеих групп имели высокую степень схожести психопатологических и личностных проявлений, однако мотивация на лечение и социально-психологическая адаптация, были выше в группе госпитализированных пациенток. Это может быть связано как с результатом получаемой терапии, так и с различающимися преморбидными характеристиками личности, касающимися критичности к имеющимся нарушениям, силы «Я»; этот вопрос требует дальнейшего изучения. Полученные результаты позволяют расценивать пациенток обеих групп в рамках одного и того же заболевания, но на разных этапах (до и после официальной диагностики) расстройства пищевого поведения. При этом приходится констатировать, что вне оказания адекватной помощи специалистов остается значительная часть нуждающихся в ней лиц, характеризующихся отсутствием мотивации на лечение, и, следовательно, наиболее неблагоприятным прогнозом. Представляется возможной интерпретация некоторых симптомов РПП как части механизма совладания со стрессом в контексте стратегии Бегство от стрессовой ситуации, а также Отвлечение от стрессовой ситуации. В современной молодежной популяции генерируется тенденция к уходу в виртуальный мир, создаваемый за счет интернет-сообществ, блогов и пабликов. В контексте нашего исследования это активная линия популяризации аноректического образа тела, создание особого рода интернет-сообщества со своими отличительными знаками, мотивирующими образами и лозунгами. В этих сообществах психологические особенности болезни воспроизводятся, перестраиваются и им бросается вызов: анорексия и булимия объявляются осознанным выбором и желаемым стилем жизни (J.T Allen., 2006), особым способом ухода от разочарований реальности.

Подтверждением этого факта является проведенный нами через социальную сеть повторный опрос целевой аудитории, спустя год после первичного обследования. Из 29 респонденток СРПП, ранее принявших участие в исследовании, только одна

обратилась за помощью к специалистам. У данной категории лиц постепенно нарастают не только нарушения социально-психологической адаптации (усиление дезадаптивных характеристик личности, нарушений защитно-совладающего поведения), но и осложнения со стороны соматической сферы. Для эффективного выявления, лечения и профилактики РПП, необходим междисциплинарный подход с разработкой новых нестандартных решений; требуется активное привлечение внимания и усилий всего общества, с учетом оценки влияния социальных сетей на формирование установок в молодежной популяции.

КОРРЕКЦИЯ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЯНИЯ

Ерошина О.С., Абашина В.В.

Тамбовская ПКБ, г. Тамбов, Россия

Введение. За последние годы 65 – 70 % тяжких и особо тяжких преступлений против личности совершается именно лицами, страдающими психическими аномалиями. По статистике в России признаются невменяемыми около 10 % преступников. Многими авторами показано участие личности, тесно взаимодействующей с факторами социальной среды, в генезе общественно опасного поведения больных с тяжелыми психическими расстройствами. Большинство преступлений совершаются не по бредовым мотивам и психотическим состояниям, а в связи с неадекватной оценкой и поведением в проблемных ситуациях (трудности оценки и прогноза течения конфликта, неправильная оценка поведения других людей, трудности эмоционально волевой регуляции в конфликтах, неумение разрешать материальные проблемы, распределять бюджет и т.д.). Для пациентов, имеющих психические расстройства, характерны трудности понимания других людей, искаженная трактовка контекста в межличностных отношениях, снижение побудительного мотива к общению. Поэтому снижение общественной опасности данной категории пациентов можно добиться сочетанием медикаментозной терапии, с длительными реабилитационными и коррекционно-воспитательными мероприятиями.

Цель исследования: определение влияния психологической коррекции нарушений проблемно-решающего поведения на изменения уровня агрессивности у лиц, страдающих психическими расстройствами и совершивших общественно опасные деяния после прохождения

Методы исследования. «Методика для психологической диагностики копинг-механизмов Хейма», «Опросник уровня агрессивности Басса-Дарки», «Тест для диагностики коммуникативной толерантности» В.В. Бойко, «Методика диагностики уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана» (модификация В.В. Бойко), Методика «Личностная агрессивность и конфликтность» (Е.П. Ильин, П.А. Ковалев), «Типы поведения в конфликтных ситуациях К. Томаса». Статистическая обработка проводилась с использованием стандартных пакетов программ (Microsoft Excel – 2007, SPSS 12.0 for Windows).

В качестве объекта исследования выступили пациенты ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница», страдающие психическими заболеваниями, находящиеся на принудительном лечении в психиатрических стационарах специализированного и общего типов, вследствие совершения ООД. Мужчины в возрасте от 25 до 39 лет, общее количество респондентов – 22 человек. Из них экспериментальная группа

мужчин составила 14 человека и контрольная группа мужчин – 8 человек, примерно сходные по возрасту, давности и тяжести заболевания, получаемому лечению.

Результаты исследования. При проведении повторных замеров после завершения курса психологической коррекции нарушений проблемно-решающего поведения, были получены следующие результаты. В среднем когнитивные копинг-стратегии как в контрольной группе (1,88 балла), так и в экспериментальной группе (1,51 балла) остались относительно адаптивные т.е. пациентам свойственны формы поведения, направленные на оценку трудностей в сравнении с другими, придание особого смысла их преодолению, вера в Бога и стойкость в вере при столкновении со сложными проблемами. Эмоциональные копинг-стратегии в контрольной группе (2,19 балла) стали относительно адаптивными, в экспериментальной группе (1,09 балла) остались относительно адаптивными, т.е. больным свойственно поведение, которое направлено либо на снятие напряжения, связанного с проблемами, эмоциональным отреагированием, либо на передачу ответственности по разрешению трудностей другим лицам. Поведенческие копинг-стратегии, в контрольной группе (2,25 балла) остались неадаптивными, а в экспериментальной группе (1,00 балла) стали адаптивными, т.е. больным свойственно адаптивное поведение, под которыми понимается такое поведение личности, при котором она вступает в сотрудничество со значимыми (более опытными) людьми, ищет поддержки в ближайшем социальном окружении или сами предлагают ее близким в преодолении трудностей. Величина индекса агрессивности в контрольной группе в среднем равна 21,63 балла (при норме равной 21 ± 4), а в экспериментальной группе в среднем равна 15,79 балла. Величина индекса враждебности в контрольной группе в среднем равна 9,63 балла (при норме $6,5-7 \pm 3$) а в экспериментальной группе 6,36 балла, т.е. у больных произошло снижение показателей агрессивности и враждебности в экспериментальной группе. Коммуникативная толерантность в контрольной группе в среднем равна 50,75 балла, а в экспериментальной группе 35,00 балла, что свидетельствует о повышении уровня коммуникативной толерантности в экспериментальной группе. Уровень социальной фрустрированности в контрольной группе в среднем равен 3,038 балла это свидетельствует о повышенном уровне социальной фрустрированности, т.е. больным свойственна форма психического напряжения, обусловленная неудовлетворенностью достижениями и положением личности в социально заданных иерархиях, а в экспериментальной группе 2,479 балла, что свидетельствует о среднем уровне социальной фрустрированности. Позитивная агрессивность в среднем в контрольной группе равна 6,50 балла, а в экспериментальной группе 7,71 балла, что свидетельствует о небольшом повышении показателей по позитивной агрессивности в экспериментальной группе. Негативная агрессивность в среднем в контрольной группе равна 12,25 (при макс. 20 баллах) а в экспериментальной группе 7,86 балла, т.е. у больных произошло снижение негативной агрессивности. Конфликтность в среднем в контрольной группе равна 19,50 балла, а в экспериментальной группе 12,57 (при макс. 4 баллах) т.е. также произошло снижение конфликтности в экспериментальной группе. В среднем в контрольной группе остался преобладать такой тип поведения в конфликтной ситуации как избегание, а в экспериментальной группе стал преобладать такой тип поведения в конфликтной ситуации, как компромисс, т.е. больным стало свойственно разрешение некоторых конфликтных ситуаций путём взаимных уступок. Второе место по количеству набранных баллов в экспериментальной группе набирает такой тип поведения в конфликтной ситуации как сотрудничество, т.е. в некоторых ситуациях больным свойственно приходить к альтернативе, полностью удовлетворяющей интересы обеих сторон.

Таким образом, у экспериментальной группы отмечаются значимые сдвиги при $p \leq 0,05$ по следующим 12 параметрам из 15: поведенческие копинг-стратегии стали адаптивными, преобладающими стали такие типы поведения в конфликтных ситуациях как компромисс и сотрудничество, снизилась величина индекса агрессивности и конфликтности, повысился показатель позитивной агрессии, повысился уровень коммуникативной толерантности, снизился уровень социальной фрустрированности.

Выводы. В результате нашего исследования установлено, что у лиц, страдающих психическими заболеваниями, имеются следующие нарушения проблемно-решающего поведения: неадаптивные варианты поведенческих копинг-стратегий и неконструктивные типы поведения в конфликтных ситуациях, такие как избегание и приспособление, и особенности личности, снижающие его эффективность: повышенный уровень агрессивности и конфликтности, пониженный уровень коммуникативной толерантности и повышенный уровень социальной фрустрированности. В процессе направленной психологической коррекции отмечаются положительные изменения проблемно-решающего поведения у лиц, страдающих психическими заболеваниями, совершивших общественно опасное деяние, изменяются: копинг-механизмы и типы поведения в конфликтных ситуациях становятся более адаптивными. А также изменяются особенности личности, являющиеся базой для формирования проблемно – решающего поведения: понижается уровень агрессивности, враждебности и конфликтности, повышается коммуникативная толерантность, понижается уровень социальной фрустрированности.

Таким образом, наше исследование показало, что психологическая коррекция является важным методом лечения и играет значительную роль в повышении социального функционирования пациентов, страдающих психическими расстройствами и совершивших общественно опасные деяния.

СТИГМАТИЗАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ И МЕРЫ БОРЬБЫ С НЕЙ

Захарова Н.М., Баева А.С., Гурин И.В., Шкурко В.В.

ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского, Москва, Россия

К неблагоприятным социально-психологическим последствиям чрезвычайных ситуаций, повышающим уровень уязвимости личности, относится такое явление, как стигматизация. Устойчивый интерес к проблеме стигматизации пострадавших в чрезвычайных ситуациях, наблюдающийся в последние годы и за рубежом, и в России обусловлен как демократизацией общества, изменением его социально-демографических характеристик и гуманизацией медицины, так и развитием концепции качества жизни.

Исследователи стигматизации в большинстве случаев выделяют внутреннюю и внешнюю стигму как тесно связанные между собой явления. Под внутренней стигмой подразумевается чувство стыда и ожидание возможной дискриминации или, наоборот, завышенные запросы по отношению к окружающим. Под внешней – несправедливое отношение социума к больному (пострадавшему), которое, в свою очередь, может спровоцировать стигматизацию собственного поведения пострадавшего в условиях ЧС, как недостойного, постыдного, трусливого, усиливая чувство вины (синдром выжившего), привести к восприятию пережитой ситуации как заслуженной, по мнению общества. В результате, последствием стигмы становится либо продолжение существования проблемы, либо даже ее утяжеление, что вызывает дополнительные сложности для адап-

тации пострадавшего к окружающей его среде в условиях изменившихся обстоятельств и пережитого им негативного опыта и его последствий.

Проведенное нами исследование отношения различных групп общества к лицам, пострадавшим в результате чрезвычайных ситуаций (ЧС) (теракты в городах Беслан и Москва), выявило признаки стигматизации в обществе, причем как в отношении самих пострадавших (их ресоциализации в обществе, льгот и компенсаций), так и в отношении оказания им психиатрической помощи, а также освещения чрезвычайных ситуаций в СМИ. Выявлено, что в регионе с более высоким процентом пострадавших в чрезвычайных ситуациях на душу населения, признаки стигматизации общества несколько выше. Степень выраженности стигматизирующих тенденций зависит от принадлежности респондента к определенной социальной группе (территориальной, образовательной, демографической (пол, возраст), профессиональной) и от предшествующего травматического опыта (опыта переживания чрезвычайных ситуаций).

Результаты исследования свидетельствуют о необходимости внедрения дестигматизационных мероприятий на разных этапах ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.

Основные направления дестигматизационных мероприятий.

Дестигматизационные программы должны носить системный характер и включать в себя следующие основные направления:

1. Усиление просветительской деятельности и работа с населением при помощи средств массовой информации (телевидение, радио, интернет) с целью формирования в обществе правильного представления о клинических проявлениях расстройств, связанных с перенесенным стрессом, их динамикой, продолжительностью, и прочими особенностями (возрастными, гендерными).

2. Обучение специалистов, участвующих, в оказании профессиональной помощи пострадавшим – психиатров, психологов, социальных работников, врачей общего профиля, медицинского персонала, в рамках дополнительного постдипломного образования. Образовательные программы должны состоять из просветительского блока (определение феномена стигматизации, указание факторов, его вызывающих) и практического – проведение тренингов, обучающих навыкам конструктивного взаимодействия с пациентами.

3. Внедрение дестигматизационных мероприятий на всех этапах реабилитационных и реадaptационных программ для лиц, пострадавших при чрезвычайных ситуациях:

- на диагностико-прогностическом этапе;
- на этапе разработки оптимальных технологий, форм, методов работы с пострадавшими;
- на этапе реализации комплексной программы реабилитации и коррекции, научно-методического контроля;
- на экспертно-оценочном этапе систематизации, обобщения и контроля результатов реабилитации.

Для осуществления комплексной программы дестигматизации необходимо проведение дополнительной работы с властными структурами (по развитию наименее стигматизирующих форм помощи, мотивации организаторов службы на дополнительное финансирование), со СМИ (по выработке этических принципов работы СМИ, популяризации научных достижений в психиатрии и психотерапии), с общественными организациями (по созданию комплексных центров социальной, юридической, психологической помощи, групп поддержки). Также необходимо проведение образовательной работы

с медперсоналом, психологами и социальными работниками по оптимальной организации лечебного процесса и форм помощи, организации полипрофессиональных бригад, разработке структурированных программ для разных групп пострадавших, психологическому и психотерапевтическому воздействию по восстановлению или реконструкции личности и выработке у пострадавшего устойчивости к стигматизации.

Значимая роль в дестигматизационных мероприятиях должна отводиться работе с родственниками пострадавших. Целесообразно информировать последних не только о структуре, динамике, вариантах течения психических расстройств, но и уделять особое внимание их взаимодействию с пострадавшими. Для этих целей наиболее эффективным считается проведение тренингов, для развития навыков совладения и управления уровнем семейного стресса.

Таким образом, дестигматизационные программы представляют собой сложный комплекс мероприятий, которые необходимо осуществлять на всех этапах ликвидации последствий ЧС на различных уровнях – федеральном, региональном, учрежденческом. Адекватная и своевременная работа, направленная на профилактику и преодоление стигматизирующих тенденций, позволит предотвратить развитие дополнительных и утяжеление уже имеющихся психических последствий ЧС и, следовательно, оптимизировать реабилитацию и ресоциализацию пострадавших.

НЕЛИНЕЙНЫЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ СЛОЖНОЙ ВРЕМЕННОЙ СТРУКТУРЫ КАК ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ АДЕКВАТНЫЙ МЕТОД ОСЛАБЛЕНИЯ ФЕНОМЕНА ТОЛПЫ У ПУБЛИКИ МАССОВЫХ ЗРЕЛИЩ И СПОРТИВНЫХ БОЛЕЛЬЩИКОВ

Зуева М.В.

Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, Москва, Россия

Опасность толпы состоит в том, что в ней происходит деиндивидуализация личности, у человека снижается способность критически оценивать ситуацию, нарушена самооценка. В толпе увеличивается возможность манипуляции сознанием индивидуума и провоцирования его на асоциальное поведение и противоправные действия. Поведение болельщиков на стадионе или битвы фанатов служат примером того, как публика превращается в экспрессивную и затем – действующую толпу агрессивного типа, легко направляемую случайными зачинщиками. В условиях толпы чувство страха, вызванного любой причиной, провоцирует панику. Триггером может стать любая информация (слух) о реальной или ложной опасности или применение полицией т.н. не-летального оружия, включая лазерное или инфразвуковое воздействие. Паника может полностью блокировать способность людей адекватно оценивать обстановку, и действия человека в толпе приобретают оборонительно-хаотичный характер. С другой стороны, паника нередко приводит к давке, травмам и гибели людей. Поэтому применение методов диссоциации мирной толпы, которые могут провоцировать страх или вызвать панику, воздействий, параметры которых угрожают физическому и психическому здоровью населения, признается этически недопустимым. Следовательно, актуально развитие физиологически адекватных технологий, позволяющих ослаблять внутренние связи в толпе, безопасно для человека контролировать его состояние и возвращать ему индивидуальное самосознание и критичность мышления, снижая опасность возникновения паники. Важно, чтобы, решая поставленную задачу, эти методы соответствовали этическим требованиям и соблюдали высокие стандарты безопасности для здоровья людей.

Хорошо документировано, что наш мозг высоко восприимчив к ритму, навязываемому извне, и способен синхронизировать волны нейрональной активности и ритмы поведения человека с ритмом внешнего стимула. Это свойство используется в методах лечения некоторых патологических состояний с помощью широкого спектра средств стимуляционной терапии. С другой стороны, имеются свидетельства, что на поведение человека и его восприятие тайминга (временного хода) событий и временных характеристик внешних стимулов влияют психологические аспекты восприятия сенсорных раздражителей, в частности, эмоциональная компонента (положительные и негативные эмоции). В обработку временной информации, то есть, оценку частоты, скорости, длительности стимулов и событий вовлечены многие структуры мозга. В недавнем исследовании установлены социально-временные психические и нейронные механизмы головного мозга, которые, с одной стороны, определяют хронологию оценки наблюдателем социального значения раздражителей и, с другой стороны, связывают формирование восприятия временных характеристик стимула (длительности, частоты, скорости) с его социальной значимостью.

Schirmer и ее коллеги утверждают, что ритм облегчает межличностные взаимодействия. В частности, музыкальный ритм влияет не только на то, как мы двигаемся, но, и что мы говорим и думаем. Ритм облегчает взаимодействие людей путем синхронизации мозговых волн и повышения эффективности восприятия того, что другой человек говорит и делает в конкретный момент времени. Когда люди двигаются в синхронном ритме, они более склонны воспринимать мир в синхронии, что облегчает их способность взаимодействовать.

Отметим, что нейрональные структуры высоко восприимчивы к навязываемому извне ритму, позволяет им, с одной стороны, быть мобильными и стремительно реагировать на изменения среды, но с другой стороны, делает их уязвимыми к воздействиям факторов избыточно большой силы или длительности.

При этом важна временная структура ритмов, от которой может зависеть даже знак эффекта. Нами развивается гипотеза о критической важности для поддержания здоровой структуры и динамики активности головного мозга опыта нелинейной сенсорной стимуляции, получаемого человеком в течение жизни. Обосновывается, что при использовании прерывистых стимулов с нелинейной флуктуацией частоты и других параметров воздействия улучшение физиологических функций и поведения человека будет происходить за счет восстановления фрактальной сложности нейронных сетей и тайминга активности головного мозга. Сегодня хорошо установлено, что отличительным признаком физиологических процессов здорового организма является их фрактальная (детерминировано-хаотическая) динамика. Флуктуации параметров физиологических функций инвариантны во времени. Типичными признаками нарушения фрактальной динамики является ослабление дальних корреляций и появление высоко периодичного поведения системы или полностью некоррелированных флуктуаций физиологических параметров (белый шум). Нелинейная стимуляция (световая, звуковая или комбинированная) может способствовать эффективному восстановлению функции головного мозга. В пользу такой возможности говорят недавние исследования, показавшие, что ритм движения можно изменять путем синхронизации динамики походки с временной структурой внешних сигналов непосредственно во время стимуляции.

Анализируется перспективность развития технологий воздействий нелинейными стимулами сложной динамики для диссоциации толпы и высвобождения индивидуального сознания и самоконтроля у участников массовых зрелищ и спортивных болельщиков. Сегодня известно, что нормально функционирующий мозг оперирует в состоянии т.н.

«самоорганизованной критичности», в котором система спонтанно самоорганизуется для того, чтобы быть готовой действовать в критической точке между порядком и случайностью. Восстановление сложной нелинейной динамики должно способствовать возвращению критичности и самосознания людей, составляющих неуправляемую толпу. Возможны различные варианты периферийных устройств в технологиях нелинейной стимуляции. Они могут включать генераторы высоко коррелированных нелинейных звуковых и/или световых шумов сложной нелинейной структуры, которые, учитывая их низкую интенсивность, будут создавать ненавязчивый фон, не мешающий проведению мероприятия. Комбинировать фрактальные световые мелькания можно с музыкальными композициями, обладающими, как известно, фрактальными свойствами, и, цветомузыкой. Может программироваться временная структура флуктуаций диффузного освещения спортивных арен различного дизайна. С другой стороны, отметим, что у толпы сильно развита способность к воображению, и образы, поражающие воображение толпы, всегда бывают простыми и ясными. При этом, психологические исследования показывают, что толпа, способная мыслить только образами, восприимчива только к образам. Это ее свойство может быть использовано в презентации ярких движущихся фрактальных стимулов, привлекающих внимание людей, которые могут периодически проецироваться на рекламных или информационных экранах, установленных на стадионах и улицах города. На улицах возможно применение стационарных рекламных дисплеев различного дизайна и мобильных экранов, оперативно передвигаемых к месту скопления агрессивных фанатов или экспрессивной толпы. Ролики с движущимися фрактальными стимулами могут временно прерывать текущую информацию, обычно предъявляемую на этих экранах, способствуя оптимизации нейрональной активности, сдвигая ее к статистическим свойствам здоровой динамики здорового мозга и критичному поведению человека.

Мы полагаем, что применение системы физиологически адекватных технологий нелинейных воздействий на человека, благоприятно влияющих на самоорганизованную критичность и улучшающих когнитивные функции и способность человека к принятию решений будет актуально также в различных стрессорных и кризисных ситуациях, для восстановления после высоких нагрузок и эффективной деятельности в экстремальных условиях труда.

К ВОПРОСУ О ПОСТАНОВКЕ ЦЕЛЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ БРИГАДЕ СПЕЦИАЛИСТОВ

Исаева Е.Р., Мухитова Ю.В.

ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность темы. С 2012 года в неврологии, кардиологии и травматологии внедряется система оказания реабилитационной помощи, регулируемая приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации N 1705н от 29.12.2012: «О Порядке организации медицинской реабилитации». Реабилитационный процесс предполагает оказание действенной помощи в восстановлении и достижении оптимального уровня физической, психологической и социальной адаптации пациентов; включает в себя меры, направленные на снижение воздействия инвалидизирующих и затрудняющих условий и на создание условий для людей с ограниченными возможностями для достижения оптимальной социальной интеграции. Реализация реабилитационной программы – как комплексная задача, требующая участия полипрофессиональной бригады

специалистов, где каждый имеет ряд специфических и ряд взаимозаменяемых функций. Выстраивание программы реабилитации, выбор основной стратегии и средств подчинено совместно выработанной цели. Например, А. Medalia выделяет три основных направления работы в реабилитации пациентов: восстановительное, компенсаторное, адаптационное. Восстановительное направление реабилитации связано с изменением индивидуального функционирования пациента за счет улучшения когнитивных функций и адаптационных ресурсов, навыков самостоятельного преодоления проблем, обеспечение позитивного опыта обучения и возможностей внутренней мотивации. Компенсаторное направление представляет собой разработку альтернативных (компенсирующих дефицит) методов по реализации задач повседневной жизни. Адаптационное направление заключается в модификации окружающей среды с целью снижения влияния последствий возникшего заболевания и достижения удовлетворяющего самого пациента уровня автономии и уровня участия в социальной жизни.

На наш взгляд, крайне важной и актуальной задачей является разработка конкретных и четких критериев эффективности реабилитационной помощи через оценку динамики реабилитационного потенциала, поиск индикаторов изменения поведения и функционирования пациентов. В.С.Ястребов выделял три этапа реабилитации: оценка и планирование целей и способов воздействия; реабилитационные вмешательства; достижение результата и его оценка. Иначе говоря, существующий подход к реабилитации психически больных подразумевает многоаспектное рассмотрение имеющегося расстройства с включением клинично-психопатологических, социально-средовых и личностных показателей при постановке целей и задач реабилитации, ведение больных с участием полипрофессиональной бригады.

В настоящий момент в качестве ключевого критерия эффективности реабилитационного процесса признан уровень социального функционирования, а его параметры – наиболее универсальными показателями благополучия пациента, уровня его адаптации в окружающей среде, – в связи с чем социальное функционирование определено как основная задача проводимой реабилитационной работы (Шмуклер А.Б., Гурович И.Я.).

Анализ зарубежного опыта реабилитационной работы показал, что центральным моментом разработки реабилитационных программ является постановка целей реабилитации (J. Evans et al.). «Реабилитация сегодня рассматривается, как партнерство между пациентами, их семьями и персоналом, который оказывает помощь... Планирование целей становится особенно важным – как один из ключевых моментов программы реабилитации» (Wilson B.A., 2013). Реабилитационный процесс направлен на возврат пациента к самостоятельному функционированию в окружающей его среде, при этом сам пациент рассматривается как активный участник и партнер этого процесса.

В нашей стране активно реализовывается широкий спектр различных форм и методов реабилитационной работы, привлекаются разнообразные зарубежные и отечественные теоретические концепции и методические разработки, включающие в себя целый комплекс мероприятий: психообразовательные программы, разнообразные тренинги, направленные на развитие когнитивных, социальных и коммуникативных навыков, широкий спектр направлений арт- и трудотерапии. Проводимые реабилитационные программы несомненно повышают качество жизни больных, позволяют улучшать их социальный уровень. Вместе с тем, при назначении реабилитационных мероприятий пациент практически не рассматривается через призму его реальной жизни и тех конкретных трудностей, которые испытывают он и его семья во взаимодействии с окружающим миром, и на преодоление которых должна быть направлена реабилитация после выписки. По нашему мнению, в фокусе внимания полипрофессиональной бригады должны находиться следующие конкретные вопросы:

Каким образом проявляются в ежедневной жизни имеющиеся проблемы? С какими проблемами хуже всего справляется семья? Может ли этот человек вернуться на работу/учебу/домой?

Крайне актуальным, с нашей точки зрения, является обоснованность индивидуального подбора тех или иных, «целевых» лечебно-восстановительных мероприятий, направленных на восстановление конкретных областей функционирования и преодоление существующих ограничений и дефицитов пациента, а также регулярное измерение достигнутых результатов, их соответствия поставленным целям и оценка эффективности индивидуально подобранной и проведенной реабилитационной программы. Так, по мнению Г.Е. Ивановой, главного реабилитолога РФ, основным критерием эффективности медицинской реабилитации является «не объем оказанной медицинской помощи, а уровень достигнутых функциональных возможностей за время, отведенное для проведения лечения, самостоятельность и социальная активность пациента» (Иванова Г.Е., 2013). На наш взгляд, проблема измерения эффективности (в т.ч. экономической) проводимых реабилитационных мероприятий, динамики состояния и ежедневного функционирования пациентов по-прежнему актуальна и требует своего решения. Влияние экономических факторов во многом обусловило внедрение в систему оказания медицинской помощи населению современных технологий менеджмента, повышение требований к эффективности и экономической целесообразности проводимых вмешательств. Вследствие этого, предлагается любые решения проверять через технику SMART-анализа (P.J. Meyer), а оценка реабилитационного потенциала и его динамика должны подчиняться принципам Evidence-based management (EBM). Согласно этому, цель реабилитации должна быть описательна и соответствовать следующим критериям (SMART): Specific - Специфична, Measurable – Измеряема, Achievable – Достижима, Realistic – Реалистична, Time Orientated – Определена во времени.

Цель шкалируется для учета эффективности проводимых реабилитационных мероприятий, ей присуждаются баллы с использованием стандартизированной системы оценивания, позволяющей мониторить прогресс и использовать баллы для измерения результата. Ожидаемый результат реабилитационных мероприятий должен представлять собой конкретный, достижимый и измеряемый параметр с назначенной датой проверки.

Заключение. Мультидисциплинарный подход, активно развивающийся во многих направлениях медицины позволяет учитывать как биологические нарушения, так и социальное функционирование, обосновывать цели реабилитационных мероприятий и реализовывать оценку их эффективности. В зарубежной системе реабилитации ряд методических разработок показали свое удобство и результативность: применение и опора на МКФ, использование метрических шкал для систематической оценки/измерения результата реабилитационных воздействий. Дальнейшее развитие междисциплинарного, биопсихосоциального подходов в отечественной системе реабилитации требует разрешения ряда организационных и методологических проблем. На сегодняшний день крайне актуальным является вопрос разработки организационных аспектов профессиональной деятельности медицинского психолога в системе медицинской реабилитации. Трудноразрешимой задачей на современном этапе развития отечественной системы медицинской реабилитации является достижение преемственности реабилитационных целей и мероприятий между учреждениями здравоохранения и органами социальной защиты, центрами социальной реабилитации инвалидов.

СИТУАЦИОННЫЙ КОНТЕКСТ В ПСИХОЛОГИИ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ И КРИЗИСОВ

Карпова Э.Б.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность рассмотрения психологии человека в ситуационном контексте определяется стремительно изменяющимися условиями среды его жизнедеятельности. Наблюдающийся переход от полярных точек зрения на систему человек – среда к личностно-ситуационному подходу, основанному на принципе целостного единства личности и ситуации и тем самым развивающему традиции, заложенные классиками зарубежной и отечественной психологии (К. Левин, Л.С. Выготский), имеет особое значение в психологии кризисных и экстремальных состояний, при которых средовые воздействия носят потенциально травматический характер.

В клинической психологии в последние десятилетия этот подход по большей части реализуется в разработанной парадигме психологического стресса (R. Lazarus, R. Launier S. Folkman; В.А. Абабков и М. Перре и др.) Однако область эмпирических исследований психологии стресса ограничена ее теоретическим контекстом. В фокусе многочисленных научных работ оказывается изучение стрессоров и ответов индивида на стрессовые воздействия, включающих как их оценку, так и применяемые копинговые стратегии, поиск характеристик, относящихся к недостаточно разработанной психологической категории «личностные ресурсы», но за рамками стрессового подхода остается собственно личность. Наибольший потенциал для реализации личностно-ситуационного подхода заложен в таких психологических концепциях как культурно-историческая психология и психология отношений. Близкие по сути понятия «отношение» и «переживание» являются наиболее информативными единицами психологического анализа в контексте единства целостной личности во взаимодействии со средой, в широком и в узком – ситуационном, понимании. Имеющиеся в литературе методологические идеи изучения ситуационного контекста во многом остаются неподкрепленными эмпирически, что делает актуальными такие исследования.

Целью проведенных под нашим руководством исследований явилось изучение личностного смысла таких понятий как «экстремальное состояние» и «жизненный кризис». В задачи первого из них входило изучение содержательной интерпретации этих понятий респондентами, а также взаимосвязи субъективной оценки трудной жизненной ситуации и психологическими трудностями в их преодолении. Предполагалось, что отнесенность жизненных ситуаций к категориям «экстремальность» и «критичность» создает установку на соответствующее к ним отношение при столкновении в реальной жизни. На первом этапе исследования представителям случайно отобранной выборки взрослого населения (35 человек) предлагалось дать определение этим понятиям и привести примеры жизненных ситуаций, которые можно было бы отнести к этим категориям. Согласно результатам, респонденты спонтанно относили к критическим лишь ситуации экстраординарного, чрезвычайного характера (наводнение, пожар, терроризм), что в свидетельствует о сужении семантического поля понятий «экстремальность» и «критичность». Такое понимание в значительной мере расходится с принятыми в психологии представлениями об этих категориях и с теми имманентно присутствующими критериями понятия «критичность», согласно которым составлен разнообразный по содержанию список потенциально травматических ситуаций, в широко используемой психодиагностической шкале «Опросник травматических ситуаций» (ОТС). На втором этапе исследования этим же респондентам было предложено ответить на вопросы

методики ОТС. Согласно полученным результатам, в личном опыте участников исследования имелось значительное количество потенциально критических ситуаций широкого спектра. Вместе с тем последствия этих ситуаций не могут расцениваться как травматические – респонденты имели не выходящие за нормативные среднепопуляционные показатели индекса травматичности. То же можно сказать о показателях базовых убеждений у участников исследования – они соответствуют принятой в популяции картине мира. Обнаружена отрицательная корреляция между содержанием пережитого травматического опыта и базовыми убеждениями. Большинство из них связаны с пережитыми ситуациями эмоционального оскорбления и травматическим опытом антропогенного происхождения. Выявлена взаимосвязь между репрезентацией в сознании понятия «критичности» и наличия последствий в переживании опыта трудных жизненных ситуаций, однако вследствие методологической сложности нельзя с определенностью утверждать, являются ли полученные результаты следствием установочного восприятия жизненных трудностей или, напротив, относительно благополучно пережитый опыт критических ситуаций оказал влияние на их категоризацию.

В задачи второго исследования входило выявление содержательной специфики травматического опыта и проверка наличия взаимосвязи такого опыта с психологическими последствиями у людей, профессиональная деятельность которых носит экстремальный характер. Для решения этой задачи под нашим руководством было проведено исследование (А.А. Белова, М.Е. Бурова) травматического опыта у спасателей, пожарных, руководителей регионального звена МЧС РФ в сопоставлении с людьми, профессиональная деятельность которых не относится к экстремальной. Всем участникам исследования (всего 78 человек) был предъявлен «Опросник травматических ситуаций», согласно которому были получены результаты, свидетельствующие о значительном расхождении в содержании пережитых критических ситуаций в группах. У мужчин основной группы в опыте преобладали события, несущие витальную угрозу себе или окружающим (75 % респондентов назвали вид умершего тела), а также различные ситуации, связанные с профессиональной деятельностью (у 25 % респондентов). В то же время у женщин из группы спасателей преобладали не связанные с профессией события с витальной угрозой (получение известия о серьезной травме, болезни близкого человека – 60,6 %, смерть супруга, ребёнка – 33,3 %), а также развод – 60,6 %; часть из них указывали ситуации прерывания беременности.

В контрольной группе 50 % респондентов пережили известия о серьезной травме или болезни близкого человека, 37 % – вид умершего человека, 25 % – смерть супруга или ребенка, развод родителей (43 %) и собственный развод (25 %), незначительная часть отметили финансовые затруднения и ситуации эмоционального оскорбления. Как видно из представленных данных, ситуационный контекст переживаний был самым разнообразным. Однако сравнение групп с различным профессиональным и травматическим опытом не обнаружило статистически значимых различий по «индексу травматичности» и показало отсутствие признаков посттравматических нарушений и психологических последствий переживания этих событий во всей выборке.

В третьем исследовании респонденты были уравниены по содержанию переживаемой ситуации. В группу исследования (А.Н.Воронкин) входили 30 курсантов 1 курса высшего военного училища, оказавшихся в ситуации адаптации к новым условиям жизни, сопряженным с целым рядом психологических трудностей: сепарация от семьи, ломка поведенческих стереотипов, ограничения степени личной свободы и активности выбора, обусловленные строгой регламентацией военной службы. Респонденты давали субъективную оценку новой жизненной ситуации, согласно которой вся группа разделилась на

две подгруппы. Сопоставление двух подгрупп, разделенных по критерию субъективной оценке «критичности» ситуации, показало значимые различия по ряду психологических характеристик (низкий локус-контроль «Я»; неудовлетворенность прожитой частью жизни и оценивание менее интересной и насыщенной, чем у сравниваемой группы, настоящей; относительно низкие показатели по всем шкалам теста жизнестойкости), а также по показателям психического здоровья (курсанты, оценивающие ситуацию военного обучения как кризисную, имеют статистически достоверно более высокие показатели по шкалам SCL-90: обсессивность-компульсивность, депрессия, паранойяльные тенденции и общие индексы тяжести симптомов и интенсивности дистресса).

В целом полученные в наших исследованиях результаты изучения травматического опыта в ситуационном контексте свидетельствуют о приоритете субъектного, личностного в единой системе личность – ситуация.

ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ НЕЙРОТИЗМА У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Любаева Е.В.

ННЦ неврологии – филиал ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского, Москва, Россия

Введение. В исследовании был использован 5-факторный опросник для выявления базовых личностных особенностей, которые остаются стабильными в течение всей жизни взрослого человека. Каждый фактор включает в себя множество более конкретных черт. «Большая пятерка» спроектирована так, чтобы охватить те личностные черты, которые люди считают наиболее важными для взаимодействия друг с другом, несут информацию об индивидуальных различиях, необходимых для благополучия как конкретного индивида, так и группы. Они помогают прогнозировать поведение окружающих в широком спектре значимых ситуаций. Каждая из пяти черт 5-факторной модели выполняет определенную функцию в плане адаптации индивида к социальной среде. В частности, экстраверсия отвечает за приближение положительных событий, нейротизм – за избегание негативных событий, добросовестность – за эффективное управление реакциями приближения и избегания, открытость опыту – интерес к наградам и поощрениям, а согласие – к формированию социальных альянсов и связей.

Фактор «Нейротизм»; измеряет приспособленность либо эмоциональную нестабильность. Проявляется в чувствительности человека к стрессогенным ситуациям. Идентифицирует индивидов, подверженных неприятным переживаниям (дистрессам), склонных к чрезмерным страстям и порывам, к идеям, далеким от реальности, и к неадекватным реакциям на действительность.

Очень высокий уровень выраженности (5 баллов): обследуемый отличается явным беспокойством, нервозностью, неадекватностью реакций, неуверенностью в себе, легкостью возникновения отрицательных эмоций, склонен к ипохондрии, испытывает большое количество негативных переживаний, тревожен, раздражителен, подвержен плохому настроению, склонен видеть все в черном цвете, не удовлетворён жизнью.

Высокий уровень выраженности (4 балла): обследуемый отличается беспокойством, в сложных ситуациях неуверенностью в своих силах, подверженностью отрицательным эмоциям, тревожен, временами раздражителен, даже в благоприятной ситуации обычно видит негативную сторону.

Цель исследования: проанализировать связь некоторых личностных характеристик больных (на примере фактора нейротизма) с уровнем КЖ.

Материалы и методы. Пациенты инфекционного отделения туберкулезной больницы №7 г. Москвы – группа 1 – 65 человек (40 мужчин и 25 женщин, средний возраст 29 лет). Все испытуемые имели диагноз ВИЧ-инфекция в стадии IVБ, IVВ (по российской классификации ВИЧ-инфекции 2001 г.), диссеминированный ТБ. В группу вошли пациенты с различным уровнем CD-4 (от 50 до 800 кл/мкл). Группа сравнения 2 – больных без ВИЧ-инфекции с диагнозом диссеминированный ТБ (30 человек), находящиеся в ТБ №7, группа сравнения 3 – больных с диагнозом ВИЧ-инфекция (30 человек), наблюдающихся амбулаторно в Федеральном научно-методическом Центре по профилактике и борьбе со СПИД. Для диагностики индивидуальных особенностей личности пациентов использовали пятифакторный личностный опросник, разработанный Р. Мак-Креем и П. Костой в 1987 году на основе модели личности «большая пятерка», предложенной В. Норманом в 1963 году. «Большая пятерка» включает в себя 5 факторов: нейротизм – N, экстраверсию – E, открытость опыту – O, согласие – A, добросовестность – C. В русском переводе опросник был адаптирован к условиям русской культуры В. Е. Орлом в соавторстве с А.А. Рукавишниковым и И.Г. Сениным.

Результаты и их обсуждение. Очень высокий уровень выраженности нейротизма (N=5 баллов) обнаружен у 61 % больных в группе 1 (ВИЧ/ТБ) и у 53 % больных в группе 2 (ТБ). Очень высокий уровень N свидетельствует о явном беспокойстве, нервозности, неадекватности реакций, неуверенности в себе, легкости возникновения отрицательных эмоций, склонности к негативным переживаниям, тревожности. Высокий уровень выраженности (N=4 балла) выявлен у 32 % больных в группе 1 (ВИЧ/ТБ) и у 35 % в группе 2 (ТБ). Высокий уровень N связан с достаточной реактивностью в сложных ситуациях, неуверенностью в своих силах, подверженностью отрицательным эмоциям. Только 7 % больных в группе 1 со средним уровнем выраженности (N=3 балла); т.е. эмоциональной устойчивостью и реактивностью в равной степени. Таким образом, высокий и очень высокий уровень выраженности фактора нейротизма выявлен у подавляющего большинства пациентов, страдающих ВИЧ-инфекцией и ТБ (93 %), а также только ТБ (88 %), в то время как в здоровой популяции превалирует средний уровень нейротизма (N=3 балла).

Обнаружена корреляция между значением фактора нейротизма у пациентов в группе 1 (ВИЧ/ТБ) и уровнем качества жизни (КЖ). У пациентов с N=5 среднее значение уровня КЖ=– 10,2; у пациентов с N=4 среднее значение КЖ=– 6,1; у пациентов с N=3 среднее значение КЖ=– 4,2.

Индивидуальные психологические особенности человека влияют на его отношение к заболеванию, на качество его жизни, на поведение пациента в ситуации лечения. Нейрофизиологическая интерпретация фактора нейротизма – уровень активации лимбической системы организма. Повышенный нейротизм связан с более высокой реактивностью на события во внутренней среде организма; эмоциональная устойчивость, наоборот, результат более низкой реактивности. Таким образом, чем выше значение фактора нейротизма, тем значительнее снижение уровня КЖ.

Заключение. Чувствительность человека к стрессогенным ситуациям снижает его сопротивляемость инфекциям. Исходя из определения, что нейротизм, как и другие базовые личностные характеристики, остаются стабильными в течение всей жизни взрослого человека, – лица с очень высоким уровнем нейротизма более уязвимы к таким заболеваниям, как туберкулез, по сравнению с общей популяцией. Таким людям нужна психологическая поддержка и профилактические меры для поддержания здоровья. Личностный фактор нейротизм может служить индикаторами предрасположенности к таким тяжелым инфекционным заболеваниям, как туберкулез.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ ВЗРОСЛЫХ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ

Мартусенко А.В., Елисеенко Н.А., Шапсигов А.А., Нагорная А.В.

КубГМУ, г. Краснодар, Россия

Синдром дефицита внимания – это дисфункция центральной нервной системы, проявляющаяся трудностями концентрации и поддержания внимания, нарушениями обучения и памяти, а также сложностями обработки экзогенной и эндогенной информации и стимулов. У взрослых проявляется чувством «недостижения», трудностью с самоорганизацией, хронической прокрастинацией (проблема с начинанием дел), трудностью с завершением дел, частым поиском острых ощущений, непереносимостью скуки, легкой отвлекаемостью, проблемой с фокусировкой внимания, нетерпеливостью, импульсивностью, тенденцией к бесконечным переживаниям и тревогам, чувством незащищенности и неуверенности, скачками настроения, лабильностью настроения, отсутствием внутреннего покоя, склонностью развивать зависимость, хроническими проблемами с самооценкой, неправильным представлением о себе. Актуальность данной проблемы заключается в том, что данным синдромом страдают около 2,2-18 % детей школьного возраста и около 60 % из них продолжают иметь симптомы дефицита внимания, когда вырастут. Это факт, в свою очередь, может отразиться на всех сферах жизни людей, страдающих этим синдромом, в том числе и на социальной адаптации.

Цель исследования: выявить связь между синдромом дефицита внимания и уровнем социально-психологической адаптации.

Задачи: 1) изучить распространенность синдрома дефицита внимания среди студентов V курса; 2) изучить уровень импульсивности среди студентов с низкими показателями концентрации внимания; 3) выявить преобладающий тип личности среди студентов с низкими показателями концентрации внимания; 4) выявить корреляционную связь между синдромом дефицита внимания и уровнем социально-психологической адаптации.

Материалы и методы: Проводилось тестирование среди студентов КубГМУ, V курса лечебного факультета по специальной анкете-опроснику. Всего было опрошено 100 студентов. Среди респондентов были девушки и юноши в возрасте от 28 до 30 лет. Девушки составили 83 %, юноши – 17 %.

Результаты и обсуждение: Анализ проведенного анкетирования показал следующие результаты:

1) Среди опрошенных респондентов распространенность синдрома дефицита внимания составила 24 %, причем из них на долю девушек пришло 20,8 %, а на долю юношей 79,2 %.

2) Уровень импульсивности среди студентов с низкой степенью концентрации внимания составил в среднем у девушек 48,9 (что соответствует среднему значению этого показателя), у юношей – 50,8 (средний уровень).

3) Преобладающим типом личности по результатам психометрического теста среди студентов с низким уровнем концентрации внимания явился среди девушек круг (личность, прежде всего заинтересованная на хороших межличностных отношениях), а среди юношей треугольник (символизирует лидерство).

4) Согласно корреляционному методу анализа Пирсона, статистическая значимость корреляции между уровнем внимания и уровнем социальной адаптивности является не значимой ($p > 0,05$, $p > 0,1$). Из этого следует, что связи между уровнем внимания и социальной адаптивностью не установлено. Хотя в общей корреляции между

вниманием и социальной адаптивностью связи не было установлено, но при детальном разборе видно, что некоторые результаты тестов, такие как: правдивость ($p=0,043$) неприятие других ($p=0,005$) приняли значимый результат с уровнем внимания. Соответственно между данными параметрами установлена связь. Согласно критерию Манна-Уитни, уровень внимания у женщин и мужчин не различаются ($p=0,429$, т.е. $p>0,05$), как и не различаются уровень социальной адаптации ($p=0,552$, т.е. $p>0,05$), т.е. связь между полом, уровнем внимания и социальной адаптацией не установлена.

Выводы: для профилактики проявлений синдрома дефицита внимания у взрослых необходимо вовремя диагностировать его в детском возрасте и предпринять необходимые меры по нивелированию его симптомов.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ фМРТ ИССЛЕДОВАНИЙ

Матюшкина А.А.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Вот уже третье десятилетие количество проводимых в мире научных и клинических исследований с использованием фМРТ неуклонно растет. В России данное направление начало развиваться несколько позже и преимущественно в крупных диагностических центрах.

Прикладное значение фМРТ достаточно велико и привлекает прежде всего своей неинвазивностью, отсутствием лучевой нагрузки на исследуемого, достаточно высокой разрешающей способностью и возможностью проведения достаточно длительных по времени исследований. Являясь одним из наиболее распространенных методов функционального картирования головного мозга человека, методика позволяет планировать тактику хирургического вмешательства, оценивать риски осложнений, прогнозировать послеоперационные изменения и исход реабилитационных интервенций.

Мультидисциплинарный подход при подобном рода исследованиях, реализованный в сочетанном применении фМРТ с нейропсихологическим обследованием позволит повысить научную ценность получаемых мультимодальных результатов – оценить и улучшить валидность и прогностичность используемых парадигм, подобрать релевантные исследуемым функциям критерии качественной и количественной оценки, получать гораздо более полную и достоверную информацию при интерпретации данных.

Однако, к сожалению, не все фМРТ исследования, публикуемые на сегодняшний день, сопровождаются подобным рода подробными обследованиями. И даже исследование индивидуального профиля латеральной организации проводится лишь поверхностно – всего лишь как указание на тип мануальности.

Таким образом, при попытках интерпретации полученных в ходе фМРТ исследований данных могут возникать лакуны в понимании зафиксированных феноменов из-за невозможности соотнесения их с данными, получаемыми в ходе нейропсихологического обследования.

На сегодняшний день нейропсихология является единственной научной дисциплиной, дающей возможности избежать искусственного экстрагирования психического процесса из целостности психофизиологического обеспечения и предоставляет надежный инструмент для рассмотрения любого психологического феномена с позиций его церебрального обеспечения.

Нейропсихологическое обследование состояния высших психических функций (ВПФ) позволяет объективно зафиксировать информацию о статусе обследуемого и оценить качественно и количественно степень сформированности, дефицитарности и нарушения когнитивных функций.

Цель данной работы. Выявить и перечислить необходимый и достаточный набор методик для исследования состояния управляющих функций и определения индивидуального профиля латеральной организации испытуемых, принимающих участие в фМРТ исследованиях.

Выводы. Представляется, что на сегодняшний день назрела необходимость в выработке четко регламентированной и стандартизированной процедуры проведения фМРТ исследований с обязательным нейропсихологическим обследованием ВПФ и фиксацией профиля межполушарной асимметрии испытуемых.

ЧУВСТВЕННОЕ ВОСПРИЯТИЕ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОМ И ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О НЕМ У ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА

Нелюбина А.С.

МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

Поведение пациента в ситуации болезни опосредуется множеством факторов, не последним из которых является специфика чувственного восприятия заболевания самим больным. Восприятие, вербализация и категоризация телесных ощущений, связываемых больным с его недугом, часто далека от объективной картины заболевания, формирующейся у лечащего врача (посредством сопоставления данных осмотра, расспроса, инструментальной диагностики и т.д.). Смешение эмоциональных переживаний и собственно интрацептивных ощущений, нераспознавание опасных для жизни симптомов болезни приводит к неадекватным ожиданиям пациента от эффекта терапии, и вообще возможностей медицины.

Целью нашего исследования стало изучение чувственного восприятия пациентом тяжелого соматического заболевания в сопоставлении с объективной картиной болезни, сформировавшейся у лечащего врача.

Общая выборка составила 69 человек. Исследование проводилось в двух подвыборках. Первая группа – больные с ишемической болезнью сердца в форме стенокардии напряжения, сочетанной с артериальной гипертонией 2 стадии (51 человек). Вторая подвыборка – лечащие их врачи-кардиологи (18 человек). Исследование проводилось в условиях стационара, индивидуально во время беседы с психологом.

Методы и методики исследования: изучение анамнеза, клиническая беседа, психосемантический тест «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» (Тхостов, Елшанский, 2003). Методика предъявлялась в карточном варианте, содержащем 80 карточек со словами, описывающими различные интрацептивные ощущения.

Для пациентов использовался классический вариант с 6 этапами: 1) отбор телесных ощущений, 2) знакомых, 3) важных /значимых, 4) относящихся к болезни/болезненным, 5) опасных/угрожающих и 6) часто испытываемых.

Для выборки лечащих врачей количество этапов было сокращено до 3-х: 1) ощущения, вызванные у пациента болезнью, 2) опасные и 3) часто испытываемые ощущения. По инструкции врачи должны были выбрать ощущения типичного больного с этой патологией.

Данные обрабатывались частотным анализом. В каждой выборке подсчитывался средний объем словаря и описывался состав словаря интрацептивных ощущений по этапам: «болезненный словарь», «словарь опасных ощущений», «словарь часто испытываемых ощущений» и т.д. Для сравнения выборок пациентов и врачей использовалось угловое преобразование Фишера.

Результаты исследования. Вербализация чувственного восприятия заболевания больными имеет ряд специфических черт. Во-первых, мы наблюдали феномен «нозоцентричности», когда словари «подходящих для описания телесных ощущений» и «знакомых» ощущений полностью совпадали – пациент не мог абстрагироваться, и выбирал только те ощущения, которые он испытывал сам. Во-вторых, пациенты смешивали телесные и эмоциональные ощущения, находили для последних локализацию в теле (например, предчувствие локализовалось в области грудной клетки) и считали эмоциональные переживания симптомами болезни, которые должны уйти в результате лечения. В-третьих, смешивались сами ощущения и названия симптомов и лечебных действий (например, пациенты понимают под словом «давление» не само ощущение давления, а симптом болезни – «повышенное артериальное давление», а под словом «укол», не ощущение «покалывания», а инъекцию).

Словари ощущений, относящихся к болезни в выборке кардиологических больных объемны и разнообразны, и включают помимо собственно телесных ощущений («жар», «боль») ощущения низкого тонуса («вялость», «слабость»), а также эмоциональные переживания («депрессия», «страдание», «предчувствие», «опустошение»).

Словари кардиологов меньше по объему и схожи между собой, по сравнению с больными, поскольку врачи описывают «типичного больного» с заданной патологией, игнорируя индивидуальные различия. Кардиологи выбирали слова, похожие на названия симптомов, причем делали это статистически значимо чаще, чем пациенты («боль», «укол», «сжиматься», «биение» при $p \leq 0,01$, «давление», «тяжесть», «удушье», «плохо» при $p \leq 0,05$). Из эмоциональных переживаний ведущим симптомом называлась тревога (выбиралась значимо чаще, чем в выборке пациентов при $p \leq 0,01$), что, вероятно связано с ее распространенностью у данных пациентов, проблемами, которые доставляет врачу тревожный больной и широкой практикой назначения седативных препаратов в кардиологии.

Словари опасных, угрожающих ощущений больше в выборке врачей, поскольку они включают симптомы, способные привести к ухудшению состояния и требующие внимания и обращения за медицинской помощью. Статистически значимо чаще врачи выбирали такие ощущения как «боль» (при $p \leq 0,01$), «давление», «укол» (при $p \leq 0,01$), «сжиматься» (при $p \leq 0,01$), «тяжесть» ($p \leq 0,01$). Пациенты же с хроническим заболеванием привыкают к своему состоянию и оценивают как опасные только «боль», «давление» и «слабость».

Различие в словарях «часто испытываемых ощущений» заключалось в том, что врачи выбирали ощущений, характерные для типичной картины заболевания, а пациенты отбирали те ощущения, которые их беспокоили перед поступлением в больницу и от которых они хотели бы избавиться.

Проведенное эмпирическое исследование помогло реконструировать особенности понимания заболевания больным на уровне чувственного восприятия и понимание внутренней картины болезни (ее чувственного уровня) «типичного пациента» определенной нозологии лечащими врачами. Расхождения в классификации ощущений, относящихся к болезни и опасных для жизни, между пациентом и врачом могут приводить к различным формам дезадаптивного поведения больного, низкой приверженности

к терапии, плохому контакту между врачом и пациентом. Предотвратить завышенные или неадекватные ожидания пациента от лечения помогло бы четкое структурирование жалоб пациента врачом уже на этапе сбора анамнеза – разделение их на те, которые поддаются и не поддаются терапии (полностью или частично) и те, которые требуют психотропной терапии и обращению к врачу-психотерапевту.

ПРОБЛЕМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ СТАРШЕ 18 ЛЕТ

Саковская В.Г., Кузнецова Т.Ю.

СПБИУВЭК; СПбГКДЦ «Ювента», Санкт-Петербург, Россия

Введение. В нашей стране накоплен определенный опыт по реабилитации и обучению умственно отсталых детей. Ведутся разработки индивидуальных реабилитационных программ для детей с умственной отсталостью. Однако работ, посвященных реабилитации не только детей с проблемами развития, но и членов их семей, практически нет, так как традиционно проблемы семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями, в России рассматривались исключительно через призму проблем самого ребенка. Работа с родителями проблемного ребенка, в большинстве случаев, ограничивалась консультациями по вопросам его обучения и воспитания, но при этом упускался из внимания очень серьезный аспект – эмоциональное состояние (переживание) самих родителей. Исследования эмоциональных переживаний в семьях воспитывающих умственно отсталых детей старше 18 лет актуально в связи с увеличением количества таких детей/семей, малоизученными механизмами семейного совладания, как общесемейного процесса преодоления препятствий и стрессов. Знание специфики и особенностей эмоционального выгорания позволит увидеть важные ресурсы, заложенные в самой семье, формирование и развитие которых сохранит благополучие, стабильность и жизнестойкость каждой семьи в процессе преодоления трудностей.

Цель исследования – выявление эмоциональных особенностей родителей, воспитывающих умственно отсталых детей старше 18 лет, и связей между эмоциональной сферой и защитно-совладающим стилем поведения родителей.

Материалы и методы. Эмпирическую базу исследования составили 30 семей (60 человек), из них 30 здоровых взрослых в возрасте от 36 до 70 лет и 30 детей с отклонениями в развитии старше 18 лет с диагнозом «Умственная отсталость». Все семьи находятся на попечении в некоммерческих организациях. В исследовании использовались: опросник эмоционального «выгорания» В.В. Бойко; метод «незаконченных предложений»; тест «исследование тревожности»; копинг-тест Р.С. Лазаруса; анкета для установления социально-демографических параметров и оценки отношения в семье. Данные обрабатывались с помощью сравнительного, корреляционного и контент-анализов. Применялась компьютерная программа «Statistica 6».

Результаты и их обсуждение. Синдром эмоционального выгорания детерминруется различными внешними и внутренними факторами. Сравнительный анализ результатов двух групп показал, что в группе родителей с высоким уровнем тревожности начинает формироваться синдром эмоционального выгорания. Группу родителей с низким уровнем тревожности можно охарактеризовать как эмоционально невыгоревшую.

Исследование копинг-стратегий показало, что достоверных различий в использовании копинг-стратегий в двух группах не выявлено. Можно говорить, что обе группы

используют схожие модели преодолевающего поведения. Поиск социальной поддержки, положительная переоценка, планирование решения, бегство-избегание, самоконтроль и конфронтация являются основными стратегиями совладания со стрессовой ситуацией для большинства родителей.

Использование корреляционного анализа позволило выявить, что копинг-стратегия «бегство-избегание» способствует эмоциональному выгоранию у группы родителей с высоким уровнем тревожности, для них характерно стремлением уйти от проблемы, избавиться от нее, либо применение способов, позволяющих психологически избежать неприятных ситуаций, таких как сон, переедание, употребление алкоголя и т.д. Данная стратегия поведения в трудных ситуациях является неэффективной. Родители с низким уровнем тревожности, контролирующие эмоции, принимающие активные действия по изменению ситуации и своего состояния относительно проблемной ситуации, т.е. занимающие активную позицию, менее подвержены эмоциональному выгоранию. Копинг-стратегии «самоконтроль» и «планирование решения проблемы» являются наиболее эффективными в данной выборке. Корреляционный анализ также показал, что благоприятные отношения в коллективе и интерес к своей работе, чувство удовлетворения от своей работы способствуют снижению уровня эмоционального выгорания.

Заключение. Отсутствие профессионального роста, образования, общения с друзьями, собственных увлечений располагают родителей, воспитывающих умственно отсталых детей старше 18 лет, переживать сильные негативные эмоции и оценивать в целом свою жизнь как «тяжелую». Они подвержены эмоциональному выгоранию, часто затрудняются в определении сути затруднения, что может являться препятствием к выбору адекватной стратегии совладания. Благоприятные отношения в семье и чувство удовлетворения от своей работы с ребенком, в свою очередь, препятствует формированию эмоционального выгорания. Таким образом, для повышения успешности деятельности и снижения риска эмоционального выгорания у родителей, воспитывающих умственно отсталых детей старше 18 лет, необходимо специальное сопровождение психологических служб не только умственно отсталых детей, но и их ближайшего окружения. Необходимо, чтобы родители не оставались один на один со своей бедой, не уходила «в себя», не стеснялась своего больного ребенка. Родители умственно отсталых детей должны поверить в свои силы и активно совместно решать насущные проблемы своих детей и своей семьи.

РАЗРАБОТКА КОМПЛЕКСА ШКАЛ ДЛЯ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ МОТИВАЦИИ ПРИ ПОГРАНИЧНЫХ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Сарайкин Д.М.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

В клинике пограничных нервно-психических расстройств существует многообразие отклонений, сопряжённых с нарушениями различных аспектов мотивации. Единой классификации расстройств мотивации нет, так как не разработан методологический арсенал, позволяющий сопоставлять в единой системе координат разнообразные варианты её нарушений. Изучены преимущественно отдельные целевые области мотивации (мотивация к лечению, мотивация достижения или избегания неудач, мотивация к психотерапии и т.д.), в то время как её основные компоненты, общие для всех областей, такие

как опосредование или опредмечивание мотива, его операционализация, аффектогенность и прочие, в своей совокупности в клинике пограничных расстройств практически не изучены. На основании анализа имеющихся представлений о структуре мотивации и её нарушений, а также имеющихся психодиагностических средств, нами разработан инструментарий для клинко-психологической оценки многообразных нарушений мотивации при пограничных нервно-психических расстройствах. Этот инструментарий даёт представление о внутриличностной динамике больного, позволит оптимизировать психокоррекционные программы. Создана валидная и надёжная формализованная система для клинко-психологической оценки нарушений мотивации при пограничной нервно-психической патологии. Разработанный нами список включил в себя 7 ранговых характеристик: степень нарушения гибкости / стабильности мотивации, степень нарушения операционализации мотива, степень нарушения соотнесённости индивидуальной мотивации и ценностно-нормативного контекста, степень нарушения аффективной обусловленности мотивации, степень нарушения реалистичности оценки ресурсов, уровень нарушения организации мотивов, степень нарушения выраженности мотивов-суррогатов. Каждая степень нарушения была подробно описана, даны рекомендации по специфике её анализа, указаны наиболее сложные и проблемные точки анализа. Указанный список характеристик следует рассматривать как ряд признаков, с помощью которых целесообразно, по нашему представлению, рассматривать варианты изменённости мотивации, а не как законченную теоретическую концепцию. Предположительно данные характеристики в потенциале могут применяться и для оценки изменённости мотивации других категорий испытуемых, но могут отличаться в зависимости от специфики изучаемой группы и тех задач, которые будут поставлены исследователем. Была изучена конструктивная валидность данного списка. Поскольку мотивация представляет собой целостную динамическую систему, нарушение одних параметров неизбежно отразится на состоянии других. Исходя из этого, было сделано предположение, что между разработанными в данной работе клинко-психологические характеристиками для оценки мотивации существуют значимые корреляции. Так как все выделенные нами характеристики отражают нарушения мотивации, то корреляционная связь между ними будет иметь положительный знак. Для проверки поставленной гипотезы был проведен анализ корреляций между разработанными характеристиками. обнаружены сильные положительные корреляции между всеми изученными показателями, при высоком уровне значимости. Исходя из этого, можно сказать, что существует взаимосвязь разработанных клинко-психологических характеристик для оценки мотивации при пограничных нервно-психических расстройствах. Иными словами, если какой-либо аспект мотивации, то в большей или меньшей степени страдает и отдельные её аспекты, отражённые в разработанных характеристиках, и наоборот. Поскольку разработанные характеристики создавались для оценки мотивации и её нарушений как системного феномена, с учётом сквозного характера её отдельных процессов и их взаимовлияния, что и нашло своё отражение в полученных взаимосвязях, можно говорить о достаточной внутренней конструктивной валидности разработанной системы оценки нарушений мотивации при пограничных нервно-психических расстройствах. Далее был проведен анализ структуры разработанной системы характеристик, посредством категориального факторного анализа. Результаты проведённого категориального факторного анализа показывают, что разработанные клинко-психологические характеристики для оценки мотивации при пограничных нервно-психических расстройствах не являются случайными и их совокупность отражает многообразие вариантов нарушения мотивации. Всё многообразие проявлений нарушений мотивации обеспечивается единым генеральным

фактором, который можно описать через совокупность всех разработанных характеристик как «общая степень нарушения мотивации». При такой структуре может существовать и общая оценка нарушения мотивации, как выраженность данного фактора. Иными словами, представленный в этой работе список характеристик способен системно выявлять нарушения мотивации. Оценка перекрёстной валидности данного комплекса шкал проходила с помощью изучения корреляционных связей между разработанными характеристиками и показателями метода ММИ Ж. Нюттена, а также – автобиографических конструкторов, изучалась перекрёстная (конвергентная и дивергентная) валидность. Оценивалась структура корреляций и их знак. В ходе исследования было обнаружено, что практически все 7 разработанных клинико-психологических характеристик для оценки мотивации при пограничных нервно-психических расстройствах коррелируют с относительно неизменным списком показателей ММИ. Эти показатели ММИ относятся к так называемым модальностям мотивационных объектов, то есть отражают неспецифические «общие» особенности мотивации. Это означает, что они описывают мотивацию не с точки зрения содержания (например, мотивация к лечению, самосохранению, вступлению в брак, приёму лекарств и т.д.), а с точки зрения характеристики процесса (присутствие деструктивных звеньев, опосредование мотива, социальная приемлемость целей и средств их достижения и т.д.). Это означает, что все разработанные клинико-психологические характеристики для оценки мотивации при пограничных нервно-психических расстройствах отражают её неспецифическое «общее» состояние в целом, которое и проявляется в отдельных сферах жизни больного (сферах его деятельности). Таким образом, подтверждена достаточная перекрёстная валидность всех семи разработанных характеристик. Для оценки внутренней согласованности разработанных характеристик для клинико-психологической оценки мотивации при пограничных нервно-психических расстройствах был применён коэффициент Альфа Кронбаха. Мы могли увидеть, что показатели коэффициентов корреляции всех отдельно взятых характеристик с их суммарным набором высокие, а удаление любой из разработанных характеристик из общего их набора уменьшает величину Альфа Кронбаха. Исходя из полученных данных, можно говорить, что в разработанном и использованном нами списке характеристик для клинико-психологической оценки мотивации при пограничных нервно-психических расстройствах все характеристики согласованы, взаимно дополняют друг друга, измеряют один и тот же признак (мотивацию), и удаление отдельных характеристик из числа предложенных ухудшает мощность (меру точности) всего набора. Можно говорить о высокой внутренней согласованности разработанных характеристик для клинико-психологической оценки мотивации при пограничных нервно-психических расстройствах. Также нами было изучена согласованность мнений экспертов при оценке нарушений мотивации. Проведено статистическое сравнение оценок разработчика и экспертов. Изучалось наличие систематических ошибок (значимых отличий) при оценке каждого больного. не обнаружено систематической ошибки измерения при применении разработанных в данной работе характеристик для клинико-психологической оценки мотивации при пограничных нервно-психических расстройствах. Не обнаружено значимых тенденций к систематической недооценке или переоценке экспертами отдельных характеристик мотивации всех исследованных в данной работе больных относительно эталонной оценки. Можно сказать, что получаемые эталонные оценки в большом проценте случаев воспроизводятся экспертами. Методика была апробирована, в настоящее время готовятся методические рекомендации.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН СТРАХА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Сирота Н.А., Московченко Д.В., Ялтонский В.М.

МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

В ситуации тяжелого, угрожающего жизни заболевания формируются представления о возможности прогрессирования болезни в будущем, что проявляется в беспокойстве о прогрессировании заболевания. Под беспокойством о прогрессировании заболевания понимается восприятие возможности прогрессирования или повторения заболевания со всеми биопсихосоциальными его последствиями.

Цель исследования: разработка интегративной модели беспокойства о прогрессировании болезни.

Материалы и методы. В проведенных совместно с Д.В. Московченко исследованиях на женщинах, больных онкологическими заболеваниями репродуктивной системы была разработана интегративная модель беспокойства о прогрессировании болезни, которая включает в себя когнитивный, эмоциональный и поведенческий уровень. Были разработаны и адаптированы специализированные методики, позволяющие количественно оценивать уровень беспокойства о прогрессировании болезни. В частности, была разработана диагностическая анкета, позволяющая оценивать:

- А) интенсивность тревоги о прогрессировании заболевания;
- Б) частоту негативных мыслей;
- В) наличие позитивных убеждений о беспокойстве;
- Г) убежденность в эффективности лечения;

Д) выраженность охранительного поведения. Иными словами, анкета позволяет исследовать когнитивный и поведенческий аспекты беспокойства о прогрессировании. Для исследования эмоционального компонента беспокойства о прогрессировании заболевания использовалась методика «Опросник страха прогрессирования заболевания».

Результаты. При операционализации данной модели были получены следующие результаты:

А) Беспокойство о прогрессировании заболевания проявляется в формировании «порочного круга», который активизируется у больных на когнитивном уровне за счет позитивных убеждений о важности и необходимости беспокойства, что в конечном счете создает негативные сценарии развития болезни и приводит к неэффективным способам преодоления тревоги, фиксации на собственных телесных ощущениях и нарастанию дистресса.

Б) По результатам кластерного анализа (метод k-средних) было выделено два варианта когнитивной оценки прогрессирования болезни у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы — когнитивная оценка угрозы прогрессирования болезни и когнитивная оценка контролируемости прогрессирования, — представляющие собой психологические полюсы континуума возможных отношений к болезни.

ОРИЕНТИРЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

Соловьева С.Л.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

В клинике внутренних болезней психологи привычно констатируют у пациента признаки дискомфорта, беспокойства, тревоги, сопряженных в той или иной степени с депрессией, астенией, напряженностью, раздражительностью, враждебностью. Работы по изучению психических состояний и свойств личности больных констатируют наличие тревоги, враждебности, депрессивных и астенических черт, алекситимии, незрелых форм психологической защиты, неконструктивных копинг-стратегий, эмоциональной и сексуальной незрелости, эгоцентризма, нейротизма, неустойчивой самооценки. Условно «негативным» эмоциям по умолчанию отводится отрицательная, дезадаптивная роль. Соответственно формулируются и задачи психологической помощи: снижение уровня тревоги, депрессии, враждебности, астении, алекситимии; повышение самооценки; обучение эффективным методам психологической защиты и копингам.

Решение подобных задач не всегда приводит к улучшению соматического состояния: взаимосвязь психического и соматического проявляется в том, что изменения в психической сфере, достигнутые усилиями психотерапевта, сопровождаются перестройкой в их физиологическом обеспечении, что может иметь разные последствия для организма. В этой связи В.В. Николаева указывает на механизм «замкнутого круга». М.В. Коркина предлагает понятие «психосоматического цикла». Вопрос о том, в какой степени полезно вмешиваться в эмоциональную жизнь пациентов, остается открытым.

Второе направление психологических вмешательств заключается в предотвращении феноменов стигматизации и самостигматизации. Однако принятие пациентом «роли больного», обучение существованию в новых условиях с учетом ограничений, накладываемых болезнью, необходимо для сохранения его жизни. Эту задачу успешно решают врачи, в том числе с помощью стигматизации пациентов: клиническое мышление, настороженное в плане негативных последствий, рецидивов и осложнений, приучает пациентов к выполнению назначений. Система ограничений, предписаний, запретов, накладываемых врачом, интериоризируется больным, формируя эффекты самостигматизации.

Экспериментально показано, что после соматических катастроф преимущественно выживают пациенты, обладающие психологическими ресурсами, среди которых на первом месте стоят ценностно-смысловые факторы. Клинический психолог ставит перед собой цель не столько избавить пациента от симптомов, а в том, чтобы помочь больному сохранить свою идентичность, реализуя личные ценности и добиваясь своих целей в рамках единичного уникального существования.

ХРОНИЧЕСКАЯ СОЦИАЛЬНО-СТРЕССОВАЯ СИТУАЦИЯ И ДИНАМИКА ОТНОШЕНИЙ ЛИЧНОСТИ

Урываев В.А.

Ярославский ГМУ, г. Ярославль, Россия

В условиях социально-экономических трансформаций в современном обществе особый интерес представляет изучение влияния макросоциальных изменений на формирование устойчивых личностных черт. Наши представления об этих зависимостях

могут существенно обогатить исследовательские проекты лонгитюдного типа, особенно, проводимые в России, особенно за последние десятилетия ее истории. Подобного типа исследование было проведено нами в 1992-1993, 2006-2007 и 2016-2017 годах.

Организация исследования и методика. В первом изучаемом периоде (1992-1993 гг.) было проведено психодиагностическое обследование студентов 2-го курса медицинского ВУЗА (лечебный и педиатрический факультеты). Возраст обследуемых студентов составлял 19 лет (то есть, испытуемые были не позже 1973 года рождения). Это значит, что их рождение (включая период вынашивания) и время формирования личности выпали на период середины 70-х и первой половины 80-х годов двадцатого столетия, то есть выпали на период относительно устойчивого периода развития общества с его устоявшимися групповыми нормами и правилами, на период переживания предсказуемости в отношении будущего. Родители переживали – как в периоде зачатия, так и в периоды вынашивания, становления личности испытуемых – в целом эмоциональный комфорт (без тревог о поиске работы, детского сада, пионерского лагеря, проблем безработицы, социальных или военных конфликтов и проч.). Данная когорта испытуемых вошла в «перестроечный», впитав нормы и правила поведения стабильного периода общества. Выборка составила 438 человек. Испытуемые были обследованы по нескольким психодиагностическим методикам, одной из которых является 16-факторный опросник Кеттелла (полный вариант). Подчеркнем, в концепции Р.Б. Кеттелла, диагностируемые им личностные черты претендуют на роль устойчивых личностных образований.

Второй этап исследования – 2006-2007 гг. Исследуемая выборка в целом идентична первой по параметрам возраста, пола и рода деятельности (364 человека, обследованных так же по личностной методике Р. Кеттелла, полный вариант). Испытуемые данной исследуемой когорты (обозначим ее несколько условно как когорты поколение «перестройки» – рождение 1987) появились на свет (а также проходили начальные этапы формирования личности) в период крайней дестабилизации общества, поэтому базальные личностные качества формировались в условиях выраженной социальной и экономической напряженности. Волею исторических обстоятельств, они попали в хроническую стрессовую ситуацию, связанную с коренными изменениями в обществе, в ситуацию перестройки государства, его экономики, одновременно отмечался выраженный кризис идеологии. По существу, в исследовании удалось зафиксировать качественно иную ситуацию в вопросе формирования черт личности (начиная с этапа созревания эмбриона и вынашивания плода, не говоря уже о ранних годах развития и подростничестве).

Третий этап исследования – 2016-2017 гг. Исследуемая выборка идентична первым двум – студенты второго курса ЯГМУ (214 человек, полный вариант Кеттелла). Это поколение родилось в 1997 году и формировалось уже в пост-перестроечную эпоху, в годы «сытых нулевых». Социально-психологический фон заметно успокоился, хотя и приобрел черты новые, родителям детей не вполне знакомые (в сравнении с их жизненными сценариями, заложенными в «пре-перестроечную» эпоху, см. первый этап исследования, в конечном счете мы диагностировали проблему «отцов и детей»).

На основании обозначенных общепсихологических посылок, мы сформулировали гипотезу исследования о том, что в различных социально-экономических условиях выраженность личностных черт полученных с помощью первичных факторов шестнадцатифакторного опросника Р.Кеттелла могут существенно отличаться друг от друга.

Результаты. Сравнение средних арифметических величин в трех описанных выборках проводилось по выраженности первичных факторов Р. Кеттелла (сырые баллы), с применением непараметрического критерия Манна-Уитни.

Обсуждение результатов. Для более объемного понимания динамики изменений результатов объединим при обсуждении факторы Р.Б. Кеттелла в две группы.

В первом анализируемом блоке качеств – блоке «широких коммуникативных отношений» (А, F, Н) – мы наблюдаем – при сопоставлении трех групп испытуемых – относительную стабильность двух факторов из трех: «общительность» (А) и «оптимистичность» (F), и резкий – на два балла (статистически значимо) рост (третья группа испытуемых) такого качества как «социальная смелость, решительность» (Н).

В «новой реальности» подрастающая молодежная выборка стала существенно активней и предприимчивей.

Во втором анализируемом блоке личностных качеств – качеств, обеспечивающих «адаптацию к отношениям в микросоциуме» (Е, G, L, N, Q2) – изменения более впечатляющие. Все факторы показали рост в этой группе:

- активность и стремление быть лидером (Е, статистически значимые различия);
- «моральный контроль поведения» (G, статистически значимые различия),
- снижение «доверчивости», «доброжелательности в отношении к окружающим» (L, изменения в сторону роста выраженности есть, но они статистически не значимы);
- «проницательность» (N, статистически значимые различия);
- «независимость от мнения группы». «радикализм» (Q2, статистически значимые различия).

На основании анализа первых результатов исследования мы можем сделать следующие **выводы**.

В целом подтверждена наша гипотеза о существенном влиянии социально-экономических изменений в России в конце XX века на формирование личностных черт, отношений личности.

В целом, трансформация социально-экономических отношений в нашем обществе сыграла стимулирующую роль в формировании социальной активности личности.

Можно констатировать, что наибольшие изменения происходят в микросоциальных отношениях личности. За ними следуют изменения отношений в макросоциуме.

В настоящее время обработка массива данных продолжается, как по данной методике, так и по другим (в частности, сопоставляются когорты по выраженности тех или иных групп ценностей личности, оценивается динамика показателей интеллекта).

** Работа выполнена при финансовой поддержке Гранта РГНФ № проект 16-06-00960.*

СТИГМАТИЗАЦИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ СО СТОРОНЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Халезова Н.Б., Кольцова О.В., Селютина Е.В.

ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Введение. В последнее время публикации в СМИ о работе врачей все чаще приобретают негативную окраску. Пациенты и их родственники демонстрируют высокую степень неудовлетворенности проводимым лечением, недостаточным вниманием врачей, часто жалуются на ненадлежащее оказание медицинской помощи. Конфликты при оказании медицинской помощи часто возникают из-за явлений стигматизации, наиболее представленной в инфекционной (в частности в ВИЧ-медицине), психиатрической, дерматологической и других медицинских областях.

Цель исследования: определить эволюцию психологических установок на толерантность к ЛЖВ у медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) различного профиля.

Материалы и методы исследования. Для оценки отношения к работе с ВИЧ-инфицированными больными проведено анонимное и добровольное анкетирование старшего и среднего медицинского персонала ЛПУ г. Санкт-Петербурга: 97 сотрудников Центра СПИД, 109 сотрудников 2 многопрофильных ЛПУ, 53 сотрудника 2 психиатрических стационаров.

- Разработана полуструктурированная анкета для опроса сотрудников медицинских учреждений. Вопросы поставлены таким образом, чтобы выявить признаки стигматизации по отношению к ВИЧ-инфицированным больным, наличие синдрома эмоционального выгорания у анкетирруемого, страх собственного риска инфицирования ВИЧ. Дополнительно предлагалось описать свое отношение к ситуациям, предполагающим столкновение с ВИЧ-инфицированными вне сферы профессиональной деятельности (модифицированная шкала социальной дистанции Э. Богардуса).

- Экспериментально-психологические методы. Методика О.Ф. Потемкиной использовалась для диагностики социально-психологических установок личности в мотивационно-потребностной сфере, профессиональные предпочтения оценивались с помощью опросника Дж. Холланда.

- Статистическая обработка полученных результатов производилась с использованием пакета программ Statistica 8.0 (Statsoft Inc., США).

Результаты исследования и их обсуждение. 47,8 % персонала психиатрических стационаров, 45,3 % сотрудников многопрофильных клиник и 31,2 % специалистов Центра СПИД впервые столкнулись с ВИЧ-инфицированными пациентами более 10 лет назад. Многие специалисты психиатрических (14,8 %) и многопрофильных больниц (19,3 %) на момент исследования наблюдали до нескольких ВИЧ-инфицированных больных ежедневно.

По результатам самоотчетов вероятность инфицирования ВИЧ была наибольшей у сотрудников многопрофильных стационаров, у которых по оценке своего риска от 0 («риска заражения нет») до 5 баллов («очень сильный риск») средний показатель составил $3,1 \pm 1,1$ баллов. Наиболее низкие баллы по риску инфицирования отметили сотрудники Центра СПИД ($1,1 \pm 1,6$ баллов). Главным образом, степень риска отображалась за счет оценок медицинских сестер, более высоко оценивающих этот параметр, нежели врачи и психологи ($p < 0,05$).

Выраженность СПИДофобических переживаний также оценивалась по шкале от 0 (отсутствие страха ВИЧ-инфицирования) до 5 баллов (очень сильный страх) и была наибольшей в многопрофильных ЛПУ ($1,4 \pm 0,8$), наименьшей – в Центре СПИД ($0,5 \pm 0,8$).

15,6 % сестринского персонала психиатрических больниц отметили, что заражение ВИЧ-инфекцией всегда является следствием рискованного поведения. 34,4 % медсестер психиатрических стационаров считали, что ЛЖВ необходимо ограничивать в трудоустройстве, оказании им некоторых видов медицинской помощи.

У сотрудников психиатрических и многопрофильных ЛПУ по сравнению с сотрудниками Центра СПИД чаще ($p = 0,006$) возникали мысли об отсутствии смысла в лечении, отсутствии перспективы для ВИЧ-инфицированных пациентов в настоящее время.

По результатам анкетирования можно заключить, что у специалистов Центра СПИД по сравнению с сотрудниками других групп чаще отмечались чувства душевного переутомления, эмоционального истощения ($p = 0,0001$), конфликты с пациентами ($p < 0,0001$), негативное самовосприятие в профессиональном плане.

По визуально-аналоговой шкале оценке своего профессионализма в работе (от 0 до 5 баллов, где «0» – «считаю, что я далеко не профессионал», «5» – «я достиг высшей точки своего профессионализма»), специалисты Центра СПИД показали гораздо меньшие ($p=0,02$) баллы ($1,9\pm 0,6$), чем сотрудники многопрофильных больниц ($3,7\pm 1,2$) и психиатрических больниц ($3,8\pm 1,0$).

Конфликты с пациентами чаще возникали у специалистов Центра СПИД, нежели в других медицинских учреждениях ($p<0,0001$), причем частота конфликтных ситуаций была напрямую связана с утомляемостью от работы. Конфликтные отношения не влияли на сохранение толерантного отношения к ЛЖВ у сотрудников Центра СПИД.

Ответы на открытые вопросы были подвергнуты качественному анализу. Анкетированным предлагался ряд ситуаций, являвшихся продолжением предложения «С ВИЧ-инфицированным я мог(ла) бы... (жить в одном доме, дворе; работать (в качестве коллеги); познакомиться с родными; оказать первую помощь; принять в семью в качестве приемного ребенка; выйти за него замуж/жениться и т.п.)».

Ответы на вопросы о толерантности по отношению к ЛЖВ у специалистов Центра СПИД оказались максимально позитивными. У сотрудников психиатрических и многопрофильных стационаров все ответы на вопросы, выходящие за рамки отношений медицинский работник-пациент, нередко указывали на настороженное отношение к ЛЖВ. Среди врачей наиболее низкие показатели толерантности обнаружались в многопрофильных ЛПУ. В психиатрических больницах медсестры и клинические психологи, по сравнению с остальными сотрудниками других медицинских учреждений, гораздо реже ($p<0,01$) намеревались вступать в какие бы то ни было отношения, чем сотрудники других медицинских учреждений, и некоторые (7,5 %) даже фиксировали отказ от оказания первой медицинской помощи.

По результатам методики на определение социально-психологических установок личности в мотивационно-потребностной сфере специалисты соматических стационаров отмечали большую ориентацию на труд, чем сотрудники других учреждений ($p=0,02$). Чем сильнее было стремление к свободе у сотрудников многопрофильных ЛПУ, тем выше был уровень их толерантности по отношению к больным с ВИЧ ($p<0,05$).

Согласно результатам опросника профессиональных предпочтений у всех испытуемых наиболее часто выявлялись исследовательский, социальный, артистический типы. Реалистический тип у специалистов многопрофильных стационаров определялся значительно чаще, чем у сотрудников Центра СПИД, а у сотрудников психиатрических больниц этот тип встречался реже всего ($p=0,03$).

Заключение. Довольно «скромная» оценка своих профессиональных знаний и навыков специалистами Центра СПИД обусловлена постоянным обновлением состояния ВИЧ-медицины. Чтобы быть специалистом в области ВИЧ/СПИДа, отвечать потребностям пациентам с ВИЧ врачам, психологам, медсестрам нужно постоянно обновлять и совершенствовать знания.

Чувство душевного переутомления, эмоциональное истощение, конфликты с пациентами чаще возникают у сотрудников Центра СПИД, по сравнению с медперсоналом многопрофильных и психиатрических клиник, что связано с большим числом контактов с ЛЖВ в Центре СПИД, которые из-за проблем психологической и социальной адаптации, требуют особого внимания и отдачи со стороны медицинского персонала, что ведет к высокой психологической нагрузке. Проведенный анализ показал, что конфликты с пациентами у специалистов Центра СПИД не ведут к ухудшению отношения к ЛЖВ, но снижают профессиональную самооценку. Выявлен более высокий уровень толерантности к ЛЖВ у специалистов Центра СПИД по сравнению с сотрудниками многопрофильных и психиатрических стационаров.

Эволюция отношения к ВИЧ-инфицированным пациентам у медицинских работников характеризуется сменой установок: постепенным уходом от страха заражения ВИЧ-инфекцией к пересмотру моральной оценки больного, формированием отношения сопереживания и в итоге к рациональному подходу к оказанию помощи. Возможно, что данная эволюция отношений в сфере врач-пациент характерна для многих других тяжелых малоизлечимых областей медицины.

ЭКСТРЕМАЛЬНЫЕ И КРИЗИСНЫЕ СИТУАЦИИ КАК ПРЕДМЕТ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Хрусталева Н.С., Карпова Э.Б., Матан В.В.

СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

В 2003 году была основана первая в стране кафедра психологии кризисных и экстремальных ситуаций и сформировалась новая соответствующая специализация клинической психологии – психология кризисных и экстремальных состояний. Рассмотрение экстремальных и кризисных ситуаций с позиций клинической психологии обусловлено тем, что состояние, характерное для экстремальных и кризисных ситуаций, содержит большую вероятность психической травматизации. Это связано в первую очередь с чрезмерными требованиями (внешними или внутренними), расходящимися с возможностями человека им соответствовать. Диапазон таких ситуаций широк – от чрезвычайных или катастрофических (как в мирное, так и в военное время) до эмиграции или межэтнических конфликтов. Последствия психической травмы могут проявляться в самых разнообразных психических нарушениях: острые шоковые реакции, острые стрессовые и отставленные посттравматические расстройства, реактивные невротические состояния и депрессии, психосоматические заболевания, коморбидные ПТСР, зависимость от психоактивных веществ.

За время существования кафедры внесен весомый вклад в разработку теории и методологии психологии кризисных и экстремальных состояний, механизмов развития психической травмы и ее последствий.

Среди приоритетных направлений научных исследований кафедры являются:

- изучение психологии людей в экстремальных ситуациях (жертвы стихийных бедствий, аварий жертвы насилия и др.)
- изучение людей, переживающих различные индивидуальные жизненные кризисы (возрастные; семейные; кризисы, вызванные соматической болезнью; кризисы у родственников лиц с тяжелыми соматическими и психическими заболеваниями; кризисные переживания, сопровождающиеся суицидальной активностью и др.)
- исходя из сформировавшихся теоретических представлений о сущности экстремальных и кризисных состояний как предельных по своей интенсивности, одним из центральных предметов исследования является психология психической травмы
- психологические исследования миграционных процессов и религиозно-этнических конфликтов
- оказание психологической помощи людям, пережившим кризисные и экстремальные состояния
- психологическое сопровождение специалистов помогающих профессий и профессий, сопряженных с повышенным риском для жизни.

Результаты этих исследований отражены в более, чем 90 учебных пособий, 600 статьях.

Кафедра активно развивает и поддерживает международные научные контакты, в том числе, является организатором ежегодного Конгресса «Психическое здоровье в Германии и России».

ДИСТРЕСС У МАТЕРЕЙ С ХРОНИЧЕСКИ БОЛЬНЫМИ ДЕТЬМИ

Черная Ю.С.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ, проект «Методология и инструментарий оценки уровня «эмоционального выгорания» родственников больных с аддиктивными расстройствами» № 17-06-00533 а.

Семейная система чрезвычайно подвижное и изменчивое образование. Она может разрушиться внешним или внутренним факторами, но эти же факторы могут и укрепить семейные узы. Появление в семье больного ребенка всегда стресс. По общепринятым культурным представлениям родители должны брать на себя ответственность за больного ребенка и ведущую роль по уходу за ним. Обнаружение у ребенка тяжелого заболевания для родителей не меньший, а может быть даже больший стресс, чем для самого ребенка. Такая ситуация создает особые требования к родителям. Эти требования можно разделить на четыре вида: проблемы по уходу за ребенком, обеспечение связанных с его заболеванием лечебных процедур, обеспечение финансовой состоятельности и сохранение целостности семьи. Наибольшее напряжение связано с самим заболеванием. Немногие родители способны адекватно оценивать тяжесть заболевания, следить за симптомами, максимально достоверно оценивать состояние ребенка при поддержании терапии или необходимости срочного обратиться к врачу. Неосведомленность родителей в этом деле продуцирует страх, тревогу и депрессивные состояния. Существенное эмоциональное напряжение у родителей могут вызывать уход за болеющим ребенком. Больные тяжелыми заболеваниями требуют особого ухода, терапии и реабилитации. Не многие родители способны длительное время поддерживать достойный уровень ухода, не нарушая привычный распорядок в семье.

В Европейской культуре именно мать должна принимать наиболее активное участие в уходе за ребенком, особенно за больным. И именно на матерей ложиться львиная доля заботы, особенно за больном ребенком. Чаще всего именно неожиданная для родителей информация о возникновении заболевания у ребенка вызывает стресс. В этот момент семья мобилизуется и матери приходит на помощь муж, ближайшие родственники и друзья. Подобная стратегия удачна только в том случае, если ребенок быстро идет на поправку. В ситуации, когда у ребенка диагностируется хроническое заболевание, на мать ложиться не только нагрузка по уходу за тяжело больным ребенком, но и эмоциональная её составляющая. Эмоциональные переживания связаны с чувством вины и страхом за ребенка, которые могут усугубляться высказываниями родственников, знакомых и даже медицинского персонала. Чаще всего у таких матерей появляется симптомы депрессии, повышенная тревожность, даже агрессивность или апатия, а так же обострение соматических заболеваний. Чаще всего у таких матерей сужается круг общения и резко сокращается личное время. Ее мир замыкается на больном ребенке, из-за чего она может разочароваться в материнской роли, или наоборот, может проявиться патологическая потребность в заботе.

В современной литературе существует представление о том, что родительский дистресс, в том числе и материнский, может вызываться определенными факторами, о которых было сказано выше, но возникнет он или нет, зависит от личностных особенностей каждого из родителей. Вероятность возникновения дистресса – это комбинация различных факторов с различной интенсивностью: личностные качества родителей, особенности ситуации (тяжесть заболевания, возраст ребенка, семейная ситуация, материальное положение и т.д.) и вида и тяжести заболевания.

На русском языке, в отличие от зарубежных стран, к сожалению, выпускается очень мало литературы по данному вопросу.

Это открывает широкий простор для исследований проблемы в нашей стране по этой, чрезвычайно своевременной и насущной, а также социально важной теме.

ПРОБЛЕМА СТИГМАТИЗАЦИИ, САМОСТИГМАТИЗАЦИИ И ДЕСТИГМАТИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Чернов П.Д.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Проблема стигматизации психически больных является достаточно старой, но все еще актуальной. Большое количество больных с психическими расстройствами страдают от стигматизации в большей степени, чем от самих проявлений болезни. Социальные последствия действия стигмы проявляются в трудностях трудоустройства психически больного, сложностях с получением образования, получением социальной и медицинской помощи, с сокращением круга общения и снижением уровня социального функционирования, негативно влияют на возможность создания семьи и т.д.

Больные сталкиваются с выраженным дискриминирующим настроем общества, который зачастую сопровождается сильной враждебностью в их адрес. Попадают под жесткие социальные и трудовые ограничения, которые могут не соответствовать их реальным возможностям. Стигматизации психически больных со стороны общества способствует недостаточная информированность населения о психических заболеваниях, проявляющаяся в ошибочных представлениях о психических расстройствах, психически больных и психиатрии в целом, укрепившихся предубеждениях и страхах.

Стигма может также быть препятствием для выздоровления от психического заболевания, т.к. служит барьером для обращения за помощью, а также является причиной преждевременного прекращения лечения. Помимо негативного отношения со стороны других людей, человек с психическим заболеванием сталкивается также и с изменением собственного отношения к наличию у себя болезни. Самостигматизация больного связана с переживанием собственной несостоятельности в сравнении с окружающими, возникновению чувства вины и стыда в связи с этим. Такие изменения в представлениях о себе у человека с психическим расстройством, как правило, являются травматичными для него. В худшем случае больной усвоит и начнет применять к себе мифы о своем психическом заболевании, что приведет к дистанцированию от потенциальных стигматизаторов. Дистанцирование вызовет снижение социального статуса, самооценки, что в свою очередь усилит стигматизацию и, таким образом, начнется «порочный круг».

Все вышеописанное приводит к снижению качества жизни стигматизированных больных. И именно из-за этих проблем дестигматизация начинает рассматриваться как один из ключевых аспектов не только социальной реабилитации, но и возможности

лечения вообще. С одной стороны, дестигматизация предполагает работу по преодолению и коррекции самостигматизации у психически больных. С другой – длительное, систематическое и масштабное воздействие профессионалов различных специальностей на население, государственные и общественные структуры, необходимое для преодоления сложившихся в обществе предубеждений в отношении психически больных и психиатрии в целом. В связи с этим, основной проблемой дестигматизации является масштабность и многоаспектность необходимых для ее реализации мероприятий.

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Четвериков Д.В., Одарченко С.С.

КПБ им. Н.Н. Солодниковой, г. Омск, Россия

Современное развитие педагогической науки характеризуется междисциплинарным подходом. Актуализация интердисциплинарного вектора в педагогических исследованиях позволяет расширить возможности «классических» педагогических приемов и методик. Междисциплинарный подход в педагогике стал причиной ее дифференциации, ориентировки на специфические группы населения, где требуются индивидуализированные педагогические технологии. В последние два десятилетия актуализировались вопросы инклюзивного образования, решение которых стало значимым фактором развития современной педагогики, базирующейся на интердисциплинарных принципах. Несколько ранее произошла секвестрация областей педагогики, ориентированных на группы детей, гомонимных в образовательном плане – олигофренопедагогики, логопедии, тифлопедагогики, сурдопедагогики.

Педагогические исследования касаются лиц детского и подросткового возраста, но что же происходит со детьми в дальнейшем, по мере взросления, ни общая, ни специальная педагогика практически не занимается; обычно они остаются под наблюдением врачей-психиатров. Существенный социальный ущерб, который приносят психические расстройства подрастающей личности часто становится причиной тяжелых, зачастую необратимых, социальных нарушений. В течение последних 10-15 последних лет в отечественной науке актуализировались вопросы реабилитации как комплекса мероприятий, базирующиеся на биопсихосоциальной парадигме, а также получает развитие концепция восстановления (recovery), направленная на восстановление утраченных социальных навыков.

Большинство исследований проблемы ведется в рамках медицинской концепции личности, где личность рассматривается как психически больной субъект отношений, принимающий ту или иную форму лечения, в основном фармакологического, и в меньшей степени – психосоциального. Однако восстановление социальных навыков и их развитие требует существенных и длительных интервенций, своеобразного «переформатирования» личности. Дефицит научных разработок в этой сфере понятен, поскольку данного гносеологического поле находится вне рамок традиционной медицины или психологии, а ее принципы определяется исключительно педагогическими разработками. Возникает парадоксальная ситуация, которая заключается в том, что при грубой утрате социальных навыков у детей с тяжелыми психическими расстройствами педагогические технологии разработаны и успешно используются, то в отношении взрослых заболевших психическими расстройствами данные программы практически не реализуются.

Данная тема представляется нам крайне важной и востребованной. В условиях социального государства отмечен перенос акцентов на индивидуальные способности человека, на формирование охранительной среды. Следует учитывать еще один немаловажный аспект. Психические расстройства часто сопровождаются не только психосоциальным ущербом, но и экономическими затратами, составляющими суммы, сопоставимые с бюджетными расходами на отдельные статьи некоторых социальных сфер. Складывается ситуация, что молодые изначально психически здоровые образованные люди без активной психопатологической симптоматики оказываются вне социального контекста, утрачивают социальные навыки, а подходы к реальной помощи им практически не разрабатываются. В связи с вышеизложенным задачи разработки педагогические основы ресоциализации психически больных могут быть сформулированы следующим образом:

1. Изучение теоретических, методологических и прикладных аспектов педагогики в психиатрии. Учитывая то, что обозначенная проблема носит в полной мере междисциплинарный характер при решении этой задачи будут использованы сведения из общей, специальной, коррекционной педагогики, олигофренопедагогики, различных областей психологии, социальной и клинической психиатрии, наркологии и психотерапии.

2. Исследование психообразования как основного эпифеномена интеграции педагогики и психиатрии. В настоящее время психообразование рассматривается как «лечебно-реабилитационное вмешательство при различных психических расстройствах, направленное на обеспечение пациентов и их родственников знаниями и навыками, необходимыми для успешной победы над болезнью». На наш взгляд, с учетом фундаментальности поставленной междисциплинарной проблемы данный эпифеномен следует толковать намного шире. Психообразование может быть рассмотрено в четырех аспектах:

1) психообразование как общечеловеческая ценность, ценность понимания личностью природы и механизмов психологического функционирования, межперсонального взаимодействия, аутентичности, ассертивности и референтности на разных этапах онтогенеза;

2) психообразование как процесс обучения и воспитания личности – предполагает протяженность во времени, разницу между исходным и конечным состояниями участников этого процесса, технологичность, обеспечивающую изменения, преобразования в психической деятельности;

3) психообразование как результат процесса психологического просвещения; здесь психообразование трактуется как процесс и результат усвоения личностью опыта поколений в виде системы психологических знаний, умений, навыков, отношений, компетенций в зависимости от этапа онтогенеза и индивидуальной ситуации. При ряде ситуаций (психосоциальные стрессы, психические и соматические заболевания) предполагается формирование специфических копинг-стратегий;

4) психообразование как система – элементы социальной структуры (источники психопросвещения, СМИ, система дошкольного, общего и специального образования, медико-реабилитационные, социальные учреждения и организации), основной задачей которых является повышение психологической компетенции личности в норме и патологии. Также к элементам психообразования как системы мы относим психообразовательные среды различного генеза.

3. Разработка технологий педагогической работы с психически больными и их ближайшим окружением, наполнение их адекватным содержанием как по вопросам лечения психических заболеваний, так и по социальному функционированию при данной

патологии в целом. Педагогическое содействие становлению и совершенствованию личности граждан, разработка актуальных тем разных видов воспитания, например гражданского, нравственного, демократического, а также других проблем, выдвигаемых динамикой жизни современного общества и человечества.

4. Формирование развернутой многоуровневой системы педагогической работы в системе оказания психиатрической помощи. – разработка вопросов управления педагогическими системами и педагогической деятельностью

5. Общее и специальное педагогическое сопровождение психически больных, спецификация обучения, переобучения, изменение квалификации при социально-трудовой адаптации психически больных, педагогическая помощь при «защищенном трудоустройстве», формирование концепции «защищённого образования».

При решении вышеперечисленных задач достигается главная цель педагогики, при этом реализуются ее основные функции: социальная, научно-развивающая, познавательная, диагностическая, прогностическая, проектно-конструктивная, организационно-методическая, практически-преобразовательная, интегрирующая, профессионально-педагогическая, воспитательно-просветительская, педагогически-организующая.

СОЧУВСТВИЕ К СЕБЕ: ЗАЩИТНЫЙ ФАКТОР ПРИ СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ

Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л.

*МНИИП, НЦПЗ, Москва, Россия
Чувашский ГУ им. И.Н. Ульянова, г. Чебоксары, Россия*

Сочувствие к себе – относительно новый конструкт в позитивной психологии. Он был взят из буддистских учений: это бережное отношение к себе в ситуациях воспринимаемой неудачи, личной несостоятельности или личного страдания. Он состоит из двух противоположных факторов: самокритики (осуждения, изоляции и повышенной идентификации с проблемой) и собственно сочувствия к себе (бережного, доброго и внимательного к себе отношения). Мы предположили, что этот феномен в его негативном проявлении будет более свойственен людям с суицидальными тенденциями, в то время как само сочувствие к себе будет связано с позитивными феноменами, защищающими от суицидального поведения.

Мы провели исследование на студентах Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова (221 человек, 50 юношей, 171 девушка, $M=19,7$, $SD=1,19$). Блок методик был следующим: «Опросник временной перспективы личности» Ф. Зимбардо, опросник «Опыт близких отношений», «Многомерная шкала восприятия социальной поддержки» Г. Зимета, краткий «Тест жизнестойкости» (24 пункта), шкала «Безнадежности» А. Бека, шкала «Душевной боли», шкала «Причины для жизни», краткие версии опросников «Отношение к смерти» и «Страх личной смерти» и шкала «Причины суицидальной попытки». Шкала «Сочувствия к себе» состоит из 26 пунктов, которые оцениваются по 5-балльной шкале Лайкерта: 13 пунктов относятся к бережности к себе («Я стараюсь относиться к себе с любовью, когда испытываю душевную боль») и 13 – к самокритике («Я не одобряю и осуждаю свои недостатки и промахи»).

Эксплораторным факторным анализом методом главных компонент с вращением варимакс было выделено 2 фактора с собственными значениями 5,6 и 3,7, которые объясняли 36 % кумулятивной дисперсии.

Наибольшие корреляции были получены со шкалой «Опросника временной перспективы личности» «негативное прошлое»: $r=0,54$ ($p<0,001$) – шкала самокритики, $r=-0,16$ ($p=0,015$) – шкала бережности к себе и $r=-0,52$ ($p<0,001$) – общая шкала сочувствия к себе; со шкалой «тревожный стиль привязанности» из опросника «Опыт близких отношений»: $r=0,48$ ($p<0,001$) – шкала самокритики, $r=-0,42$ ($p<0,001$) – общая шкала сочувствия к себе; со шкалой «Жизнестойкости»: $r=-0,59$ ($p<0,001$) – шкала самокритики, $r=0,24$ ($p<0,001$) – шкала бережности к себе и $r=0,61$ ($p<0,001$) – общая шкала сочувствия к себе; со шкалой душевной боли: $r=0,52$ ($p<0,001$) – шкала самокритики, $r=-0,47$ ($p<0,001$) – общая шкала сочувствия к себе.

Кроме того, шкала самокритики коррелировала с «гедонистическим настоящим» ($r=0,24$, $p<0,001$) и «фаталистическим настоящим» ($r=0,22$, $p=0,001$); бережность к себе – со шкалой «будущего» ($r=0,19$, $p<0,005$); общая шкала сочувствия к себе – с «гедонистическим настоящим» ($r=-0,13$, $p=0,039$), «будущим» ($r=0,16$, $p=0,019$) и «фаталистическим настоящим» ($r=-0,23$, $p<0,001$).

Из субшкал «Многомерной шкалы восприятия социальной поддержки» Г. Зимета с «поддержкой семьи» коррелировала шкала самокритики ($r=-0,22$, $p=0,001$), бережности к себе ($r=0,16$, $p=0,018$) и общая шкала сочувствия к себе ($r=0,27$, $p<0,001$), с «поддержкой друзей» – шкала бережности к себе ($r=0,15$, $p=0,03$) и общая шкала сочувствия к себе ($r=0,17$, $p=0,01$), с «поддержкой значимого другого» – шкала самокритики ($r=-0,24$, $p<0,001$), бережности к себе ($r=0,17$, $p=0,013$) и общая шкала сочувствия к себе ($r=0,29$, $p<0,001$).

Что касается суицидологических методик, опросник коррелировал со шкалой «Безнадежности»: $r=0,26$ ($p<0,001$) – шкала самокритики и $r=-0,28$ ($p<0,001$) – общая шкала сочувствия к себе; с опросником «Причины для жизни»: со шкалой «способность к выживанию и совладанию» – шкала самокритики ($r=-0,17$, $p=0,01$), шкала бережности к себе ($r=0,16$, $p=0,019$) и общая шкала сочувствия к себе ($r=0,23$, $p=0,001$); со шкалой «боязнь смерти, осуждения и моральных запретов» – шкала бережности к себе ($r=-0,16$, $p=0,016$); с опросником «Причины попытки суицида»: со шкалой «манипуляционная мотивация / обвинение окружающих» – шкала самокритики ($r=0,15$, $p=0,022$); со шкалой «внутреннее смятение» – также шкала самокритики ($r=0,21$, $p=0,002$) и общая шкала сочувствия к себе ($r=-0,13$, $p=0,047$).

С методикой «Отношение к смерти» корреляции обнаружились со шкалой «принятие-приближение смерти – шкала самокритики ($r=-0,14$, $p=0,037$) и шкала бережности к себе ($r=-0,17$, $p=0,01$); со шкалой «страх смерти» – общая шкала сочувствия к себе ($r=-0,14$, $p=0,037$); со шкалой «принятие смерти как бегства» – шкала бережности к себе ($r=-0,18$, $p=0,007$) и общая шкала сочувствия к себе ($r=-0,14$, $p=0,037$); со шкалой «нейтральное принятие смерти» – шкала бережности к себе ($r=0,14$, $p=0,04$); с методикой «Страх личной смерти»: со шкалой «страх последствий смерти для личности» – шкала бережности к себе ($r=0,25$, $p<0,001$) и со шкалой «страх забвения» – общая шкала сочувствия к себе ($r=-0,14$, $p=0,034$).

Таким образом, негативный компонент сочувствия к себе (самокритика) оказался положительно связан с негативной временной перспективой («негативное прошлое», «фаталистическое настоящее») и импульсивностью («гедонистическое настоящее»), с душевной болью и безнадежностью, с тревожным стилем привязанности, с причинами попытки суицида, отрицательно – со способностью к выживанию и совладанию (шкала «Причины для жизни»), с жизнестойкостью и с ощущением поддержки семьи и значимого близкого. Позитивный компонент сочувствия к себе (бережность к себе) был связан с психологическим благополучием: с временной перспективой будущего, с жизнестойкостью, с ощущением поддержки семьи, друзей и значимого близкого, со способностью к выживанию и совладанию, с нейтральным принятием смерти, страхом последствий

смерти для личности, отрицательно – с негативным прошлым, с боязнью суицида, принятием-приближением смерти и принятием смерти как бегства. Любопытно, что самокритика тоже (но чуть меньше) была негативно связана с принятием-приближением смерти – видимо, люди, которые верят в жизнь после смерти, не приемлют ни самокритики, ни бережности – возможно, это особый тип отношения к себе верующих людей.

Шкала сочувствия к себе показала себя сильным конструктом, положительно связанным с разными компонентами психологического благополучия и отрицательно – с неблагополучием и суицидальностью.

Сочувствию к себе можно учиться, то есть это перспективное направление коррекционной и психотерапевтической работы с суицидальными пациентами.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА

Шалина О.С.

МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва

Термин «диабетическая энцефалопатия» описывает совокупные и неоднородные по своим проявлениям симптомы нейродегенерации структур головного мозга (ГМ) у пациентов с сахарным диабетом (СД). Нарастание симптоматики идет на протяжении длительного времени, сначала, зачастую, незаметно для самих пациентов. Так, появляются жалобы на усталость, апатию, нарушения вестибулярных функций. К этим симптомам добавляются жалобы на когнитивные дисфункции – трудности сосредоточения, снижение памяти, недостаточность внимания, быстрая истощаемость при решении задач. Эти симптомы снижают качество жизни пациентов с СД, приводя к преждевременному отказу от выполнения профессиональных и трудовых обязанностей, тем самым резко ограничивая пациентов в полноценных социальных отношениях. По имеющимся данным, пациенты с СД 1-го и 2-го типа хоть и различаются в клинических проявлениях и патогенезе энцефалопатии, но вне зависимости от формы СД страдают от снижения когнитивных функций. Прежде всего, исследователи отмечают патологические процессы в структурах гиппокампа, височных и префронтальных отделов головного мозга.

Развитие структур ЦНС ребенка с СД происходит в патологических условиях нарушенного метаболизма. Развитие ГМ – длительный процесс, и, например, миелинизация третичных ассоциативных полей идет на протяжении многих лет, вплоть до 20-летнего возраста. Поэтому, вне зависимости от возраста манифестации заболевания, ребенок и подросток с СД попадает в группу риска развития энцефалопатии.

В настоящее время растет численность пациентов детского и подросткового возраста. Особую актуальность приобретают задачи инновационных разработок в области терапии этого хронического заболевания, которая бы позволяла обеспечивать максимально высокий показатель качества жизни пациентов с сахарным диабетом. Таким образом, выявление механизмов и ранних предикторов диабетической энцефалопатии является одной из приоритетных задач исследований в области СД. Ведь помимо снижения эффективности решения тех или иных учебных или профессиональных задач, когнитивный дефицит приводит и к нарушению контроля за ежедневными, бытовыми функциями пациента, его самостоятельного участия в процессе терапии заболевания.

Цель исследования. Нами начата нейропсихологическая диагностическая работа в рамках инициативного научного исследования канд.мед.наук Е.С. Дёминой, специалиста

эндокринологического отделения №1 РДКБ. Целью нашей работы является выявление ранних предикторов (нейропсихологических показателей) энцефалопатии у подростков с СД 1-го типа. В задачи нашего исследования входит определение ключевых нейропсихологических факторов, нарушенных при СД, разработка протокола нейропсихологического обследования, сравнение пациентов с различной длительностью заболевания, сравнение пациентов разных групп – 1) с хорошо скомпенсированными формами заболевания, 2) с выраженной гипергликемией и 3) с выраженной гипогликемией.

Материалы и методы исследования. Сейчас проводится первичная апробация протокола нейропсихологического исследования, направленная на оптимизацию процедуры обследования подростков, подбор максимально показательных проб и определение критериев сравнения.

Обследовано 9 пациентов в возрасте 14-17 лет с СД 1-го типа, проходящих регулярные курсы терапии в РДКБ. Группа разнородна по общему соматическому статусу, длительности заболевания, ответа на терапию. Пока не представляется возможным проводить сравнение подгрупп, выделенных по перечисленным критериям, в силу малой численности. В исследовании используются стандартные пробы «луриевской батареи». Имеется возможность однократного обследования пациентов, длительность которого составляет порядка 40-50 минут. Исходя из предварительных данных, основной фокус диагностики – состояние таких высших психических функций как память и внимание. Используемые пробы: запоминание 2-х групп по три слова, запоминание 6 слов в заданном порядке, запоминание 10 слов, запоминание 6-ти трудно вербализуемых фигур, запоминание и поиск среди фона абстрактных фигур. Помимо непосредственного запоминания проверяется и отсроченное воспроизведение материала. Состояние внимания диагностируется по таким косвенным показателям, как удержание инструкции (в том числе и конфликтных, сложных), а также по результатам корректурной пробы Бурдона, отсчёта по Крепелину, теста Струпа, работы с таблицами Шульте. Кроме того, в рамках пилотажного исследования проводится диагностика динамического праксиса, конструктивного праксиса, пространственных представлений и квази-пространственного фактора. Интеллектуальные функции оцениваются по косвенным показателям – отсчёт по Крепелину и решение матриц Равена (выборочно, по 4 матрицы из каждой серии). Особое внимание уделяется определению нейродинамических показателей – утомляемости, замедленности, импульсивности, гиперактивности и общему тону. Условно эти показатели могут характеризовать два полярных состояния: 1) гиперативность (высокие показатели гиперактивности, импульсивности и низкие показатели замедленности) и 2) гипоактивность (высокие показатели утомляемости и замедленности).

Результаты и их обсуждение. Полученные данные носят характер общего ориентирования в состоянии подростков с СД и не могут иметь статистического значения, но можно определить и характерные для этой группы особенности нейропсихологического статуса.

Так, для большинства из подростков (за исключением пациентов с хорошо скомпенсированными формами СД) характерно снижение тону, недостаточность 1-го функционального блока мозга (ФБМ). Причем для половины группы характерно просто тону и недостаточность активации коры со стороны подкорковых структур. А для другой половины характерны импульсивность, вспышки повышенной активности, которые, по сути, являются формой гиперкомпенсации той же недостаточности 1-го ФБМ. В большинстве случаев выражены нарушения динамического праксиса, сложности переключения между программами, симптомы недостаточности межполушарного взаимодействия. Всем обследуемым свойственны симптомы недостаточности памяти. При нормальном, в целом,

следообразовании отмечается сложность актуализации запомненного материала после гетеро- и гомогенной интерференции, что свидетельствует о недостаточности функций средних отделов левого виска. Однако и следообразование в ряде случаев происходит не вполне успешно: так, при многократном заучивании 10 слов наблюдается снижение объема запоминания после нарастания в первых пробах. Внимание большинства испытуемых довольно устойчивое, но в плане продуктивности результаты разнятся. У всех обследованных можно отметить снижение продуктивности (концентрации) внимания. Половина испытуемых допустила ошибки не в конце выполнения задания, а в начале, что может свидетельствовать о том, что у них проблемы внимания связаны не столько с истощением, сколько со сложностями «вработывания» в задания. В недостаточности внимания прослеживаются как субкортикальные симптомы сниженной активации, так и недостаточность произвольного контроля за протеканием деятельности. Выраженных нарушений пространственного и квази-пространственного фактора зафиксировано не было за исключением одной испытуемой с гипергликемией, однако её результаты были низкими при выполнении подавляющего большинства проб, что может свидетельствовать о общей недостаточности нейропсихологического статуса, которую нельзя в настоящий момент связать с заболеванием СД. О состоянии интеллектуальной сферы судить по имеющимся данным не представляется обоснованным, однако большинство респондентов допускает ошибки в работе с прогрессивными матрицами Равена во всех сериях.

Выводы. Таким образом, нейропсихологическая методология представляется адекватной задачам выявления предикторов ЭП при СД. Данные пилотажного обследования позволяют определить направления дальнейшего исследования: выявление нейродинамических показателей, всестороннее исследование памяти и внимания, а также функций префронтальных отделов, определяющие мотивы и целеполагание пациентов при решении тех или иных когнитивных задач.

СПЕЦИФИЧНОСТЬ КОМПЛАЕНТНОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Шарипова Р.Р., Орлов Г.В.

КГМУ, г. Казань, Россия

Отсутствие комплаентности – одна из актуальных проблем современной психиатрии. Учащение обострений и регоспитализаций, антисоциальное и суицидальное поведение, утяжеление финансового бремени общества и семьи являются последствиями нарушения приема предписанных препаратов. Несмотря на то что современные достижения фармакологии позволяют значительно улучшить состояние и функционирование психически больных, многие пациенты не соблюдают режим приема лекарств, вследствие чего проблема комплаенса по-прежнему остается весьма актуальной для психиатрии. Особая актуальность проблемы некомплаентности для психиатрической отрасли здравоохранения предопределяется ее значительной распространенностью и значимыми последствиями несоблюдения больными врачебных назначений. Юридические и этические нормы предусматривают добровольное согласие больного на рекомендуемое лечение, и в этой связи стремление добровольное выполнение врачебных назначений становится одним из важных факторов терапевтического процесса. Существуют порядка 250 факторов, так или иначе обуславливающих комплаенс. Это говорит о сложности проблемы. Основные группы факторов, определяющих уровень комплаенса – это факторы, связанные с пациентом, его отношениями с врачом и внешним окружением. В аспекте влияния

на комплаентность психически больных также огромное значение имеет переносимость психотропных препаратов и наличие различных, субъективно – неприятных, для пациента, побочных эффектов. Эндокринные, неврологические и антихолинергические побочные эффекты являются первыми причинами прекращения приема лекарств. Однако связь нонкомплаенса с побочными эффектами сложна и не является абсолютной. Например, на фазе начальной стабилизации более высокие дозировки нейролептиков и, соответственно, большая выраженность экстрапирамидных побочных эффектов, но, тем не менее, сопровождаются хорошим комплаенсом. Важную роль в формировании приверженности соблюдению режима терапии играет личность больного. В ряду основных причин, по которым пациенты не хотят принимать лечение лежит прежний неблагоприятный опыт лечения и побочные действия лекарственных препаратов, стигматизация, естественно возникающее желание прекратить прием лекарственных препаратов при хорошем самочувствии. Весьма значимым фактором остается наличие доверительных отношений, взаимопонимание и должный контакт с лечащим врачом, заинтересованность больного в процессе терапии, все это позволяет минимизировать нарушения предписанных рекомендаций.

Цель: выявить факторы, препятствующие и способствующие комплаентности.

Задачи исследования: оценить уровень комплаентности психически больных. Выявить основные факторы, влияющие на комплаенс.

Материал и методы исследования: клинико-психопатологический, статистический, аналитический. Исследование проводилось на базе одного из отделений РКПБ МЗ РТ им. В.М. Бехтерева, г.Казани и включало 67 пациентов с диагнозами по МКБ-10 47 больных с диагнозами F20-F29; 3 – F33.0-F33.1; 7 – F70-F-79; 10 – F07.0, F07.9. Все полученные в работе результаты были обработаны различными статистическими методами по компьютерной программе SPSS 16.0. В частности использовались: первичные описательные статистики – меры центральной тенденции (среднее (M) и медиана (Md)), меры изменчивости (стандартное отклонение (σ), дисперсия (D), асимметрия (As) и эксцесс (Ex)); проверка нормальности распределения проводилась с помощью критериев асимметрии и эксцесса, а также критерия нормальности Колмогорова-Смирнова; сравнение средних при соответствии нормальному распределению осуществлялась по критерию t-Стьюдента для зависимых (связных) выборок, при несоответствии – по критерию Т-Вилкоксона.

В возрастном отношении в контингенте пациентов преобладают лица, средний возраст которых составил $45,78 \pm 12,7$ лет. Стаж заболевания $20,26 \pm 12,0$ лет. Средний возраст начала заболевания $25,57 \pm 16,0$ лет. Средняя длительность пребывания в РКПБ $143,83 \pm 16,23$ дней. Среднее количество госпитализаций $11 \pm 3,67$ раз. В структуре первичной инвалидности вследствие психических заболеваний преобладают инвалиды старшей возрастной группы и составляют 65,67 % контингента больных; в общей структуре первичной инвалидности вследствие психических заболеваний значительную долю – 91,04 % составляют инвалиды 2 группы. Изучение уровня образования показало, что преобладают пациенты, имеющие среднее профессиональное образование – 26,86 %. Больные с высшим образованием составляют 19,4,4 %. Несколько меньшая доля – по 16,41 % принадлежит пациентам со средним общеобразовательным и начальным профессиональным образованием. Также имеются больные, окончившие специальное коррекционное учреждение для лиц с отклонением в психическом развитии – 14,92 %. Пациенты, не сумевшие окончить ВУЗ по тем или иным причинам, составляют 5,97 %. Также было выявлено, что 13,43 % больных имеют асоциальное поведение. При изучении семейного положения установлено – 59,7 % не вступали в брак, а –13,4 % находятся в разводе, в браке 17,9 % и 8,95 % вдовы. По жилищно-бытовым условиям 88 % проживают в собственном доме с семьей, 11,94 % проживают одни, 5,97 % лица без определенного места жительства – бездомные психически больные.

На экспериментальном этапе исследования из группы пациентов была выделены 3 группы: комплаентные, некомплаентные и частично комплаентные. Выводы: Выявленная четкая взаимосвязь между уровнем комплаентности, частотой госпитализации и продолжительностью стационарного пребывания. Больные с высоким уровнем комплаентности реже и значительно меньше времени проводят на стационарной койке. Некомплаентные больные максимальное время проводят в стационаре и часто регоспитализируются. Есть корреляции между образованием и уровнем комплаентности. Среди больных со средним образованием число комплаентных больше, чем некомплаентных. Как ни странно, среди лиц с высшим образованием отмечается преобладание некомплаентных над комплаентными. Современные подходы в организации здравоохранения РФ диктуют курс на минимизацию количества койко-дней и оптимально эффективного использования коечного фонда. Кроме того, вне стационарного наблюдения и лечения психических больных повышается их качество жизни и возможность социальной реабилитации. Стоимость пребывания в стационаре — самая весомая статья расходов на здравоохранение. Сокращение госпитализации без снижения качества лечения дало бы значительный экономический эффект. Комплаентность способствует сокращению госпитализации. Корреляция между высоким уровнем комплаенса и наличием и уровнем семейной и социальной поддержки отмечена у большинства комплаентных больных.

Среди факторов, оказывающих негативное влияние на комплаентность отмечаются высокий уровень эмоциональной экспрессии родственников, проявляющийся в виде критики, враждебности и негативными эмоциями в адрес больного, а также прямая критика лечения со стороны родных. Имеется прямая корреляционная связь между возрастом начала заболевания и комплаентностью: у кого психическое заболевание началось в более позднем возрасте имеют более высокий уровень комплаентности.

Рациональным методом повышения комплаентности может стать выявление причин, по которым больные уклоняются от приема лекарств и повышение комплаенса путем их устранения, минуя процедуру контроля. Необходимо создание так называемого терапевтического альянса, поддержание которого является важным показателем врачебного профессионализма и залогом успешной терапии.

Широкая распространенность некомплаентности при психических расстройствах имеет негативные моменты: возрастание частоты обострений, увеличение повторности и случаев регоспитализации больных. Формирование комплаенса — трудный процесс, зависящий от эффективного взаимодействия нескольких групп факторов. Выявлено, что длительность заболевания; отсутствие надлежащего ухода и контроля; алкоголизация снижают комплаентность. Хороший уровень комплаенса коррелирует с наличием семейной и социальной поддержки, высоким уровнем адаптации.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЕВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОСТЕЙ

Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б.

СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

Исследование проведено при поддержке РФФИ (Рег. №17-36-00011 «а»1).

Исследование качества жизни является перспективным направлением клинической психологии, при этом, особенно актуальной является проблема качества жизни и психологических факторов с ним связанных в группе онкологических больных, в частности, пациентов с опухолевым поражением костей. Важной задачей является

формирование программ психологической помощи с учетом результатов исследования. В данном исследовании изучена взаимосвязь типа отношения к болезни и основных параметров связанного со здоровьем качества жизни (КЖЗ) 120 пациентов с опухолевым поражением костей: остеосаркомой (n=41), гигантоклеточной опухолью (n=31), хондросаркомой (n=30) и метастатическим поражением костей (n=18). Использовались методы оценки: «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36) (Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 2003), специализированный опросник качества жизни EORTC QLQ-C30 с модулем VM 22 (Aaronson N.K. et al., 1993; Ионова Т.И. и соавт., 1998), а также методика для определения типов отношения к болезни «ТОБОЛ» (Вассерман Л.И. и соавт., 2005). Математико-статистическая обработка данных проводилась с помощью двухфакторного дисперсионного анализа с использованием t-критерия Стьюдента; был проведен кластерный и многофакторный дисперсионный анализ.

Результаты исследования показали, что реагирование на болезнь различается при разных нозологических формах опухолевого поражения костей; также выявлена взаимосвязь типа отношения к болезни с основными параметрами качества жизни больных. Пациенты, реагирующие на болезнь по реалистичному типу, характеризуются высоким КЖЗ, а больные, реагирующие на заболевание по неадаптивным типам, обладают сниженным КЖЗ по ряду параметров. В соответствии с полученными результатами были сформулированы возможные направления психологической помощи для больных с опухолевым поражением костей. В рамках работы с тревогой психологическое консультирование пациентов с опухолью костей может включать релаксационные техники. При преобладании паранойяльного и ипохондрического типов отношения к болезни эффективными методами психологической помощи будут методы когнитивно-бихевиоральной психотерапии. В случае преобладания меланхолического, сенситивного и дисфорического типа отношения к болезни психологическое консультирование может включать работу с настроением: эмоциональное отреагирование тяжелых переживаний. Кроме того, эффективным представляется выявление неадаптивных способов совладающего поведения, их коррекция и формирование адаптивных копинг-стратегий.

СУБЪЕКТИВНАЯ СЕМАНТИКА БОЛЕЗНИ И ЕЕ ВОСПРИЯТИЕ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

Ялтонский В.М., Абросимов И.Н.

МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

Актуальность. Данные и теоретические разработки, полученные в рамках исследований в области психосоматической медицины и адаптации личности к хроническим соматическим заболеваниям, указывают на важность рассмотрения феномена хронической болезни человека с позиций интегративных (Weiner H., 1977), биопсихосоциальных моделей (Engel G., Schmale A., 1975), а также с опорой на концепции саморегуляции не только биологических, но и психических систем и процессов (Рассказова Е.И., 2014).

Так, например, существенным фактором благополучного длительного течения и лечения заболевания может являться не только (и не столько) объективная тяжесть на основании клинических показателей, но и такие психологические параметры, как субъективные представления пациента об отдельных аспектах болезни (возможные причины, пути решения, перспективы и последствия и т.п.) и ее месте/смысле по отношению к общей структуре обыденной жизни в целом (Leventhal H., 1987; Lipowski Z., 1983). Подобные

подходы помогают рассмотреть с научной точки зрения имеющие место быть в практике лечащих врачей случаи, когда пациент «не хотел жить», что приводило к ухудшению динамики, не смотря на относительно умеренные клинические показатели; или же, наоборот, случаи внезапной ремиссии или улучшения состояния при негативном прогнозе.

В качестве субъективных факторов, обуславливающих тот или иной тип реагирования на стрессовую ситуацию болезни, рассматриваются различные психологические конструкты: совладающее с болезнью (копинг-) поведение, мотивация на лечение, когнитивные репрезентации, личностные особенности и т.п. Все они могут быть объединены интегративной моделью многоуровневой внутренней картины болезни (Соколова Е.Т., Николаева В.В., 1995; Тхостов А.Ш., Арина Г.А., 1990). Перспективными представляются исследования посвященные психосемантическому ее содержанию, основывающиеся на отечественной культурно-исторической концепции развития психической деятельности в норме и в условиях болезни (Выготский Л.С., Леонтьев А.Н.), психологии субъективной семантики (Артемьева Е.Ю., Петренко В.Ф.), а также на подходах субъективного восприятия болезни, разрабатываемых западными авторами (Broadbent E., Petrie K.J.).

Целью данной работы являлось изучение психосемантического содержания взрослых пациентов с муковисцидозом в соотношении с их субъективным восприятием болезни.

В ходе исследования решался ряд следующих задач: 1) описание содержания словаря внутренних телесных ощущений по всей выборке; 2) анализ интрацептивных словарей в группах с различным субъективным восприятием болезни.

Материалы и методы исследования. Обследовано 86 взрослых больных муковисцидозом (шифр по МКБ-10 E84.0) мужского (38 человек) и женского (48 человек) полов, проходящих плановое стационарное (61 человек) и амбулаторное (25 человек) лечение, в возрасте от 18 до 28 лет (средний возраст – $23,7 \pm 4,8$ года). Клинической базой исследования являлась лаборатория муковисцидоза ГБУЗ г. Москвы «ГКБ №57 ДЗ г. Москвы» при НИИ пульмонологии МЗ РФ. При обследовании пациентов были использованы следующие психодиагностические методики. Для исследования особенностей и возможных нарушений вербализации внутреннего телесного опыта был использован тест «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» (Тхостов А.Ш., 2009). Оценка субъективного восприятия болезни определялась с помощью «Краткого опросника восприятия болезни» (Broadbent E., Petrie K.J., Main J., Weinman J., 2006; русскоязычная версия для пациентов с муковисцидозом Ялтонского В.М., 2010).

Полученные результаты. Словарь интрацептивных ощущений взрослых пациентов с МВ по всей выборке имеет следующие средние показатели общего количества слов. При выборе слов подходящих для описания внутренних телесных ощущений – $31,37 \pm 16,55$ слов (абсолютный показатель $42,17 \pm 21,42$ %), при выборе слов, которые переживал сам испытуемый – $24,11 \pm 14,08$ (абсолютный показатель $30,41 \pm 17,72$ %), при выборе важных и значимых слов – $11,93 \pm 8,13$ слов (абсолютный показатель $15,00 \pm 10,07$), при выборе слов, описывающих опасные, угрожающие здоровью ощущения – $5,93 \pm 3,89$ слов (абсолютный показатель $9,93 \pm 9,61$ %), при выборе слов, которые часто встречаются у испытуемого – $3,28 \pm 2,84$ слов (абсолютный показатель $5,73 \pm 7,63$ %), при выборе ощущений вызванных заболеванием – $5,14 \pm 7,05$ слов (абсолютный показатель $5,75 \pm 8,58$).

Стоит отметить, что муковисцидоз, как заболевание, заключающееся в нарушении функционирования многих органов и систем организма, проявляется в большом количестве интенсивных, неприятных и болезненных ощущений, что и обуславливает высокую диффузию интрацептивных словарей данных пациентов. Таким образом у пациентов отмечается снижение вербализации, различения и использования слов, относящихся

к внутренним телесным ощущениям, эмоциям и переживаниям относительно болезни, а также адекватного понимания их значения.

Это может быть объяснено тем фактом, что МВ, как генетическое заболевание сопровождает человека всю жизнь. Телесный опыт взрослого с МВ, таким образом, не содержит опыта «состояния здоровья», т.к. болезнь становится «нормой», поэтому и болезненные ощущения как таковые являются диффузными, их словари мало дифференцированными.

Распределение словаря интрацептивных ощущений у взрослых пациентов с МВ по критерию «Части речи» следующее: большую часть словаря составляют существительные – 20,15±9,56 слов (41,66 % от имеющих в списке существительных), почти в равных частях представлены прилагательные – 4,44±3,94 слов (34,15 % от имеющих в списке прилагательных) и глаголы – 4,42±2,94 слов (40,18 % от имеющих в списке глаголов), менее всего словарь содержит наречий – 1,61±1,37 слов (32,3 % от имеющих в списке наречий) и причастий – 0,89±0,93 слов (29,66 % от имеющих в списке причастий).

Полученные результаты соотносятся с данными полученными авторами методики и указывают на увеличение количества глаголов, прилагательных и наречий в структуре словаря интрацептивных ощущений у пациентов с МВ по сравнению с нормативными данными.

При сравнении групп пациентов, воспринимающих муковисцидоз как умеренную и как выраженную угрозу жизни и здоровью установлены статистически значимые различия в количестве слов, подходящих для описания внутренних телесных ощущений (26,22±15,92 слов; 36,00±16,49 слов; $P=0,033$), и часто встречающихся ощущений (4,42±3,55 слов; 2,14±1,34 слов; $P=0,049$); относительных показателей выборов важных и значимых ощущений (51,62±27,97 слов; 43,00±21,01 слов; $P=0,045$) и слов, описывающих опасные, угрожающие здоровью ощущения 75,71±23,84 слов, 45,62±24,76 слов; $P=0,049$).

Анализ распределения дескрипторов, используемых для описания интрацептивных ощущений по различным классам, показал, что по всем классам, кроме «метафора», показатели в группе больных с восприятием муковисцидоза как выраженной угрозы жизни и здоровью выше. При этом статистически значимые различия установлены в классах «существительные» ($P=0,045$), «наречия» ($P=0,033$), «телесные» ($P=0,049$) и «диффузные» ($P=0,045$).

Выводы.

1. Интрацептивный опыт взрослых пациентов с муковисцидозом носит диффузный и малодифференцированный характер, представлен широким спектром различных преимущественно негативных интенсивных телесных ощущений, что обусловлено большим полиморфизмом имеющейся в клинической картине симптоматики, существующей фактически с момента рождения и широким спектром применяемых для ее купирования методов лечения. Формирование малодифференцированных расширенных словарей.

2. Субъективное восприятие болезни как умеренной угрозы характеризуется сфокусированностью интрацептивного восприятия непосредственно на проявлениях болезни, диффузностью, малой дифференцированностью интрацептивного словаря. В то время как восприятие муковисцидоза как выраженной угрозы для жизни характеризуется повышенной интенсивностью интрацептивного восприятия, его сфокусированностью на группе опасных, угрожающих здоровью телесных ощущениях.

НЕВРОЛОГИЯ, НЕЙРОФИЗИОЛОГИЯ И НЕЙРОХИРУРГИЯ

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА

Абдувалиева М.А., Садикова Г.К.

ТашПМИ, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Сахарный диабет I типа (СД) является одной из ведущих медико-социальных проблем и относится к приоритетам первого порядка в современной педиатрии. Прогноз заболевания у детей определяется, в основном, наличием хронических диабетических осложнений, приводящих к поражению практически всех органов и систем и обуславливающих раннюю инвалидизацию и смертность в молодом возрасте (Л.Н. Щербачёва, 2004). По данным регистров, в структуре осложнений у детей, первое место по частоте занимают диабетическая нефропатия и периферическая нейропатия (ДПН) нижних конечностей. Частота ретинопатии у детей с сахарным диабетом длительностью до 10 лет составляет 11,3 %, более 10 лет – 47,6 % (И.И. Дедов, Т.Л. Кураева, 2003; В.А. Петеркова, 2013).

Цель исследования. Целью исследования явилось проведение комплексного обследования различных отделов нервной системы и изучение особенностей неврологических нарушений у детей с сахарным диабетом I типа в зависимости от степени компенсации и длительности заболевания для оптимизации диагностики нейропатии.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в детском отделении РНПЦЭ. В исследование были включены 40 детей с установленным диагнозом СД 1-го типа.

Результаты. В результате исследования определилось, что при сахарном диабете I-го типа у детей диагностируется поражение всех отделов нервной системы, зависящее от степени компенсации и длительности заболевания. Поражение ЦНС встречается у 60 % детей и характеризуется дисфункцией мозгового кровообращения у 34 %, нарушениями когнитивной сферы – у 60 %, эмоциональной сферы – у 50 % пациентов, и наличием психоневрологических синдромов.

Поражение вегетативной нервной системы при СД I-го типа, с использованием модифицированных методик, диагностируется у 42 % детей, их частота и тяжесть зависят от степени компенсации и длительности заболевания.

Наиболее частым осложнением при СД I типа является ДПН, которая в нашем исследовании выявлена у 60 % детей. Поражение периферических нервов характеризуется аксонопатией и демиелинизацией проксимальных и дистальных отделов. Указанные поражения встречались как на нижних, так и на верхних конечностях. Частота и тяжесть поражения периферических нервов возрастает с увеличением длительности и ухудшением компенсации углеводного обмена. В то же время при компенсированном, впервые выявленном СД ДПН выявляется у 24 % детей.

Вывод. У детей с СД I типа необходимо исследование особенностей мозгового кровообращения, познавательных и эмоциональных процессов с целью ранней диагностики диабетической энцефалопатии.

Скрининг периферической сенсомоторной полинейропатии у детей с СД необходимо проводить на ранних стадиях заболевания при помощи субъективных шкал, исследования различных видов чувствительности, периостальных рефлексов и электромиографии.

ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ ЦНС У НОВОРОЖДЕННЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕЙРОСОНОГРАФИИ

Азимова Н.М., Зайнутдинова Д.Р.

ТашПМИ, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. В последние годы отмечается неуклонный рост внутриутробных инфекций (ВУИ) и повышение их роли в структуре перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности. Нейросонография (НСГ) — основной ультразвуковой неинвазивный метод визуализации головного мозга у детей раннего возраста.

Цель исследования: изучить показатели НСГ у детей, родившихся от матерей с бактериальной и вирусной инфекцией.

Методы исследования. Нами было обследовано 52 ребёнка в возрасте до 1 года, находящихся на амбулаторном и стационарном лечении в клинике ТашПМИ. В основную группу вошли 32 ребёнка, рождённые от матерей с TORCH-инфекцией. Контрольную группу составили 20 здоровых детей аналогичного возраста. Всем детям было проведено клиничко-неврологическое и НСГ-обследование.

Результаты исследования. При сборе анамнеза у матерей отмечалось сочетание различных видов бактериальной и вирусной инфекции: герпетической, цитомегаловирусной, хламидийной инфекции и уреоплазмоза. Лидирующее место (55 % случаев) занимало сочетание инфицирования вирусом простого герпеса и цитомегаловирусом.

Факторами, отягощающими течение беременности, были смерть предыдущих детей в неонатальном периоде, патологическое течение беременности — гестозы, угроза прерывания беременности, многоводие, анемия беременных, обострение хронических инфекционных и соматических заболеваний, ОРВИ во второй половине беременности.

При неврологическом обследовании у детей основной группы отмечались признаки ликворно-сосудистой дистензии. У 47,2 % обследованных отмечались беспокойный плач с запрокидыванием головы, нарушение сна, капризность, метеолабильность. У 36,3 % детей выявлялись двигательные нарушения в виде снижения тонуса мышц, отставание в

моторном развитии. При проведении нейросонографических исследований у 78 % больных отмечалась дилатация ликворных путей, у 38 % обследованных – внутрижелудочковые кровоизлияния, сопровождающиеся гипоксико-ишемическими изменениями.

Заключение. Показатели нейросонографических исследований у детей, рожденных от матерей с вирусной и бактериальной инфекцией, переменны, проявляются синдромом ликворно-сосудистой дистензии, что сопровождалось клиническими признаками двигательных нарушений.

ОСОБЕННОСТИ КОГЕРЕНТНОСТИ ВЫЗВАННОГО ТЕТА РИТМА У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Бочкарев В.К., Киренская А.В., Солнцева С.В.

ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского, Москва, Россия

Дефицит когнитивных функций является одним из ведущих расстройств у больных шизофренией. Для нейрофизиологического изучения когнитивных расстройств успешно применяется метод вызванных ритмов (evoked, event-related oscillations) в основных частотных диапазонах ЭЭГ – дельта, тета, альфа, бета, гамма. Вызванные ритмы (их мощность или амплитуда) существенно изменяются у пациентов с когнитивными нарушениями, затрагивая как частотную, так и пространственную структуры этих ритмов. Мало изученным до настоящего времени аспектом остается синхронность и связанность электрических процессов различных зон коры, отражаемая показателем когерентности ЭЭГ. При сравнении больных с разными формами шизофрении и здоровых испытуемых преимущественную дифференциальную значимость обнаруживает мощность низкочастотных (дельта и тета) вызванных ритмов тогда, как для клинически более однородной группы параноидной шизофрении показана преимущественная связь с тета ритмом.

Цель исследования – установить изменения показателя когерентности вызванного тета ритма ЭЭГ у больных параноидной шизофренией по сравнению с нормой и изучить связь этого показателя с выраженностью позитивных и негативных расстройств у больных.

Материал и методы. В исследовании участвовали 21 больной параноидной шизофренией (F20.0 по МКБ -10) и 22 психически здоровых добровольцев. Все испытуемые были мужчинами в возрасте от 20 до 50 лет. Для количественной оценки клинических расстройств использовали суммарные показатели выраженности позитивных и негативных симптомов шкалы PANSS. ЭЭГ регистрировали монополярным способом от 19 электродов, расположенных по международной схеме 10-20. Для анализа когнитивных функций использовался вероятностный вариант (oddball paradigm) предъявления значимых (тон 2000 Гц, 50 мс, 75 дБ, 20 %) и незначимых (тон 1000 Гц, 50 мс, 75 дБ, 80 %) слуховых стимулов. С помощью специализированного программного блока системы Neuroscan 4.5 исследовали динамику показателя когерентности вызванного тета (5 ± 2 Гц) ритма в интервале 400 мс до и 800 мс после действия целевого значимого стимула. Устанавливали временное окно (300-420 мс после предъявления стимула), в пределах которого изменения показателя когерентности достигали максимума, и вычисляли среднее для окна значение когерентности. По этим данным проводился анализ межгрупповых различий когерентности по двум показателям: 1) средний уровень когерентности для каждого из 19 отведений, 2) парная когерентность тета ритма между отведениями ЭЭГ. Для статистического анализа данных использовались дисперсионный анализ (ANOVA) с повторными измерениями и метод ранговой корреляции по Спирмену.

Результаты и обсуждение. Здоровых испытуемых характеризовало отчетливое повышение когерентности вызванного тета ритма во временном интервале 300-420 мс после предъявления значимого стимула. У больных эти изменения наблюдались в том же интервале, но были выражены существенно слабее. По данным дисперсионного анализа межгрупповые различия среднего уровня когерентности тета ритма носили общемозговой характер, обнаруживаясь во всех анализируемых отведениях. При анализе показателя парной когерентности выявлена роль фактора полушария, проявляющаяся большей величиной внутрислоушарной когерентности тета ритма по сравнению с межполушарной. У больных по сравнению с нормой установлено достоверное снижение межполушарной когерентности тета ритма для отведений левого полушария (отведения F3, C3, P3, T3, T5). Средний уровень когерентности тета ритма в левом (Fp1, F7, F3, C3), правом (F4, C4, P4, T4, T6) и по сагиттальной линии (Fz, Cz, Pz) обнаружил достоверные отрицательные корреляции с показателем суммарной выраженности негативных симптомов шкалы PANSS. Корреляционный анализ парной когерентности выявил только отрицательные корреляции: 2 для суммарных позитивных симптомов и 51 – для негативных. При этом в корреляциях с негативными симптомами преобладали характеристики когерентности правого полушария, показатели межполушарной когерентности и когерентности с отведениями сагиттальной линии. Выявлены полушарные наиболее значимые для корреляций отведения: F7 и F3 – в левом и P4 и T6 – правом полушариях.

Временные параметры динамики показателя когерентности тета ритма (достижение максимума через 300-420 мс после предъявления целевого стимула) позволяют предположить его связь с позитивной волной P300 и когнитивными функциями такими, как внимание, значимость стимула, принятие решения. С этой точки зрения полученные результаты соответствуют известным данным о когнитивном дефиците при шизофрении. В то же время, они выявляют особенности функциональной взаимосвязи между разными зонами коры по одному из ключевых вызванных ритмов, характеризующих «классическую» форму этого заболевания – параноидную шизофрению. Так, процесс ослабления функциональных взаимосвязей является общемозговым, коррелирующим, в основном, с нарастанием у больных негативной симптоматики. Наряду с этим, существенную роль играют межполушарные соотношения, проявляясь у больных относительным дефицитом взаимосвязанности левого полушария с правым. При общемозговом характере дефицита взаимосвязей вызванного тета ритма негативные симптомы у больных в большей степени коррелируют с дефицитом взаимосвязанности корковых зон правого полушария и межполушарных взаимодействий. Кроме этого этим симптомам соответствуют своеобразные «центры тяжести» связей, представленные лобно-височными зонами коры в левом полушарии и теменно-височными – в правом.

ПРИЧИНЫ ЗРИТЕЛЬНО-ПРОСТРАНСТВЕННЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА: ЭТИОЛОГИЯ, КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА

Дынин П.С., Литвиненко И.В., Юрин А.А.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Введение. В ряду немоторных проявлений при болезни Паркинсона особое место занимают зрительно-пространственные нарушения.

Цель исследования: выявление причин формирования зрительно-пространственного дефицита при болезни Паркинсона и возможностей диагностики данных нарушений.

Материалы и методы. Клинико-нейропсихологическое тестирование; оптическая когерентная томография сетчатки глаза; магнитно-резонансная томография с последующей МР-морфометрией. Обследовано 118 пациентов с диагнозом болезнь Паркинсона.

Результаты и их обсуждение. В обследованной группе у 57 % выявлены зрительно-пространственные нарушения. У 27 пациентов определялась офтальмологическая патология.

Выявлены дегенеративные изменения в виде истончения участков сетчатки глаза (нижнего участка комплекса ганглиозных клеток сетчатки, височного и нижнего квадрантов слоя нервных волокон сетчатки, зоны центральной ямки, верхней полусферы парацентральной зоны). Определялись также фокальные потери комплекса ганглиозных клеток сетчатки ($p < 0,05$) и атрофия определенных зон коры головного мозга. К ним относится шпорная борозда ($p < 0,01$), теменно-затылочная борозда, передняя затылочная борозда, нижняя затылочная извилина и борозда ($p < 0,05$). Наиболее выраженными данные изменения были у пациентов с наличием деменции.

Заключение. Зрительно-пространственные нарушения при болезни Паркинсона представляют собой одно из частых проявлений заболевания, достигают 57 % встречаемости на развернутых стадиях и имеют различные причины формирования и прогрессирования.

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Иноятова И.Ш., Садыкова Г.К.

ТашПМИ, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность: перинатальные поражения центральной нервной системы (ППЦНС) — большая группа патологических состояний раннего возраста, обусловленных воздействием вредных факторов на нервную систему в периоде с двадцать восьмой недели гестации до седьмых суток жизни (Грибко Т.В., 2001). Опасность ППНС заключается в отсроченности их проявлений. Только 15-20 % из них выявляются в ранние сроки, остальная часть может манифестировать позднее и в будущем обуславливать 40-60 % неврологической патологии у детей и взрослых. ППЦНС являются одной из причин ранней детской инвалидности, а также различных психических и двигательных нарушений в старшем возрасте. Частота таких отклонений в разных возрастных группах колеблется от 60 до 80 % (Буркова А.С., Володин Н.Н., Дегтярева Д.Н., 2003).

Целью исследования явилось определение факторов риска и клинико-неврологической симптоматики у детей перинатальным поражением нервной системы. Исследование проводилось в неврологическом отделении клиники ТашПМИ. В исследование были включены 30 детей с установленным перинатальным поражением нервной системы.

В результате исследования определилось, что факторами риска развития перинатальной патологии центральной нервной системы у детей в нашем исследовании является наличие экстрагенитальной патологии и осложнений в течение беременности, частота регистрации которых отличается как по качественным, так и по количественным показателям. Среди экстрагенитальной патологии матерей обследованных детей на первом месте находятся болезни мочевыводящих путей (33 %). При анализе клинико-неврологической симптоматики, у детей первого полугодия жизни, перенесших

реанимационные мероприятия в родовом зале, выявляется выраженный неврологический дефицит, чаще всего проявляющийся спастическими парезами (40 %) и задержками моторного развития (53 %). Расширение желудочковой системы у них носит наиболее выраженный характер. У 20 % детей, находившихся на аппаратном дыхании в период новорожденности, в катамнезе диагностируются клинические признаки детского церебрального паралича.

У 35,2 % детей с последствиями перинатальной патологии ЦНС в восстановительном периоде отмечаются нарушения двигательной сферы в виде синдрома экстрапирамидной недостаточности по гипотонически-гиперкинетическому типу, который имеет тенденцию к отчетливому доминированию у детей старше восьми месяцев и достигает 50 %.

Вывод: Таким образом, такие факторы, как реанимационные мероприятия у новорожденных, незрелость органов и систем (достаточно для адекватного поддержания витальных функций у новорожденных 35 недель гестации и старше), являются важными факторами риска перинатального поражения нервной системы.

МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ НЕВРОПАТИЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Литвиненко И.В., Булатов А.Р., Журбин Е.А.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Ежегодно в Российской Федерации регистрируется более 12 млн. травм различных по характеру и локализации, из них около 40 % имеют ортопедический профиль. Доля повреждений нервов в структуре всех травм опорно-двигательного аппарата составляет 3 – 14 %. Повреждение периферического нерва может иметь потенциально разрушительное воздействие на качество жизни пациента и приводить к тяжелой инвалидизации с существенными социальными и личностными последствиями. Современные экспериментальные исследования в области регенерации периферических нервов направлены на ускорение процессов восстановления с помощью фармакологических препаратов, сложных биоинженерных способов, плюрипотентных стволовых клеток и генной терапии. Среди множества препаратов, используемых в восстановительном периоде после операций, выделяется левокарнитин (Элькар) – препарат, оказывающий нейротрофическое действие, тормозящий апоптоз, ограничивающий зону поражения и восстанавливающий структуру нервной ткани.

Цель исследования – оценить в восстановительном периоде после хирургических вмешательств действие левокарнитина на модуляцию регенерации периферических нервов при их травматических поражениях.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 20 больных в восстановительном периоде после хирургических вмешательств вследствие травм периферических нервов: 15 (75 %) мужчин и 5 (25 %) женщин, средний возраст составил $35,8 \pm 3,4$ года. Традиционную терапию (нестероидные противовоспалительные средства, витамины группы В (В1, В6, В12), ингибиторы холинэстеразы, физиотерапия) получали 12 человек контрольной группы, 8 человек основной группы наряду с традиционной терапией дополнительно получали левокарнитин (первые 10 дней внутривенно по 1 г 1 раз в день, последующие 20 дней в виде сиропа 1,8 г/сут. Продолжительность наблюдения составила 30 суток.

Всем пациентам до начала и в процессе лечения проводилось неврологическое обследование, электронейромиография с оценкой скорости проведения импульса, амплитуды М-ответа, ультразвуковое исследование, цифровой рейтинговой оценке боли (NRS), тестирование по шкале оценки результатов двигательной функции и чувствительности (Шевелев И.Н., 2011), шкале невропатических нарушений (NIS).

Результаты и их обсуждение. В результате исследования была получена положительная динамика в обеих группах в виде уменьшения количества жалоб и регресс патологических изменений в неврологическом статусе. В группе пациентов, принимавших дополнительно Элькар, улучшения достоверно ($p < 0,05$) оказались более выраженными. К 30-му дню терапии достоверно уменьшились выраженность чувствительных расстройств, пареза, болевого синдрома, выросли амплитуда М-ответа и скорость проведения импульса по пораженным нервам ($p < 0,05$), по данным УЗИ уменьшилась отечность стволов нервов.

Заключение. Таким образом, установлено, что применение Элькара в комплексном лечении пациентов в восстановительном периоде после хирургических вмешательств по поводу травматических невропатий по ряду субъективных и объективных параметров, выявляет значительную позитивную динамику в отличие от больных, получавших традиционную терапию.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ СПЕКТРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА СРЕДНЕГО МОЗГА ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА И ИХ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ТЕРАПИИ ЛЕВАДОПОЙ

Литвиненко И.В., Труфанов А.Г., Юрин А.А., Воронков Л.В.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: оценить влияние леводопатерапии на обмен основных метаболитов в базальных ганглиях и черной субстанции пациентов с болезнью Паркинсона методом МР-спектроскопии.

Материалы и методы. Всего нами был обследован 21 больной с идиопатической болезнью Паркинсона, выставленной согласно критериям Британского банка мозга. В исследование были включены пациенты со 2,5 и 3 стадиями по Хен/Яру, из них 7 пациентов имели акинетико-ригидную форму заболевания (33,5%), остальные – смешанную форму БП (66,5%). В исследование включались пациенты, не получавшие до этого дофаминергическую терапию. Протокол обследования состоял из клинической оценки состояния больных с определением стадии болезни, выполнения МРТ исследования на магнитно-резонансном томографе фирмы Siemens с индукцией магнитного поля 1,5 Тл. По полученным нативным МР-изображениям выставлялась многовоксельная спектроскопическая сетка на область базальных ганглиев. С помощью встроенного постпроцессингового обеспечения строились метаболические карты и анализировались уровни основных метаболитов: N-ацетиласпартата, холина, креатина, креатинфосфата, инозитола, глутамата, лактата и цитрата. Всего проводилось 2 исследования. Первое – непосредственно перед началом терапии леводопой и второе – через 3 месяца постоянного приема.

Результаты. Нами были получены достоверные различия в содержании N-ацетиласпартата в черной субстанции на фоне лечения леводопой ($p < 0,05$). В случае всех остальных метаболитов достоверных различий выявлено не было ($p > 0,05$). Отмечалось значительное увеличение концентрации N-ацетиласпартата в контралатеральной дебюту заболевания черной субстанции.

Обсуждение. Полученные данные свидетельствуют о положительном влиянии препаратов леводопы на клеточный метаболизм нигральных нейронов. Основным фактом является выраженное увеличение концентрации N-ацетиласпартата в проекции черной субстанции, что приводит к повышению функциональной активности нейронов.

Одним из моментов является улучшение аксональной передачи путем накопления N-ацетиласпартата в пресинаптических пулах, а также его распределения по ходу проводящих путей белого вещества.

Кроме этого улучшается митохондриальная функция нигральных нейронов, ответственная за производство N-ацетиласпартата. Как следствие, улучшаются процессы аэробного окисления и повышается жизнеспособность нейронов. Возможно, это один из факторов, обуславливающих замедление гибели клеток черной субстанции при назначении препаратов леводопы и обеспечивающих увеличение выживаемости пациентов.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ПО ДАННЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ

Литвиненко И.В., Юрин А.А., Труфанов А.Г., Воробьев С.В.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Травматические повреждения головного мозга представляют одну из наиболее актуальных форм неврологической патологии. Особенно актуальна проблема ЧМТ для военной неврологии. Большую часть нейротравм составляют черепно-мозговые травмы легкой и средней степени тяжести. Несмотря на то, что в большинстве случаев после подобных травм наблюдается полное восстановление, нередко в периоде последствий имеется когнитивная дисфункция от минимального когнитивного дефицита до умеренных когнитивных нарушений, астенический синдром, различные аффективные расстройства.

Цель исследования: оценить клиническую картину и нейрофизиологические показатели у пациентов при черепно-мозговой травме.

Материалы и методы: В исследование включено 35 пациентов в остром периоде сотрясения головного мозга, 15 пациентов с ушибом головного мозга легкой степени тяжести и 28 пациентов с ушибом головного мозга средней степени тяжести в подостром периоде. Всем исследуемым проводился стандартный неврологический осмотр и нейропсихологическое тестирование. Кроме того, с помощью магнитной стимуляции измерялся порог моторного ответа, амплитуда моторного ответа, показатели времени центрального моторного проведения и показатель коротколатентного афферентного торможения.

Результаты и обсуждения: при черепно-мозговой травме по данным транскраниальной магнитной стимуляции выявляются качественно схожие нейрофизиологические изменения, отличающиеся количественно в зависимости от тяжести травмы и периода травматической болезни головного мозга. Это повышение и увеличение межполушарной асимметрии порогов моторного ответа до 15 % от мощности магнитного стимулятора с обеих сторон, повышение разброса амплитуд при исследовании коротко-латентного афферентного торможения и увеличение амплитуд моторного ответа при исследовании методом парных импульсов, что указывает на нарушение коротко-латентного афферентного торможения и, соответственно на дисфункцию ГАМК- и холинэргических нейро-

медиаторных систем. Отмечено, что наиболее выраженное изменение показателя коротко-латентного афферентного торможения выявлялось в остром периоде травмы, а при последующих исследованиях (на 21 сутки после СГМ, на 2 месяц после ушиба головного мозга легкой и средней степени тяжести) эти показатели уменьшались. В группах пациентов с УГМ (легкой и средней степени тяжести) показатель коротко-латентного афферентного торможения не достигал нормальных значений и достоверно отличался от показателей группы контроля ($p=0,0005$).

НОВЫЕ МЕТОДЫ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРИ ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Литвиненко И.В., Юрин А.А., Труфанов А.Г., Воробьев С.В., Ефимцев А.Ю.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: оценить возможности применения методики SWI-взвешенных изображений в диагностике легкой черепно-мозговой травмы.

Материалы и методы. Всего нами было обследовано 35 пациентов с установленным диагнозом сотрясение головного мозга. Средний возраст составил $26,7 \pm 4,5$ лет. Нейровизуализация выполнялась в остром периоде, не позднее 3 суток от момента получения травмы, на магнитно-резонансном томографе Magnetom Trio A Tim (SIEMENS, Германия) с индукцией магнитного поля 3,0 Тесла, с получением стандартных T1-ВИ, T2-ВИ. Кроме этого, всем пациентам проводился протокол SWI. Анализировались локализация, объем повреждений по данным стандартных изображений и по данным протокола SWI.

Результаты. В результате нейровизуализации на стандартных T1 и T2 взвешенных изображениях очаговых изменений вещества головного мозга выявлено не было ни у одного пациента. Однако при применении методики SWI взвешенных изображений у 7 пациентов (20 %) были выявлены очаги микрокровоизлияний. Эти очаги располагались перивентрикулярно у 3 пациентов, в белом веществе лобных долей у 2 пациентов и в области базальных ганглиев у 2 пациентов. Визуализация данных очагов микрокровоизлияний позволила подтвердить наличие макроструктурных повреждений вещества головного мозга травматического характера и изменить диагноз пациентов на ушиб головного мозга легкой степени тяжести.

Обсуждение. В настоящее время стандартом нейровизуализации при черепно-мозговой травме является компьютерная томография. Однако при компьютерной томографии визуализируются лишь крупные очаги ушиба головного мозга, гематомы, отек головного мозга, переломы костей черепа. Несомненно, в условиях дефицита времени в остром периоде травмы компьютерная томография является методом выбора. Однако полученные сведения указывают на недостаточную информативность не только компьютерной томографии, но и магнитно-резонансной томографии с получением стандартных T1 и T2 взвешенных изображений. Методика SWI взвешенных изображений позволяет визуализировать небольшие очаги микрокровоизлияний, которые не видны при использовании стандартных протоколов компьютерной и магнитно-резонансной томографии. В ряде случаев эта методика является единственной способной подтвердить наличие макроструктурных повреждений вещества головного мозга, что позволяет установить диагноз ушиба головного мозга.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Маджидова Ё.Н., Саидова Д.П.

ТашПМИ, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Особенности сосудистой патологии при вертебро-базиллярной недостаточности является развитие атеросклероза сосудов головного мозга. Вертебро-базиллярная недостаточность (ВБН) – ухудшение функционирования мозга из-за ослабления кровотока в базиллярной и позвоночных артериях. Больше всего ВБН подвержены те люди, у которых диагностирован остеохондроз, при котором возникает дисциркуляция (снижение кровотока) крови в позвоночных артериях. Каждый третий больной остеохондрозом подвержен вертебро-базиллярной недостаточности.

Цель исследования. Изучить особенности нарушений церебральной гемодинамики у больных с вертебро-базиллярной недостаточностью.

Материал и методы исследования. Обследовано 20 пациентов, которым была проведена ультразвуковая доплерография брахицефального ствола с изучением выраженности атеросклеротических изменений сосудов. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – пациенты с длительностью ВБН до 7 лет; 2 группа – пациенты с длительностью ВБН более 7 лет.

Результаты. У пациентов I группы с длительностью ВБН до 7 лет показатели кровотока характеризуют атеросклеротические поражения в брахицефальных артериях, преимущественно в экстракраниальных сосудах, начальный стенозирующий процесс в них, и высокий тонус интракраниальных магистральных артерий с различной степени выраженности вазоспазмом артерий малого калибра. При длительности ВБН более 7 лет гемодинамические нарушения коррелируют с нарастанием атеросклеротического стенозирующего процесса, как в экстракраниальных, так и в интракраниальных сосудах. У пациентов отмечается снижение мозговой перфузии, с элементами обкрадывания в интракраниальных артериях, затруднённой перфузии по внутренним сонным артериям с развитием хронической недостаточностью МК.

Вывод. Основными проявлениями головокружений при ВБН являются динамические нарушения мозгового кровообращения или хроническая мозговая недостаточность кровотока. Полученные данные позволяют рассматривать варианты морфологического поражения сосудов, характеризовать выраженность и продолжительность нарушений церебрального кровообращения, что тесно коррелирует с характером и степенью поражения мозга и имеет важное прогностическое значение в дополнительной коррекции медикаментозной терапии.

ОСОБЕННОСТИ И ЧАСТОТА НАРУШЕНИЙ СЛУХА У ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Маджидова Ё.Н., Темирова М.К.

ТашПМИ, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Введение. Слуховые нарушения представляют, на данный момент, важнейшую медико-социальную проблему и являются актуальной проблемой неврологии, особенно в педиатрии. По данным различных исследователей, патологией уха страдает от 6

до 36 % населения земного шара, из них у 60-80 % имеются нейросенсорные нарушения слуха (поражение рецепторного отдела улитки внутреннего уха). Глухота является самым частым дефектом сенсорных систем у детей и встречается в 1:750 случаев (Tranebjaerg L., 2000).

Цель исследования. Изучить особенности и частоту нарушений слуха у детей при инфекционно-воспалительных заболеваниях нервной системы.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 40 детей в возрасте до 5 лет со слуховыми нарушениями в связи с перенесенным менингитом, энцефалитом и менингоэнцефалитом, находящиеся на стационарном лечении в отделении неврологии ТашПМИ. Больным проведено клиничко-неврологическое обследование и регистрация коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП).

Результаты исследования. При обследовании установлен диагноз менингит у 10 (25 %) больных, энцефалит – у 10 (25 %) и менингоэнцефалит – у 20 (50 %) больных. При регистрации слуховых вызванных потенциалов полная глухота на оба уха отмечалась у 20 детей (50 %), глухота на одно ухо – у 5 (12,5 %), тугоухость – у 15 детей (37,5 %).

При определении степени нарушения слуха были получены следующие результаты: тугоухость I степени отмечалась у 2 (4,6 %) больных, II степени – у 2 (4,6 %), III степени – у 3 (37,5 %), IV степени – 8 (53,3 %). Следует отметить, что у большинства детей отмечалась рассеянная органическая неврологическая симптоматика, в виде центральной недостаточности VII и XII пар черепных нервов, анизорефлексии, оживления сухожильных рефлексов. Все дети в обследованной группе страдали задержкой когнитивной сферы и психоречевого развития.

Характерные волны КСВП в диапазоне 25-40 дБ отмечались у обследованных пациентов, имеющих I степень тугоухости, при II степени тугоухости их значения находились в пределах 40-55 дБ, при III степени тугоухости – 55-70 дБ, при IV степени тугоухости – 70-90 дБ, соответственно. Показатели латентности волн КСВП данной группы больных оказались достаточно близкими для того, чтобы провести усреднение полученных данных.

Вывод. При инфекционно-воспалительных заболеваниях нервной системы одним из осложнений является различная степень тугоухости, которая сопровождается рядом когнитивных и психоречевых нарушений, требующих коррекции. Показатели латентности волн КСВП могут служить диагностическим маркером в диагностике слуховых нарушений у детей.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ТУРЕТТА (ПЕРВЫЙ ОПЫТ)

Нарышкин А.Г., Галанин И.В., Скоромец Т.А.

СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

С момента появления первых психотропных препаратов и до сегодняшнего дня около 30 % больных, страдающих различными расстройствами ЦНС, остаются полностью (или частично) резистентными к медикаментозной терапии. Помимо этого существует целая группа психических расстройств, устойчивых к воздействию медикаментозной терапии и синдром Туретта является одним из них. Считается, что в основе патогенеза синдрома Туретта лежат нарушения дофаминергических и холинергических процессов, возникающих на фоне функциональной недостаточности подкорковых структур. Наиболее часто (примерно в 80 % случаев) встречающиеся особенности

течения (волнообразность, прогрессивность, аффективная неустойчивость, усиление симптоматики при любом напряжении или попытках задержки проявлений болезни) связывают с этапами морфологического созревания головного мозга.

Низкая эффективность медикаментозной терапии при лечении синдрома Туретта, постоянно заставляла искать альтернативные методы лечения этого заболевания. Последние десятилетия постоянно предпринимались непрекращающиеся попытки применения различных стереотаксических нейрохирургических методов: коагуляция роstralного интраламинарного и медиального таламических ядер, зубчатого ядра мозжечка, субкаудатная тректомия, капсулотомия или лоботомия. Однако все эти методы были достаточно травматичными и ни один из них не обеспечивал стойкого положительного эффекта. Неудовлетворенность сложившейся ситуацией инициировала появление новых, более щадящих методов лечения этого заболевания: стимуляция блуждающего нерва (VNS), транскраниальная магнитная стимуляция (ТКМС), глубокая мозговая стимуляция со стереотаксической имплантацией электродов (DBS) и транстимпанальная химическая вестибулярная дерецепция (ТТХВД). Все эти методы относятся к нейромодулятивным и активно влияют на процессы нейропластичности, при этом ТТХВД выгодно отличается от всех не только недорогостоятельностью и простотой в исполнении, но и более высокой эффективностью, которая была неоднократно продемонстрирована при лечении различных поражений ЦНС.

Мы впервые применили метод ТТХВД у пациентки, страдающей синдромом Туретта с трех лет. Заболевание дебютировало простыми транзиторными тиками, с 11 лет присоединились голосовые тики. И в дальнейшем оно продолжало постепенно прогрессировать. Простые двигательные и голосовые тики переросли в сложные и стали постоянными. В связи с этим, пациентка была вынуждена оставить учебу, практически перестала выходить из дома. При этом она с 7 лет постоянно принимала медикаментозную терапию в различных сочетаниях: нейролептики, анксиолитики и антидепрессанты (последний год перед поступлением в отделение в субтоксических дозах) – без видимого эффекта. При поступлении, выраженность симптоматики по шкале Йеля-Брауна – 32 балла. В отделении, на фоне постепенной отмены медикаментозной терапии, было проведено три процедуры ТТХВД слева. Уже после проведения первой процедуры отмечалось значительное уменьшение проявлений заболевания, а после окончания курса они практически полностью регрессировали (13 баллов по шкале Йеля-Брауна). Последующие 8 месяцев после выписки состояние пациентки остается хорошим. Компульсивные проявления полностью исчезли. Пациентка вернулась к активному образу жизни, возобновила учебу. Поддерживающая медикаментозная терапия исчерпывается двукратным приемом клоназепама (по 0,001).

Таким образом, не смотря на сравнительно короткий анамнез, применение ТТХВД при синдроме Туретта, помимо выраженного клинического улучшения, позволило значительно уменьшить количество принимаемых лекарств. Фактически исчезла, имевшаяся ранее, медикаментозная резистентность и значительно улучшилось качество жизни пациентки. Дальнейшее изучение механизмов и результатов применения ТТХВД при болезни Туретта, даст возможность более широкого применения этого метода.

АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДЕРЕЦЕПЦИИ

Нарышкин А.Г.^{1,2,3}, Горелик А.Л.^{1,2}, Галанин И.В.¹, Скоромец Т.А.¹, Егоров А.Ю.^{2,3,4}

¹СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, ²ИЭФБ им. И.М. Сеченова РАН,

³СЗГМУ им. И.И. Мечникова, ⁴СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

Современная медицинская доктрина при патологических состояниях головного мозга заключается в «навязывании» ему кажущихся нам целесообразными стратегий компенсации патологического дефекта. При этом все воздействия рассчитаны на непосредственное вмешательство в работу головного мозга (фармакотерапия, глубокая стимуляция, транскраниальная микрополяризация, магнитная стимуляция и др.). Современная неврология и психиатрии, рассматривая заболевания головного мозга, прочно стоит на позициях «центризма». Общепризнанно, что мозг – сложно организованная мультимодальная система. Считается, что все патологические проявления на периферии (симптоматика) связаны с дисрегуляторными процессами именно в самом мозге.

Начиная с экспериментальных работ Мари-Жан-Пьер Флуранса (1794-1867) в теоретической неврологии стали обсуждаться вопросы взаимоотношений центра и периферии, в разработку которых внесли большой вклад А. Bethe, П.К. Анохин. Результаты их работ свидетельствовали о способности ЦНС радикально изменять свои функции под влиянием различных «перешиваний» периферических нервов. И уже в 1931 году А. Bethe предложил термин пластичность (приспособляемость) центральной нервной системы. Работы П.К. Анохина положили начало развитию системного подхода в физиологии, который в недостаточной степени применяется в современной неврологии. По представлениям П.К. Анохина в системе выделяются три основных звена: 1) блок афферентного синтеза, 2) блок принятия решения, 3) акцептор действия. При этом системообразующим является блок афферентного синтеза. Мы предположили, что проявления патологии головного мозга объясняются формированием патологической функциональной системы (ПФС), которая как и физиологическая функциональная система (ФФС) состоит также из трех описанных блоков. Деятельность ФФС, направлена на удовлетворение определенной физиологической потребности, по удовлетворении которой система дезактуализируется и распадается. ПФС же является константным образованием и экспансирует свои проявления в виде нарастания симптоматики. Современные теоретические представления о заболеваниях головного мозга не принимают в расчет блок афферентного синтеза ПФС и не учитывают возможность воздействовать на него с целью достижения лечебного эффекта. Тем не менее, уже Н.А. Бернштейн (1947) показал, что можно нормализовать некоторые нарушенные функции при болезни Паркинсона, изменяя конструкцию зрительного поля (влияние разлинованного поля на процесс ходьбы), т.е., изменяя свойства афферентных потоков.

Согласно закону диссолюции Д.Х. Джексона при патологии ЦНС сформированная ПФС приобретает более примитивные свойства в фило- и онтогенетическом плане. Сказанное, по нашему мнению, относится, как к ее центральным звеньям, так и блоку афферентного синтеза. В онтогенетическом и филогенетическом отношениях наиболее ранней является вестибулярная афферентация, имеющая прямое отношение к гравитационной чувствительности.

Гравитационную чувствительность следует считать базовой по отношению ко всем остальным видам сенсорики. Следовательно, в процессах сенсорного синтеза при патологии головного мозга она должна приобретать ведущее значение. Именно этим мы объясняем эффективность вестибулярной дерецепции (ВД) при многих патологиях головного

мозга. К ним относятся спастическая кривошея, торсионная дистония, паркинсонизм, эссенциальный тремор, поздняя дискинезия, хорея Гентингтона, спастический гемипарез, вегетативное состояние, амнестический синдром, шизофренический дефект. На основании изучения пространственной организации (ПО) ЭЭГ положительный эффект ВД можно объяснить усилением ассоциативных процессов головного мозга за счет актуализации других видов сенсорики. В ПО ЭЭГ после ВД отмечается появление транскаллозальных межполушарных связей между передними и задними ассоциативными зонами. Механизм вестибулярной дерецепции в отличие от всех других современных методов лечения заключается в том, что мозг «самостоятельно выбирает» тактику компенсации в зависимости от интрацеребральных отношений сложившихся при той или иной патологии.

ПРИМЕНЕНИЕ МОДИФИКАЦИИ ЭЭГ-ПРОБЫ НА ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИОННУЮ НАГРУЗКУ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Росман С.В.

ОКПНД, г. Тверь, Россия

Цель исследования. Изучение диагностических возможностей дисперсионных изменений амплитудно-частотных характеристик альфа-ритма при гипервентиляционной ЭЭГ-пробе с различными формами психопатологии.

Материалы и методы. Методом стандартного ЭЭГ-исследования с расположением электродов по международной схеме «10-20 %» с применением гипервентиляционной пробы с числом углублённых дыхательных движений 16-20 в 1 мин. были обследованы 548 молодых и зрелых мужчин с различными видами психопатологии; контрольную группу составили 44 условно здоровых молодых мужчины.

Результат. Полученные результаты в виде дисперсионных индексов и дисперсионных картограмм амплитудно-частотных характеристик альфа-ритма были проанализированы и распределены по сходным признакам на несколько групп, которые представляли собой типы реакции на ЭЭГ-пробу с гипервентиляцией (ГВ-пробу), имеющие при математическом анализе дисперсионных индексов альфа-ритма диаметрально противоположные характеристики, а при визуальной оценке дисперсионных картограмм – специфические паттерны изменения частотных составляющих.

1. Эндогенный тип характеризовался усилением пространственной распространенности частотных составляющих альфа-ритма и увеличением количества зон модального преобладания, не совпадающих по частоте в разных регионах конвексии головы. Это проявлялось уменьшением модально-частотных и дисперсионных индексов и расширением модальной зоны в сторону уменьшения модальной частоты вплоть до её исчезновения на дисперсионной картограмме.

2. Экзогенный тип характеризовался сужением пространственной распространенности частотных составляющих альфа-ритма с уменьшением количества зон модального преобладания и сближения их по частоте в разных регионах конвексии головы. Это проявлялось увеличением модально-частотных и дисперсионных индексов и сокращением модальной зоны вплоть до установления «суперсинхронности» на дисперсионной картограмме.

3. Нейтральный тип характеризовался отсутствием изменений основных дисперсионных параметров амплитудно-частотных характеристик альфа-ритма и неизменённым паттерном дисперсионной картограммы.

4. Смешанный тип не имел чётко определённых признаков первых двух типов.

Установлено, что выявленные типы реакций на ГВ-пробу, помимо статистически достоверных верифицированных параметров в виде изменения индексов дисперсии альфа-ритма и визуальных признаков на дисперсионной картограмме, имели определённые корреляционные соответствия различным видам психических заболеваний. Эндогенный тип в чаще встречался среди заболеваний шизоидного круга, экзогенный тип среди заболеваний сосудистого, токсического и травматического генеза; нейтральный тип более характерен для интактного мозга; смешанный тип встречался относительно редко, при тяжёлых и сочетанных видах психических заболеваний.

Выводы. Применение дисперсионного анализа амплитудно-частотных характеристик альфа-ритма в гипервентиляционной ЭЭГ-пробе позволяет выявить и верифицировать специфические функциональные особенности нейронной сети головного мозга при различных формах психических заболеваний. Выявление принадлежности исследуемой нейронной сети к определённому типу по результатам ГВ-пробы является объективным методом и может быть использовано в ранней диагностике психических заболеваний и изучении их патогенеза.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТИМУЛЯЦИИ БЛУЖДАЮЩЕГО НЕРВА ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Скоромец Т.А., Второв А.В., Клочков М.Н., Нарышкин А.Г., Галанин И.В.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

В связи с неуклонно увеличивающимся количеством терапевтически резистентных больных, все больше внимания уделяется разработке новых методов лечения таких пациентов. В литературе эти методы объединяются под общим названием нейромодуляция, а их действие основано на активации процессов нейропластичности. Одним из таких методов является имплантация стимулятора блуждающего нерва (VNS). Известно, что блуждающий нерв (n. vagus) связан с центральной нервной системой через вегетативный отдел нервной системы. При этом свыше 90 % информации проходящей по блуждающему нерву направлено от энтеральной нервной системы к продолговатому мозгу и далее к базальным ганглиям головного мозга. Хотя механизм действия VNS, обеспечивающий позитивные изменения, остается неясным, это не мешает его широкому применению во всем мире.

Имплантация вагостимулятора, как метода лечения при терапевтически резистентных формах эпилепсии, была разрешена в 1994 г. в Европе и в 1997 г. в США. Тогда же впервые было отмечено уменьшение депрессивной симптоматики, в тех случаях, когда она была коморбидна с судорожным синдромом. В результате многолетнего исследования этого феномена, в июле 2005 г. было разрешено применение VNS при резистентных депрессивных состояниях с моно или биполярным типом течения в США, а в 2008 г. и в европейских странах. В нашей стране использование этого метода началось несколько позднее.

Техника операции заключается в имплантации вагостимулятора (генератора электрического тока), который через вживленные электроды подает на ствол левого блуждающего нерва электрические разряды низкой частоты. Характеристики мощности и частоты подаваемых импульсов зависят от программатора. Необходимые параметры устанавливаются (и при необходимости изменяются) сертифицированным специалистом. Обычно применяемые в клинике параметры, это частота в 20 Hz, сила тока 0,25 mA,

стимуляция производится в течение 30 сек каждые 5 мин. Отделение нейрохирургии имеет более чем 6-летний опыт применения VNS при резистентных формах эпилепсии. За этот период, методом VNS пролечено более 60 больных. Лишь в 6 % случаев состояние пациентов оставалось без изменений. У 94 % пациентов был отмечен положительный результат в виде сокращения частоты приступов (более чем в 2 раза), снижения их продолжительности и тяжести, укорочения постиктального периода. Результаты оценивались по шкале Энгеля. Через год, после применения VNS, в 7 % случаев приступы полностью редуцировались, еще у 56 % пациентов частота приступов сократилась вдвое, а у остальных пациентов отмечалось сокращение приступов менее чем на 50 %. Полученные данные коррелировали с результатами ЭЭГ. Достигнутый эффект позволял значительно сократить прием противосудорожной терапии.

Помимо пациентов с резистентными формами эпилепсии, впервые в России, метод VNS был применен у двух пациентов, страдающих затяжными формами фармакорезистентной депрессии. У обоих больных был получен клинически выраженный положительный результат, подтвержденный результатами тестирования по шкале Гамильтона. Катамнез длительностью более трех лет позволяет говорить о достаточно высокой эффективности используемого метода.

Таким образом, VNS является высокоэффективным методом лечения некоторых патологических состояний головного мозга. Этот феномен можно объяснить её влиянием на нейропластические процессы в нейрональной сети взаимосвязанных между собой структур. Дальнейшее развитие этого направления не только значительно расширит возможности лечения, но и откроет новые перспективы в понимании патогенеза эпилепсии и психических расстройств.

СТРАТИФИКАЦИЯ КОРЫ БОЛЬШОГО МОЗГА В УСЛОВИЯХ ПРЕНАТАЛЬНОЙ АЛКОГОЛИЗАЦИИ И ГИПОКСИИ

Солонский А.В., Кудренко А.С.

НИИ психического здоровья ТНИМЦ РАН, г. Томск, Россия

Интерес к эмбриональному периоду связан со стремлением выяснить принцип организации и взаимосвязи формирующихся нервных и глиальных клеток, их контактов, поскольку от этого в дальнейшем зависят сложнейшие функции головного мозга. Доказана чрезвычайно важная роль ранних этапов постнатального периода онтогенеза в развитии мозга. Развитие и свойства головного мозга определяется прежде всего генетическими факторами. Основными факторами, вызывающими повреждение нервной системы плода, новорожденного, а в дальнейшем и младенца, являются внутриутробная гипоксия, родовая травма, асфиксия в родах, нарушение мозгового кровообращения, инфекции, экзогенные токсические вещества и генетические нарушения. Материалом исследования послужил головной мозг 26 эмбрионов 7-12 недель развития, полученных от женщин, страдающих алкоголизмом, а также 30 детей обоего пола, погибших анте-, интра- и постнатально в течение первых 2-х месяцев жизни от причин, не связанных с патологией головного мозга. Основными методами исследований послужили: фиксация мозга, электронная микроскопия, окраска гематоксилином и эозином, тионином по Нисслю, микрофотографирование, цитометрия, вариационно-статистический метод (ранговый дисперсионный анализ ANOVA Краскела-Уоллиса, двухвыборочный критерий Колмогорова-Смирнова, критерий Мнна-Уитни, корреляционный анализ по методу

Спирмена, точный двусторонний критерий Фишера). Классификация нервных клеток коры больших полушарий и таламуса, определение степени их зрелости проводилась по Ю.М. Жаботинскому в модификации В.В. Семченко, что позволяет по состоянию вещества Ниссля наиболее полно оценить структурно-функциональные изменения нейронов. Выявленные нейроморфологические изменения коры большого мозга у детей изученных сроков гестации при гипоксии оказались во многом сходными с таковыми при внутриутробной алкогольной интоксикации. У детей с задержкой внутриутробного развития и нормотрофиков со сроком гестации 28-37 недель, умерших антенатально, интранатально и в течение первых суток жизни, в поверхностных слоях коры большого мозга в предцентральной и постцентральной извилинах отмечается наслаивание клеток друг на друга, отсутствует дифференцировка на слои, редко выявляются пирамидные клетки. С увеличением срока постнатального развития усложняется форма клеточных группировок и возрастает количество нейронов, входящих в их состав.

В коре большого мозга пред- и постцентральной извилин у детей с задержкой внутриутробного развития и нормотрофиков со сроком гестации 38-42 недели, проживших 8 суток – 2 месяца, ширина межклеточного пространства в 1,5 раза больше, чем у детей со сроком гестации 28-37 недели, умерших антенатально и интранатально. В коре большого мозга постцентральной извилины у детей с задержкой внутриутробного развития и нормотрофиков со сроком гестации 38-42 недели, проживших 8 суток – 2 месяца, площадь нейронов в 2,2 раза больше, чем в постцентральной извилине у детей с задержкой внутриутробного развития и нормотрофиков со сроком гестации 28-37 недель, умерших антенатально и интранатально.

У плодов с задержкой внутриутробного развития и нормотрофиков со сроком внутриутробного развития 28-42 недели, умерших ante-, интранатально и в течение 2 месяцев постнатального периода, отмечается межполушарная асимметрия: площадь нейронов в коре большого мозга постцентральной извилины правого полушария на 4,9 % больше площади нейронов в коре мозга левого полушария, площадь клеточных группировок коры мозга прецентральной извилины правого полушария на 15 % больше площади клеток неокортекса левого полушария.

НЕЙРОПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПОТТЕРНЫ ПОСЛЕ ПРЕНАТАЛЬНОЙ МОДУЛЯЦИИ АКТИВНОСТИ ХОЛИНЕРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ МОЗГА

Сташина Е.В., Гаврилов Н.А., Байрамов А.А., Шабанов П.Д.

ИЭМ, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Механизм действия многих химических факторов на развивающийся мозг плода в раннем онтогенезе в большинстве случаев опосредован нарушениями процессов формирования и функционирования нейромедиаторных систем мозга, в том числе холинергической системы (ХС), функция которой в пределах ЦНС сопряжена с процессами памяти, обучения и поведения. Различные нейрохимические изменения в эмбриональном мозге обуславливают развитие функциональных нарушений и поведенческих расстройств у взрослого потомства.

Цель исследования: изучение влияния пренатального применения центральных М- и Н-холинолитиков на процессы обучения и памяти крыс при формировании и воспроизведении у них условного рефлекса активного избегания (УРАИ).

Материалы и методы. Беременным самкам на разных сроках гестации (9-11, 12-14 и 17-19 сутки беременности) производили трёхразовые внутримышечные инъекции (1 раз в день) Н-холиноблокатора ганглерона (диэтиламино-1,2-диметилпропилового эфира пара-изобутоксibenзоат-НCl) в дозе 10 мг/кг, а другой группе самок в эти же сроки вводили М-холиноблокатора метамизил (хлоргидрат 1,2-диэтиламиноизопропилового эфира бензойной кислоты) в дозе 2 мг/кг (соответственно группы М- или Г-10, -13 и -18). У половозрелых потомств самок крыс исследовали когнитивные функции в тесте УРАИ в челночной камере (Ugo Basile, Италия). Обучение проводили в течении 5 дней. Тестирование сохранения выработанного УРАИ осуществляли спустя 5 дней.

Результаты и их обсуждение. При анализе динамики формирования УРАИ было установлено, что введение метамизила в пренатальном периоде у группы М-10 и М-13 количество правильных ответов на 4 и 5-й дни обучения достоверно не отличалось от показателей контрольной группы, тогда как у самцов М-18 начиная с 4-го дня обучения, наблюдалась более низкая динамика правильных ответов по сравнению с контролем и группами М-10 и М-13. В группах с ганглероном Г-10 и Г-18 количество правильных ответов практически не отличалось от контрольной группы, тогда как у крыс Г-13, начиная с 4-го дня обучения, наблюдался достоверно более низкий уровень воспроизведения УРАИ. Результат сохранности выработанного навыка УРАИ у крыс через 5 дней после последнего сеанса обучения показал достоверно низкий уровень воспроизведения в группах Г-10, Г-13 и М-18 по сравнению с контролем.

Заключение. Модуляции активности М-холинорецепторов на 18 день гестации и Н-холинорецепторов на 10 и 13 дни гестации оказывает угнетающее действие на процессы обучения и памяти у потомства половозрелых крыс при формировании и воспроизведении у них УРАИ.

ЦИТОФЛАВИН И КАВИНТОН – ДВА УНИКАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТА

Трофимова С.А., Балунев О.А., Дубинина Е.Е., Леонова Н.В.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Устойчивость организма к воздействию свободных радикалов определяется резервными возможностями антиоксидантной (АОС) и иммунной систем организма. При длительном и чрезмерном воздействии активных форм кислорода (АФК) активность АОС снижается, происходит накопление свободных радикалов, которые повреждают клетки. Результатом повышенного образования АФК является избыточная, и не контролируемая в этих условиях, активация процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ). Это ведет к дальнейшему повышению уровня свободнорадикальной реакции и является пусковым фактором индукции апоптоза. АФК и продукты ПОЛ способствуют избыточной выработке и высвобождению ряда провоспалительных цитокинов (фактора некроза опухолей, интерлейкина-1, интерлейкина-6) и медиаторов воспаления (гистамина, брадикинина, серотонина), производных арахидоновой кислоты (лейкотриенов, простагландинов и тромбоксанов). Многочисленные исследования свидетельствуют, что процессы свободнорадикального окисления лежат в основе патогенеза многих хронических заболеваний. Токсическое повреждение нейронов активными формами кислорода и продуктами ПОЛ рассматривается в качестве основного механизма при нейродегенеративных заболеваниях головного мозга (рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, хорея Геттингтона, болезнь Альцгеймера и др.)

Для поддержания клеточного гомеостаза необходим баланс между образованием свободнорадикальных продуктов и способностью организма их нейтрализовать. Повышенная выработка АФК может быть снижена посредством их трансформации в неактивные соединения в результате быстрой нейтрализации антиоксидантами.

Учитывая специфику свободнорадикальных процессов, их многообразие и разнонаправленное изменение активности компонентов антиоксидантной защиты встает вопрос о необходимости дифференцированного подхода а выбору антиоксидантной терапии. В литературе нет однозначных данных об эффективности антиоксидантов в лечении сформировавшегося состояния хронического окислительного стресса у пациентов с нейродегенеративными заболеваниями, показателем которого является повышение ПОЛ и снижение активности ферментов-антиоксидантов. Мы считаем, что для достижения положительного антиоксидантного эффекта, особенно в условиях хронического окислительного стресса, очевидной является необходимость поиска быстродействующих, высокоэффективных средств антиоксидантной защиты, обладающих высоким сродством к ткани мозга, достаточной терапевтической специфичностью и полифункциональным действием. В этих условиях вполне оправданным будет применение антиоксидантной терапии с использованием нескольких препаратов с различными механизмами действия.

С целью выяснения возможных механизмов антиоксидантной активности в опытах *in vitro* на модельных системах нами проведена сравнительная характеристика антиоксидантных и антирадикальных свойств препаратов, которые применяются в лечении пациентов с нейродегенеративной патологией, и проанализировано их разностороннее влияние на процессы свободнорадикального окисления. Нами были проанализированы цитофлавин, кортексин, кавинтон, мексидол, глиатилин, мильгамма, милдронат, люцетам. В исследовании были использованы следующие модельные системы:

1) система генерации АФК в цельной гепаринизированной крови за счет активации нейтрофилов форболмеристатацетатом (ФМА). Образующиеся АФК регистрировали методом хемилюминесценции;

2) система определения стабильного радикала α - α -дифенил- β -пикрилгидразина (ДФПГ) для выявления антирадикальной активности;

3) система генерации супероксидного анион-радикала за счет аутоокисления кверцетина.

Как оказалось, только цитофлавин и кавинтон обладали и антиоксидантной и антирадикальной активностью. В связи с этим представляется целесообразным назначение комбинации препаратов цитофлавин-кавинтон для коррекции сформировавшихся глубоких нарушений в антиоксидантной системе и снижения интенсивности свободнорадикальных процессов у пациентов с нейродегенеративной патологией.

НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННАЯ ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Труфанов А.Г., Юрин А.А., Литвиненко И.В.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: определить нейровизуализационные маркеры развития осложнения при болезни Паркинсона и их прогностическую значимость.

Материал и методы. Всего нами было обследовано 349 больных с идиопатической болезнью Паркинсона, выставленной согласно критериям Британского банка мозга.

В исследование вошли пациенты с 2-4 стадией по Хен/Яру, из них 63,3 % пациентов имели акинетико-ригидную форму заболевания, остальные больные смешанную форму БП (36,7 %). Протокол обследования состоял из клинической оценки состояния больных, выполнения МРТ исследования с индукцией магнитного поля 1,5 Тл, с получением стандартных T1-ВИ, T2-ВИ в коронарной, аксиальной и сагиттальной плоскостях, а также проводился протокол DTI с последующим обсчетом на персональном компьютере с помощью программного обеспечения FreeSurfer. Статистическому анализу подвергались 243 структуры из правого и левого полушария головного мозга. Корреляционные связи рассчитывались с использованием критерия Спирмена. Обработка полученных данных проводилась с использованием пакета Statistica 8.0 компании StatSoft при помощи теста Манна-Уитни.

Результаты. Нами разработаны морфометрические и трактографические критерии, позволяющие указать на повышенный риск развития тех или иных осложнений болезни Паркинсона и выделить отдельных пациентов в группы повышенного риска. Отмечена атрофия коры в определенных функционально значимых зонах головного мозга, уменьшение фракционной анизотропии, объема и длины отдельных трактов, а также возрастание параметров диффузивности анатомических проводящих путей головного мозга. Выявлены особенности поражения коры и проводящих путей головного мозга при таких осложнениях болезни Паркинсона, как деменция, депрессия, нарушения ходьбы высшего уровня и повышенная дневная сонливость. Предложены практические рекомендации по применению метода МР-морфометрии и МР-трактографии для выявления пациентов с высоким риском развития тех или иных осложнений заболевания и своевременной коррекции терапии.

ИЗУЧЕНИЕ И КОРРЕКЦИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ С НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Умарова М.Э., Маджидова Ё.Н., Ниязова М.Т.

ТашПМИ, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Особенности развития эмоциональной сферы могут характеризоваться непониманием и трудностями дифференциации эмоциональных проявлений, окружающих в конкретных ситуациях, в том числе, и в связи с ограничениями в восприятии эмоциональной окраски речи, передаваемой интонацией. Узнавание и понимание эмоций у детей с нарушенным слухом тесно связаны со зрительным восприятием мимики собеседника, что часто без слухового подкрепления приводит к ошибочному или искаженному восприятию реальной ситуации.

У части глухих и слабослышащих детей необоснованно долго сохраняется завышенная самооценка. Это объясняется тем, что с раннего возраста они находятся в зоне положительного оценивания своих достижений со стороны взрослых.

Цель: изучение эмоционально-поведенческих нарушений у детей дошкольного возраста с нейросенсорной тугоухостью.

Материалы и методы. Использовались методы: клиническое наблюдение – общее клиническое, неврологическое, психопатологическое, логопедическое. Также проводились психологический, нейропсихологический анализ и обработка статистических данных.

Результаты. Наблюдалось 75 детей. Выделены две группы наблюдавшихся детей: группа 1 - слабослышащие дети с легким нарушением слуха (54 детей (72,4 %)), группа 2 – слабослышащие дети с умеренным нарушением слуха (21 (27,6 %)).

Эмоционально-поведенческие нарушения были диагностированы у 72 (97,3 %) детей. Они представлены следующими состояниями: гиперкинетическое расстройство поведения – у 32,7 % обследуемых; расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи – 26,3 %; депрессивное расстройство поведения – 50,2 %; эмоциональные расстройства, характерные для детского возраста – 39,1 %, фобическое тревожное – у 32,3 %, социальное тревожное – 6,8 %; транзиторное тикозное расстройство – 4,7 %; неорганический энурез – 10,4 %; неорганический энкопрез – 2,0 %.

Среди специфических особенностей формирования личности необходимо отметить наличие у таких детей комплекса негативных состояний – неуверенность в себе – у (91,3 %), страх – у 32,3 %, гипертрофированная зависимость от близкого взрослого – у 6,8 %, завышенная самооценка – у (91,3 %).

Суммарный коэффициент частоты встречаемости эмоционально-поведенческих проявлений превышает 100 %, поскольку у одного и того же ребенка нередко встречалось сочетание нескольких видов данных нарушений.

Коррекционная программа эмоционально-поведенческих расстройств у детей с нарушением слуха (после коррекции слуха) осуществлялась по направлениям: коррекция эмоционально-поведенческих расстройств, развитие интеллектуальных способностей, укрепление адаптационных механизмов.

Для коррекции эмоциональных нарушений использовались разные формы работы: индивидуальная, групповая, наглядная агитация, мастер-классы для родителей.

Проведение данной комплексной психологомедикопедагогической коррекции способствовало значительному снижению разных эмоционально-поведенческих нарушений у детей, страдающих нейросенсорной тугоухостью.

Выводы. Эмоционально-поведенческие нарушения были диагностированы у 72 – 97,3 %. Сопоставление приведенных данных исследования достоверно показало статистически обоснованную аргументацию в пользу проведения предложенной программы коррекции эмоционально-поведенческих расстройств с использованием комплексного системного воздействия у детей с нейросенсорной тугоухостью.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Усманова Д.Д., Хажикакиев Х.Х.

ТашПМИ, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Особенности сосудистой патологии при сахарном диабете (СД) является развитие атеросклероза сосудов головного мозга.

Цель исследования: изучить особенности нарушений церебральной гемодинамики у больных с диабетической энцефалопатией (ДЭ) в зависимости от длительности течения СД 2 типа и стадии его компенсации.

Материал и методы исследования. Обследовано 30 пациентов, которым была проведена транскраниальная доплерография с изучением выраженности атеросклеротических изменений сосудов. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – пациенты с длительностью СД до 5 лет; 2 группа – пациенты с длительностью СД более 5 лет. При анализе учитывался фактор компенсации и декомпенсации СД. С этой целью больные разделены на подгруппы: а) больные в стадии компенсации и б) больные в стадии суб и декомпенсации.

Результаты. У пациентов II группы с длительностью СД до 5 лет показатели кровотока характеризуют атеросклеротические поражения в брахицефальных артериях, преимущественно в экстракраниальных сосудах, начальный стенозирующий процесс в них, и высокий тонус интракраниальных магистральных артерий с различной степени выраженности вазоспазмом артерий малого калибра. В стадии компенсации СД обнаружен вазоспазм не только артерий малого калибра, но и спастическое состояние магистральных артерий, что отражало проявления динамических нарушений мозгового кровообращения (МК). При длительности СД более 5 лет гемодинамические нарушения коррелируют с нарастанием атеросклеротического стенозирующего процесса, как в экстракраниальных, так и в интракраниальных сосудах. У пациентов в стадии компенсации с длительностью СД более 5 лет отмечается снижение мозговой перфузии, с элементами обкрадывания в интракраниальных артериях, затруднённой перфузии по внутренним сонным артериям с развитием хронической недостаточности МК. У пациентов с длительностью СД более 5 лет в стадии декомпенсации преобладают гемодинамические нарушения в виде выраженной церебральной гипоперфузии на фоне выраженного гипертензуса интракраниальных артерий и недостаточной перфузии по внутренним сонным артериям, характеризующейся снижением скорости кровотока и повышением циркуляторного сопротивления.

Вывод. Основными проявлениями ДЭ при СД являются динамические нарушения МК или хроническая мозговая недостаточность кровотока. Полученные данные позволяют рассматривать варианты морфологического поражения сосудов, характеризовать выраженность и продолжительность нарушений церебрального кровообращения, что тесно коррелирует с характером и степенью поражения мозга и имеет важное прогностическое значение в дополнительной коррекции медикаментозной терапии и особенностях дальнейшей диспансеризации больных с СД.

ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ И ОСОБЕННОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ

Хаитбаева Н., Зияходжаева Л.У.

ТашПМИ, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Тяжёлые формы перинатальных поражений ЦНС наблюдаются у 10-15 % доношенных и у 60-70 % недоношенных детей. От 5 до 55 % детей первого года жизни имеют такой диагноз, поскольку в это число иногда включают детей с лёгкими переходящими нарушениями со стороны нервной системы.

Цель исследования. Изучить особенности ЦНС у недоношенных новорождённых и основные критерии церебральных расстройств.

Материал и методы исследования. Исследование проведено в республиканском перинатальном центре. Под наблюдением находились 47 недоношенных новорождённых с церебральными расстройствами. Диагноз устанавливали по результатам клинико-неврологических и инструментальных исследований (нейросонографии, электроэнцефалографии).

Результаты исследования. По результатам исследования, особенностью ЦНС у недоношенных новорождённых является незрелость структур головного мозга. Основными критериями церебральных расстройств являлись следующие клинико-неврологические симптомы: общемозговые симптомы – у 4 (8,5 %), судороги – у 10 (21 %),

двигательные нарушения – у 20 (42 %), отсутствие безусловных рефлексов – у 13 (28 %) больных. При нейросонографии (НСГ) обнаружены венрикулодилатация, внутрижелудочковые кровоизлияния, гипоксико-ишемические поражения головного мозга, утолщение паренхимы у недоношенных детей. При ЭЭГ выявляется выраженная возрастная незрелость головного мозга.

Выводы. Результаты исследования показали, что использование таких диагностических методов, как НСГ, ЭЭГ, даёт возможность раннего выявления церебральных расстройств у недоношенных детей.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Хамидова Н.А., Маджидова Е.Н.

ТашПМИ, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Введение. Перинатальный период (с 28 недель беременности до 7 дней жизни ребенка) – один из основополагающих этапов онтогенеза, то есть индивидуального развития организма, «события» которого влияют на возникновение и течение заболеваний нервной системы и внутренних органов у детей. ППЦНС – это перинатальные поражения нервной системы, а именно – группа патологий, неблагоприятных факторов, воздействующих на плод в первые дни рождения или в процессе родов. Это собирательный диагноз, включающий в себя: церебральную дисфункцию, нарушение мозгового кровообращения, перинатальную энцефалопатию и др.

Цель. Изучить особенности клинико-диагностического течения перинатальной патологии у детей грудного возраста.

Материалы и методы. Нами было обследовано 126 больных: 68 мальчиков и 58 девочек, в возрасте от 3 месяцев до 1 года, дети с острым течением бронхопневмонии в отделении детей грудного возраста клиники ТашПМИ. У детей с перинатальной патологией в анамнезе выявлено отягощенное течение беременности и родов: анемия (II-III степени), ранние и поздние гестозы у 72; неблагоприятное течение родов у 12, и наличие ВУИ у 18 -матерей больных детей.

Результаты. У больных в неврологическом статусе наблюдалось беспокойство, вскрикивания, тремор подбородка, общая болевая гиперестезия, при тяжелой степени перинатальной патологии отмечалось выбухание и пульсация большого родничка; сходящееся косоглазие, выраженная мышечная гипотония во всех конечностях, оживление сухожильных рефлексов, наличие патологического рефлекса Бабинского, мраморность кожных покровов у детей с вегето-висцеральным синдромом. При НСГ – исследования выявлено постгипоксическое изменения головного мозга у 72, венрикулодилатация I-II степени у 14, и ВЖК у 8 больных; ЭЭГ – исследования у 22 больных выявлено дисфункция стволовых структур головного мозга, у 38 общемозговые изменения;

Вывод. Дети раннего возраста с перинатальным поражением ЦНС страдают часто простудными заболеваниями, особенно бронхопневмониями, и клиническое течение синдромов перинатальной патологии ЦНС у этих детей более ярко выражено. Необходимо проводить комплексное обследование и лечение больных с бронхолегочными заболеваниями у детей раннего возраста, с целью устранения осложнений перинатальной патологии.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОЙ НЕЙРОХИРУРГИИ

Холявин А.И., Аничков А.Д., Обляпин А.В.

ИМЧ РАН, Санкт-Петербург, Россия

Клинический стереотаксис, за свое более чем полувековое существование, к настоящему времени претерпел существенную эволюцию, касающуюся как области его применения в медицинской практике, так и методик хирургической техники. В современной отечественной клинике принято выделять два обособленных направления в стереотаксисе – функциональный стереотаксис (прицельные операции на мозге, выполняющиеся по поводу неврологической и психиатрической патологии), и нефункциональный, показаниями к которому являются патологические изменения в головном мозге, относящиеся, как правило, к области нейрохирургической патологии. При этом нефункциональный стереотаксис исторически сформировался позднее, с появлением методов непосредственной визуализации внутримозговых патологических очагов – КТ, МРТ и ПЭТ.

В настоящее время существует большое разнообразие техник как рамного, так и безрамного стереотаксиса, позволяющего с требуемым уровнем точности (с погрешностью от 1 до 3-5 мм) интраоперационно ввести инструмент в любую намеченную на томограмме точку головного мозга пациента. В то же время, в подавляющем большинстве случаев, методы хирургического воздействия на мозг в целевых точках сводятся либо к локальной деструкции (преимущественно, за небольшим исключением, методом термоабляции радиочастотным переменным током), либо к хронической высокочастотной электростимуляции пожизненно вживленными внутримозговыми электродами. При этом в последние десятилетия отмечена тенденция к увеличению доли стимуляционных методик, которые обеспечивают клинический эффект, аналогичный локальной деструкции, но при этом менее инвазивны, так как не сопровождаются разрушением нервной ткани в целевых структурах. Правда, окончательного вытеснения деструктивных методик хронической электростимуляцией, как это предсказывалось еще 10-15 лет назад, так и не произошло и вряд ли произойдет в обозримом будущем, что обусловлено целым рядом технических, клинических и экономических аспектов.

Отчетливая тенденция к дальнейшему снижению инвазивности стереотаксических вмешательств проявилась в появлении отдельного направления – дистанционного стереотаксиса. Несмотря на то, что, как при деструктивных методиках, лечебный эффект здесь определяется формированием очагов абляции в целевых точках мозга, дистанционный стереотаксис менее инвазивен, по сравнению с имплантацией внутримозговых электродов, так как здесь отсутствует дополнительная травматизация, связанная с прохождением инструментов через мозг. Кроме того, дистанционный стереотаксис обеспечивает еще большую точность нацеливания на мишени (погрешность в пределах 0,5-1 мм). Гамма-нож, в основном используемый как основной инструмент дистанционного стереотаксиса, хорошо зарекомендовал себя в нефункциональной нейрохирургии. В то же время, для функциональных вмешательств данный аппарат оказался малоприменим из-за отсроченного формирования радионекроза и отсутствия обратной связи во время процедуры воздействия. В связи с этим, большие надежды возлагаются на развитие альтернативной методики дистанционного стереотаксиса – транскраниального сфокусированного ультразвука под МРТ-контролем.

Клинический эффект стереотаксических операций, а также безопасность в отношении побочных эффектов во многом связаны с точностью нацеливания на внутримозговые мишени. В связи с этим, существенно возрастает роль современных методов

нейровизуализации, включая ПЭТ, функциональную МРТ, МРТ-трактографию, а также методов постпроцессинговой обработки изображений и адаптации этих методик к техникам стереотаксического наведения.

Таким образом, основные тенденции в развитии современного стереотаксиса определяются увеличением прицельности и локальности вмешательств на целевых точках мозга, снижением инвазивности операций, а также совершенствованием методик нейровизуализации мозга пациента при подготовке и планировании вмешательств. С учетом имеющегося на сегодняшний день состояния развития стереотаксической техники, современный стереотаксис является в полном смысле этого слова малоинвазивной методикой, дающей возможность существенно улучшить результаты лечения целого ряда медикаментозно резистентных неврологических, психиатрических и нейрохирургических состояний.

ВЛИЯНИЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ДЕПРИВАЦИИ НА РАЗВИТИЕ ПОГРАНИЧНЫХ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Чалая Е.Б., Будза В.Г., Чалая И.В.

Оренбургский ГМУ, Оренбург, Россия

В России насчитывается более 1 млн больных, перенесших инсульт, ведение которых является актуальной проблемой неврологии и психиатрии. Одной из главных проблем реабилитации постинсультных больных, требующей специального подхода, является восстановление двигательных нарушений, которые приводя к инвалидизации больных, меняют структуру личности. В результате инсульта возникают различные нервно-психические нарушения, механизм возникновения которых до настоящего времени изучен недостаточно.

Цель исследования – определение значения степени двигательных нарушений как психогении в синдромообразовании пограничных нервно-психических расстройств на различных этапах хронической фазы инсульта.

Материал и методы исследования. Исследовано 160 больных (мужчин – 108, женщин – 52), в возрасте от 45 до 75 лет (средний – 55 лет). Для изучения динамики нервно-психических расстройств в постинсультном периоде мы разделили больных на три группы в зависимости от давности инсульта. Первая группа (от 2-х месяцев до 1 года) включала 65 человек (41,0 %), условно обозначенная нами как поздний восстановительный этап; вторая группа (от 1-го года до 3-х лет) – 56 человек (34,8 %) – ранний резидуальный; третья группа (свыше 3-х лет после развития инсульта) – 39 человек (24,2 %) – поздний резидуальный этап. Диагноз ишемического инсульта основывался на клинических данных и подтверждался результатам и экстренной рентгеновской компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии. Характер неврологических нарушений верифицировался квалифицированными невропатологами. У 130 пациентов имелись двигательные нарушения (гемиплегии, гемипарезы, сенсо-пирамидные дефициты), они составили основную группу; 30 больных без двигательных расстройств после инсульта составили контрольную группу. Исследовались больные с отсутствием деменции, у которых не выявлялись нарушения праксиса, гнозиса и заметные речевые расстройства (кроме отдельных случаев с нерезко выраженной дизартрией, которая не создавала трудности в обследовании). Клинико-психопатологическое обследование

включало: анамнез, клинику психических расстройств, их характер, динамику, выраженность, а также степень двигательных нарушений. Диагностика психопатологических синдромов непсихотического уровня проводилась согласно критериям отечественной классификации и МКБ-10. Уровень астено-депрессивных состояний был объективизирован, наряду с психопатологическим методом, шкалой депрессии (Hamilton, 1980) с определённой коррекцией, поскольку некоторые симптомы, относящиеся по шкале к проявлениям депрессии (апатия, беспомощность) зависели от выраженности двигательных нарушений.

Результаты и обсуждение. В восстановительном этапе у больных с двигательными нарушениями преимущественно развивался неврозоподобный (33,4 %) и астено-депрессивный (27,3 %) синдромы, в то время, как у больных с сохранённой двигательной активностью превалировал наименее тяжёлый астенический (59,1 %) синдром. В резидуальные этапы первое по частоте место в основной группе больных занимал астено-депрессивный (41,7 % и 43,6 %), а в контрольной группе больных сохранялся приоритет астенического синдрома (50 %). Психопатоподобный синдром, формирование которого обусловлено в определённой мере выраженными личностными изменениями, связанными с болезнью, развивался исключительно у больных с двигательными расстройствами на всех этапах последствий инсульта (в восстановительном – 13,6 %; в раннем резидуальном – 16,7 %; в позднем резидуальном – 35,9 %). Установлено, что выраженность клинических проявлений синдромов соответствовала тяжести двигательных расстройств. Так, в структуре неврозоподобного синдрома ведущими являлись реакции раздражительной слабости, обидчивости, плаксивости, обусловленные осознанием собственной беспомощности, что во многом приближало этот синдром к невротической реакции личности на психотравму.

Депрессивная симптоматика усиливалась при ухудшении соматического состояния, а в жалобах больных с астено-депрессивным синдромом выявлялись психогенные компоненты, которые отражали реакцию личности на вынужденное ограничение социальной и бытовой активности. Выявлено несколько клинических разновидностей депрессии. Тревожная депрессия проявлялась значительной выраженностью чувства внутреннего беспокойства, преувеличением тяжести своего состояния. Эти больные не оставались пассивными и в противоречие со своей субъективной оценкой будущего (в частности перспектив лечения), стремились, во что бы то ни стало, избавиться от болезни, активно обращаясь за помощью к врачам. Тоскливая депрессия характеризовалась сочетанием идей обвинения окружающих и собственной малоценности из-за необходимости постоянно прибегать к помощи посторонних и у некоторых больных имела меланхолический оттенок. Утяжеление депрессивной симптоматики, нарастание раздражительности было связано с ухудшением соматического состояния, которое можно было рассматривать как источник психотравмирующей ситуации. Усиление депрессии, в свою очередь, способствовало усугублению соматических расстройств и формированию психосоматического цикла, в котором психогенное и соматогенное выступали в форме то причины, то следствия. Депрессивные переживания проецировались на будущее (утрата надежд на ликвидацию двигательного дефекта). Мысли о предпочтительности смертельного исхода возникали только при ухудшении соматического состояния и являлись своеобразным отражением (реакцией) на тяжесть соматических расстройств. Отчётливо звучало переживание психотравмирующего фактора, которым для больных являлось ограничение движений и изменение, в связи с этим, образа жизни. Астеническая депрессия характеризовалась реакциями раздражительной слабости, ощущением постоянной усталости, в связи с чем больные осознанно создавали себе ограничительный режим. На первый план

выступала симптоматика собственно астении с гипотимией печально-боязливого или мрачно-апатического оттенков. В контрольной группе выявлен только астенический вариант депрессивного синдрома у 25 %больных. Данные обстоятельства позволили предположить, что депрессия у больных с дефектом двигательной функции обуславливалась в основном дополнительным (по отношению к органическому процессу) психотравмирующим обстоятельством, а именно, двигательной депривацией.

В формировании психопатоподобного синдрома психогенные моменты играли также существенную роль, поскольку, вопреки сложившемуся мнению о развитии этого синдрома при сосудистом процессе вследствие заострения преморбидных черт личности, у большинства наших больных констатирован синтонный преморбид.

Выводы. Таким образом, по мере прогрессирования сосудистой патологии пограничная симптоматика не только усиливалась, но и приобретала большую стойкость, что являлось следствием длительной психотравмирующей ситуации, которая перерастала в ведущий декомпенсирующий фактор, сохраняя свою актуальность в силу ее неразрешимости. Полученные данные способствуют более глубокому пониманию становления, динамики, психопатологических особенностей клинической картины пограничных нервно-психических расстройств у больных, перенесших инсульт, в хронической его фазе. Раннее выявление и анализ особенностей психопатологической симптоматики способствует улучшению адаптации и реабилитации постинсультных больных с различными степенями двигательных нарушений и могут быть использованы в качестве метода дифференцированного подхода к проведению реабилитационных мероприятий на различных этапах отдаленного периода инсульта.

ОЦЕНКА НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ С ДЕФЕКТАМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Якубова З.А., Якубов Р.К., Усманова Д.Д.

*ТашПМИ, Ташкентский государственный стоматологический институт,
г. Ташкент, Республика Узбекистан*

Проблема предоперационной подготовки детей с врожденными и приобретенными дефектами и деформациями челюстей остаётся актуальной и малоизученной. Особенность решения данной проблемы заключается, во-первых, в многофакторном происхождении основного заболевания и многообразии форм его проявления. Во-вторых, частичное или полное ограничение движений нижней челюсти, невозможность в полном объеме выдвигать её вперёд затрудняют внешнее дыхание из-за дислокационной асфиксии, усиливающейся при горизонтальном положении больного во время сна, что приводит к гипоксии головного мозга и организма в целом. Вышеперечисленные нарушения ухудшают функциональное состояние всех отделов нервной системы, приводя к обострению исходных заболеваний внутренних органов и систем. В таких случаях система нейрогормонально-метаболической регуляции может расстраиваться и служить поводом нарушения метаболизма и деятельности внутренних органов, т.е. возникает группа заболеваний, которую В.Г. Вогралик (1965) предложил называть «дисрегуляторными висцеропатиями».

Цель исследования. Оценить состояние здоровья у детей с приобретенными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области и обосновать задачи врача-невролога в предоперационной подготовке.

Результаты исследований. Для выполнения поставленной цели нами в период с 2012 по 2016 гг. были обследованы 30 детей с приобретенными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области в возрасте от 3 до 16 лет, нуждающихся в оперативном лечении. Из них – 12 (40 %) мальчиков и 18 (60 %) девочек. При опросе родителей и больных были выявлены признаки заболевания внутренних органов и систем. Поэтому все больные были обследованы по предложенной нами программе (Якубов Р.К.,1999), с привлечением специалистов Ташкентского медицинского детского консультативно-диагностического центра. Предварительное комплексное обследование больных до госпитализации способствовало выявлению патологии внутренних органов на фоне дисплазии соединительной ткани, в том числе, костной системы. Полученные результаты при соматоскопии: деформации челюстно-лицевой области – у 100 % больных, нарушение осанки, сколиоз – у 87 %, деформации грудной клетки – у 32 %, X- и O-образные деформации конечностей – у 15 %, патология стопы (плоскостопие, косолапость) – у 73 %, гипермобильность суставов – у 15 % больных. Признаки энцефалопатии выявлены у 11 % больных, судорожная готовность на фоне дисметаболического синдрома – у 4 %. В результате клинико-лабораторных и функциональных исследований нами также были выявлены признаки вегето-сосудистой дистонии у 27 % обследованных, астено-невротического синдрома – у 20 %, висцерального синдрома – у 40 %, аритмического синдрома – у 4 %, синдрома патологии органа зрения – у 4 %, нарушений психической сферы – у 3 %, патологии ЛОР-органов – у 2 %, а также – сочетание нескольких синдромов у одного и того же больного.

Заключение. Таким образом, в результате комплексного исследования нам удалось выявить симптомы поражения центральной нервной системы и вегетативной нервной системы, как с основной патологией, так и с её последствиями. Это требует обязательного участия врача-невропатолога в совершенствовании специальной программы комплексного обследования, проведения фармакокоррекции и физиотерапии в предоперационном периоде для всех больных с выявленными нарушениями.

ЭПИЛЕПТОЛОГИЯ В СИСТЕМЕ НЕЙРОНАУК

ОЦЕНКА КЛИНИКО-НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Абдусаттарова Г.Ш., Маджидова Ё.Н.

ТашПМИ, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Изучение причин фармакорезистентного течения эпилепсии является одной из наиболее актуальных задач в современной эпилептологии. Неконтролируемое течение заболевания представляет серьезную медицинскую проблему, так как в этом случае у пациентов повышается риск заболеваемости, инвалидизации и смертности. Проблема фармакорезистентности эпилепсии особенно актуальна в детском возрасте, так как длительное активное течение заболевания приводит к развитию эпилептической энцефалопатии, что особенно неблагоприятно влияет на психическое развитие детей, обуславливая вторичную или дополнительную инвалидизацию.

Цель исследования: Разработать клиничко-нейрофизиологические критерии фармакорезистентности эпилепсии у детей, определить прогностические факторы течения эпилепсии.

Материал и методы исследования. В основу исследования были положены данные обследования 60 детей с эпилепсией, получавших лечение в неврологическом отделении клиники ТашПМИ. В исследовании использовались общепринятые клиничко-неврологические и инструментальные методы обследования.

Результаты исследования. Показано, что у 43 % пациентов с безуспешным применением двух первых антиэпилептических препаратов возможно достижение длительной ремиссии, причем полный контроль над приступами может быть достигнут при введении в рациональной политерапии седьмого по счету АЭП. Показано, что у детей с эпилепсией в 28 % случаев отмечается фармакорезистентное течение заболевания, причем у 87 %-91 % детей этой группы лекарственная устойчивость отмечается уже на введение первого АЭП. У 9 %- 13 % детей этой группы приступы, возобновившиеся после

длительной ремиссии (от года до семи лет), наступившей при введении двух первых АЭП, приобретают фармакорезистентное течение, что свидетельствует о формировании феномена фармакорезистентности. У детей с подтвержденным диагнозом эпилепсии при изменении вида приступов или при присоединении других видов приступов проведение видео-ЭЭГ мониторинга позволяет выявить в 10 % случаев неэпилептические приступы.

К благоприятным клиническим прогностическим факторам достижения ремиссии при эпилепсии относятся отсутствие перинатальной патологии, нормальные темпы психомоторного развития на первом году жизни, дебют заболевания с любых видов эпилептических припадков (за исключением инфантильных спазмов); невысокая частота приступов (не чаще одного раза в месяц); отсутствие двигательных и когнитивных нарушений, отсутствие патологических изменений при нейровизуализации.

Выводы. Таким образом, определены основные виды пароксизмальных состояний у детей, сходные по клиническим проявлениям с эпилептическими приступами, определены дифференцирующие клинико-ЭЭГ критерии эпилептических и неэпилептических приступов. Показано, что путем рационализации проводимой антиэпилептической терапии возможно достижение продолжительной ремиссии у 72 % пациентов. Определены клинические прогностические факторы благоприятного течения эпилепсии у детей. Проведен анализ успешности проведения различных видов терапии и отдельных групп препаратов в зависимости от вида эпилептических приступов в дебюте заболевания.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТИВОСУДОРОЖНЫХ ПРЕПАРАТОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, ИХ ВЛИЯНИЕ НА ПЛОД

Абдусаттарова Г.Ш., Маджидова Е.Н.

ТашПМИ, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Известно, что пороки развития у детей, матери которых получали антиэпилептические препараты, встречаются в 2-3 раза чаще, чем у детей от здоровых матерей. Детально тератогенное действие антиэпилептических препаратов не изучено, можно лишь предполагать два следующие механизма: цитотоксическое действие промежуточных метаболитов-эпоксидов или генетический дефект ферментов детоксицирующих эпоксидов; прямое действие на клетки свободных радикалов, образующихся при метаболизме противосудорожных препаратов, либо дефект ферментов, убирающих свободные радикалы. Перечисленные проблемы подтверждают высокую значимость вопросов для практической медицины и требуют дальнейшего изучения.

Цель исследования: изучить у новорожденных особенности неврологического статуса и нейросонографических показателей матерей, принимавших во время беременности противосудорожные препараты.

Материалы и методы. В основу исследования были положены данные 35 новорожденных детей. Всем новорожденным было проведено общепринятое клинико-неврологическое и нейросонографическое обследование.

Результаты исследования. Согласно полученным данным, у 16 (%) женщин, принимавших во время беременности противосудорожные препараты, рождались недоношенные дети. В остальных случаях были рождены доношенные дети – 23 (%). Средний вес доношенных детей составил $3350,2 \pm 143,2$ гр., а недоношенных – $2113,3 \pm 211,3$ гр.

При сравнении показателей перинатальных исходов прослеживается высокая частота рождения новорожденных с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР), поражением ЦНС, дизэмбриогенезом у женщин, принимавших во время беременности противосудорожные препараты. В результате частого развития у беременных с эпилепсией фетоплацентарной недостаточности наиболее частыми осложнениями со стороны плода являлись: хроническая внутриутробная гипоксия – 40 %, синдром задержки внутриутробного развития плода (ЗВРП) — 12 %. Гипоксические изменения нервной системы были выявлены у 28 % новорожденных, рожденных от этих матерей.

Согласно нашим исследованиям, у 10 (40 %) обследованных детей выявлялись стигмы дизэмбриогенеза: гипертелоризм, короткопалость, гемангиома, низко расположенные ушные раковины, сходящееся косоглазие, паховая грыжа, короткая шея, дефект межпредсердной перегородки. У 4 % новорожденных встречались следующие пороки развития: расщепление верхней губы и неба, пороки сердца (дефекты межжелудочковой перегородки), дефекты нервной трубки и мочеполовой системы. Микроаномалии в виде лицевого дизморфизма обнаружены у 4 новорожденных; в единичных случаях были выявлены дополнительная хорда в предсердии, незаращение межжелудочковой перегородки, папилома ушной раковины; у 1 новорожденного – сочетание лицевого дизморфизма и гемангиомы (на фоне приема матерью во время беременности вальпроатов 1500 мг/с). Частота микроаномалий у новорожденных составила 10 % от всех родивших женщин с эпилепсией.

Заключение. Таким образом, прием противоэпилептических препаратов во время беременности, вероятно, вносит свой вклад в развитие плода и стигм дизэмбриогенеза. Так у 10 % новорожденных была зарегистрирована ЗВРП, а у 28 % – гипоксические изменения нервной системы. У детей, рожденных от матерей, страдающих эпилепсией, имеется больший риск развития соматических мальформаций или аномалий, согласно данным наших исследований, 10 %. Врожденные пороки развития встречались у 4 % новорожденных.

АЛГОРИТМ МРТ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ: НЕОБХОДИМО И ДОСТАТОЧНО

Ананьева Н.И., Ежова Р.В., Халиков А.Д., Тотолян А.А.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Изучение структурных и микроструктурных изменений головного мозга (ГМ), лежащих в основе формирования эпилепсии, находится на этапе поиска оптимального комплекса диагностических методов. Магнитно-резонансная томография является наиболее чувствительным и специфичным методом поиска структурных изменений ГМ при эпилепсии, который позволяет выявить минимальные структурные изменения в коре и белом веществе головного мозга, уточнить границы предполагаемой зоны оперативного вмешательства.

В соответствии с рекомендациями Международной противоэпилептической Лиги каждому пациенту с эпилепсией должно проводиться высококачественное МРТ-исследование, но до настоящего времени в России МРТ-обследование пациентов с эпилепсией нередко не соответствует этим требованиям. В большинстве центров МРТ диагностики исследование проводят по стандартному протоколу МРТ ГМ, результатом чего в ряде случаев является получение недостаточной информации и/или неправильная интерпретация изображений.

В связи с этим **целью** нашей работы явилось уточнение алгоритма МРТ исследования у пациентов эпилепсией, в том числе в предоперационном планировании.

Задачи:

1. Сопоставление результатов МРТ исследования, полученных при стандартном исследовании и по специализированному протоколу.
2. Сравнение результатов МРТ исследования, полученных на МР томографах с магнитной индукцией 1.5 и 3 Тесла.
3. Обоснование специализированного протокола при первичном МРТ обследовании и в предоперационном планировании.

Сопоставлены результаты, полученные на МР томографе с магнитной индукцией 1.5 Т Toshiba, 3 Т GE с данными стандартного протокола, выполненных на разных томографах 1,5 и 3 Тесла у 100 пациентов эпилепсией.

Результаты. Оптимизированный протокол МРТ-исследования при симптоматической эпилепсии превосходит по чувствительности стандартный протокол на 57,5 %.

Успешная МРТ диагностика эпилепсии должна включать применение дополнительных программ, направленных на выявление минимальных структурных изменений в веществе головного мозга, таких как склероз гиппокампа, небольшие мальформации кортикального развития и сосудистые мальформации, а именно 3D SPGR (MPRAGE)-ИП, SWI (GRE)-ИП, прицельное исследование медиобазальных отделов височных долей.

Сопоставление результатов обследования по специализированному протоколу не выявила в нашем исследовании существенных разногласий между данными, полученными на томографах 1.5 и 3 Тесла.

При планировании оперативного вмешательства специализированный протокол должен быть дополнен выполнением DTI-ИП и спектроскопией. Оценка результатов МРТ по определенному алгоритму, включающему описание изображений квалифицированным нейрорадиологом, повышает диагностическую чувствительность исследования в 2,1 раза по сравнению с оценкой лучевым диагностом общего профиля.

КЛИНИКО-НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ (ОНКОГЕННОЙ) ЭПИЛЕПСИЙ

Борисова Е.В., Ларина И.В., Пашкова И.М., Пелисова Л.А.,
Петренко М.В., Устьянцева В.В., Киссин М.Я.

Городской эпилептологический центр, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Распространенность эпилепсии в РФ составляет 3,4 (3,9) на 1000 населения, при этом в 1,5-2 чаще она регистрируется у мужчин. Преобладающими во взрослой популяции являются симптоматические и криптогенные формы эпилепсии, достигая 80 % всех случаев (Гехт А.Б., 2006). Среди наиболее частых причин развития эпилепсии у взрослых остаются травматическое повреждение мозга, реже цереброваскулярная патология, опухоли и нейродегенеративные заболевания (Шнайдер А.Н., 2003, Гехт А.Б., 2004, Новиков А.Е., 2006). Анализ 342 больных старше 60 лет выявил среди этиологических факторов симптоматической эпилепсии: 35 % – цереброваскулярные заболевания, 21 % – ЧМТ, 8 % – опухоли головного мозга, 10 % – метаболические нарушения, 11 % – полиэтиологические факторы, 2 % – нейроинфекции (Sung Chug-Yang, 1996). По данным других авторов внутричерепной объемный процесс являлся причиной развития симптоматической эпилепсии от 4-6 до 8-10 % случаев (Loiseau, 1990., Hauser, 1992., Ettinger,

1999., Forsgren L. et al., 2005). Одними из часто встречающихся объемных образований головного мозга являются менингиомы (арахноидэндотелиомы). Они составляют от 13 до 25 % первичных внутричерепных объемных образований. Чаще встречаются у женщин (1:1,4 – 1:2,6). Выделяют: типичные (Grade 1), 9 подтипов – 94,5 %, атипичные (Grade 11), 4 подтипа – 4 %, злокачественные (Grade 111), 3 подтипа – 1 %. По локализации они располагаются чаще всего парасагитально, в области фалькса (25 %), конвекситально (19 %), крылья основной кости (17 %), несколько реже супраселлярно (9 %), в ольфакторной ямке (8 %), намете мозжечка (3 %).

Цель исследования: провести клинико-нейрофизиологические и нейропсихологические сопоставления у больных с онкогенной эпилепсией.

Материалы и методы. Обследовано 20 пациентов с симптоматической эпилепсией на фоне новообразования головного мозга (15 женщин и 5 мужчин в возрасте от 19 до 73 лет (средний возраст 56 лет). Всем пациентам проводилось нейрофизиологическое обследование (ЭЭГ) и нейропсихологическое обследование с использованием различных тестов: «10 слов», 5 субтест Векслера, таблицы Шульте, коррекционная проба, тесты на внимание, тест Бентона, тест Бека, опросник Спилберга-Ханина, XADS, сокращенный вариант теста MMPI.

Результаты и обсуждение. Заболевание дебютировано в широком возрастном диапазоне: от 18 до 66 лет). Чаще всего менингиомы латерализовались в левой гемисфере – 8 (40 %), справа – 5 (25 %), в области намета мозжечка справа – 1 (5 %), в области верхнего сагитального синуса – 4 (20 %) и в области крыльев основной кости слева – 2 (10 %). По локализации преобладали: височная (5), теменная (5) и лобная (2) области, преимущественно слева. У большинства пациентов определялась сопутствующая соматическая патология: артериальная гипертензия, ИБС, сахарный диабет, дислипидемия, остеопороз, глаукома, заболевания щитовидной железы. В 95 % случаев объемное образование с эпилептических приступов (парциальных и генерализованных). Клиническая картина симптоматической эпилепсии в данной группе была представлена простыми парциальными и вторично-генерализованными судорожными приступами (55 %). Все пациенты получали противосудорожную терапию, чаще всего в виде монотерапии препаратами вальпроевой кислоты (30 %), ламотриджином (25 %) и карбамазепином (15 %). У всех обследованных в ЭЭГ была зарегистрирована эпилептиформная активность, преимущественно в височной и теменно-височной областях, несколько чаще слева. По данным нейропсихологического обследования у всех пациентов были выявлены нарушения нейродинамики в легкой и умеренной степени. У большинства определялась недостаточность концентрации и повышенная астенизация произвольного внимания. У трети больных были выявлены нарушения модально-специфической памяти (визуальной и слухоречевой) и в 45 % снижение оперативной памяти. Среди аффективных нарушений преобладали тревожные и депрессивные расстройства, как изолированно, так и в сочетании, а также проявления эмоциональной лабильности. Изменения личности по типу обнаруживали только в 10 %. При этом тревожно-депрессивные и тревожные нарушения встречались исключительно при левосторонней локализации патологического процесса. В тоже время эмоциональная лабильность и умеренные депрессивные нарушения в равной степени наблюдались как при левополушарной, так и при правополушарной локализации. Полученные результаты согласуются с литературными данными, свидетельствующими о том, что при эпилепсии в 2-3 раза чаще наблюдаются левосторонние фокусы, чем правосторонние (Dean et al., 1997; Labar et al., 2001). При этом, в случае правополушарного фокуса отмечают более тесные связи между депрессией и тревогой. При левополушарном эти аффекты разобщены и независимы (Калинин В.В., 2010). Полученные результаты свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения данной категории пациентов.

РЕМИССИОННАЯ И НЕКОНТРОЛИРУЕМАЯ ЭПИЛЕПСИЯ. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГО-НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ОТМЕНЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ

Громов С.А.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Современные возможности получения контроля припадков обосновали актуальность проблемы по решению вопросов о сроках фармакотерапии больных контролируемой эпилепсией. Принципы «календарного» 2-х – 5-летнего подхода к решению рассматриваемой проблемы оказался несостоятельным, поэтому мы предложили использовать клинико-психолого-нейрофизиологические и визуализационные методы, которые дали возможности получить объективные данные о течение болезни в период длительного отсутствия припадков и разделить больных на две группы – с ремиссионной и неконтролируемой эпилепсией.

Во время многолетнего неконтролируемого течения болезни у больных, может диагностироваться не только наличие эпилептического очага, но и прогрессирование симптомов эпилептизации головного мозга с расстройством когнитивных функций, изменением личности.

На основе проведенного анализа полученных данных была разработана классификация ремиссий эпилептических припадков и ремиссия эпилепсии, в основу которой впервые положен клинико-патогенетический подход.

Выделены две основные формы ремиссий по существу отражающих этапы регресса болезненного эпилептического процесса при получении контроля над припадками.

Первый этап – это частичное или полное подавление лекарственным способом эпилептического очага в виде первоначально получаемой ремиссии припадков. Второй этап – это разрушение эпилептической системы с нормализацией ЭЭГ и психических функций (полная ремиссия болезни).

О дезорганизующей роли эпилептического очага головного мозга в настоящее время хорошо известно. Нами было установлено, что клиническое улучшение сопровождается сложной реорганизацией нейрофизиологических и клинико-психологических процессов, однако вопросы о глубине и стойкости компенсаторных механизмов при стойком контроле припадков еще недостаточно изучены, во многом остаются дискуссионными и требуют дальнейшей разработки.

В задачи исследования вошли: 1) Изучение динамики показателей ЭЭГ-мониторинга у больных с длительной стойкой ремиссией припадков и самой болезни эпилепсии с учетом регресса сопутствующих психических, когнитивных и резидуально-органических расстройств; 2) Решение вопросов о длительности поддерживающей фармакотерапии АЭП; 3) Обсуждение проблемы завершения лечения в связи с компенсацией здоровья и снятии диагноза эпилепсия.

Методы и материалы исследования. Общий клинический материал составил 426 больных с длительными многолетними ремиссиями, наблюдаемых в ЛОЭЦ и СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. В работу вошло 270 больных с контролем припадков со сроком наблюдения до 10 лет и 120 пациентов – до 3-х лет.

Для оценки изменений ЭЭГ, происходящих в процессе становления стойких ремиссий припадков, на начальных стадиях исследования был использован количественный метод оценки альфа волн, медленных волн и пароксизмальной эпилептической активности фоновой записи и при гипервентиляции.

Результаты исследования. Полученный материал позволил нам обосновать динамику клинико-ЭЭГ-показателей в годах (от 1 до 8 и более лет) положительного регресса эпилептических паттернов у больных эпилепсией с разными сроками контроля приступов.

При анализе данных ЭЭГ-исследований в этих группах, было установлено, что отчетливая нормализация нейрофизиологических процессов наблюдается только у больных с полным контролем припадков. Установлено, что при длительности ремиссии припадков в 1-2 года, регресс эпилептических паттернов на ЭЭГ можно обнаружить только у 13 % и, реже – у 34 % наблюдаемых.

Установлено, что регресс эпилептических паттернов у 80,4 % наблюдаемых удается получить только через 3-4 года, а начать решать вопросы о сокращении суточных доз АЭП – только через 5-8 лет, т.к. только на этой стадии получен уже и регресс болезни у всех больных с компенсацией здоровья (85 %). Количество амбулаторно наблюдаемых больных в ЛОЭЦ, у которых было постепенно, под контролем ЭЭГ, закончено лечение, составило примерно 45 % от общего числа контролируемых больных (75 %), находившихся под наблюдением. Эти больным диагноз эпилепсия был комиссионно снят в связи с практическим выздоровлением.

Анализ всех больных, находившихся под систематическим ЭЭГ-наблюдением в течение ряда лет показывает, что руководствоваться календарными сроками длительности ремиссий при решении вопросов о сокращении или отмене АЭТ при стойком контроле припадков нецелесообразно. Предлагаемый клинико-этиопатогенетический подход с систематическим ЭЭГ-контролем показал свои преимущества.

Заключение. Проблема возможности выздоровления от эпилепсии до настоящего времени находится в стадии обсуждения. Выявлена положительная динамика регресса эпилептической активности по мере увеличения сроков контроля припадков и болезни от 1 года до 8 лет. Диагностирована ремиссионная эпилепсия у 85 % больных. Полная компенсация эпилептогенеза, включая психические расстройства, была получена через 5-8 лет. У таких больных можно начинать заканчивать фармакотерапию АЭП под контролем ЭЭГ при каждом снижении суточной дозы. Неконтролируемая эпилепсия сохраняется у 15 % наблюдаемых.

Следует отметить, что эпилепсия – это заболевание с четко выраженным социальным лицом, поэтому при решении вопросов реабилитации этих больных мы должны, по возможности, избавить пациентов от стигматизирующего воздействия самого диагноза – эпилепсия. Только в этом случае удастся добиться конечных результатов реабилитации почти у половины практически выздоравливающих больных (45 % из 85 %).

ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ МИКРОПОЛЯРИЗАЦИЯ И МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Дружинин А.К., Горелик А.Л., Нарышкин А.Г., Михайлов В.А., Шова Н.И.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Эпилептические приступы и связанные с ними нарушения эмоционально-аффективной сферы (депрессии, тревожные расстройства, дисфории, сумеречные расстройства, психозы, деменции, изменения личности), возникшие, в том числе, после перенесённых инсультов, травм головного мозга, опухолей и эндогенных метаболических интоксикаций у больных эпилепсией пожилого возраста (ЭПВ), оказывают

значительное влияние на модель поведения пациентов в повседневной жизни, эффективность реабилитации и качество жизни (Киссин М.Я., 2000; Калинин В.В., Железнова Е.В., 2005; Leppik I.E., Birnbaum A.K., 2010; McLaughlin D.P., Pachana N.A., McFarland K., 2010). В связи с ростом среди неврологических заболеваний доли пациентов с эпилепсией в пожилом возрасте (Михайлов В.А., Дружинин А.К., 2014, 2015) нелекарственные нейрорепластические методы реабилитации приобретают всё большее значение, позволяя снизить фармакологическую нагрузку на пациента, добиться ускорения контроля над припадками и ассоциированных с ними психопатологических нарушений.

Методы и материалы. Группа больных с эпилепсией (101 пациент) средний возраст составил 63 года (60-65 лет). Из установленных и предполагаемых этиологических факторов заболевания главную роль в основной группе ЭПВ играли цереброваскулярные заболевания у 66 пациентов (65,4 %), в том числе последствия перенесённых инсультов – у 42 больного (41,58 %), черепно-мозговые травмы – у 11 больных (10,9 %), нейроинфекции – у 10 больных (9,9 %), опухоли головного мозга – у 7 пациентов (6,9 %). Время от перенесённого этиологического фактора до развития эпилепсии в среднем составило следующие данные: до 1 месяца – 15,4 % пациентов, от 1 месяца до 1 года – 61,60 %, от 1 года до 5 лет – 11,50 %, больше 5 лет – 11,50 %, соответственно. Структура эпилептических приступов: сложные парциальные припадки – 48 %, комплексные парциальные припадки со вторичной генерализацией – 32 %, простые парциальные припадки – 20 %, генерализованные припадки – 4 %. Транскраниальная микрополяризация проводилась при помощи аппарата для гальванизации, микрополяризации и электрофореза «Реамед-Полярис» (ТУ 944490-001-2312532-01; год выпуска – 2003). Использовалась оригинальная методика транскраниальной микрополяризации (ТКМП), по «дефолтному алгоритму» (Горелик А.Л. и соавт. 2007), которая была проведена всем пациентам с эпилепсией. Режим процедуры: постоянный ток силой 200 микроампер; экспозиция – 30 минут; частота – 1 процедура ежедневно; курс – 2 недельных цикла. Расположение электродов: аноды в точках Т3 и Т4, О1 и О2, катоды в точках Р3 и Р4. Транскраниальная магнитная стимуляция проводилась на приборе «МС-Нейрософт» со следующими параметрами: интенсивность магнитного поля – 0,24 Тл, частота до 1 Гц, бифазными стимулами, 60 % от ВМО, на стороне фокуса поражения, длительностью до 24 минут, на точку-зону «эпилептического очага», по данным клинического и нейрофизиологического обследования. Для определения зоны воздействия на «эпилептический очаг» использовались результаты пространственной организации БЭА в различных частотных диапазонах.

Результаты исследования. В основной группе с эпилепсией (N=101) психопатологическая симптоматика распределилась следующим образом: депрессивное расстройство было выявлено у 50 больных (49,5 %), тревожное расстройство у 18 (17,8 %), эмоционально-лабильное расстройство – у 14 (13,9 %), органическое лёгкое когнитивное расстройство – у 19 больных (18,8 %). Средние значения показателей депрессии по шкале BDI в группе 1 с ЭПВ составили $34,81 \pm 2,73$ балла ($p < 0,01$), а по шкале HRDS – $21,83 \pm 1,50$ балла ($p \leq 0,01$), соответственно. Показатели тревожности (шкала STAI, Спилбергера-Ханина) в группе 1 следующие: ситуативная тревога $37,67 \pm 2,53$, личностная тревога – $54,27 \pm 2,2$ балла. При исследовании симптоматики патопсихологических факторов по опроснику SCL-90-R, получены следующие результаты: общий индекс тяжести симптомов GSI (General index of the severity of the symptoms) составил 1,21 баллов. Наибольшие значения отмечались в оценках по шкалам «соматизация», «обсессивность-компульсивность», «фобическая тревожность», «депрессивность», «тревожность», «психотицизм». Общий суммарный балл КЖ, согласно данным опросника QOLIE-31, составил 82,27 баллов, что значительно ниже значений нормы ($p < 0,001$; критерий Манна-Уитни,

тау Кендалла). Значимые отличия, с существенно более низкими оценками КЖ, были получены у больных с эпилепсией по таким сферам, как «когнитивное функционирование» – 13.01 балла, «боязнь приступов» – 39.47 баллов, «боязнь антиэпилептических препаратов» – 1.59 (до курса восстановительного лечения). При оценке результатов восстановительного лечения у больных эпилепсией мы получили следующие данные, позволяющие говорить о положительном эффекте курса транскраниальной магнитной стимуляции и микрополяризации, в том числе направленном на уменьшение выраженности эмоционально-аффективных расстройств. Результаты изменения психологических синдромов в динамике (до и после лечения): личностная тревога – до лечения – 51,19 балла и 46,83 – после; ситуативная тревога – 37,27 до лечения и 31,67 – после (STAI, шкала Спилбергера-Ханина); показатели депрессии (BDI, шкала Бека) – до лечения 34,81 и 14,67 балла – после; HRDS (шкала депрессии Гамильтона) – 21,84 балла и 15,17 после; SCL-90-R: соматизация – 1,53 и 1,125 после; обсессивность-компульсивность – 1,51 и 1,01 после; межличностная тревожность – 1,04 и 0,64 после; депрессивность – 1,35 и 0,74 после; тревога – 1,19 и 0,69 после; фобия – 1,17 и 0,5 после; паранойяльность – 0,73 и 0,53; психотизм – 0,73 и 0,25 балла после; общий балл тяжести – 1,21 и 0,72 – после реабилитации. Общий суммарный балл качества жизни повысился с 82,27 до 109,48 (QOLIE-31). Результаты восстановительного курса лечения следующие: снижение показателя частоты эпилептических приступов- приступы частотой 1-2 раза в год уменьшились с 24.75 до 11.88 %; приступы 1-3 раза в месяц – с 51.49 до 25.74 %, еженедельные приступы – с 16.83 до 1.98 %; ежедневные приступы – с 6.93 % до полного отсутствия. Зарегистрировано изменение характера приступов: судорожные приступы уменьшились с 41.58 до 2.97 %; бессудорожные – 22.77 до 10.89 %, сочетанные – с 32.67 до 25.74 %. А также произошло изменение и трансформация типа приступов: количество простых парциальных приступов уменьшилось с 15.84 до 8.91 %; сложных парциальных приступов – с 40.59 до 25.74 %; сложных парциальных приступов с вторичной генерализацией – с 27.72 до 4.95 %; ГСП с 15.84 до 3.96 %. Достигнут медикаментозный контроль над приступами в 60.39 % случаев.

Выводы:

1. Применение методов транскраниальной микрополяризации и магнитной стимуляции позволяет снизить проявления психопатологических синдромов в ходе этапа реабилитации больных эпилепсией и повысить качество жизни.
2. В результате нейротерапии с использованием ТКМП и ТМС происходит распад ранее сформированных внутри- и межполушарных нейрональных взаимодействий (устойчивое патологическое состояние) и формирование новых нейронных сетей, коррелирующих с благоприятной клинической динамикой.
3. Дополнительное применение ТМС и ТКМП позволяет снизить частоту эпилептических приступов, изменить тип припадков и достигнуть частичного контроля над припадками в 60.39 % случаев.
4. Нейропластическая терапия с использованием ТКМП и ТМС позволяет добиться более быстрых результатов в ходе этапов реабилитации непсихотических психических расстройств при эпилепсии, с минимальными количествами противозэпилептических препаратов и антидепрессантов.

ПРОСТРАНСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ БЭА ЭЭГ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ ПО ДАННЫМ СПЕКТРАЛЬНОГО И КОГЕРЕНТНОГО АНАЛИЗА

Дружинин А.К., Михайлов В.А., Горелик А.Л., Корсакова Е.А.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Введение. В течение последних десятилетий отмечается рост заболеваемости и распространённости эпилепсии в различных возрастных группах, особенно это затрагивает популяцию пожилого возраста. Нейрофизиологические константы привычного визуального анализа ЭЭГ этой популяции пациентов достаточно разноречивые и малоинформативные. Результаты обследования 239 пациентов позволяют сделать заключение о некоторых особенностях пространственной организации БЭА головного мозга у больных эпилепсией, в том числе и у лиц пожилого возраста, в сравнении с группами пациентов без этой патологии.

Цель исследования: определить наиболее общие специфические и неспецифические характеристики ЭЭГ, используя данные спектрального анализа когерентности и мощности, индекса пароксизмальности у больных эпилепсией, определить возможные корреляционные связи с частотой и степенью проявления эмоционально-аффективных нарушений.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 239 пациентов с различной неврологической патологией, ассоциированной с психопатологическими нарушениями. Часть из них (199 пациентов) страдали идиопатической и симптоматической эпилепсией, в том числе с органическими заболеваниями головного мозга.

Первая контрольная группа наблюдений 40 пациентов (20 мужчин и 20 женщин) без грубых неврологических заболеваний и эпилептических синдромов, средний возраст 62,5 года (61,5-65,0 лет). 2-ая группа была представлена 159 пациентами, с эпилепсией различной этиологии и патогенеза, средний возраст 45,5 года (от 24-68 лет). 3-ья группа 40 пациентов с последствиями инсультов (20 мужчин, 21 женщина) без пароксизмальных состояний эпилептической природы, средний возраст 62,5 года (61,5-65,0 лет). Длительность заболевания эпилепсией во 2-ой группе составила 145.5 ± 18.98 месяца, средний возраст начала заболевания 30.33 ± 2.93 года. Характер эпилептических приступов имел следующее распределение: судорожные 17 %, бессудорожные 13,2 %, сочетанные 69,8 %. Распределение эпилептических приступов по виду во 2-ой группе (эпилепсия) было представлено следующими данными: простые парциальные припадки у 50 % пациентов, сложные парциальные припадки у 16 %, комплексные парциальные припадки с вторичной генерализацией у 12 %, генерализованные припадки у 22 %. ЭЭГ регистрировали с помощью аппаратно-программного комплекса «Телепат» (Россия) с частотой дискретизации 200 Гц и полосой пропускания от 0 до 45 Гц. В ходе исследований анализировали показатели ЭЭГ по средней когерентности (СРКОГ), спектральной мощности (СМ), когерентности по каналам (КОГК), интегральный показатель пароксизмальности (ИПП). ИПП является комплексной характеристикой выраженности ПА на ЭЭГ. При расчете ИПП учитывались: максимальная амплитуда пароксизмов, их длительность, частота появления ПА в состоянии покоя и при функциональных нагрузках, волновая структура. Каждому из этих показателей в зависимости от их величин и характера присваивался определенный вес. Значения ИПП определялись по 10-бальной шкале в условных ед., исходя из совокупности весов вышеописанных параметров ПА. При проведении когерентного анализа по каналам учитывались средние (0.45-0.649) и сильные связи (0.65-1.00) индексов когерентности.

Результаты. При анализе нейрофизиологических данных ЭЭГ спектральным методом во всех исследованных группах получены следующие результаты. Спектральная мощность (СМ) БЭА ЭЭГ отличается во всех исследованных группах. В 1-ой контрольной группе («норма») получены следующие показатели: Дельта-диапазон ЭЭГ-Прослеживается асимметрия в значениях спектральной мощности между следующими отведениями: $Fp1 > Fp2$; $C3 > C4$; $O1 > O2$; Тета- диапазон: асимметрии не выявлено. Альфа-диапазон ЭЭГ- $T5 = 10.92$, $T6 = 9.41$, асимметрия между задне-височными ($T5 > T6$) отведениями. Во 2-ой контрольной группе (эпилепсия) получены следующие результаты распределения спектральной мощности (мкВ²) по областям ГМ: Дельта- диапазон- Прослеживается асимметрия в значениях спектральной мощности между следующими отведениями $Fp1 > Fp2$; $C3 > C4$; $O1 > O2$; Тета-диапазон: наличие асимметрии мощности между $F8 > F7$; $T5 < T6$; $T4 > T3$; $O1 > O2$; Альфа-диапазон ЭЭГ- асимметрия определяется между $O1 > O2$ отведениями. В 3-ей группе исследованных (последствия ОНМК) получены следующие показатели СМ: Дельта-диапазон: асимметрия в значениях СМ между $O1 > O2$; Тета- диапазон: наличие асимметрии сохраняется между $O1 > O2$; Альфа-диапазон: разница СМ определяется между $P4 > P3$, $O1 > O2$. При анализе СМ исследованных групп определяются различия синхронизации между группой «нормы» со 2-ой группой ($N=159$, пациенты с эпилепсией), которая заключается в нарастание спектральной мощности в дельта и тета-диапазонах, особенно в лобных и височных областях в правой гемисфере, с сохранением этих показателей в альфа-диапазоне в лобных и центральных, височных, задневисочных областях, при сравнительно однородной картине этого показателя в бета-диапазоне. Такая же выраженная разница спектральной мощности прослеживается при сравнении 2-ой (эпилепсия) и 3-группы пациентов (последствия ОНМК), где определяется больше левополушарная асимметрия в затылочных отведениях. Таким образом, мы наблюдаем картину усиления медленно-волновой локальной БЭА ЭЭГ у пациентов с эпилепсией, с акцентом распределения активности на лобные, затылочные и височные области коры головного мозга ($F8 > F7$; $T5 < T6$; $T4 > T3$; $O1 > O2$). Проведённые сравнительные исследования данных ЭЭГ с применением оценки когерентности по каналам: в 1-ой контрольной группе ($N=40$), мы наблюдали «сильные связи» только в альфа-диапазоне, с локализацией в лобных отведениях ($Fp1, Fp2$, $F3, F4$) и передних височных ($F7, F8$) и правой затылочно-теменной области ($O2-P4$). Количество сильных когерентных связей больше было представлено в 3-ей группе (последствия ОНМК) во всех частотных диапазонах, особенно в альфа-ритме, с преимущественной локализацией в лобных, височных и задневисочных областях ($Fp1$, $Fp2$, $T3, T5, P3$,) со смещением активности в левую гемисферу, то есть с наличием внутрислоушарной асимметрии по левому типу. Наибольшее количество «новых» патологических связей во всех диапазонах наблюдается во 2-ой группе пациентов с эпилепсией: значимые различия в дельта и тета-диапазонах с формированием межполушарных связей ($T6-P3$, $T4-T3$, $P4-O1$), с последующим увеличением количества этих связей в задней височной области, передней височной справа, теменной области слева ($T6, T5$, $F8, P3$). Оценка ИПП (интегрального показателя пароксизмальности) позволила сделать вывод о наличии у 74,62 % больных эпилепсией (2-ая группа) пароксизмальной активности со средней величиной равной 2.72 ± 0.17 . Таким образом, мы можем говорить что у больных с эпилепсией значительно выраженные показатели сильных и средних когерентных связей по сравнению с 1-ой и 3-ей группой пациентов, с преимущественной правополушарной асимметрией.

Выводы:

1. При эпилепсии пространственная организация функциональных внутрикортикальных связей характеризуется наличием «особых» взаимодействий нейронов коры ГМ в височно-теменных, задних височных, передних височных отведениях в дельта и тета диапазонах ЭЭГ.

2. При оценке ЭЭГ методом сравнения когерентности по каналам выделены значимые различия у больных с эпилепсией, по всем частотным ритмам (дельта, тета, альфа, бета-1), что подтверждает выраженное влияние эпилептического процесса на состояние нейронных связей различных областей головного мозга.

3. Показатели спектральной мощности ЭЭГ значимо различаются в трёх группах обследованных, наибольшие значения определяются у больных с эпилепсией, что возможно является клиничко-нейрофизиологическим предиктором и маркером степени активности эпилептического процесса.

4. Выявленные изменения медленно-волновой активности, с наличием межполушарных связей, в задневисочных, теменных и затылочных долях, формирование патологических изменений в альфа-диапазоне у пациентов с эпилепсией (в задней височной области, лобной справа, теменной области слева -T6,T5,F8,P3) являются специфическим характерным «маркером» эпилепсии.

ПАТОГЕНЕЗ ЭПИЛЕПСИИ С ПОЗИЦИЙ АНАЛИЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Дружинин А.К., Михайлов В.А., Горелик А.Л., Корсакова Е.А.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Введение. В настоящее время проблема динамического контроля вегетативного статуса у больных с эпилепсией приобретает всё большее значение, в связи с увеличивающимся интересом к проблемам системного подхода к проявлению эпилептических припадков. Формирование патологической функциональной системы при эпилепсии зависит от наличия детерминанты связанной с активностью вегетативной нервной системы. Одним из методов представляющих интерес для оценки вегетативной нервной системы является анализ вариабельности ритма сердца (ВРС), как возможный нейрофизиологический скрининг деятельности парасимпатической и симпатической отделов ВНС.

Цель исследования: определить наиболее общие и специфические нейрофизиологические характеристики ВНС, по данным спектрального и временного анализа вариабельности ритма сердца у больных эпилепсией, выявить возможные достоверные показатели активности симпатической и парасимпатической нервной системы оказывающих влияние на течение заболевания и формирование патологической функциональной системы.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 309 пациентов. Из них 160 пациентов, с различными формами эпилепсии. Контрольная группа сравнения была представлена 149 пациентами с различными неврологическими заболеваниями, без эпилептических синдромов, с ассоциированными психопатологическими синдромами (тревожные расстройства, эмоционально-лабильные расстройства, органические депрессивные расстройства, неврозы различного генеза). Средний возраст пациентов основной группы составил 48,07 года (от 22 до 60 лет), контрольной группы 45,98 лет (от 21 до 63 лет) соответственно. Вариабельность ритма сердца (ВРС) регистрировали с помощью аппаратно-программного комплекса «Нейрософт-ВНС» (Россия), по стандартной методике.

Результаты. При оценке данных ВРС у больных эпилепсией мы получили следующие результаты в фоновой записи (в положении лёжа): общая мощность спектра составила 2857,58 мкВ² (норма 3466). Распределение частотных спектральных

составляющих, пиков вегетативного баланса представлена следующими данными: VLF=45,68 %, LF=31,46 % (норма=59-65 %), HF=22,83 % (норма=35-40 %). LF/HF=1,18. Качественные показатели ВРС следующие: Мо= 0,886 (норма=0,61), АМо= 57,132 (норма=40), индекс напряжения (ИН) выше возрастной нормы =253,18; ИВР (индекс вегетативного равновесия) 197,31, что указывает на повышенный уровень вагусного влияния (норма=363,6); ВПР (вегетативный показатель ритма) 6,16 (при норме=9.76), что также подтверждает парасимпатическое влияние. При перемене положения тела, вертикально (ортостатическая запись), мы получили следующие данные: общая мощность спектра составила 1549,10 мкВ² (норма 3466). Распределение частотных спектральных составляющих, пиков вегетативного баланса была представлена следующими данными: VLF=47,54 %, LF=35,16 % (норма=59-65 %), HF=17,29 % (норма=35-40 %). Качественные показатели ВРС следующие: Мо=0,76 (норма=0,61), АМо= 46,8 (норма=40), ИН индекс напряжения в пределах возрастной нормы=258,47; ИВР=347,99 (индекс вегетативного равновесия), что указывает на повышенный уровень вагусного влияния (норма=363,6); ВПР (вегетативный показатель ритма) 8,58 (при норме=9.76), что также указывает на относительное парасимпатическое влияние. В контрольной группе исследованных (n=149), без эпилептических синдромов получены следующие показатели: общая мощность спектра составила 2464,06 мкВ² (норма 3466). Распределение частотных спектральных составляющих, пиков вегетативного баланса представлена следующими данными: VLF=41,54 %, LF= 32,93 % (норма =59-65 %), HF=25,54 % (норма=35-40 %). Качественные показатели ВРС следующие: Мо=0,84 (норма=0,61), АМо= 54,79 (норма=40), индекс напряжения (ИН) 168,89 в пределах возрастной нормы; ИВР (индекс вегетативного равновесия) 260,47 (норма=363,6); ВПР (вегетативный показатель ритма) 5,27 (при норме=9.76). В ортостатической записи мы получили следующие данные: общая мощность спектра составила 2390,28 мкВ² (норма 3466). Распределение частотных спектральных составляющих, пиков вегетативного баланса представлена следующими данными: VLF=49,74 %, LF=36,74 % (норма=59-65 %), HF=13,52 % (норма=35-40 %). Качественные показатели ВРС (орто-позиция) следующие: Мо=0,67 (норма=0,61), АМо=108,73 (норма=40), ИН индекс напряжения =323,38; ИВР (индекс вегетативного равновесия) =419,02, что указывает на повышенный уровень симпатического влияния (норма=363,6); ВПР (вегетативный показатель ритма) 8,96 (при норме=9.76), практически соответствует нормальному уровню вегетативного баланса.

Выводы:

1. При оценке ВРС методом временного и частотного анализа у больных эпилепсией имеются признаки повышенного влияние парасимпатической нервной системы на баланс вегетативной нервной системы, что возможно указывает на влияние эпилептического процесса на состояние нейронных связей различных областей коры головного мозга и лимбико-ретикулярного комплекса с системой гипоталамуса, по принципу обратной связи тормозных влияний.

2. У больных с эпилепсией значительно снижаются показатели активности ВНС, с компенсаторной тенденцией к ваготонии, то есть к сдвигу баланса ВНС в сторону трофотропного состояния системы. В контрольной группе пациентов (без эпилептических синдромов) при сравнении с группой пациентов с наличием эпилепсии, наблюдается значимая разница по следующим показателям: ИН (индекс напряжения регуляторных систем) 305,89 (эпилепсия) и 221,98 (контрольная группа); мощность высокочастотной составляющей, HF=1799,77 (эпилепсия) и HF=884,64 (контрольная группа) соответственно; LF/HF=1,174 и LF/HF=2,57; ИВР (индекс вегетативного равновесия) =197,31 и 260,47 (контрольная группа).

3. Тонус ВНС с превалированием регуляции в сторону ваго-инсулярной компенсаторной реакции возможно говорит об охранительных механизмах защиты гипоталамусом кортикального уровня активности, то есть о своеобразной «барьерной» функции «отсечения» афферентной информации анализаторов, для предотвращения возможного эпилептического припадка.

4. Нейрофизиологическая картина активности ВНС и головного мозга, полученная методом оценки вариабельности ритма сердца, позволяет предположить наличие преимущественно вагусных надсегментарных воздействий на течение эпилептического процесса у пациентов с эпилепсией.

5. Нарушения деятельности ВНС связаны с наличием и формированием патологической функциональной системы у больных с эпилепсией, где одним из основных узлов является вегетативная детерминанта, как возможный патологический акцептор действия.

ПРОСТРАНСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИСТЕМ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Дружинин А.К., Михайлов В.А., Горелик А.Л.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Введение. В настоящее время проблема возникновения эпилептических припадков у взрослых и пожилых людей приобретает особое значение. Одним из методов представляющих интерес для оценки ЭЭГ является когерентный анализ данных по каналам и спектральной мощности. Когерентность электрических сигналов мозга является количественным показателем синхронности вовлечения различных корковых зон при их функциональном взаимодействии, обеспечивающим интегративную деятельность мозга .

Цель исследования: определить наиболее общие и специфические ЭЭГ характеристики, по данным анализа когерентных связей ЭЭГ у больных эпилепсией пожилого возраста, выявить возможные корреляционные связи с частотой и степенью проявления эмоционально-аффективных нарушений.

Материалы и методы исследования. Исследованы три группы пациентов (181 человек), из них 141 пациент с неврологической патологией, которые в течение последних 3-5 лет перенесли ОНМК, травмы и нейроинфекции головного мозга, у 101 пациента течение заболевания осложнилось симптоматической локальной эпилепсией. 1-ая контрольная группа наблюдений 40 человек (20 мужчин, 20 женщин) без грубых неврологических заболеваний. Во 2-ой группе (ЭПВ) 101 пациент (56 мужчин, 45 женщин) основное этиологическое заболевание осложнилось развитием симптоматической, локально обусловленной эпилепсией. В 3-ей группе (ОНМК) пациентов, с последствиями инсульта (41 человек: 20 мужчин, 21 женщина) пароксизмальных состояний эпилептической природы не отмечалось. Средний возраст пациентов 1-ой группы составил 63,00 года (60,0-65,0 лет), 2-ой группы: 62,5 года (61,5-65,0 лет), 3-ей группы 62,5 года (61,5-65,0 лет). В ходе исследований анализировали показатели ЭЭГ когерентности по каналам (КОГК), учитывались средние (0.45-0.649) и сильные (0.65-1.00) коэффициенты когерентности (КК). Психологическое исследование НПП проводилось с использованием психометрических шкал и опросников (BDI, HRDS, SCL-90-R)

Результаты. Наименьшее количество когерентных связей определяется в 1-ой группе, которые характеризуются равномерным распределением по корковым образованиям и относительной симметрией, с большей активностью в альфа-диапазоне, что по-видимому характерно для пациентов пожилого возраста и является их возрастной нормой. Наибольшее количество «новых» патологических связей во всех диапазонах наблюдается во 2-ой группе пациентов (ЭПВ): значимые различия в дельта и тета-диапазонах с формированием межполушарных связей (Т6-Р3, Т4-Т3, Р4-О1), с последующим увеличением количества этих связей в задней височной области, передней лобной справа, теменной области слева (Т6, Т5, F8, Р3). 3-я группа наблюдений характеризуется повышенной активностью по сравнению с контрольной группой, но имеет отличия от группы пациентов с эпилепсией: меньше когерентных связей в тета-ритме, альфа и бета-диапазонах, выраженное снижение показателей медленной волновой активности, симметричное распределение БЭА когерентности в альфа-диапазоне. В ходе исследования проводилось психопатологическое обследование эмоционально-аффективных расстройств у 2-ой и 3-ей групп обследованных. Средние значения показателей депрессии по шкале BDI в сравниваемых группах составили 34,81±2,73 (ЭПВ) и 28,57±3,07 баллов (ОНМК), а по шкале HRDS – 21,84±1,50 (ЭПВ) и 13,79±1,36 (ОНМК) ($p \leq 0,01$), соответственно. При исследовании симптоматической психопатологии по методике SCL-90-R, получены следующие результаты: общий индекс тяжести симптомов GSI (General index of the severity of the symptoms) составил 1,21 баллов во второй группе (ЭПВ) и 0,70 – в третьей (ОНМК). Результаты исследований ЭЭГ позволили сделать вывод об особой картине распределения когерентных связей в определённых топографических зонах головного мозга и их корреляции с эмоционально-аффективными нарушениями: больше всего совпадений отмечалось в лобной и височной областях (9,7 % от общей выборки), теменной и височной областях (18,4 % и 14,6 % от общей выборки).

Выводы:

1. При оценке ЭЭГ методом сравнения когерентности по каналам выделены значимые различия у больных с ЭПВ, по всем частотным ритмам (дельта, тета, альфа, бета-1), что подтверждает выраженное влияние эпилептического процесса на состояние нейронных связей различных областей головного мозга, в том числе и на усиление не психических психических расстройств в группе пациентов с симптоматической эпилепсией в пожилом возрасте.
2. Показатель спектральной мощности значимо различается в трёх группах обследованных, наибольшие значения определяются у больных с эпилепсией пожилого возраста, что возможно является клинко-нейрофизиологическим предиктором степени активности эпилептического процесса.
3. Выявленные изменения медленно-волновой активности, с межполушарными связями, в задневисочных, теменных и затылочных долях, наличие патологических изменений в альфа-диапазоне у пациентов с эпилепсией (в задней височной области, передней лобной справа, теменной области слева -Т6,Т5, F8,Р3) являются специфическим характерным «маркером» ЭПВ.
4. Полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что у больных ЭПВ статистически значимо повышены показатели эмоционально-аффективных расстройств, с акцентом на усиление депрессии, по сравнению с пациентами перенесшими только инсульт.
5. Нейрофизиологическая картина БЭА головного мозга, полученная методом оценки когерентности, позволяет предположить наличие взаимовлияний степени локальных нарушений БЭА и выраженности психопатологических проявлений, особенно депрессии у пациентов с симптоматической эпилепсией пожилого возраста.

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА БИПОЛЯРНОГО СПЕКТРА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

Липатова Л.В., Якунина О.Н., Сивакова Н.А., Рукавишников Г.В.,
Капустина Т.В., Мазо Г.Э.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Эпилепсия и расстройства биполярного спектра представляют собой хронические заболевания с рекуррентным течением, однако данных о связи эпилепсии с именно биполярным аффективным расстройством (БАР) до сих пор недостаточно. У больных эпилепсией биполярное расстройство, согласно критериям DSM-IV, встречаются у 12,2 % обследованных, что в несколько раз чаще, чем в общей популяции. Несмотря на распространённую среди пациентов с эпилепсией нестабильность настроения в зависимости от фазы эпилептического приступа (например, пре- и интериктальной дисфории или постиктальной мании/гипомании), есть основания полагать, что они имеют отличную от биполярного аффективного расстройства природу. Биохимические, структурные и функциональные нарушения головного мозга, характерные для БАР, так же могут вторично возникать на фоне эпилепсии. Эпилептогенез и связанные с ним аффективные расстройства у БЭ, объединены общими нейроанатомическими, патофизиологическими и нейрохимическими механизмами, включающими вовлечение в патологический процесс височных долей головного мозга и нарушение нейромедиации. Несмотря на существование общих закономерностей течения эпилепсии и БАР, общих принципов терапии и общих патофизиологических механизмов формирования этих заболеваний, большинство практических вопросов связи эпилепсии и БАР остаются открытыми, что определяет актуальность настоящего исследования.

Цель исследования: изучить встречаемость аффективных расстройств биполярного спектра и исследовать клинико-психологические особенности больных эпилепсией с различными аффективными нарушениями.

Материалы и методы исследования. Обследовано 83 БЭ пациентов, 28 (33,8 %) мужчин и 55 (66,3 %) женщин в возрасте от 18 до 58 лет, средний возраст $36,8 \pm 1,2$ лет. Для выявления факта присутствия маниакальных и гипоманиакальных эпизодов, кроме клинического опроса и анализа медицинской документации, был использован самоопросник HCL-32 (Hypomania Checklist-32), относящийся к числу инструментов для диагностирования БАР, основной целью которого является выявление симптомов гипомании в анамнезе пациента. Для изучения психологических особенностей БЭ проведено комплексное исследование когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферы у 39 БЭ. Полученные результаты статистически обработаны.

Результаты. Анализ данных самоопросника HCL-32 позволил установить, что среднее количество положительных ответов на 32 базовых вопроса в общей группе больных эпилепсией составило 13,3 (SD=4,6) (min. 3 балла; max. 22 балла). По результатам осмотра врача-психиатра и проведения интервью, у 5 пациентов (6 % от общей группы; 12,5 % от подгруппы больных эпилепсией с «положительным» результатом по данным HCL-32) выявлены субклинические аффективные колебания, соответствующие диагнозу циклотимия (F 34.0). В результате психологического исследования у пациентов обнаружена выраженная склонность к колебаниям настроения. Высокая степень интенсивности того или иного полюса настроения может свидетельствовать о возможности резкой его смены. Сформированы критерии симптомокомплекса при повышенном (1 группа) и сниженном фоне настроения (2 группа). В 1 группе больных, среднее количество положительных ответов по самоопроснику HCL-32 составило $15,8 \pm 2,9$ баллов (минимум 12, максимум 22), что соответствует верификации симптомов гипомании.

Во 2 группе пациентов средний балл по шкале HCL-32 был достоверно ниже и составил $9,88 \pm 2,89$ (минимум 2, максимум 13) ($p < 0,05$).

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о целесообразности изучения расстройств биполярного спектра у больных эпилепсией. Это позволит получить новые знания, касающиеся не только биологических механизмов, лежащих в основе коморбидности этих нарушений, но и патофизиологических аспектов формирования расстройств биполярного спектра. Разработка специального алгоритма для скрининга может уменьшить гиподиагностику, что позволит оптимизировать и терапевтические подходы.

ОСОБЕННОСТИ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Максудова Х.Н., Ёдгарова У.Г.

ТашПМИ, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Цереброваскулярные заболевания являются одним из самых частых заболеваний нервной системы. Сосудистые заболевания, в частности, мозговой инсульт является одним из факторов риска развития симптоматической эпилепсии. После инсульта эпилептические приступы возникают примерно у 30-40 % пациентов.

Цель исследования. Изучение клинических и нейрофизиологических особенностей постинсультной эпилепсии у больных, перенесших ишемический и геморрагический инсульт.

Материал и методы исследования. Обследованы 22 пациентов с постинсультной эпилепсией, разделённых на две группы: перенесшие ишемический и геморрагический инсульт. Всем больным проведено клиничко-неврологическое обследование, электроэнцефалография (ЭЭГ) и МРТ головного мозга.

Результаты и обсуждение. В результате обследования было выявлено, что у 15 (66,7 %) пациентов постинсультная эпилепсия развилась после ишемического инсульта, у остальных 7 (33,3 %) пациентов – после геморрагического инсульта. По анамнестическим данным определены время дебюта первого эпилептического припадка: у 13 (58,3 %) пациентов приступ развился в течение первого года после перенесенного инсульта и у 5 (41,7 %) – в течение второго года, у 2 пациентов – в последующие годы. По характеру приступов больные распределились следующим образом: у 14 человек отмечались парциальные припадки со вторичной генерализацией, у 3 – по типу абсансов и у 2 – генерализованные тонико-клонические припадки.

Отличительной особенностью ЭЭГ больных с постинсультной эпилепсией являлась высокоамплитудная гиперсинхронизация основных корковых ритмов, периодическое региональное замедление в височных и лобных областях, значительная межполушарная асимметрия и латерализованная эпилептиформная активность в проекции очага постинсультного размягчения. В 75 % (9 пациентов) отмечено совпадение локализации очага постинсультных и очаговой эпилептиформной активности на ЭЭГ.

По результатам данных МРТ превалировали рубцовые очаги корковой и корково-подкорковой локализации.

Выводы. Постинсультная эпилепсия достоверно чаще возникает у больных, перенесших ишемический инсульт корковой локализации.

ВЛИЯНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ НА ПАМЯТЬ И ВНИМАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Махров М.В.

*Республиканский научно-практический центр психического здоровья,
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Известно, что эпилепсией страдает на сегодняшний день более 60 миллионов человек. В клинической картине расстройства психической сферы занимают второе место после пароксизмов. В начальных стадиях эпилепсии когнитивные нарушения наблюдаются у небольшого числа пациентов, но с увеличением длительности болезни наблюдается нарастание когнитивных расстройств. Даже на начальных стадиях заболевания при наличии единичных приступов выявляются нарушения памяти и внимания.

Современные эпилептологи к факторам риска развития когнитивных нарушений при эпилепсии относят политерапию и высокий уровень содержания антиконвульсантов в крови. Известно, что любой из противоэпилептических препаратов может привести к когнитивному и поведенческому дефициту. Наиболее нейротоксичными считаются барбитураты, гидантоины и бензодиазепины.

Возможности традиционной медикаментозной терапии сопутствующих когнитивных нарушений при эпилепсии весьма ограничены из-за малой эффективности и небезопасности (риск провокации приступов). В связи с тем, что нарушение когнитивных функций неразрывно связано с течением основного органического процесса, лечебные мероприятия должны иметь патогенетическую направленность.

Накоплен ряд научных фактов, свидетельствующих о высокой терапевтической эффективности магнитного поля (МП). Наиболее чувствительна к действию МП центральная нервная система. Магнитотерапия (МТ) характеризуется отсутствием феномена привыкания и сенсibilизации организма. Однако в научном сообществе не существует однозначной оценки применения МП в лечении неврологических и психических заболеваний. По мнению некоторых исследователей, наиболее перспективным для воздействия на центральную нервную систему является импульсное МП с частотой колебаний 10 Гц, близкой к основному ритму биоэлектрической активности головного мозга.

Цели исследования. Оценить влияние низкоинтенсивной импульсной МТ на память и внимание пациентов с эпилепсией, принимающих противоэпилептические препараты (ПЭП), в сравнении со здоровыми лицами.

Материал и методы. В 2009-2016 гг. в отделении по лечению психических расстройств вследствие эпилепсии РНПЦ психического здоровья под наблюдением находились 377 пациентов с эпилепсией. Обследованные составили 2 группы: основная группа – 187 пациентов, получивших терапию ПЭП с курсом импульсной транскраниальной МТ; контрольная группа – 190 пациентов, получивших терапию только ПЭП. В результате обследования 1908 соматически и психоневрологически здоровых лиц получены эталонные данные методик психологического исследования. Критерием исключения для пациентов с эпилепсией являлось наличие тяжелых психических (психозы, деменции, сумеречное расстройство сознания) и соматических заболеваний.

По результатам исходного клинического исследования установлено, что у большинства пациентов (72 %) отмечалась высокая частота эпилептических приступов – более 3-х в месяц; у части пациентов (20 %) приступы были средней частоты – 1-2 в месяц; редкие приступы (менее 1 в месяц) отмечались у меньшинства пациентов (8 %).

У 47 % пациентов отмечались первично генерализованные приступы, у 53 % пациентов – парциальные (в том числе вторично генерализованные). У большинства обследованных пациентов диагностирована симптоматическая форма эпилепсии (63 %), криптогенная форма установлена у 25 % пациентов, идиопатическая форма отмечалась у 12 % пациентов.

Группы пациентов с эпилепсией и здоровых лиц были сопоставимы по половозрастным критериям.

Пациенты основной группы получили курс лечения низкоинтенсивным импульсным МП в сочетании с ПЭП. Индукция составляла 50 мТл. Частота генерации импульсного магнитного поля – 10 Гц. Индукторы фиксировались битемпорально индуктородержателями, контактно располагаясь над вершиной ушной раковины пациента. Процедура проводилась в положении лежа в течение 15 минут. Курс лечения состоял из 10-12 процедур.

Пациентам основной и контрольной групп дважды по единой методике (до лечения и через 6 месяцев после курса лечения) проводились комплексное клиническое, патопсихологическое, нейрофизиологическое исследования. Здоровые лица обследованы однократно для получения эталонных данных психологических тестов.

При психологическом исследовании пациентов основной и контрольной групп было проведено сравнительное исследование функций произвольного внимания, работоспособности, кратковременной механической памяти, удержания информации при помощи методик «Таблицы Шульте», «Счет по Крепелину», тест запоминания 10 слов Лурия А.Р.

При формировании набора методик учитывалось полное и разностороннее выявление интересующей нас индивидуальной особенности, универсальность, легкая приспособляемость к испытанию различных категорий пациентов, краткость, техническая простота, легкость количественного учета, не забываемость с целью исследования психологической функции в динамике. Тесты в патопсихологии используются для решения узких, конкретных задач, так как ни один, даже самого широкого диапазона, тест не даёт достаточно всестороннего представления о психической деятельности обследуемого.

Полученные результаты. При помощи методики «Таблицы Шульте» у пациентов с эпилепсией выявлены ослабление функции произвольного внимания, замедление темпа сенсомоторных реакций, повышенная утомляемость, низкая эффективность работы ($56 \pm 2,1$ сек. в основной группе, $55 \pm 2,8$ сек. в контрольной группе и $38,0 \pm 2,8$ сек. в группе здоровых, $p < 0,001$).

После курса МТ в основной группе пациентов с эпилепсией улучшился показатель эффективности работы (среднее время снизилось с $56 \pm 2,1$ до $51 \pm 1,9$ секунд, $p < 0,001$). В контрольной группе улучшения не отмечалось ($55 \pm 2,8$ и $55 \pm 2,9$ соответственно).

В результате исследования работоспособности («Счет по Крепелину») установлено, что у пациентов с эпилепсией наблюдается невысокая продуктивность внимания и наличие ошибок. Отмечается высокая утомляемость при интеллектуальных нагрузках ($5,4 \pm 0,3$ счетных операций в основной группе, $5,58 \pm 0,3$ в контрольной группе и $3,63 \pm 0,2$ в группе здоровых, $p < 0,001$).

После курса МТ показатель утомляемости при интеллектуальных нагрузках снизился в основной группе с $5,4 \pm 0,3$ до $3,71 \pm 0,2$ счетных операций, $p < 0,001$ и достиг уровня здоровых лиц. В контрольной группе изменений данного показателя не отмечалось.

При исследовании кратковременной механической памяти выявлено, что удержание информации у пациентов с эпилепсией, в сравнении со здоровыми лицами, значительно нарушено ($5,5 \pm 0,2$ – в основной группе, $5,6 \pm 0,3$ – в контрольной группе и $8,0 \pm 0,1$

слов – в группе здоровых лиц, соответственно, $p < 0,001$). Информационная нагружаемость также снижена у пациентов с эпилепсией ($8,3 \pm 0,1$ – в основной группе, $8,6 \pm 0,1$ – в контрольной группе и $9,4 \pm 0,1$ слов - в группе здоровых, соответственно, $p < 0,001$).

В результате лечения МТ у пациентов с эпилепсией значительно улучшилось удержание информации (увеличилось количество воспроизведенных слов с $5,8 \pm 0,3$ до $7,2 \pm 0,3$, $p < 0,001$). В контрольной группе изменения данного показателя не выявлено.

Выводы. Для пациентов с эпилепсией характерны нарушения внимания (сужение объема, снижение концентрации, трудности переключения); повышенная истощаемость и замедленность психических процессов; снижение темпа сенсомоторных реакций. Отмечены выраженные в разной степени расстройства кратковременной памяти. Курс МТ оказал положительный эффект на процесс восстановления памяти и внимания у пациентов с эпилепсией: улучшилась эффективность работы, удержание информации, снизилась утомляемость. Выявленные положительные свойства МТ рекомендуется использовать, рационально сочетая ее с медикаментозной терапией, для получения большего лечебного эффекта.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИИ С ИПОЛЬЗОВАНИЕМ МУЛЬТИПОТЕНТНЫХ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА

Махров М.В., Шамрук И.В., Хлебоказов Ф.П., Королевич П.П.,
Мисюк Н.Н., Космачева С.М., Потапнев М.П., Докукина Т.В.

*Республиканский научно-практический центр психического здоровья,
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Эпилепсия является одним из наиболее распространенных нервно-психических заболеваний. В мире насчитывается более 50 млн. пациентов с эпилепсией. Эпилепсия – это сложное, полиморфное по своим проявлениям заболевание, в патогенезе которого ведущую роль играет первичное локальное повреждение межнейронных связей головного мозга или генетически обусловленное гипервозбуждение с последующей гибелью нейронов, то есть нейродегенерация. В последние годы установлено, что продолжительные судорожные приступы вызывают повреждение головного мозга, и даже однократный припадок может привести к «апоптозоподобной» гибели нейронов (Bengzon J., 2012). С другой стороны, при экспериментальной височной эпилепсии у животных было показано, что судороги не только повреждают гиппокампальную формацию, но и стимулируют нейрогенез (Parent J.M., 2008).

Клеточная терапия рассматривается как перспективный подход для лечения эпилепсии из-за ограниченности терапевтической эффективности противозепилептических препаратов в 20-40 % случаев у пациентов, страдающих этой болезнью (Roper S.N., 2013). В настоящее время технологии лечения стволовыми клетками оценены в доклинических исследованиях, продемонстрировавших их благотворное влияние на припадки у экспериментальных животных (Roper S.N., 2013). Локальное действие стволовых клеток на звенья патогенеза эпилепсии связывают с секрецией нейротрофических факторов и противовоспалительным действием (Dedeurwaerdere S., 2012).

При наличии повреждения в организме мультипотентные мезенхимальные стромальные клетки (ММСК) мигрируют в область деструкции и под влиянием микроокружения дифференцируются в тканеспецифичные стромальные и специализированные клетки

(Ess K.C., 2013). Нейрогенно дифференцируемые ММСК человека выделяют нейротрофический фактор головного мозга, который оказывает нейропротективное действие на нервные клетки, что способствует уменьшению частоты и тяжести эпилептических приступов, снижает степень выраженности психических нарушений (Kobow K. et al., 2012).

В настоящее время широко обсуждается высокий потенциал ММСК и индуцированных плюрипотентных стволовых клеток для лечения различных психоневрологических заболеваний. Тем не менее, сохраняются некоторые препятствия для клинического применения клеточной терапии, поэтому широкомасштабные клинические испытания не проводились (Ess K.C., 2013).

Цель и задачи. Оценить безопасность и эффективность применения наращенных *in vitro* аутологичных ММСК у пациентов с фармакорезистентной симптоматической эпилепсией.

Материалы и методы. Научно-исследовательская работа выполняется с 2013 года на базах ГУ «РНПЦ психического здоровья» и ГУ «РНПЦ трансфузиологии и медицинских биотехнологий» (Минск, Республики Беларусь). Исследование было одобрено Этическим комитетом центра. Все пациенты подписывают информированное согласие для участия в исследовании.

Под наблюдением находились 32 пациента (18 мужчин и 14 женщин) с фармакорезистентными формами эпилепсии, распределенные в 2 исследовательские группы с применением рандомизации. Возраст пациентов составил от 20 до 56 лет, длительность болезни от 7 до 29 лет. У всех отмечалась симптоматическая форма эпилепсии. Наиболее частым этиологическим фактором являлись нейроинфекция, перинатальная патология и черепно-мозговая травма. Когнитивные расстройства выявлены у всех пациентов, органическое расстройство личности – в 14 случаях. Проводилось комплексное исследование всех пациентов в сроки 1-3-6-12 месяцев после курса лечения, которое включало: клиническое, психиатрическое, нейрофизиологическое, патопсихологическое (MMSE, «Таблицы Шульте», «Счет по Крепелину», запоминание 10 слов А.Р. Лурия, «Шкала реактивной и личностной тревожности»), соматическое, лабораторное обследования. Для оценки тяжести приступа использовалась шкала NHS-3. Пациенты основной группы (15) получили курс лечения с трансплантацией ММСК. Пациенты контрольной группы (17) получали только стандартную противоэпилептическую терапию.

Для получения аутологичных ММСК у пациентов осуществляли забор 40 мл костного мозга под местной анестезией из гребня подвздошной кости. Костномозговой пунктат транспортировали в специализированную лабораторию для выделения ММСК из фракции моноклеаров методом адгезии на пластике и последующего культивирования в течение 3-5 недель (2-3 пассажа) в питательной среде альфа-МЕМ с рибонуклеозидами и глутамаксом (Sigma, Invitrogen), 5 % сыворотки АВ (IV), 100 ед./мл пенициллина, 100 мкг/мл стрептомицина. В процессе культивирования контролировали стерильность, оценивали морфологию и пролиферативную активность клеток.

С целью уменьшения риска побочных эффектов трансплантацию ММСК пациентам проводили в 2 этапа. Первый этап: трансплантация аутологичных недифференцированных ММСК: однократное медленное внутривенное введение 40,0-101,0 млн (в среднем $68,2 \pm 8,48$ млн) клеток в 20 мл раствора натрия хлорида 0,9 % для инфузий, содержащего 5 % аутологичной сыворотки. Жизнеспособность клеток в трансплантате составляла 98,1 %. Второй этап: через 5-7 дней после первой трансплантации пациенту вводили в спинномозговой канал 2,7-8 млн (в среднем $6,34 \pm 0,72$ млн) нейроиндуцированных ММСК в 5 мл раствора натрия хлорида 0,9 % для инфузий, содержащего 5 % аутологичной сыворотки. Жизнеспособность клеток составляла 98,8 %.

Результаты и обсуждение. Мы оценивали изменения в состоянии пациентов обеих групп в течение более одного года после терапии. Показано, что в течение 12-15 месяцев после начала исследования, у 83 % пациентов группы сравнения отсутствовал эффект (значимое изменение частоты приступов, результатов анкетирования, ЭЭГ записи). Пациенты основной группы, получившие комплексное лечение с использованием ММСК, достигли значимо лучших результатов. У 30 % пациентов достигнута длительная ремиссия в период 12-21 месяц после терапии (отсутствие приступов в течение более чем 6 месяцев), и в целом у 80 % пациентов отмечался значимый клинический ответ. У большинства пациентов основной группы отмечалась трансформация генерализованных тонико-клонических приступов в комплексные парциальные (психомоторные) и даже простые парциальные приступы. Следует отметить, что эффект влияния ММСК на состояние пациента был более очевидным в долговременной перспективе (12 месяцев и более), по сравнению с эффектом через 3 месяца после применения клеточной терапии.

Выводы. Наше исследование не закончено, но представленные данные наглядно продемонстрировали безопасность применения трансплантации ММСК для лечения резистентной эпилепсии, а также высокую эффективность (через год и более) в отношении снижения частоты приступов, улучшения когнитивных функций, нормализации биоэлектрической активности головного мозга.

Дополнительные исследования проводятся в направлении определения четких показаний (формы эпилепсии, степени тяжести заболевания, сопутствующих нарушений) к проведению трансплантации аутологичных ММСК и определения целесообразности повторных курсов клеточной терапии.

ЭПИЛЕПСИЯ ПОСТИНСУЛЬТНОГО ГЕНЕЗА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ. (НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ)

Михайлов В.А., Дружинин А.К., Липатова Л.В., Киссин М.Я., Бочаров В.В.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность исследований патологии позднего возраста обусловлена многими факторами, в том числе распространённостью острых нарушений мозгового кровообращения. Эпилептические приступы развиваются в 10 % случаев после перенесённого ОНМК и являются одной из главных причин эпилепсии в пожилом возрасте. В связи с этим диагностика постинсультной эпилепсии у взрослых и пожилых людей приобретает особое значение в контексте реабилитации этой возрастной популяции населения.

Цель исследования: определить наиболее специфические поражения коры головного мозга, по результатам МРТ, и их влияние на организацию биоэлектрической активности ЭЭГ головного мозга у больных постинсультной эпилепсией пожилого возраста, провести сравнительный анализ результатов диагностики пациентов с постинсультной эпилепсией и с последствиями ОНМК без эпилептических приступов в пожилом возрасте.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 2 группы пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения в количестве 81 больного. 1-ая группа сравнения (постинсультная эпилепсия) были сформирована с учётом наличия у больных последствий перенесённого ОНМК и симптоматической постинсультной эпилепсии, в количестве 41 пациента. 2-ая группа сравнения была набрана из больных возрастом старше 60 лет с последствиями ОНМК, без эпилептических припадков,

общим количеством 40 больных. 1-ую группу сравнения составили 23 мужчины (56,56 %) и 18 женщин (43,44 %), в возрасте от 60,75 до 65 лет; 2-ая группа 21 женщина (52,5 %) и 19 мужчин (47,5 %), в возрасте от 61,75 до 68,75 лет, соответственно. Время от перенесённого инсульта, до развития симптоматической постинсультной эпилепсии в 1-ой группе сравнения составило следующие данные: до 1 месяца в 15,4 % случаев, от 1 месяца до 1 года в 61,6 %, от 1 года до 5 лет 11,5 %, больше 5 лет в 11,50 % соответственно. Средний возраст начала постинсультной эпилепсии составил 62.40 ± 0.64 лет, время от воздействия этиологического фактора до манифестации клинической картины в среднем составило 14.48 ± 2.26 месяца. Длительность заболевания эпилепсией в исследуемой группе составила в среднем 36.62 ± 4.13 месяца. Частота припадков в 1-ой группе ПЭ имела следующее распределение: редкие приступы (1-2 раза в год) имели место у 10 (24,4 %) пациентов и (1-3 раза в месяц) у 19 (46,3 %) больных, частые (еженедельно) у 11 (26,8 %) больных, ежесуточные у 1 (2,4 %). У 19 пациентов (46,3 %) наблюдались судорожные приступы, у 11 больных (26,8 %) – бессудорожные, у 11 (26,8 %) приступы носили смешанный характер (сочетание судорожных и бессудорожных припадков).

Результаты. Структура распределения типов припадков в 1-ой группе (ПЭ): сложные парциальные припадки имели место у 19 больных (46.34 %), комплексные парциальные припадки с вторичной генерализацией у 10 пациентов (24.39 %), простые парциальные припадки у 7 пациентов (17.07 %), генерализованные припадки у 5 пациентов (12.19 %).

При анализе характера последствий ОНМК, наиболее часто в 1-ой группе встречались инсульты по ишемическому типу (85,4 %), реже по геморрагическому типу (14,6 %); во 2-ой группе типы инсультов распределяются следующим образом: ишемический у 65,8 % пациентов, геморрагический у 34,2 % соответственно.

По данным МРТ исследования ГМ 1-ая группа сравнения (ПЭ) характеризуется большим количеством множественных очагов поражения головного мозга, у 37 больных (90,24 %) по сравнению со 2-ой, у 30 больных (75 %). Чаще в 1-ой группе регистрировались двухсторонние у 20 больных (48.8 %) и левосторонние полушарные очаги у 13 больных (31,7 %), чем во 2-ой группе, у 14 (34,1 %) и 10 больных (24,4 %) соответственно. Характер изменений морфологической структуры ГМ в 1-ой группе в основном определялся кистозно-глиозными изменениями у 30 (73,2 %) пациентов, в тоже время в во 2-ой группе в основном были выявлены глиозные изменения у 20 (50 %) больных. По локализации расположения очагов в 1-ой группе чаще поражались лобные, теменные и височные области (37 %), чем во 2-ой группе с последствиями инсультов (22 %).

Анализ показателей БЭА головного мозга 1-ой и 2-ой группы сравнения показал следующие результаты: диффузные изменения БЭА в 1-ой группе (ПЭ) были выявлены у 41 пациента (100 %), локальные изменения в сочетании с диффузными у 37 (88,1 %), только локальные неспецифические изменения активности у 4 (9,5 %) больных, пароксизмальные изменения в фоновой пробе определялись у 31 (73.8 %), с функциональными пробами у 37 (88,1 %) пациента, специфические эпилептические паттерны имели место у 11 больных (26.83 %). Распределение полушарных локальных изменений БЭА ГМ в 1-ой группе (ПЭ): правополушарная локализация у 10 (23,8 %) пациентов, левополушарная у 15 (35,7 %), двухсторонняя локализация определялась у 16 (38,1 %) соответственно. Во 2-ой группе (ПОНМК) получены следующие данные: диффузные изменения БЭА были выявлены у 34 (85 %) пациентов, локальные неспецифические изменения активности у 22 (55,4 %), пароксизмальные изменения в фоновой пробе определялись у 4 больных (10,0 %), с проведением функциональных проб у 16 (40 %). Локальные изменения БЭА носили преимущественно двухсторонний характер у 22 (55,0 %) исследуемых.

Результаты ЭЭГ-обследования 1-ой и 2-ой группы сравнения также были проанализированы с использованием когерентного анализа для получения данных о пространственной организации БЭА у больных ПЭ и ПОНМК. Сравнительный анализ топографического распределения по отведениям КС и КК позволяет выявить значительные различия между 1-ой (ПЭ) и 2-ой (ПОНМК) группами сравнения.

Нами получены данные, позволяющие сделать заключение, что в 1-ой группе сравнения (ПЭ) КС в основном распределялись между височными отведениями (Т3-Т5, Т4-Т5) в дельта-диапазоне, теменными и затылочными отведениями слева (Р3-О1) в тета-диапазоне; лобными и затылочными (F3-О2), височными (F8-Т4), центрально-височными (С3-Т4, С3-Т6), центрально-теменными отведениями (С4-Р4) в альфа-диапазоне ЭЭГ. В тоже время во 2-ой группе (ПОНМК) топографическое распределение КС было иным, отличным от 1-ой группы (ПЭ).

Таким образом, получены результаты значимых различий пространственной организации БЭА в сравниваемых группах. В 1-ой группе (ПЭ) были более выраженные КС в височных и центрально-височных отведениях (дельта- и альфа-диапазон), со смещением БЭА в правое полушарие, в 58,76 % случаев. В тоже время у пациентов 2-ой группы (ПОНМК) КС в основном определялись в лобно-затылочных и лобно-височных отведениях (тета- и альфа-диапазоне) с наличием симметричного расположения и большим количеством межполушарных связей, в 69,52 % случаев.

Выводы. Для больных с постинсультной эпилепсией в пожилом возрасте в основном характерно поражение головного мозга множественными обширными очагами с преимущественно двухсторонним наличием деструктивных изменений корковой и подкорковой локализации, с кистозно-глиозными изменениями.

Возможно, такие поражения головного мозга у пациентов с постинсультной эпилепсией в отличие от группы с последствиями ОНМК, определяют развитие эпилептических очагов и самой ЭПВ.

ЭЭГ картина у больных с постинсультной эпилепсией в пожилом возрасте характеризуется сочетанием диффузных и локальных изменений активности неспецифического характера, с незначительным количеством эпилептических пароксизмальных изменений (10,89 %) в височных и лобных отведениях. Распределение неспецифической локальной активности ЭЭГ в основном двухстороннее, с акцентом на височные и теменные области.

При оценке ЭЭГ определяются различия между 1-ой и 2-ой группой, которые говорят о большей частоте локальных изменений активности при ЭПВ, наличие большей частоты пароксизмальных и специфических, эпилептических изменений БЭА, особенно в височных и лобных долях.

При эпилепсии в пожилом возрасте, сосудистого генеза, изменяется синхронизация БЭА между анатомическими областями ГМ в сторону уменьшения количества структурных связей (КС). Ослабление пространственной организации альфа-ритма приводит к усилению медленно-волновых (дельта и тета-ритм), частотных диапазонов БЭА ГМ, тем самым приводит к нарушению

МОДУЛЯЦИЯ ФАРМАКОКИНЕТИКИ И ПРОТИВОСУДОРОЖНОЙ АКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ГАЛОДИФ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ ИНДУКЦИЕЙ ФЕРМЕНТОВ БИОТРАНСФОРМАЦИИ

Новожеева Т.П., Шушпанова Т.В., Маркова Е.В., Бохан Н.А.

НИИ ПЗ Томский НИМЦ РАН, г. Томск, Россия

Создание новых фармакологических подходов для терапии пароксизмальных состояний в психиатрии (эпилепсия, алкоголизм) – возможно не только путём создания новых молекул, но и оптимизацией фармакотерапии, выявления оптимальных схем и режимов дозирования применяемых лекарств, обеспечивающих максимальный лечебный эффект при отсутствии нежелательных реакций. Большинство этих подходов может быть реализовано лишь при условии изучения особенностей биотрансформации препарата и модуляции его фармакокинетики в организме и органах-мишенях. Противозипелитический препарат галодиф обладает выраженным противосудорожным действием, снижает алкогольную мотивацию в эксперименте и в условиях клиники, при этом он является индуктором цитохром Р450-зависимой монооксигеназной системы печени и активирует некоторые ферменты 2-ой фазы биотрансформации в клетках печени. В связи с этим, длительная фармакотерапия этим антиконвульсантом может сопровождаться как изменением фармакодинамики и фармакокинетики самого галодифа, так и совместно назначаемых лекарственных средств.

Материалы и методы. Фармакокинетика галодифа изучена в органах-мишенях – мозге и печени и сыворотке крови экспериментальных животных – инбредных белых крыс-самцов – при его введения в дозе 100 мг/кг в течение 1 месяца. Проведено сопоставление основных параметров фармакокинетики – периода полувыведения (T_S), площади под кинетической кривой (AUC), клиренса (Cl) и других – с противосудорожным и индуцирующим действием препарата в отношении монооксигеназ и ферментов конъюгации в ткани печени. Противосудорожная активность изучена в тесте МЭШ (ED50). Оценка уровня гемопротеидов в печени и активности некоторых изоформ цитохрома Р450 в отношении ряда модельных субстратов гексобарбитала, амидопирин, анилина, андростендиона проведены как описаны ранее. Определение галодифа в биологическом материале и расчет параметров фармакокинетики проведены как описано ранее. Фармакокинетика модельного лекарства – антипирина изучена в слюне: у здоровых добровольцев, у больных, страдающих алкоголизмом и пограничными нервно-психическими расстройствами, получавшими курсовое лечение галодифом (3x100мг в сутки) в течение 1 месяца.

Результаты и обсуждение. Выявлена линейная зависимость противосудорожного эффекта галодифа от концентрации препарата в ткани головного мозга и сыворотке крови подопытных животных: максимальная защита от судорог, вызванных МЭШ, наблюдается через 24 часа после введения препарата. Изучение параметров фармакокинетики галодифа в сыворотке крови и органах-мишенях экспериментальных животных показало, что при однократном введении препарата наблюдается задержка его в организме, что свидетельствует об угнетении ферментных систем детоксикации печени и снижении процессов элиминации. При курсовом введении галодифа – до 1 месяца – наблюдается ускорение элиминации препарата из органов-мишеней – мозга и печени, а также из сыворотки крови. То есть при длительном введении препарата наблюдается явление аутоиндукции, что подтверждается сопоставлением фармакокинетических параметров и показателей активности цитохром Р450-зависимых монооксигеназ печени. Неинвазивная оценка фермент-индуцирующего действия галодифа посредством антипириновой

пробы, с оценкой основных параметров модельного субстрата – антипирина – проведенная у здоровых добровольцев, и в клинических условиях у больных, страдающих алкоголизмом и пограничными нервно-психическими расстройствами, также свидетельствует о его индуцирующем действии на систему цитохрома P450 печени человека и способности галодифа вызывать аутоиндукцию и ускорять метаболизм совместно назначаемых препаратов.

Таким образом, в результате проведенных экспериментов, выявлена линейная зависимость противосудорожного эффекта галодифа от концентрации препарата в ткани головного мозга и сыворотке крови подопытных животных: максимальная защита от судорог, вызванных МЭШ, наблюдается через 24 часа после введения препарата. Получены новые экспериментальные данные, характеризующие фармакокинетику галодифа в плазме крови и органах-мишенях – мозге и печени при его длительном – до 1 месяца – введении. Сопоставление динамики параметров фармакокинетики галодифа в мозге, печени и плазме с его фермент-индуцирующим действием на МОС печени при различной продолжительности введения свидетельствует о корреляции изученных показателей. При курсовом назначении галодиф ускоряет элиминацию антипирина у здоровых добровольцев и больных, страдающих алкоголизмом и пограничными нервно-психическими расстройствами. Этот факт необходимо учитывать при назначении препаратов, которые являются субстратами для монооксигеназ и ферментов конъюгации в гепатоцитах.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

Одинцова Г.В., Кравцова С.В., Чугунова А.А.

*РНХИ им. проф. А.Л. Поленова» – филиал СЗФМИЦ им. Алмазова
Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Исторически сложилось, что демографическим проблемам эпилепсии не уделялось достаточного внимания. Проблема репродуктивного здоровья вышла за рамки медицинской науки и приобрела большое социальное значение в связи с обострившейся ситуацией с количественным и качественным воспроизводством населения во всем мире. По прогнозам Министерства труда и соцзащиты РФ, потенциал рождаемости в стране почти исчерпан и ждать дальнейшего роста не приходится, поскольку достигнутый уровень практически приблизился к «репродуктивным установкам населения» (1,91 ребенка на одну женщину репродуктивного возраста). В то же время репродуктивный потенциал женщин с эпилепсией остается невостребованным. Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении эпилепсии стигматизации при эпилепсии сохраняется. Негативное восприятие беременности при эпилепсии характерно не только в обществе, но и в медицинской среде. Дискриминацию и социальную стигматизацию, которые окружают эпилепсию во всем мире, сложнее преодолеть, чем сами эпилептические припадки. В то же время изменение демографической политики государства активизировало репродуктивную позицию женщин. До 1 % населения поражает заболевание, 250 миллионов женщин в мире, большинство в репродуктивном возрасте, страдает эпилепсией.

Цель исследования – представить современное состояние проблемы беременности при эпилепсии.

Материалы и методы. Проведен анализ документов ВОЗ по эпилепсии, поиск публикаций по теме «эпилепсия, беременность» за период 2006-2016гг. в базах данных РИНЦ, Scopus. Проведен анализ социальных тенденций, основных направлений исследований и представлены основные результаты научных работ по женской эпилепсии.

Результаты и их обсуждение. Эпилепсия является одним из старейших распознаваемых состояний в мире, о котором сохранились письменные свидетельства, относящиеся к 4000 до н.э. На протяжении столетий эпилепсия была окружена страхом, непониманием, дискриминацией и социальной стигматизацией (ВОЗ, 2017). В законодательстве многих странах отражается вековое непонимание эпилепсии. Так в Китае и Индии эпилепсия часто считается причиной для запрещения или аннулирования браков. В Соединенном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии закон, разрешающий отмену брака по причине эпилепсии, был отменен лишь в 1971 году. В России до 2008 года заболевание являлось показанием к прерыванию беременности. Ситуацию изменил приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 736 «Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности. Благоприятно протекающие варианты эпилепсии не требуют прерывания беременности, но определяют особый подход и наблюдение за этими больными (Карлов В.А., 2004, Власов П.Н., 2009). Законодательство, основанное на принятых на международном уровне стандартах прав человека, может препятствовать дискриминации и нарушениям прав человека, облегчать доступ к медико-санитарным службам и повышать качество жизни больных эпилепсией. Начиная с 1997 года ВОЗ, Международная лига борьбы против эпилепсии (ILAE) и Международное бюро по эпилепсии (IBE) проводят глобальную кампанию «Out of the Shadows» («Из мрака на свет»), с целью улучшения информации и повышения осведомленности в отношении эпилепсии, а также активизации усилий государственного и частного секторов по улучшению медико-санитарной помощи и уменьшению последствий этого расстройства.

За последние годы, благодаря внедрению новых препаратов, достигнуты огромные успехи в лечении эпилепсии, 85 % людей с этим заболеванием могут жить полноценной жизнью. Одной из ведущих медицинских причин низких демографических показателей при женской эпилепсии являются лекарственно-гормональные альтерации, обуславливающие высокий процент гинекологической патологии и бесплодия. Однако, в международных клинических исследованиях новых антиэпилептических препаратов исследование их влияния на репродуктивную функцию не является обязательным, что приводит к ятрогенным и преждевременным возрастным утратам репродуктивной функции. Клинические исследования применения антиэпилептических препаратов при беременности запрещены во всем мире по этическим нормам. В мире решить эту проблему пытаются через регистры беременности. Современные исследования по проблеме беременности при эпилепсии концентрируются на изучении последствий воздействия антиэпилептических препаратов: тератогенеза, нейроповеденческой токсичности, а также осложнений беременности при эпилепсии и изменении течения заболевания на фоне беременности. Результаты современных исследований позволяют дифференцировать риски различных типов врождённых пороков развития и доз противосудорожных препаратов. Пациентки с эпилепсией имеют более высокий риск для некоторых осложнений беременности и родов, включая самопроизвольный аборт, дородовое и послеродовое кровотечение, индукцию родов. Эпилепсия не является показанием к кесареву сечению (Menzler K., Fuest S., 2016). В дополнение к тщательному отбору типа лекарств, фетальное воздействие на момент зачатия и в первом триместре беременности имеет значение для всех АЭП (Pennell P.B., 2016; Menzler K., 2016), однако

степень этого влияния различна у разных лекарственных средств. Изучение пренатального воздействия на когнитивные функции при монотерапии леветирацетамом, топираматом и вальпроатом (Martines Ferri M., Pena Mayor, 2016, Bromley R.L., 2016) показано, что пренатальное воздействие леветирацетама и топирамата, в ряде случаев приводящее к снижению когнитивных способностей детей, а также неблагоприятным исходам, не было связано с увеличением дозы препарата. Однако, увеличение дозы вальпроата более отчетливо приводило к снижению вербальных и невербальных способностей (Bromley RL, Calderbank R., 2016). Большинство исследователей, на сегодняшний день, не находят прямой связи между пренатальной монотерапией карбамазепином, ламотриджином или фенитоином и неврологическим исходом в сравнении с контрольной группой детей, при этом отмечается высокий уровень когнитивных функций по сравнению с детьми, подвергшимися воздействию вальпроата (Bromley R. 2016). Очень важное значение имеет индивидуальный подход с учетом типа припадков. В частности, для женщин с выраженными миоклоническими припадками леветирацетам (LEV) является более предпочтительным вариантом, в сравнении с вальпроевой кислотой (VPA) (Sala-Padro J., Toledo M., 2016). При этом необходимо учитывать, что переход от VPA во время первого триместра беременности может привести к потере контроля над приступами (Tomson T., Battino D., 2016; Tomson T., Anthony Marson A., 2013, 2015). Консультирование пациенток накануне зачатия должно включать обсуждение вариантов нейроразвития для конкретных процедур и назначения оптимальных дозировок противоэпилептических препаратов. Женщины должны быть осведомлены об ограниченном характере доказательной базы для новых противоэпилептических средств (Bromley R.L., Calderbank R., 2016; Farmen A.H., Grundt J.H., 2016, Braillon, 2016). Во время беременности, а также в послеродовой период, происходят существенные фармакокинетические изменения многих антиконвульсантов. Во время беременности необходимо проведение тщательного мониторинга внутриутробного развития плода, акушерских и неонатальных осложнений. Кормление грудью может обеспечить дополнительную нейрогенетическую выгоду – это должно быть одним из вариантов защиты для женщин, принимающих АЭП.

Заключение. Таким образом, беременность при эпилепсии является важной медико-социальной проблемой. Актуальность определяется большой социальной значимостью демографических проблем в целом и конфликтом интересов между растущими практическими потребностями и отставанием научных разработок в проблеме репродуктивного здоровья при женской эпилепсии. Преобладает наблюдательная позиция, недостаточно внимания уделяется активному управлению побочными эффектами антиэпилептических препаратов при эпилепсии, прогнозированию исходов беременности и активной тактике при предгравидарной подготовке.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОБЫ С ПЛАЦЕБО ПРИ ПСИХОГЕННЫХ НЕЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

Прокудин М.Ю., Дыскин Д.Е., Базилевич С.Н., Моисеева А.М., Кошкарёв М.А.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Клинический анализ приступных событий у больных с пароксизмальными нарушениями сознания в 70 % случаев позволяет предположить генез его возникновения. Однако, в ряде случаев для диагностики психогенных неэпилептических состояний необходимо проведение пробы с плацебо. Большинство из них по

своим внешним проявлениям напоминают эпилептические приступы. С подозрением на впервые выявленную эпилепсию у 12 % диагностируются псевдоэпилептические приступы, а 20-25 % пациентов с диагнозом «фармакорезистентная эпилепсия» вовсе ею не страдают. Некорректно вынесенный диагноз эпилепсии приводит к снижению качества жизни, социальным ограничениям, «стигматизации» больных, многолетней необоснованной терапии, экономическим затратам.

Цель исследования – оценить информативность пробы с плацебо у больных с подозрением на психогенные псевдоэпилептические приступы.

Материалы и методы. В исследование вошло 72 пациента, в возрасте $42,7 \pm 17,5$ лет, с пароксизмальными нарушениями сознания различного генеза. У больных с подозрением на психогенный характер приступов проводилась провоцирующая проба с плацебо ($n=23$). В качестве плацебо использовали физиологический раствор, а также раствор для инъекций кальция глюконата (10 %-10 мл).

Результаты и их обсуждение. Провоцирующая проба с плацебо была положительна в 21 из 23 случаев (91,3 %). Клинические проявления психогенных неэпилептических состояний были крайне разнообразны, но в целом их можно было разделить на несколько групп: интенсивные движения головой (с одной в другую сторону), руками ($n=8$), схожие с генерализованным тонико-клоническим приступом; дрожание ($n=6$); тоническое напряжение мышц, иногда по типу гемиспазма ($n=2$); атония с демонстрацией падений, осаживанием ($n=3$); изолированные моторные, чувствительные нарушения, схожие с простыми парциальными приступами ($n=2$). У одного пациента психогенные состояния изначально были расценены как эпилептический статус. Данные состояния не носили строго стереотипный характер, демонстрировались в присутствии медицинского персонала, при снятии электродных систем, часто наблюдалось многократное нажатие на кнопку датчика отметчика событий во время ЭЭГ. В семи случаях наблюдалось сочетание эпилепсии и псевдоэпилептических приступов.

Заключение. Таким образом, информативность пробы с применением плацебо составляет свыше 90 % при психогенных неэпилептических состояниях. В случае неэффективности терапии антиэпилептическими препаратами врач должен предположить психогенный характер приступов.

ХАРАКТЕРНЫЕ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ БЕССУДОРОЖНЫХ ФОРМ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ДЕТЕЙ

Садыкова Г.К., Мухамедханова М.И.

ТашПМИ, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Эпилептическая энцефалопатия – это состояние, где патологический измененный электрогенез головного мозга является причиной нарушений функций головного мозга. Эти расстройства составляют, по данным литературы, в зависимости от формы, от 5 до 40 % поведенческих, психических и нейропсихологических расстройств и до 3-10 % всех эпилептических расстройств. Во всех таких случаях поводом обращения пациента к врачу являются коммуникативные, интеллектуальные, педагогические, психотические, поведенческие, эмоциональные расстройства. Трудности правильной диагностики неврологического статуса таких больных заключаются в том, что в момент обращения нет специфических жалоб на припадки.

Цель исследования: изучить характерные электроэнцефалографические признаки бессудорожной формы эпилептической энцефалопатии (БФЭЭ).

Материалы и методы исследования: в основу исследования вошли 25 детей с диагнозом БФЭЭ. Большинство из них были направлены на обследование психоневрологом по поводу поведенческих, когнитивных расстройств и задержку психомоторного, психоречевого или общего психического развития. Средний возраст наблюдаемых детей с БФЭЭ составил $8,1 \pm 0,6$ лет. Дебют заболевания составил $5,1 \pm 0,49$ лет, а длительность в среднем составила $3,5 \pm 0,54$ лет и варьировала в пределах от 1 года до 13 лет. В данной работе использовались общеклинические, неврологические и инструментальные методы исследования – электроэнцефалография (ЭЭГ).

Результаты исследования: при ЭЭГ-исследовании были выявлены вспышки Θ -, δ - и α -активности с амплитудой 200-1000 мкВ ($598 \pm 21,3$ мкВ). В наших наблюдениях основным ЭЭГ-феноменом, наряду с высокоамплитудной активностью, было грубое нарушение ритмики. Высокоамплитудная активность имела медленный характер, часто сочетаясь с эпилептиформной, что позволило классифицировать это явление как эпилептическую дизритмию.

Выводы: выявленные грубые нарушения биоэлектрических ритмов указывают на тяжелое расстройство функций отмеченных структур, являющихся, как правило, при парциальных формах эпилепсии пейсмейкерами эпилептической активности. Это, собственно, и определяет отсутствие у пациентов эпилептических припадков при вышеуказанных грубейших нарушениях психики, что особенно важно, так как в настоящее время концепция генетического механизма поведенческих расстройств и нарушений развития у подобного контингента больных, а также дисфункции трансмиссерных систем мозга (дофаминергической и др.) находит подтверждение лишь в единичных случаях.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ДИНАМИКИ ЭПИАКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С РЕМИССИЕЙ ПРИПАДКОВ

Сивакова Н.А., Корсакова Е.А., Громов С.А.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время ремиссию эпилептических припадков удается получить у 70-80 % систематически наблюдаемых больных. С учетом этого факта Международная Эпилептическая Лига составила рекомендации о сроках длительности приема антиэпилептических препаратов в этом периоде. Первоначально было принято решение о двухлетнем сроке, но высокий процент срыва ремиссии (до 87 %) стал причиной для увеличения сроков до 5 лет. Согласно принятым международным стандартам, статистически достоверным считается улучшение, когда частота припадков уменьшается на 50 % и более. Степень улучшения принято делить на 3 градации: умеренное улучшение – сокращение частоты припадков до 50-74 %; значительное улучшение – более чем на 75 %; получение контроля припадков. Кроме контроля приступов и его сроков предложено учитывать компенсаторные механизмы самой болезни эпилепсии и прослеживать в течение ряда лет (до 8 лет) динамику их показателей, включая стойкость контроля всех видов припадков, уровень регресса когнитивных расстройств и эпилептических паттернов на ЭЭГ.

Современные методы обследования больных эпилепсией (ЭЭГ-видеомониторинг, магнито-резонансная томография, позитронно-эмиссионная томография, спектрография, трактография) позволяют получить объективные данные о форме и течении

болезни, в том числе в период длительного отсутствия припадков. В ранее проведенных исследованиях, было установлено, что у больных со стойким контролем припадков компенсация здоровья с регрессом эпилептогенеза на нейрональном уровне может продолжаться 5-8 и более лет. При неконтролируемом течении эпилепсии, по данным ЭЭГ-обследования, у больных диагностируется не только наличие патологической активности в виде эпилептического очага, но и ее прогрессирование в виде «эпилептизации» головного мозга.

Задачи исследования: 1) провести сравнительный анализ данных рутинной ЭЭГ и ЭЭГ-мониторинга у больных контролируемой эпилепсией; 2) изучить у наблюдаемых пациентов динамику эпилептической активности в зависимости от длительности ремиссии приступов.

Материалы и методы исследования. Обследовано 36 пациентов, наблюдаемых в СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, в возрасте от 16 до 74 лет (в среднем 33.81 ± 1.80 лет), из них 36.11 % мужчин и 63.89 % женщин, со сроками ремиссии эпилептических приступов от 2 до 18 лет: до 2-х лет – 7 наблюдений, до 4-х лет – 10, до 8 лет – 11 исследуемых, более 8 лет – 8 человек. Всем пациентам проведены рутинная ЭЭГ и ЭЭГ-видеомониторинг дневного сна. В обеих группах регистрировалась биоэлектрическая активность головного мозга в состоянии пассивного бодрствования, при ритмической фотостимуляции и гипервентиляции.

Результаты исследования. По данным проведенного ЭЭГ-обследования, у 16 больных (44,44 %) специфическая эпилептиформная активность не выявлялась как при рутинной ЭЭГ, так и по данным ЭЭГ-видеомониторинга (ЭЭГ-ВМ). Из них: у большинства пациентов (10 человек) была обнаружена пароксизмальная активность (ПА) лишь неспецифического характера, не содержащая в своей волновой структуре эпилептиформных знаков; 6 обследуемых характеризовались отсутствием ПА на рутинной ЭЭГ, лишь у 3-х из них на ЭЭГ-ВМ обнаружены неспецифические пароксизмы. Общая выраженность пароксизмальных нарушений в случае их обнаружения колебалась от 0.7 до 2.8 баллов по 10-ти бальной шкале (в среднем, 1.9 ± 0.1 балла), что свидетельствует о низкой выраженности неспецифической ПА. При этом пароксизмы в состоянии пассивного бодрствования на рутинной ЭЭГ выявлялись только у 1 человека, а во время ЭЭГ-ВМ – еще у 4-х обследуемых. У остальных же они провоцировались гипервентиляцией и/или развивались на фоне 1-2 стадии сна по данным ЭЭГ-ВМ.

У 10 пациентов (27.78 %) не имелось специфических эпилептиформных нарушений на рутинной ЭЭГ, однако по данным ЭЭГ-ВМ у них определялись эпилептиформные знаки. У 6 пациентов этой группы не было выявлено пароксизмов на рутинной ЭЭГ, но специфическая эпилептиформная активность появлялась во время сна; у 4-х больных в рутинной ЭЭГ регистрировалась неспецифическая ПА, которая во время сна усиливалась до стертых эпилептиформных нарушений. Общая выраженность пароксизмальных нарушений была от 1.3 до 4.5 баллов по 10-бальной шкале (в среднем 2.5 ± 0.2 балла), то есть колебалась от низкой до средней. При этом пароксизмы в состоянии пассивного бодрствования на рутинной ЭЭГ выявлялись уже у 3 обследуемых, а во время ЭЭГ-ВМ – еще у 1-го человека. ПА в обоих исследованиях провоцировалась гипервентиляцией только у 1-го человека, у остальных она развивалась преимущественно на фоне 1-2 стадии сна. Следует отметить, что в этой группе срок ремиссии припадков у 7 больных был от 2-х до 5 лет, у 2-х – 8 лет и у одного – 14 лет, т.е. был короче, чем в предыдущей группе.

У 10 больных (27,78 %) эпилептиформная активность выявлялась не только на ЭЭГ-ВМ, но и в рутинной ЭЭГ. Эпилептиформные знаки могли быть четкими (5 человек) или стертыми (5 человек). Общая выраженность пароксизмальных нарушений варьировала

от 2.0 до 5.8 баллов по 10-тибалльной шкале (в среднем 3.64 ± 0.17 балла), то есть выраженность эпилептической активности колебалась от умеренной до высокой. В большинстве случаев (9 человек) эпизоды присутствовали в фоновой записи рутинной ЭЭГ, без воздействия провоцирующих нагрузок, и во время сна лишь усугублялись. Лишь у 1-го больного при рутинной съемке эпилептиформная активность отсутствовала в фоне и провоцировалась лишь нагрузками, но при ЭЭГ-ВМ выявлялась уже и в состоянии пассивного бодрствования. Следует отметить, что в этой группе срок контроля припадков у 7 больных был от 2-х до 5 лет, а у остальных 2-х – 8 лет, а у одного – 14 лет, т.е. был значительно короче, чем в двух предыдущих группах.

Анализ всех больных, находившихся под ЭЭГ-наблюдением, показывает, что руководствоваться только календарными сроками длительности ремиссии при решении вопросов о сокращении или отмене антиэпилептической терапии при стойком контроле припадков нецелесообразно. По данным нейрофизиологической диагностики, у части пациентов с эпилепсией на стадии ремиссии определяется недостаточный уровень компенсаторных механизмов в виде наличия эпилептиформных нарушений на рутинной ЭЭГ и/или ЭЭГ-ВМ. Таким образом, для обоснованных рекомендаций по срокам длительности приема антиэпилептических препаратов при ремиссии эпилептических приступов необходим клинично-этиопатогенетический подход с систематическим ЭЭГ-контролем.

ПСИХОЗЫ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ КАК ОСНОВАНИЕ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

Тарханов В.С., Петракова А.В., Точина Е.Э., Ягупова Н.Х., Денисова Е.А.

Астраханский ГМУ, АО «ОКБ», г. Астрахань, Россия

Распространенность эпилептических психозов в зависимости от выборки составляет от 6 % до 34 %. Психотическая симптоматика при эпилепсии может быть проявлением пароксизмальных расстройств, так называемых иктальных психозов, и возникать в перииктальном и интериктальном периодах. Исследователи подчеркивают сложности диагностики эпилептических психозов в связи с отсутствием четких дифференциально-диагностических критериев. Возникновение психозов связывают с ранним началом заболевания, перенесенным энцефалитом, определенной локализацией эпилептогенного очага, приемом антиэпилептических препаратов и др. Значительная социальная опасность лиц с психотической симптоматикой на фоне органического поражения головного мозга представляет актуальную междисциплинарную проблему, требующую систематического изучения, разработки мер профилактики.

Цель исследования: выявление условий возникновения и особенностей психотической симптоматики у больных эпилепсией, приведшей к госпитализации в психиатрический стационар.

Материалы и методы: проанализированы данные 17 больных с эпилептическими психозами, находившихся на лечении в 2016 году в ГБУЗ АО «ОКПБ», что составляет 5,9 % среди больных эпилепсией с психотическими расстройствами, зарегистрированных в Астраханской области. Общее количество госпитализаций за год составило 31 (за счет повторных поступлений). Все пациенты ранее лечились в стационаре в связи с психотической и иной симптоматикой. Возрастной диапазон составил 21-67 лет, средний возраст – 42 года. Соотношение мужчин и женщин 7:10 (41 % и 59 %). Контрольную группу составили 18 больных эпилепсией (средний возраст – 42,6 лет), госпитализированных в

стационар в связи с продуктивными непсихотическими расстройствами (F02.80, F06.822, F06.828), в анамнезе у которых отсутствовали психотические эпизоды; соотношение мужчин и женщин – 67 % и 23 %. Используемые методы: клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический, инструментальный, статистический.

Результаты и их обсуждение. Начало заболевания в основной группе в 82,3 % случаев пришлось на дошкольный (29,4 %), школьный и подростковый возраст (52,9 %); в 17,3 % случаев заболевание дебютировало после 20 лет (аналогичное соотношение наблюдалось в контрольной группе). Длительность заболевания к моменту госпитализации составила 30,1 года в основной группе и 30,6 – в контрольной.

Из наследственных факторов – в обеих группах отягощенность эпилепсией (29,4 % и 27,7 %), алкогольной и иной зависимостью (29,4 % и 22,2 %) существенно не различались. Наличие шизофрении у родственников больных отмечено только в основной группе (11,8 %).

По образовательному уровню пациенты отличались незначительно: лиц с высшим образованием не было, среднее и средне-специальное получили в 41,2 % случаев (16,7 % в контрольной группе), неполную среднюю школу окончили в 29,4 % (38,9 % в контрольной), начальную и коррекционную школу – в 23,5 % случаев (в контрольной – 38,9 %), не учились – по 1 человеку в каждой группе.

Среди предшествовавших болезни органических факторов – ЧМТ 35,3 % и 16,7 %. Дополнительно выявлено в контрольной группе ДЦП 5,6 %, патология при рождении 11,1 %. Из перенесенных соматических заболеваний следует отметить туберкулез легких (11,8 % и 11,1 %).

Общественно опасные деяния зафиксированы в 35,2 % случаев основной группы и 22,2 % контрольной. Особо тяжкие правонарушения против личности совершены пациентами основной группы, спустя более 10 лет от начала заболевания. Социальную опасность больных усугубляло злоупотребление алкоголем (17,6 % и 16,6 %).

К моменту госпитализации 70,6 % пациентов проживали с родителями, близкими родственниками, в отдельных случаях имели семьи (11,8 %), в одиночестве проживали 17,6 %. Обращает внимание, что в основной группе 80 % из числа женщин в прошлом имели семью и детей, в контрольной группе семьи были у 60 % женщин и 16,7 % мужчин. Все лица основной группы были инвалидизированы (I группа инвалидности – 29,4 %, II группа – 70,6 %), в контрольной группе 16,7 % пациентов группу инвалидности не имели. Недееспособные лица: 23,5 % и 22,2 %, соответственно.

Проявления эпилепсии представлены парциальными, генерализованными припадками, частота которых была вариабельна, в анамнезе больных отмечены серийные припадки, в отдельных случаях эпилептические статусы. В 41,2 % случаев психотическая симптоматика возникала на фоне учащения припадков. В остальных случаях (58,8 %) количество припадков не менялось. Такие проявления, как раздражительность, агрессивность, гневливость, жестокость, нарушения сна, отказ от приема лекарств наблюдались в обеих группах. Госпитализация в недобровольном порядке в соответствии с пунктами «а», «в» статьи 29 ФЗ РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» отмечена в 11,8 % случаев.

Клиническая картина психозов проявлялась следующими вариантами: сумеречное помрачение сознания, шизофреноподобные (бредовые) психозы (составляющие синдрома Кандинского-Клерамбо, паранойяльная, парафреническая симптоматика), галлюциноз. В рамках эпилептической деменции психотические проявления исчерпывались галлюцинаторными расстройствами. Вне признаков слабоумия симптоматика отличалась разнообразием. Зрительные, слуховые галлюцинации были связаны с религиозной, инопланетной

тематикой, животным миром, вторичными бредовыми идеями. Императивный характер галлюцинаций предопределял социальную опасность больных. В случае синдрома Кандинского-Клерамбо пациенты слышали в голове посторонние «голоса», испытывали идеаторные, сенсорные, моторные автоматизмы. Говорили, что в них вселился «святой дух», принадлежащие им мысли известны окружающим, их «жгут в случае нарушения запретов». Планировали «изгонять бесов», «снимать порчу», были негативны к родственникам, так как у них «разные биополя». Приступов с онейроидным помрачением сознания, маниакальных эпизодов не отмечалось. У 11,8 % в анамнезе были депрессивные состояния с суицидальными попытками.

По данным ЭЭГ, доминирующего типа нарушений не прослежено, у части больных фокус эпилептиформной активности находился в лобно-центрально-передневисочных отделах правого полушария с вторичной билатеральной синхронизацией.

В соответствии с МКБ-10 диагностированы: деменция в связи с эпилепсией с преимущественно галлюцинаторными симптомами (F02.822) – 35,3 %; галлюциноз в связи с эпилепсией (F06.02) – 11,8 %, бредовое (шизофреноподобное) расстройство в связи с эпилепсией (F06.22) – 17,6 %, другие психотические расстройства в связи с эпилепсией (F06.812) – 29,4 %; другие психотические расстройства в связи со смешанными заболеваниями (F06.818) – 5,4 %. У пациентов без признаков слабоумия психотическая симптоматика возникала чаще (64,7 %).

Помимо традиционной антиэпилептической терапии, бензодиазепиновых транквилизаторов больные получали нейролептики избирательного антипсихотического действия (рисперидон, зуклопентиксол, амисульприд, галоперидол), седативного действия (хлорпромазин, левомепромазин, тиоридазин). Пациентам пожилого возраста дозы нейролептиков наращивались постепенно, с учетом побочных действий препаратов, сопутствующей патологии и возрастных особенностей.

Острое и хроническое течение психоза находило отражение не только в длительности госпитализации, но и в повторных поступлениях в стационар спустя непродолжительное время после выписки. Характерные для эпилепсии нарушения мышления, изменения личности являлись основными критериями в дифференциальной диагностике.

Заключение. Эпилептические психозы у больных эпилепсией возникали после длительного периода болезни, как на фоне учащения припадков, так и без изменения их количества. Психотическая симптоматика наблюдалась преимущественно у больных без признаков деменции и проявлялась сумеречным помрачением сознания, шизофреноподобной симптоматикой, галлюцинозом. Течение эпилептических психозов острое и хроническое, отсутствие специфических для шизофрении негативных симптомов было решающим в постановке диагноза.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ОРГАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ В СВЯЗИ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Усюкина М.В., Киренская А.В., Лаврущик М.В.

ФМИЦ ПН, Москва, Россия

Введение. Наряду с классическими проявлениями в виде судорожных и различных бессудорожных форм при эпилепсии отмечаются психопатологические расстройства, включающие интерпароксизмальные нарушения, в том числе и специфические

изменения личности. Признается биполярная ось эпилептического характера: дефензивность-эксплозивность. Дискуссионным является лишь вопрос о том, какой из этих полюсов является более специфическим для эпилепсии – дефензивный (полюс вязкости, тугоподвижности, застойности), или же противоположный – эксплозивности, агрессивности.

Цель исследования. Выявление взаимосвязи между патогенетическими, психопатологическими и клинико-динамическими особенностями органического расстройства личности при эпилепсии.

Материал и методы. Проведен анализ данных, полученных при обследовании 84 больных мужчин в возрасте от 18 до 57 лет в ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России.

Проведено исследование показателей Р300, отражающего процессы распознавания, запоминания, сравнения стимула и принятия решения. Экспериментальная схема включала регистрацию ЭЭГ от 19 стандартных отведений. Для получения Р300 использовали аудиальную стимуляцию по стандартной парадигме oddball с вероятностью предъявления целевого стимула 20 %. Анализировали амплитуду и латентность Р300.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования были сформированы две группы сопоставимых по возрасту больных эпилепсией: 1 группа – эксплозивный тип (44 чел., 52 %), 2 группа – дефензивный тип (40 чел., 48 %). Данное деление полюсных вариантов основывалось на представлении о наличии патобиологически значимых различий этих личностных расстройств при общности эпилептических патогенетических механизмов их формирования в целом. К эксплозивному типу были отнесены такие личностные особенности как эмоциональная напряженность, взрывчатость, брутальность, злопамятность, полярность аффекта. Дефензивный тип включал вязкость аффекта, медлительность, тяжеловесность, сензитивность, мнительность, нерешительность. Клиническая картина эпилептической болезни была представлена широким спектром психических расстройств. Нарушения эмоциональной сферы наблюдались у всех больных в виде накопления и идеаторной переработки негативных переживаний, тугоподвижности, вязкости эмоций. Расстройства мышления выявлялись также у обследованных обеих групп, с некоторым преобладанием нарушений мыслительной деятельности у больных первой группы. У них отмечалась вязкость и торпидность мышления с трудностями переключения, снижением уровня обобщения и нарушениями оперирования логико-грамматическими конструкциями, общим лексическим обеднением речи, а также конкретностью суждений. Замедленный темп психической деятельности, ослабление концентрации внимания и способности к его переключению, истощаемость психических процессов были более характерны для подэкспертных с дефензивным типом личности. Когнитивные расстройства являются ведущими проявлениями органического расстройства личности в связи с эпилепсией и включают нарушения внимания, памяти, мышления.

Для более точной объективизации и количественной оценки степени тяжести имеющихся когнитивных расстройств проводилось исследование когнитивных функций при помощи теста Mini-mental state examination (MMSE). У больных первой группы чаще выявлялась умеренная (39 %) и выраженная (36 %) степень когнитивных нарушений. У больных с умеренной степенью нарушений утрачивались подвижность, пластичность психики, наблюдались трудности вработываемости, сужение объема внимания, построение конкретно-ситуационных связей, снижение запоминания, эффективности организации материала по смысловому признаку. У больных с выраженной степенью когнитивных нарушений на первый план выступали инертность психических процессов, снижение всех форм познавательной деятельности, явления олигофазии, часто с

вычурностью, своеобразным построением фраз, апраксией. У подэкспертных второй группы преобладали легкая (37,5 %) и умеренная (40 %) степени когнитивных нарушений в виде обстоятельности мышления с замедленностью темпа, снижение способности к усвоению нового, что сочеталась с отвлекаемостью внимания, быстрой истощаемостью. Выявленные когнитивные нарушения, эмоционально-волевые расстройства в сочетании с преобладанием различных личностных черт обусловили формирование у больных органического расстройства личности.

Проведено исследование показателей P300 у больных эпилепсией. Были обследованы 13 подэкспертных с эксплозивными, 13 больных с дефензивными чертами и 19 психически здоровых лиц. Статистическому анализу подвергались показатели амплитуды и латентности потенциала P300. Кроме того, вычислялись коэффициенты межполушарной асимметрии по амплитуде и по латентности P300 между симметричными отведениями. Наиболее существенно от группы здоровых испытуемых отличалась группа больных с эксплозивными чертами, у которых наблюдалось существенное снижение амплитуды и увеличение латентности компонента P300. Качественный анализ данных показал, что в группе эксплозивных больных заметно чаще встречались лица с грубыми нарушениями P300 (7 чел. / 53,8 %), чем в группе дефензивных больных (4 чел. / 30,8 %). Кроме того, нарушения P300 характеризовались определенной топографической специфичностью. В группе эксплозивных больных чаще встречались более значительные нарушения P300 в правом полушарии (8 чел. / 61,5 %) и только у одного человека (7,7 %) – в левом. В группе дефензивных больных встречаемость право- и левополушарных нарушений была близкой. В обеих группах более чем у половины больных зона максимальных нарушений показателей P300 включала височные области, в группе эксплозивных больных чаще, чем в группе дефензивных (10 чел. / 77 % и 7 чел. / 53,8 %, соответственно). В группе эксплозивных больных обнаружены нарушения межполушарной асимметрии, обусловленные значительным снижением амплитуды и увеличением латентности в височных и лобных отведениях правого полушария.

Для оценки базовых черт личности и свойств темперамента было проведено психометрическое тестирование 14 больных эпилепсией с дефензивными чертами и 13 больных с эксплозивными чертами. Сравнительный анализ отдельных компонентов агрессивности, которые могут служить предпосылками агрессивного поведения, показывает, согласно тесту Басса-Дарки, значимые различия между группами. В группе эксплозивных больных шкалы физической и вербальной агрессии и общий индекс агрессивности были выше, чем в группе дефензивных больных и в группе нормы. В то же время, средние значения шкал Басса-Дарки в группе дефензивных больных даже несколько ниже нормативных значений, при значимых различиях по шкале косвенной агрессии.

Заключение. Таким образом, постановка диагноза органического расстройства личности в связи с эпилепсией подразумевает констатацию не только когнитивных и эмоционально-волевых расстройств, но и личностных особенностей, а также степень социальной дезадаптации больных. Совокупность полученных в результате нейрофизиологического исследования данных свидетельствует о более значительных нарушениях височных отделов правого полушария и префронтальной коры у больных эпилепсией с преобладанием эксплозивных черт. Полученные данные свидетельствуют о важной роли нейробиологических факторов в формировании агрессивности как черты личности у больных эпилепсией. Выраженность и локализация нарушений вызванного потенциала P300 отражает специфику личностных и поведенческих изменений при эпилепсии, что говорит о необходимости комплексного психолого-психиатрического и нейрофизиологического обследования больных эпилепсией.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ТЕЧЕНИЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Хаитбаева Ш.Х., Садикова Г.К.

ТашПМИ, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Посттравматическая энцефалопатия – повреждение механическим способом черепа и внутрочерепного содержимого (головного мозга, сосудов, мозговых оболочек и черепных нервов). Следует подчеркнуть, что клинические проявления черепно-мозговой травмы (ЧМТ), ее осложнения и последствия имеют свои отличительные признаки у детей, что обусловлено анатомо-физиологическими особенностями, присущими детскому возрасту. Черепно-мозговая травма является главной в структуре детского травматизма, составляя 30-40 % всех видов травм. Чаще встречается ЧМТ у мальчиков в возрасте 3-7 лет. Симптоматика эпилепсия не редко возникает не сразу после ЧМТ, поэтому не всегда правильно диагностируется.

Цель исследования: детальное изучение анамнеза, клиники посттравматической энцефалопатии с симптоматической эпилепсией с учётом типа травм, давности и характера.

Материалы и методы. Обследовали 15 больных с черепно-мозговой травмой в возрасте 5-18 лет, получавших стационарное лечение в неврологическом отделении клиники ТашПМИ.

Результаты. при анализе типа эпилептических приступов у обследованных нами детей было установлено наличие клонических припадков у 38,6 % детей, тонических – у 31,3 %, смешанных тонико-клонических – у 20,8 %, миоклонических – у 9,3 %. У обследуемых больных эпилептические приступы возникли в разные сроки после ЧМТ: через 3 месяца – у 4 больных, через 4 месяца – у 7 больных, через 6 месяцев – у 4 больных. Все больные в момент острой ЧМТ не получали стационарное лечение. По характеру изменений параметров ЭЭГ нами получены следующие данные: в 21,1 % случаев – признаки фокальной эпилептиформной активности и вторичной билатеральной генерализации, при этом альфа-активность отсутствовала, в 78,9 % случаев – «модифицированная гипсаритмия», альфа-активность по типу «оскольчатого» альфа-ритма.

Выводы:

1. В структуре симптоматической эпилепсии при последствиях ЧМТ с развитием посттравматической энцефалопатии у детей значительно преобладали фокальные и вторично-генерализованные формы эпилепсии.
2. ЧМТ у детей в остром периоде требует проведения стационарного лечения.
3. Необходима ранняя диагностика и своевременная фармакологическая коррекция путем назначения современных антиэпилептических препаратов с индивидуальным подбором дозы, учетом формы эпилепсии и характера ЭЭГ-паттерна.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АЛЛЕЛЬНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА CYP2D6*10 (100C> T, RS1065852) У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО РЕГИОНА И СИБИРИ

Шнайдер Н.А., Липатова Л.В., Сивакова Н.А., Тепляшина В.В., Дроков А.П.,
Сосина К.А., Незнанов Н.Г., Насырова Р.Ф.

*СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия
Красноярский ГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Проблема недостаточной эффективности антиэпилептических препаратов (АЭП) и риск возникновения клинически значимых побочных явлений при лечении антиконвульсантами, несмотря на появление новых АЭП, по-прежнему, является актуальной. У больных эпилепсией выявляются значительные индивидуальные различия терапевтического эффекта АЭП — от нормальной и повышенной чувствительности до полной резистентности к препарату. Реакция пациента на противоэпилептическую терапию индивидуальна и определяется целым комплексом молекулярно-генетических, демографических, биохимических и физиологических механизмов. Их недооценка может привести к неудовлетворительному эффекту антиэпилептической терапии по причине неэффективности или развития нежелательных эффектов [Takata A., Kawasaki H. et al., 2011]. Изучение молекулярно-генетических и биохимических факторов, влияющих на эффективность и безопасность терапии АЭП, — чрезвычайно важный шаг на пути к персонализированной терапии эпилепсии. В связи с этим существует необходимость разработки персонализированных терапевтических стратегий, учитывающих индивидуальные особенности пациента.

Ведущую роль в метаболизме лекарственных препаратов играют ферменты системы биотрансформации (цитохром P-450), для которых характерен высокий уровень полиморфизма генов, кодирующих соответствующие ферменты. Большинство психотропных препаратов, включая антиконвульсанты, метаболизируются ферментами системы цитохромов, главным образом изоферментами цитохрома P-450 [Шнайдер Н.А., Дмитренко Д.В., Пилюгина М.С., 2008]. Ген CYP2D6 кодирует аминокислотную последовательность цитохрома P4502D6 (CYP2D6). Исследование полиморфизма гена CYP2D6 позволяет выявить пациентов со сниженной или быстрой активностью CYP2D6, что требуется подбор индивидуальных, более низких или высоких доз антиэпилептических препаратов, так как применение стандартной среднетерапевтической дозы может привести к избыточному накоплению антиконвульсантов в организме и развитию нежелательных явлений.

Цель исследования: изучить распространенность аллельных вариантов гена CYP2D6*10 у больных эпилепсией в Северо-Западном и Сибирском регионах России.

Материалы и методы. Генотипирование проводилось у 123 пациентов с эпилепсией, из которых 53 постоянно проживают в Северо-Западном регионе и 69 — в Сибирском регионе, с помощью полимеразной цепной реакции в реальном времени (Real-TimePCR). Все пациенты были генотипированы по CYP2D6*10 (100C> T, rs1065852). Выделение ДНК осуществлялось комплектом реагентов «АмплиПрайм РИБО-преп» фирмы ИнтерЛаб-Сервис (Россия). ПЦР-исследование проводилось с использованием наборов реагентов для определения полиморфизмов фирмы «Синтол» (Россия) с детекцией продуктов амплификации в режиме реального времени на приборе RotorGene 6000/Q (QIAGEN, Германия). Статистическая обработка проводилась с помощью статистического пакета программы SPSS 22.0.

Результаты. Частоты встречаемости аллель Т/Т, С/Т и С/С гена CYP2D6*10 значительно отличалась ($p < 0,01$) у пациентов, проживающих в разных регионах. Частота

дикого гомозиготного варианта аллеля С/С гена CYP2D6*10, отвечающий за быстрый метаболизм, в Сибирском регионе был самым высоким, в то время как Северо-Западном регионе частота его встречаемости была ниже ($p < 0,001$), и составили 82,6 % и 64,2 %, соответственно. Частота гетерозиготного варианта С/Т аллеля CYP2D6*10 («промежуточные» метаболизаторы, отвечающие за умеренную активность энзимов) в Северо-Западном регионе была значительно выше и составила 35,8 %, в то время как у пациентов из Сибирского региона выявлена самая низкая частота – 17,4 % ($p < 0,001$). Гомозиготные варианты Т/Т аллеля CYP2D6*10 (отвечающий за «медленный» метаболизм) не были детектированы.

Заключение. Исследования генов системы цитохрома Р-450 имеют важное клиническое значение для индивидуализации лечения больных эпилепсией, в частности, для выбора наиболее оптимальных доз антиэпилептических препаратов для эффективной и безопасной фармакотерапии. Различия в распространенности аллелей ответственные за «промежуточные» метаболиты в Северо-Западном и Сибирском регионах России может быть связано с генетическим дрейфом и накоплением аллелей, характерных для европейской и азиатской популяций.

РОЛЬ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА В ТЕРАПИИ ТРУДНОКУРАБЕЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Яковлева Ю.А.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Эпилепсия, одна из междисциплинарных проблем психоневрологического профиля, для решения которой необходимо совместное участие неврологов, психиатров, нейрохирургов, психотерапевтов, психологов и социальных работников. Распространенность психических расстройств при эпилепсии приобретает все большую актуальность и при фармакорезистентных формах достигает ста процентов, включая когнитивные и эмоционально волевые расстройства. Наиболее распространенными проблемами данного контингента пациентов являются, несмотря на наличие приступов и развитие психических нарушений, отсутствие смены терапии, полипрагмазия, отсутствие возможности получения квалифицированной стационарной помощи, десоциализация и инвалидизация. В настоящее время, широко разрабатываются программы реабилитационных мероприятий для пациентов с психическими расстройствами, однако для пациентов, страдающих эпилепсией, данные о проведении медико-социальных мероприятий незначительны. Реабилитационные программы можно проводить как в условиях стационаров, так и в рамках диспансерного наблюдения пациентов. В каждом случае, есть как свои возможности и преимущества, так и свои сложности в реализации лечебно-социально-реабилитационных мероприятий.

Цель исследования: оптимизация терапии систематизация методов реабилитации пациентов, страдающих фармакорезистентными формами эпилепсии с психическими нарушениями в условиях мультидисциплинарного взаимодействия.

Материалы и методы. В отделении лечения психических расстройств у лиц молодого возраста разработана программа комплексной медикопсихосоциальной реабилитации для 42 пациентов (мужчины – 29 (69 %), женщины – 13 (31 %) человек), средний возраст $42,1 \pm 1,64$ года, находящихся на диспансерном наблюдении в ПНД №9 Невского

района, с диагнозом эпилепсия, фармакорезистентная форма с психическими нарушениями. 9 (21,4 %) пациентов страдали фокальной симптоматической формой, 21 (50 %) – фокальной криптогенной формой, 3 (7,1 %) – генерализованной идиопатической формой, 8 (19,1 %) – генерализованной криптогенной, 1 (2,4 %) – генерализованной симптоматической формой. 34(80,9 %) человека имели диагноз – расстройство личности вследствие эпилепсии (F 07.02), 8 (19.1 %) – деменция вследствие эпилепсии (F02.802). Среди сопутствующих психических нарушений также отмечались: тревога – у 31(73,8 %) пациента, депрессия – у 14 (33,3 %) пациентов, дисфории – у 25 (59,5 %) пациентов, когнитивные нарушения различной степени выраженности – у всех 42 пациентов (100 %), в связи с чем, 17 (40,4 %) человек получали сопутствующую терапию: рисперидон 8 (19,1 %) человек, аминазин 9 21,4 %) человек, флувоксамин – 8 (19,1 %) человек, ноотропы – 23 (54,7) человека. Нарушение обмена веществ (избыточная масса тела) отмечалось у 5 (11,9 %) пациентов, бессонница – у 2(4,7 %) пациентов. Длительность заболевания $28,5 \pm 3,9$ лет. У всех 42 пациентов отмечалось наличие генерализованных приступов с частотой от ежедневных до 1-2 раз в месяц. Все пациенты имели группу инвалидности, ни один из них не работал. Для оценки динамики состояния пациентов и эффективности использовался клинико-психопатологический метод, с использованием Шкалы всесторонней оценки психического состояния, шкалы Общего клинического впечатления, Шкалы побочных эффектов и Шкалы оценки приступов. Лечебно-реабилитационная работа проводилась бригадой специалистов с полифункциональными обязанностями, сформировавших единый подход к проводимым диагностическим и непосредственно лечебно-реабилитационным мероприятиям. В составе бригады находились: врач-психиатр – руководитель бригады, epileптолог, невролог, нейрохирург, психотерапевт, психолог, социальный работник. Программа комплексного взаимодействия разрабатывалась индивидуально для каждого пациента.

Результаты и обсуждение. На основании индивидуального плана, пациенты прошли дополнительное обследование с использованием методов ЭЭГ-видеомониторинга, МРТ, ТКДГ сосудов головного мозга и ПЭТ. Оптимизация терапии проводилась согласно следующим принципам: коррекция противосудорожной терапии соответственно форме эпилепсии; лечение сопутствующих психических расстройств неразрывно связано с лечением основного заболевания; с учетом влияния действия противоэпилептического препарата (активирующего, седативного); использование в политерапии препаратов с разными механизмами действия. Для улучшения прогноза при неудаче первой и, тем более второй терапии, необходимо использовать АЭП с новыми механизмами действия. Учитывая длительность терапии и резистентность приступов психиатром, совместно с неврологом и epileптологом была проведена замена текущей терапии с отменой одного из препаратов в политерапии или добавлением к монотерапии вторым препаратом и переходом на терапию препаратом лакосамид («вимпат»), путем титрования дозы в течение 1 месяца, до терапевтической дозы 300-400 мг/сут. С целью социализации пациентов, психологом проводились групповые занятия с 36 (85,7 %) пациентами с сохранным (незначительно сниженным) интеллектом, частотой 2 раза в неделю, направленные на повышение комплаентности терапии, расширение способов социального взаимодействия. Психотерапевтом проводились психообразовательные мероприятия с пациентами и их родственниками. Социальный работник оказывал помощь во взаимодействии пациентов с административными структурами и структурами социального обеспечения.. Через 6 месяцев наблюдения были получены следующие результаты: отсутствие приступов отмечалось у 13 (30,9 %) человек, снижение частоты приступов на 50 % от исходных показателей у 19 (45,2 %)

пациента, у 2-х пациентов (4,7 %) с генерализованной криптогенной формой отмечалось усиление приступов, у 8 (19,1 %) пациентов состояние приступов осталось без изменений. 29 (69 %) пациентам, с недостаточной ремиссией (отсутствием ремиссии) приступов проводилась консультация нейрохирурга, 6 (14,3 %) пациентам предложена установка VNS-стимулятора. У 6 пациентов на дозе 400 мг/сут отмечалось головокружение и головная боль, в связи с чем доза препарата была снижена до 300 мг/сут, у 1 пациента отмечалась повышенная сонливость в комбинации вимпата с бензодиазепинами, доза препарата была снижена до 200 мг/сут. Изменений со стороны сердечно-сосудистой, кровеносной системы зарегистрировано не было. При урежении приступов, улучшилось психическое состояние пациентов, 5 (11,9 %) пациентам удалось постепенно отменить флувоксамин, 10 (23,8 %) пациентам были отменены нейролептики. Общая оценка по шкале Всесторонней оценке психического состояния улучшилась в среднем на $3,2 \pm 0,6$ балла, по шкале CGI – на $2, 1 \pm 0,3$ балла. 31 (73,8 %) пациент отмечали улучшение внутрисемейного взаимодействия, снижение проявления агрессии, снижение бытовых конфликтов, 4 (9,4 %) пациента устроились на работу.

Заключение. Таким образом, в ходе проведенного исследования была установлена необходимость междисциплинарного взаимодействия специалистов сферы психоневрологии для оптимизации терапевтических и реабилитационных мероприятий пациентам, страдающим эпилепсией с психическими нарушениями. Мультидисциплинарный подход к ведению особой категории пациентов, достигших состояния инвалидности, позволяет оптимизировать диагностику и терапию фармакорезистентной эпилепсии с психическими нарушениями с перспективой применения современных методов лечения и положительной динамикой в психическом состоянии и социализации.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ БИПОЛЯРНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Якунина О.Н., Липатова Л.В., Сивакова Н.А.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Качества личности и эмоциональные реакции больных эпилепсией порой носят полярный, неустойчивый характер и тесно вплетаются в клиническую картину заболевания. Их изучение актуально.

Материалы и методы исследования. Обследовано 39 пациентов (18 мужчин и 21 женщина), в возрасте 18 лет и старше с различными клиническими проявлениями заболевания. Используются методики для оценки внимания, умственной работоспособности, памяти, зрительно-моторной координации, мышления; самооценки функционального состояния, диагностики типов отношения к болезни, особенностей эмоционального реагирования и поведения; изучения копинг-стратегий. Полученные результаты статистически обработаны с использованием пакетов прикладных программ Microsoft Excel 2010 и SPSS IBM 19.0.

Результаты. У пациентов обнаружена выраженная склонность к колебаниям настроения. Высокая степень интенсивности того или иного полюса настроения может свидетельствовать о возможности резкой его смены. Сформированы критерии симптомокомплекса при повышенном и сниженном фоне настроения. При повышении настроения: темп психомоторной деятельности и умственной работоспособности существенно не замедлен, возможна неустойчивость внимание без грубого снижения когнитивных

функций. Повышены показатели самочувствия и настроения методики «САН», «Валентности» и «Потентности» семантического дифференциала ($p < 0,05$). В методике ММРП высоки оценки по шкале 9 и низкий уровень социальной интроверсии ($p < 0,05$). Чаще встречается эргопатический, анозогнозический ($p < 0,05$) и дисфорический тип отношения к болезни. Пациенты чаще выбирают стратегию оптимизма в структуре эмоционального копинга ($p < 0,05$). При сниженном настроении: замедляется темп психомоторной деятельности, значительно снижаются показатели методик «САН» и «СДФ». Обнаруживается повышенная фиксация на болезненных ощущениях и самом факте болезни ($p < 0,05$), снижение настроения ($p < 0,01$), эмоциональная лабильность и в тоже время ригидность жизненных установок, социальная интроверсия. Преобладает сенситивный тип отношения к болезни ($p < 0,05$) и отсутствует анозогнозический. Преобладают неадаптивные формы копинг-стратегий, чаще встречаются стратегии подавления эмоций, самообвинения и агрессии.

Выводы. Полученные результаты дают возможность предположить полезность дополнения скрининговых инструментов психологическими показателями, т.к. эти показатели при эпилепсии тесно сопряжены с болезненным процессом и могут быть базовыми при формировании аффективных нарушений.

ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

ОГРАНИЧЕННАЯ ДЕЕСПОСОБНОСТЬ (СТ.30 ГК РФ)

Валинуров Р.Г., Шулина И.Н.

РКПБ № 1 МЗ Республики Башкортостан, г. Уфа, Россия

Федеральный закон от 30 декабря 2012 года № 302 – ФЗ «О внесении изменений в главы 1, 2, 3 и 4 части первой Гражданского кодекса РФ был принят Государственной Думой 18.12.2012 года, одобрен Советом Федерации 26.12.2012 года и вступил в силу с 01.03.2013 года, следом, с 01.03.2015 года вступили в силу изменения в п. 14, 15 «б», вносимые в ст. 29, 30 ГК РФ. Согласно п. 2 ст. 30 Гражданского кодекса Российской Федерации (ГК РФ), гражданин, который вследствие психического расстройства может понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц, может быть ограничен судом в дееспособности в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством (ГПК РФ). Над таким гражданином устанавливается попечительство. Он вправе совершать сделки с письменного согласия попечителя, но имеет право самостоятельно распоряжаться своими заработком, стипендией и иными доходами, совершать мелкие бытовые сделки, а также сделки, направленные на безвозмездное получение выгоды, не требующие нотариального удостоверения либо государственной регистрации, совершать сделки по распоряжению средствами, предоставленными законным представителем или с согласия последнего третьим лицом для определенной цели или для свободного распоряжения. При ограничении дееспособности в настоящее время обязательное проведение судебно-психиатрической экспертизы не предусмотрено. Считается, что анализ социальной ситуации, выявление интересов больного, круга тех, кто может ему помочь, не требует специальных познаний психиатров. В настоящее время предлагается обязательное назначение комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы при лишении и ограничении дееспособности.

С момента вступления в законную силу изменений законодательных положений о недееспособности и ограниченной дееспособности, на базе ГБУЗ Республиканской

клинической психиатрической больницы № 1 МЗ РБ, в экспертном судебно-психиатрическом отделении для лиц, не находящихся под стражей, 8 человек были признаны ограниченно дееспособными. Оценив 8 случаев ограниченной дееспособности, можно сделать вывод о том, что психическое состояние таких подэкспертных, в основном, соответствовало легкому или умеренному снижению психических функций в сочетании с легкими или умеренными эмоционально-волевыми нарушениями. Стоит отметить, что судопроизводство оказалось не готовым к изменениям, внесенным в статью об ограниченной дееспособности. При ознакомлении с заключением судебно-психиатрической экспертизы, в котором гражданин признается ограниченно дееспособным, у судей часто возникают сомнения и вопросы, что требует дополнительных разъяснений и присутствия экспертов на судебном заседании.

Социальные запросы ограничения лица дееспособности более гуманны, нежели лишения его дееспособности, так как исключают неправомерное распоряжение денежными средствами и определение лица в психоневрологический интернат и в то же время оберегают его от отчуждения имущества и от растрат денежных средств (кредиты, займы и т.п.). Однако, также как и признание гражданина недееспособным, ограничение дееспособности является вмешательством в сферу личной свободы человека и составляет ограничение его прав и свобод. Объем таких ограничений существенно меньше, чем в случае недееспособности, однако любое ограничение прав и свобод человека допустимо только в исключительных ситуациях, когда иные меры защиты оказываются недостаточными. Таким образом, назначение любых мер защиты должно учитывать принципы максимального сохранения дееспособности и индивидуализации мер защиты.

СОВЕРШЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ЛИЦАМИ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ КАК ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Васюшкина М.А., Коноркина Е.А.

Орловская ПБСТИН, г. Орел, Россия

Введение. Общественно опасные действия, совершаемые лицами с психическими расстройствами, являются многоплановой проблемой. Ее решение требует комплексного подхода, включающего не только медицинские, но и правовые и социальные аспекты. Немаловажным моментом является профилактика правонарушений у психически больных людей, особенно в условиях принудительного лечения.

Цель исследования: выявление социальных проблем у лиц с психическими расстройствами, находящихся на принудительном лечении, и возможных способов предотвращения совершения ими повторных общественно опасных действий.

Материалы и методы. Было проведено психологическое обследование, а также проанализированы социальные истории и медицинские карты 32 пациентов, находящихся на принудительном лечении в Орловской ПБСТИН. При этом 56 % составили лица с параноидной шизофренией, 19 % – с органическими психическими расстройствами, 21 % – с умственной отсталостью различной степени и 4 % – с деменцией.

Результаты. Среди правонарушений, совершенных обследованными пациентами, основную часть составили убийства и тяжкие телесные повреждения (50 %), кражи и грабежи – по 12 % соответственно, насильственные действия сексуального характера – 8 %, 16 % – прочие правонарушения. При этом у 62 % больных настоящие криминальные деликты были совершены впервые в жизни, у 13 % это было вторым в жизни привлечением к уголовной ответственности, и у 25 % имели место более 2-х судимостей в прошлом.

В ходе анализа социального статуса пациентов были выявлены следующие особенности: 37 % имели законченное среднее образование, 21 % – окончили ПТУ, 15 % – смогли окончить лишь вспомогательную школу и 27 % имели неполное среднее образование. При этом только 38 % пациентов имели профессию. Также в социальной сфере у 12 % больных имелись проблемы с жильем (неудовлетворительное состояние, проблемы с регистрацией), а еще у 12 % оно вообще отсутствовало. Кроме того, 31 % находившихся на лечении никаким образом не поддерживали связь с родственниками, 12 % лишь изредка вели переписку с родными.

По данным психологического обследования у 68 % были выявлены такие индивидуально-личностные особенности, способствующие совершению ООД, как трудности социальной адаптации, черты эмоциональной незрелости, трудности вработывания общепринятых норм поведения, элементы демонстративности, повышенная раздражительность, напряженность в контактах с окружающими. А среди социально-бытовых факторов у 80 % были выявлены социальная и трудовая дезадаптация, асоциальный образ жизни, злоупотребление алкоголем, отсутствие динамического наблюдения у психиатра.

Также следует отметить, что все пациенты имели сопутствующую хроническую соматическую патологию в виде туберкулеза легких, что также является показателем социального неблагополучия. В структуре форм туберкулезного процесса у пациентов основную массу составляли инфильтративный туберкулез легких – 14 (33,33 %) и очаговый туберкулез легких – 15 (46,88 %). Диссеминированный туберкулез легких имелся у 1 пациента (5,56 %), туберкуломы – у 2 психически больных (11,11 %).

Заключение:

- множественные социальные проблемы у лиц с психическими расстройствами способствуют совершению ими общественно опасных действий, в том числе повторных;
- решение данных проблем требует комплексного подхода, в том числе в условиях принудительного лечения;
- основными факторами, препятствующими совершению ООД лицами с психическими расстройствами, являются не только динамическое наблюдение у психиатра, но и ведение социально приемлемого образа жизни, посильный труд.

ОХРАНА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВОДИТЕЛЕЙ ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ. АКТУАЛЬНАЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬНАЯ БАЗА РФ

Кузьмина С.В.

Казанский ГМУ, г. Казань, Россия

С учётом всё возрастающей роли психического здоровья населения, в частности, водителей/кандидатов в водители транспортных средств, а также влияния факторов окружающей среды, вопросы обеспечения безопасности дорожного движения не только сохраняют, но и, в связи с постоянным развитием технологий, возрастающим количеством автотранспортных средств, становятся более актуальными. Нами был проведён анализ современной законодательной базы РФ, отражающей условия охраны психического здоровья водителей/кандидатов в водители транспортных средств (далее ТС). Управление транспортным средством (ТС) – сложный, эмоционально-насыщенный процесс, требующий постоянного нервного напряжения и максимальной мобилизованности, способности ежеминутно анализировать окружающую обстановку и прогнозировать развитие ситуации.

Безопасность деятельности водителей во многом обусловлена их психологическими особенностями, выступающими в момент управления ТС активным элементом системы «человек-техника-среда». Специфика труда водителей ТС предполагает постоянную возможность возникновения экстренных ситуаций, ожидание и нахождение в которых приводит к повышенному уровню стресса, формированию фобий, снижению адаптации. В связи с этим, к кандидатам в водители ТС и к самим водителям, предъявляется ряд требований к психофизическому состоянию и, особенно, к психическому здоровью.

В настоящее время в правовом поле Российской Федерации действует ряд законодательных актов, регламентирующих требования к состоянию психического здоровья и регулирующих порядок, объём, периодичность проведения осмотров и обследований. Часто, не только для самих водителей/кандидатов в водители ТС, но и для лиц, ответственных за реализацию мер профилактического характера, взаимодействие актуальных законодательных актов вызывает вопросы.

Целью исследования было свести воедино и дать разъяснения по взаимодействию положений современных законодательных требований РФ к психическому здоровью водителей/кандидатов в водители ТС.

Материал исследования. Была изучена законодательная база РФ, регламентирующая осуществление профилактических и ограничительных мероприятий медицинского характера для водителей/кандидатов в водители ТС. Проведён анализ правовых аспектов иерархического взаимодействия между законодательными актами, их взаимодополнений и условных противоречий.

Результаты. Для профилактики нарушений состояния психического здоровья водителей (ТС) необходимо применение методов ранней диагностики, которая послужит основой для выявления на ранних стадиях нарушения состояния здоровья водителей, целенаправленного планирования профилактических мероприятий. Такая работа будет способствовать сохранению здоровья, высокой работоспособности и профессиональной надёжности водителей. Приведены законодательные аспекты понятия психиатрического осмотра и психиатрического освидетельствования, согласно действующей законодательной базе Российской Федерации.

Предварительные и периодические медицинские осмотры (ПМО) водителей ТС проводятся в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 N302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжёлых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда».

Предварительные и периодические осмотры проводятся медицинскими организациями любой формы собственности, имеющими право на проведение предварительных и периодических осмотров, а также на экспертизу профессиональной пригодности в соответствии с действующими нормативными правовыми актами. Обязанности по организации проведения предварительных и периодических медицинских осмотров водителей возлагаются на работодателя. Ответственность за качество проведения предварительных и периодических медицинских осмотров водителей возлагается на медицинскую организацию. Периодичность ПМО водителей – 1 раз в 2 года. Работники в возрасте до 21 года проходят ПМО ежегодно.

С 6.01.2015 года вступило в силу Постановление Правительства РФ от 29.12.2014 г. № 1604 «О перечнях медицинских противопоказаний, медицинских показаний и медицинских ограничений к управлению транспортным средством». С этого момента

появилось законодательное разделение на водителей ТС (кандидатов в водители ТС) и лиц, занятых на работе в качестве водителя ТС.

В первом случае, при прохождении медицинского осмотра (обследования), должен использоваться перечень медицинских противопоказаний, указанных в Постановлении № 1604. Во втором случае – для лиц, занятых на работе в качестве водителя ТС, перечень противопоказаний содержится в приказе Минздравсоцразвития РФ N302н.

26.03.2016 г. вступил в силу приказ Минздрава России от 15.06.2015 № 344н «О проведении обязательного медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств)». Приказ издан в целях реализации Постановления Правительства РФ от 29.12.2014 № 1604.

Один из этих списков – медицинские противопоказания к вождению, – включает в себя, в свою очередь, четыре группы состояний:

- 1) психические расстройства и расстройства поведения (при наличии хронических и затяжных психических расстройств с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями);
- 2) психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (до прекращения диспансерного наблюдения в связи со стойкой ремиссией (выздоровлением));
- 3) болезни нервной системы (только одно заболевание – эпилепсия);
- 4) болезни глаза и его придаточного аппарата (ахроматопсия и слепота обоих глаз).

Первая группа состояний (важно обратить внимание – «при наличии хронических и затяжных психических расстройств с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями») – включает шесть диагнозов «психических расстройств и расстройств поведения», согласно МКБ-10 из одиннадцати приведенных заболеваний.

С 1 июня 2016 г. вступил в силу новый Порядок проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического). Порядок утвержден Приказом Минздрава России от 18.12.2015 № 933н. Необходимо подчеркнуть, что водители ТС, согласно настоящему Порядку, выделены в отдельную категорию. Пункт 17 Порядка устанавливает различные критерии для медицинского заключения о состоянии опьянения для водителей ТС и отдельно для других категорий граждан. В отношении водителей ТС медицинское заключение «установлено состояние опьянения» выносят, если алкоголя в выдыхаемом воздухе больше, чем 0,16 мг/л; если в организме обнаружены наркотические средства вне зависимости от их количества. Для других категорий освидетельствуемых лиц, кроме указанных критериев, должно быть установлено дополнительно не менее трех клинических признаков опьянения. Клинические признаки указаны в приложении 2 к Порядку.

Заключение. Исходя из анализа законодательной базы РФ, водители/кандидаты в водители ТС разделены на группы водителей-любителей и водителей, осуществляющих профессиональную деятельность. Законодательная база включает как общие требования, предъявляемые к состоянию психического здоровья водителей/кандидатов в водители, так, с 6.01.2016 г. выделены специальные требования, предъявляемые к водителям ТС, осуществляющим профессиональную деятельность. Наряду с этим, законодательно закреплены сроки, порядок, формы проведения медицинских осмотров и медицинских освидетельствований врачами психиатрами и врачами психиатрами-наркологами. С 1.06.2016 г. критерии алкогольного, наркотического, иного токсического опьянения, применяемые к водителям ТС, выделены в отдельную группу, в отличие от критериев опьянения, применяемых к иным группам граждан.

О ПРАВОВЫХ КОЛЛИЗИЯХ УСИЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ПРЕССИНГА ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

Приятель В.А.

ФЦПБ ФМБА России, г. Электросталь, Россия

Приказом Минздрава России от 30.12.2015 № 1034н утверждён Порядок диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ. Пунктом 2 Порядка дано определение понятия диспансерного наблюдения, полностью взятое из части 5 статьи 46 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». При этом, согласно пункту 12 Порядка, диспансерному наблюдению подлежат также лица, которым установлен диагноз «употребление с вредными последствиями».

В целом ряде постановлений Правительства РФ в перечне противопоказаний для занятия определёнными видами профессиональной деятельности указано «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (F10 – F16, F18, F19)», в то время как психиатрические противопоказания ограничены только хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжёлыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями (т.е. требующими в обязательном порядке установления диспансерного наблюдения).

Как известно, специальный закон приоритетен над общим. Поскольку в РФ отсутствует закон, регулирующий оказание наркологической помощи, специальным законом для наркологии является Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании». Часть 1 статьи 27 данного Закона гласит: «Диспансерное наблюдение может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжёлыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями». Т.е., для установления диспансерного наблюдения необходимо сочетание всех упомянутых признаков психического расстройства. Совершенно понятно, что диагноз «употребление с вредными последствиями» никоим образом не подпадает под вышеупомянутое определение. Кроме того, пунктом 6 Порядка принятие решения об установлении над пациентом диспансерного наблюдения отнесено к единоличной компетенции врача-психиатра-нарколога (врача-психиатра-нарколога участкового), что также вступает в противоречие с частью 2 статьи 27 Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1, в соответствии с которой решение вопросов о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается исключительно комиссией врачей-психиатров.

Таким образом, устанавливаемые действующими подзаконными актами ограничения для лиц с наркологическими расстройствами, не достигающими уровня зависимости, явно противоречат Закону РФ от 02.07.1992 № 3185-1, что может породить судебные разбирательства со стороны пациентов наркологического профиля в случае возможного ущемления их законных прав и интересов. Данная ситуация заставляет нас вернуться к затихшей было дискуссии о целесообразности разработки специального закона, регламентирующего оказание именно наркологической помощи.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПРИ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ С УЧАСТИЕМ УЯЗВИМЫХ ГРУПП ПАЦИЕНТОВ: ГРАНИЦЫ АВТОНОМИИ

Семенова Н.В.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Накопление и применение знаний в целях улучшения здоровья человека основаны на приверженности этическим принципам: исследования должны проводиться с соблюдением норм этики и открывать перспективы для повышения стандартов здоровья каждого. Клинические исследования являются жизненно важным элементом развития глобальной системы здравоохранения. Согласно определению ВОЗ, научные (в том числе клинические) исследования в здравоохранении (медицинские исследования с участием людей в качестве субъектов) – это любая деятельность в сфере общественных наук, биологии, медицины или эпидемиологии, которая включает в себя сбор и анализ данных с целью накопления новых знаний, и в которой человек подвергается манипуляциям, вмешательству, наблюдению или взаимодействует с исследователем иным способом – непосредственно или путем изменения среды, или становится индивидуально опознаваемым в результате сбора, подготовки или использования исследователями биологического материала или медицинских или иных документов.

Необходимо подчеркнуть, что принципиальная разница между лечением и исследованием заключается в том, что лечение проводится в интересах конкретного пациента, а исследование – с целью получения новых знаний. Иными словами, общей особенностью всех научных медицинских исследований является получение новых знаний, а не выгод для участников. Но важно помнить, что получение научных знаний не освобождает ученых-медиков от обязанности защищать участников исследования от предотвратимого вреда или неоправданного риска.

Обязательным условием проведения исследований является получение добровольного, осознанного, информированного согласия участника исследования. Информация участнику исследования должна предоставляться в доступной для понимания форме, на русском языке или, по требованию участника исследования, на его родном языке. Предоставляемая информация должна быть хорошо документирована, ясно изложена, должна доноситься без давления, обмана и подкупа, не должна содержать запугивающей информации и сведений финансового или другого характера стимулирования, которые будут побуждать потенциального участника к принятию неадекватного решения.

Особое внимание уделяется информированному согласию и процедуре его получения в тех случаях, когда исследование проводится с участием уязвимых лиц. К категории уязвимых контингентов относятся: несовершеннолетние, лица с психическими и ментальными расстройствами, с нарушениями органов чувств, беременные и кормящие женщины, пожилые люди, студенты, военнослужащие, представители этнических меньшинств, мигранты, а также отдельные лица и сообщества людей, находящиеся в различных условиях финансовой, административной, национальной, религиозной, расовой и другой зависимости.

Совет Международных организаций по Медицинским наукам (Council for International Organizations of Medical Sciences and the World Health Organization) определяет понятие уязвимости (vulnerability) как относительную (или абсолютную) неспособность к защите собственных интересов. Уязвимые контингенты – это те лица, у которых повышен риск причинения им вреда, и часто возникает угроза возможности злоупотребления властью со стороны тех, кто в состоянии причинить вред.

Кроме того, актуальное физическое или психологическое состояние некоторых людей, например, старческая хрупкость, нетрудоспособность/инвалидность, тяжелая болезнь, делает их особенно уязвимыми. Среди признаков уязвимости основным является недостаточная компетентность субъектов («недееспособность» в психологическом смысле), которая вызывает затруднения в защите своих интересов и выражении согласия или несогласия. Необходимо учитывать, что для защиты собственных интересов такие люди могут вообще отказаться выражать согласие/несогласие (принимать решение), если добровольность даваемого согласия ставится под угрозу.

При проведении исследования с участием уязвимых контингентов должно обеспечиваться соблюдение специальных процедур, учитывающих факторы возрастной, интеллектуальной, ментальной или социальной незрелости личности участника исследования. Говоря о больных с психическими расстройствами как о категории уязвимых участников исследования, прежде всего возникает вопрос о правомерности получения информированного согласия у лиц с психическими расстройствами.

Некоторыми авторами оспаривается правомерность получения согласия у лиц, страдающих тяжёлыми психическими расстройствами (такими, как шизофрения, тяжёлая депрессия), поскольку эти расстройства значительно сказываются на когнитивных функциях. Однако, по данным исследований последних лет, при изменении формы предъявления информации, необходимой для принятия решения (например, многократное её повторение, предоставление большего количества времени на обдумывание), процент её усвоения достоверно не отличается от такового у здоровых людей. Лишь в очень тяжёлых случаях (состояния изменённого сознания, острые психозы с выраженной растерянностью или крайней загруженностью психотическими переживаниями, состояния глубокого слабоумия) отношение больного к факту оказания психиатрической помощи установить практически невозможно, поэтому получение согласия в таких случаях следует считать неправомерным.

Выделяют четыре типа нарушенной способности принимать решения, которые учитываются при планировании и проведении научных исследований в психиатрии: (1) флуктуирующая – при шизофрении, биполярном расстройстве и некоторых деменциях, когда болезненные симптомы периодически усиливаются и убывают; (2) проспективная – ранние стадии болезни Альцгеймера, когда симптоматика неуклонно нарастает и, несмотря на имеющуюся способность принимать решения в данное время, имеются убедительные основания ожидать нарушения ее в будущем; (3) ограниченная – более продвинутые стадии болезни Альцгеймера, когда способность выразить информированное согласие (*informed consent*) нарушена, но субъект все же способен выразить «менее качественное» согласие (*assent*) или отказаться от участия в исследовании; (4) полная – конечные стадии болезни Альцгеймера, глубокие деменции, когда утрачивается практически всякая способность принимать решения, основанные на сколь угодно значительном размышлении.

И здесь особенно остро встает вопрос о границах автономии, иначе говоря, – в каких случаях следует считать, что решение пациента (или выражение согласия/несогласия) является осознанным, компетентным и добровольным.

Автономия понимается как форма личной свободы действий, при которой индивид совершает поступки в соответствии со свободно выбранным им решением. Ценность автономии заключается, с одной стороны, в том, что конкретный человек, обладая наилучшими знаниями о собственном благополучии, может сделать наилучший выбор для самого себя. С другой стороны, даже если у человека не всегда есть достоверные знания о собственном благополучии (как, например, в случаях когнитивного снижения,

биполярного расстройства или шизофрении), его самостоятельный выбор в конечном итоге способствует его собственному благу. Даже если человек делает выбор не в своих непосредственных интересах, тот факт, что он делает этот выбор самостоятельно, в любом случае дает ему ощущение свободы. И в этом плане аргументы специалистов-медиков с целью изменить этот выбор, могут относиться к проявлениям патерналистической установки. Принцип автономии, таким образом, не ограничивается признанием автономии, но предполагает и уважение того, что выбор, делаемый пациентом, как бы он ни разошелся с позицией врача, должен определять дальнейшие действия последнего.

ТРАНСЛЯЦИОННАЯ МЕДИЦИНА И ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ПРОИЗВОЛЬНОСТИ ПОВЕДЕНИЯ

Ткаченко А.А.

ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского, Москва, Россия

Предмет судебно-психиатрической экспертизы (юридически релевантные психические расстройства) подразумевает единство медицинского и юридического критериев, которое реализуется через сопоставление психических процессов со структурой сохранных и нарушенных звеньев в структуре целостной деятельности. Тем самым задается потребность в трансформации клинических категорий в психологические, отражающие представления о произвольной саморегуляции применительно к конкретной юридически значимой деятельности.

Подобное понимание сути юридического критерия позволяет расшифровывать каждый из его компонентов как научно обоснованный элемент единой системы саморегуляции поведения. Такой подход создает возможности привлечения к изучению юридических критериев складывающиеся в психологии и нейрофизиологии представления о механизмах саморегуляции, а сам предмет исследования формулировать в понятиях, допускающих интерпретацию ключевого его образования (юридическая релевантность) в русле современных представлений нейронаук. Это подразумевает необходимость в уточнении взаимных понятийных пересечений нейрофизиологии и психологии в соотношении с той психической реальностью, которая стоит за терминологией каждой из этих наук.

В этом смысле важное значение приобретает сформулированный в теории функциональных систем принцип изоморфизма, в соответствии с которым структура функциональной системы одного уровня изоморфна структуре системы другого уровня (высшего или низшего). Иными словами, каждый высоко организованный поведенческий акт в своей основе может быть понят через задействованные при его реализации системные нейронные механизмы. Независимо от уровня системообразующим фактором всех саморегулирующихся систем является результат (будущее событие). Системы всех уровней выделяются по одному и тому же критерию — результату — и имеют одну и ту же функциональную архитектуру, представленную специальными системными механизмами. Поведение реализуется как иерархия систем, уровни которой соответствуют последовательным этапам становления поведения.

Данный системообразующий фактор, являясь неотъемлемым компонентом системы, ограничивает степени свободы ее элементов, создавая упорядоченность их взаимодействия, и, будучи изоморфным для всех систем, позволяет использовать систему для анализа самых разных объектов и ситуаций. Психические процессы, характеризующие организм и поведенческий акт как целое, и нейрофизиологические процессы,

протекающие на уровне отдельных элементов, сопоставимы только через информационные системные процессы, т.е. процессы организации элементарных механизмов в функциональную систему. При этом психологическое и физиологическое описания поведения и деятельности оказываются частными описаниями системных процессов.

Высший мотивационный (смысловой) уровень саморегуляции связан с содержанием деятельности и организацией общей ее направленности, операционально-технический отражает формальную организацию действия и включает звенья планирования, моделирования, программирования, оценивания результатов своих действий и их коррекцию (этапы целеполагания и целедостижения). Эти психологические категории могут быть сопоставлены с соответствующими нейрофизиологическими механизмами.

Представления о том, что в микрогенезе восприятия первичная эмоциональная оценка объекта (смысл, ценность) предшествует его осознанному восприятию (значение) предоставляют возможность сближения клинико-психологических и психофизиологических (нейрофизиологических) исследований психических процессов, задействованных в регуляции поведения.

Модель двойного пути (маршрута) предполагает, что вентральная система зрительно-лимбических связей (система «что») обеспечивает предметное опознание и сознательные формы восприятия, тогда как дорзальный зрительно-лимбический путь (система «где») задействован в сложных аттенциональных функциях, эмоциональной активации и быстрой селективной ориентации на стимулы, обладающие мотивационным значением. Смысловое восприятие играет ключевую роль в социальной когнициии, так как точная и быстрая обработка зрительной информации имеет решающее значение для сенсомоторной настройки, подразумевающей формирование намерения и предоставление внутренней эфферентной копии будущего действия.

В этой связи могут получить особое значение исследования нейрофизиологических эндофенотипов, к которым отнесены физиологические реакции, связанные с фильтрацией потока сенсорной информации на стадиях предвнимания и раннего внимания. Например, феномен торможения P50 и предстимульная модификация акустической стартл-реакции характеризуют процессы сенсорной и сенсомоторной фильтрации, которые осуществляются на подпороговом уровне, являются автоматическими и не включают осознанный контроль. Тест с антисаккадами связан с проблемой интенциональности и регуляции предвидимого поведения, и его можно рассматривать как модель произвольной осознанной самостоятельной деятельности. Выполнение антисаккад предусматривает активацию предварительной установки, формирование сенсомоторной предуготовленности, которая является фундаментом, предшествующим действию, представляя собой планирующий процесс.

Наши исследования показывают, что помимо высокого диагностического потенциала в целом, комплексный эндофенотип может стать инструментом интранозологической дифференциации. Так, у больных с шизотипическим расстройством профиль нарушений обработки сенсомоторной информации отличается от наблюдаемого у больных шизофренией. В частности, не обнаружено дефицита предстимульного торможения (основного нарушения, свойственного больным шизофренией), возрастание латентного периода наблюдается только при регистрации с правого глаза, а характер нарушений предстимульной фасилитации АСР изменен.

Современные возможности психофизиологического исследования расширяются за счет использования систем бинокулярного трекинга глаз для выявления паттернов анализа ситуаций и выполнения заданий в условиях произвольного и непроизвольного внимания, стратегий построения деятельности по поиску решения задач различной

степени сложности. Глазодвигательная активность представляет собой элементарную модель поведенческих актов, которая отражает основную структуру и базовые механизмы взаимодействия организма со средой. Поэтому изучение окуломоторных механизмов позволяет оценить не только характер ориентировки организма в среде, но и механизмы организации поведения. Характер движения глаз позволяет судить об особенностях протекания психических процессов (внимания, мышления, воображения), их динамике, а направленность взора обусловлена особенностями личности конкретного индивида и позволяет делать вывод об интересах, намерениях, установках, отношении субъекта. В движениях глаз проявляются закономерности организации психических процессов, степень их развития или деструкции (в случае патологии) и место, которое они занимают в структуре деятельности.

Наши исследования показывают, что изучение глазодвигательной активности перспективно в плане комплексной (в сопоставлении с клинической и психологической) оценки произвольности поведения, особенно при психопатологии пограничного уровня. Например, целый ряд психофизиологических параметров, характеризующих особенности восприятия при шизотипическом расстройстве (бульшая воспринимаемая сложность задачи, ее более высокая значимость при меньшей ее структурированности, понятности и при увеличении факторов, отвлекающих внимание – все повышает зрительную нагрузку и уровень когнитивной активации субъекта) сочетается с такими психологическими качествами, как поверхностность анализа информации с элементами фрагментарности; существенные трудности концентрации внимания и нарушения произвольности, возникающие в деятельности, требующей большого сосредоточения и высокой степени произвольности; узость мотивационно-смысловой сферы при ее внешней разнообразности.

Описанные результаты могут быть экстраполированы на юридически значимую деятельность, помогая объективизации экспертных решений.

ПРАВОВЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВОВЛЕЧЕНИЯ В СИСТЕМУ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ОСУЖДЕННЫХ ЗА АДМИНИСТРАТИВНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ В СООТВЕТСТВИИ С ЧАСТЬЮ 2.1 СТАТЬИ 4.1 КОАП РФ

Целинский Б.П., Рыбакова Л.Н.

ННЦН – филиал ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского, Москва, Россия

Результаты анализа данных, полученных из организаций наркологического профиля субъектов Российской Федерации в конце 2016 года о практических аспектах применения ч. 2.1 ст. 4.1 КоАП, понуждающей лиц, осужденных за административные правонарушения в области законодательства о наркотических средствах, психотропных веществах и об их прекурсорах, к обращению за наркологической помощью. Как следует из формулировки статьи, решение о возложении на осужденного обязанности пройти диагностику, профилактические мероприятия, лечение от наркомании и (или) медицинскую и (или) социальную реабилитацию суды должны обосновывать наличием у лица диагноза наркомании либо фактическими данными о потреблении им наркотических средств, психотропных веществ либо новых потенциально опасных психоактивных веществ без назначения врача.

Несомненно, обоснованное применение ч. 2.1 ст. 4.1 КоАП РФ зависит от квалификации судей, использующих законодательство с целью применения мер социального

давления на потребителей наркотиков и вовлечения наркозависимых в программы наркологической помощи. Кроме того, как показывает практика, результаты судебных решений также обусловлены остротой наркоситуации в регионе.

Полученные данные сгруппированы в зависимости от количества пациентов медицинских организаций, направленных для оказания наркологической помощи в соответствии с ч. 2.1 ст. 4.1 КоАП РФ. К первой группе отнесены регионы, где таких пациентов оказалось более 1000, где, по всей видимости, наркологическая ситуация складывается достаточно остро: Краснодарский край (2678); Свердловская область (2173); Республика Татарстан (2052); Белгородская область (1743); Ростовская область (1393); Приморский край (1115) и Республика Бурятия (1073).

Также выделена довольно значительная группа регионов, где соответствующих судебных решений вынесено до 100. В эту группу наряду с Республиками Алтай и Калмыкия попали Магаданская область, Владимирская область, Республики Чечня и Мордовия, а также Чукотский автономный округ. Приведенные количественные данные, очевидно, связаны с численностью и плотностью населения в регионах.

На основании данных о количестве лиц, которые по результатам диагностики признаны нуждающимися в наркологической помощи, была рассчитана доля осужденных, которым судами обоснованно применена ч. 2.1 ст. 4.1 КоАП РФ. Интерес в данном случае представляет проверка предположения, заложенного законодателем о том, что лица, нарушающие законодательство об обороте наркотиков, одновременно являются их потребителями наркотиков, а правонарушения связаны с болезненной наркотической зависимостью.

Результат анализа по указанному критерию позволил выделить две группы регионов. В первую группу отнесены регионы с высокой долей осужденных, нуждающихся в наркологической помощи, приближающейся к 100 %: Астраханская, Волгоградская, Челябинская, Владимирская, Амурская, Камчатская и Сахалинская области, Республики Алтай, Удмуртия, Марий-Эл, Хакассия, Алтайский, Забайкальский, Приморский края.

Во вторую группу отнесены регионы, в которых «впечатления» судей о наличии медицинской составляющей в совершении правонарушений в большинстве случаев не получили подтверждения по результатам наркологической диагностики, проведенной после вынесения решений судами. Оказалось немало регионов, где количество лиц, которым поставлен наркологический диагноз по результатам диагностики, составляет менее 20 %: Республики Чувашия, Мордовия, Карелия, Тыва, Краснодарский край, Ярославская и Тульская области. С криминологической точки зрения здесь можно предположить участие в наркообороте с целью заработать, выбраться из трудной жизненной ситуации, компенсировать отсутствие рабочих мест и т.п. Очевидно, что в процессе административного судопроизводства до принятия решений судьями не назначались психиатрические экспертизы по вопросам установления диагноза «наркомания», «токсикомания» и нуждаемости в наркологическом лечении. Поэтому судьи выносили решения по делам об административных правонарушениях о возложении на осужденных обязанности пройти диагностику, профилактические мероприятия, лечение от наркомании и (или) медицинскую и (или) социальную реабилитацию в связи с потреблением наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ, не имея фактических данных о необходимости такого лечения и реабилитационных мероприятий.

Данные обстоятельства свидетельствуют, на наш взгляд, о стигматизации правонарушителей в сфере наркооборота.

В соответствии с решением суда осужденный правонарушитель обязан обратиться за наркологической помощью. Однако, как оказалось, во многих случаях осужденные уклоняются от выполнения подобных судебных решений. И это не удивительно, так как ответственность за уклонение от лечения в данных случаях законом не установлена.

Можно предположить, что количество уклоняющихся от наркологической помощи по решению суда было бы меньше, если бы такая помощь предлагалась как альтернатива (взамен) административного наказания в виде штрафа или ареста на 15 суток. С учетом, как правило, сложного материального положения лиц, вовлеченных в наркопотребление, побудительным мотивом к лечению осужденного может стать «экономия» на штрафе или нежелание оказаться под административным арестом. Однако и в этих случаях наркологические организации получают пациентов, не мотивированных к отказу от наркотиков зачастую не нуждающихся в лечении.

Обращает также внимание тот факт, что во многих случаях осужденные, которым по решению судов оказывается наркологическая помощь, не проходят предварительную диагностику: Республики Тыва, Карелия, Чувашия, Мордовия, Красноярский, Ставропольский Хабаровский края, Иркутская, Омская, Магаданская, Псковская, Саратовская области, край, почти все регионы ЦФО. В этих регионах количество лиц, согласившихся лечиться, значительно превышает тех, кто направлен на диагностику.

Подобные факты можно объяснить труднодоступностью амбулаторной наркологической помощи (если пациент работает или живет далеко от наркодиспансера) либо предлагаемой бесплатной стационарной помощью, привлекательной по экономическим соображениям.

Полученные данные носят предварительный характер и требуют дальнейшего изучения и сопоставления с другими источниками информации. Такое исследование позволит уточнить ряд организационных проблем, касающихся работы наркологической службы с «вовлеченными» пациентами, мотивация которых не связана с их личными побуждениями или усилиями родственников.

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

А			
Абашина В.В.	454	Анохин П.К.	360
Абдувалиева М.А.	496	Антонова А.А.	224
Абдусаттарова Г.Ш.	524, 525	Антонова Т.Д.	200
Абрамова Л.И.	94	Анучина А.А.	294, 335
Абросимов И.Н.	305, 493	Асадуллин А.Р.	97
Автенюк А.С.	182	Ассанович М.А.	98
Агибалова Т.В.	261, 271, 332	Ассанович М.В.	100
Азарных Т.Д.	435	Ахапкин Р.В.	232, 373
Азимова Н.М.	497	Ахмерова И.Ю.	48, 50, 52, 101
Акасевиц С.А.	70	Ахметова Э.А.	97, 263
Акименко М.А.	36	Ашнокова И.А.	437
Аксенова Е.В.	94	Б	
Александрова Н.В.	60	Бабарахимова С.Б.	375
Александровский Ю.А.	232, 373	Бабин С.М.	377
Алексеев А.О.	264, 308	Бабкин Р.А.	80
Алехин А.Н.	200	Бадалов А.А.	439
Алиджанова Д.А.	184	Бадретдинов Р.М.	378
Алтынбеков К.С.	37, 39	Баева А.С.	456
Алфимова М.В.	94	Базилевич С.Н.	41, 551
Альбицкая Ж.В.	184	Байрамов А.А.	512
Ананьева Н.И.	228, 229, 294, 526	Балакирева Е.Е.	197
Андреев Е.В.	228, 229	Баландова О.И.	186
Андреев Р.В.	96	Балунов О.А.	513
Андросова Л.В.	245	Баранок Н.В.	263
Аничков А.Д.	519	Барыльник Ю.Б.	224
Анохина И.П.	360	Батоцыренов Б.В.	159

Бачило Е.В.	224	Вассерман Л.И.	228
Бачурина О.В.	172	Вассерман М.В.	449
Бедина И.А.	264, 308	Васюшкина М.А.	567
Бейбалаева Т.З.	373	Великая Н.В.	94
Белов Ю.Г.	379	Веракса А.Е.	104
Белозёр А.С.	147	Вербицкая Е.В.	266, 330
Беляева П.А.	373	Вертопрахова Н.Ю.	337
Бенько Л.А.	441	Виндорф С.А.	450
Беребин М.А.	41, 442	Винникова М.А.	273
Березина А.А.	300	Виноградова М.Г.	233
Бетуганов Р.Р.	292	Витчинкина В.И.	369
Благовидова О.Б.	44	Войнова Е.А.	176
Благоднравова А.С.	113	Воробьев С.В.	235, 503, 504
Блохина Е.А.	266, 271, 330	Воронков Л.В.	502
Богданова Н.И.	407	Воронова С.З.	209
Боев И.В.	373	Вострокнутова О.О.	236
Боев О.И.	373	Второв А.В.	510
Бойко С.Л.	45	Вукс А.Я.	339
Бокша И.С.	164		
Бомов П.О.	103	Г	
Борисова Е.В.	527	Гаврилов Н.А.	512
Бохан А.Н.	364	Гайдукевич И.В.	129
Бохан Н.А.	168, 367, 548	Галако Т.И.	54
Бочаров В.В.	362, 445, 446, 545	Галанин И.В.	506, 508, 510
Бочкарев В.К.	161, 498	Гальсман И.Е.	228
Бровкина С.Н.	439	Гвоздецкий А.Н.	300
Бродянский В.М.	322, 330	Герасимова Я.В.	155
Брюн Е.А.	267	Гилеп А.А.	129
Бубнова И.В.	401	Гильяно Я.Д.	170
Будза В.Г.	520	Гинтер Ю.Ю.	380
Бузык О.Ж.	271	Глушкова А.В.	56, 187
Бузина Т.С.	269	Говорин Н.В.	106
Букин С.И.	46	Голимбет В.Е.	107, 124
Булатов А.Р.	501	Голыгина С.Е.	155, 337
Бурделова Е.В.	291, 384	Гомзякова Н.А.	238
Буркин М.М.	47	Горелик А.Л.	508, 530, 533, 535, 537
Бурлакова Н.С.	448	Городнова М.Ю.	193, 274
Бутома Б.Г.	395	Горюнов А.В.	189
Буторин Г.Г.	441	Горюнова А.В.	189
Бутылин Д.Ю.	404	Гречаный С.В.	191, 426
Бушара Н.М.	266, 271	Григорьева А.А.	276
		Григорьева Е.А.	108
В		Григорьева О.О.	337
Важенин М.М.	289	Гридчик М.А.	94
Вазагаева Т.И.	373	Гришина О.Г.	294
Валинуров Р.Г.	48, 50, 52, 566	Громов С.А.	529, 553
Вальчук Д.С.	271	Громыко Д.И.	278, 294, 335
Васильева А.В.	186, 373, 380, 381	Гуревич Г.Л.	271

Гуреева И.Л.	238	Журбин Е.А.	501
Гурин И.В.	456		
Гусева О.В.	382, 452	3	
		Задорожная М.С.	114
Д		Задорожная О.В.	391
Данилова Л.Ю.	189	Зайнутдинова Д.Р.	497
Даренский И.Д.	280	Залуцкая Н.М.	229
Деева М.А.	224	Замогильный С.И.	327
Демчева Н.К.	44	Захарова Н.М.	456
Демьяненко А.М.	426	Зборовский К.Э.	327
Денисова Е.А.	555	Звартау Э.Э.	266, 330
Дмитриева Е.М.	109	Зверева Н.В.	197
Дмитриченко М.С.	390	Зезина А.Ю.	284, 289, 307, 341
Добровольская А.Е.	347	Зиновьев С.В.	344
Добряков И.В.	193	Зияходжаева Л.У.	517
Докукина Т.В.	129, 543	Злоказова М.В.	178, 213, 219
Должанская Н.А.	282	Зобин Я.С.	134, 399
Донской Д.А.	283, 284	Зозуля С.А.	115
Дорофейкова М.В.	110	Зубов Д.С.	117
Дорофейков В.В.	114	Зуева М.В.	240, 458
Драчинская Т.В.	195		
Дроков А.П.	561	И	
Дружинин А.К.	530, 533, 535, 537, 545	Иванова С.А.	109, 168
Дубинина Е.А.	200	Иванов М.В.	115, 117, 170, 180
Дубинина Е.Е.	111, 284, 513	Ивашиненко Д.М.	291, 384
Дубинина Л.А.	284	Ивашиненко Л.В.	291, 384
Дубицкая Е.А.	249	Игумнов С.А.	327
Дыгал К.А.	404	Ильченко Е.Г.	387
Дынин П.С.	499	Илюк Р.Д.	278, 292, 294, 335
Дыскин Д.Е.	41, 551	Иноятова И.Ш.	500
		Инюшева О.М.	195
Е		Исаева Е.Р.	460
Евсеева В.В.	143	Искандарова А.Р.	110
Егоров А.Ю.	104, 286, 347, 508	Искра Д.А.	242
Ёдгарова У.Г.	540	Исмаилова Р.Д.	350
Ежова Р.В.	228, 526	Исурина Г.Л.	388
Елисеенко Н.А.	467	Ичитовкина Е.Г.	178
Емелина Д.А.	195		
Емелин К.Э.	232	К	
Ениколопов С.Н.	486	Казенных Т.В.	364
Еремеева А.А.	288	Калыгин С.А.	242
Ерофеева Н.А.	294	Капустина Т.В.	539
Ерошина О.С.	454	Караваева Т.А.	373, 389, 390, 432
Ершов Е.Е.	115, 135, 137	Карпик И.Н.	176
Ефимцев А.Ю.	313, 504	Карпова Э.Б.	463, 481
		Касимова Л.Н.	113
Ж		Каток А.А.	373
Жиляева Т.В.	113	Кибитов А.О.	119, 296, 322, 330

Киренская А.В.	121, 498, 557	Крупницкий Е.М.	115, 137, 266, 271, 294, 309, 330, 335, 339, 350
Киселев А.С.	292, 294	Крылова Н.В.	64
Киссин М.Я.	527, 545	Кудренко А.С.	511
Клембовская Е.В.	298	Кузнецова-Морева Е.А.	74
Климанова С.Г.	300	Кузнецова Т.Ю.	471
Клименко Т.В.	301	Кузнецов В.В.	310
Клочков М.Н.	510	Кузьмина С.В.	568
Ключник Т.П.	115	Кулаков С.А.	311
Ковалев А.В.	174	Кулыгина М.А.	65
Ковалева М.Е.	161	Курасов Е.С.	96, 134, 399, 408
Коваленок Т.В.	407	Курбатова Е.Г.	58
Коваль-Зайцев А.А.	214	Курлович Н.М.	271
Ковшова О.С.	58	Курышов В.Н.	379
Козловский В.Л.	122		
Колгашкин А.Ю.	302, 349	Л	
Колик Л.Г.	306	Лаврущик М.В.	557
Колмакова К.А.	243, 244	Ландышев М.А.	145
Колпаков Я.В.	303, 305	Ларина И.В.	527
Кольцова О.В.	478	Лебедев А.А.	354
Кондратьев Н.В.	124	Левченко А.Ю.	126
Коновалова В.Н.	143	Леонова И.А.	200
Коновалов П.Н.	391	Леонова Н.В.	513
Коноркина Е.А.	567	Летавина Л.А.	263
Константин К.В.	62	Летова А.А.	109
Константинопольский М.А.	306	Липатова Л.В.	539, 545, 561, 564
Копытов А.В.	284, 289, 307, 341	Лисовская Н.А.	200
Копытов Ал.В.	307	Литвин А.С.	257
Корень С.В.	282	Литвиненко И.В.	96, 499, 501, 502, 503, 504, 514
Корман Т.А.	393, 445	Литвинцев Б.С.	313, 348
Коровайцева Г.И.	94	Лобзин В.Ю.	243, 244
Королевич П.П.	543	Логачева А.А.	412
Коростин М.И.	369	Лодягин А.Н.	159
Коростовцева Л.С.	200	Ломова Я.Ю.	396
Корсак О.В.	165	Лысенко И.С.	86, 339, 401
Корсакова Е.А.	533, 535, 553	Лыткин В.М.	408
Космачева С.М.	543	Любаева Е.В.	465
Косова Е.О.	257	Любов Е.Б.	127
Костригин А.А.	63	Ляшковская С.В.	401
Коцюбинская Ю.В.	437	Ляшковская С.Л.	86
Коцюбинский А.П.	382, 395		
Кошкарёв М.А.	551	М	
Кошкина Е.А.	267, 308	Маджидова Ё.Н.	505, 515, 524
Кравцова С.В.	549	Маджидова Е.Н.	518, 525
Кравченко И.В.	197	Мазо Г.Э.	111, 128, 539
Крала О.В.	396	Майер О.Н.	379
Краснов В.Н.	65	Макаров И.В.	182, 195
Крахмалева О.Е.	60		
Кренкель Н.Т.	273		

Максимова И.В.	315	Надеждин С.А.	302
Максудова Х.Н.	540	Назаров В.Д.	170
Малинина Н.С.	403	Нарышкин А.Г.	506, 508, 510, 530
Малкова Е.Е.	67	Насырова Р.Ф.	115, 135, 137, 561
Мандель А.И.	364	Находкин Е.Г.	319
Манчук А.А.	348	Невидимова Т.И.	316
Маргошина И.Ю.	193	Незнамов Г.Г.	407
Марина Ю.С.	69	Незнанов Н.Г.	135, 229, 309, 373, 561
Маркова Е.В.	548	Нелюбина А.С.	469
Мартусенко А.В.	467	Немцов А.В.	74, 321
Мартынихин И.А.	70, 404	Ненастьева А.Ю.	321
Марчук С.А.	129	Нечипоренко В.В.	408
Масалов Д.В.	339	Николаев Е.Л.	486
Маслова Н.В.	379	Николишин А.Е.	322
Масловский С.Ю.	132	Николкина Ю.А.	325, 327
Мастерова Е.И.	316	Ниязова М.Т.	515
Матан В.В.	481	Новикова Н.В.	139
Матвеева Е.В.	203	Новожеева Т.П.	364, 367, 548
Матюшкина А.А.	449, 468	Носачев Г.Н.	249, 328
Махров М.В.	541, 543	Носачев И.Г.	249
Медведева Ю.И.	134, 399	Нурходжаев С.Н.	141
Медведев С.Э.	395		
Мельникова Т.С.	174	О	
Метлина М.В.	407	Обляпин А.В.	519
Мизинова Е.Б.	406	Образцова Г.И.	200
Минаева Н.А.	145	Оганесян Н.Ю.	410, 414
Мисюк Н.Н.	543	Одарченко С.С.	484
Митихина И.А.	73	Одинак М.М.	41, 96
Митихин В.Г.	72	Одинцова Г.В.	549
Михайленко А.А.	41	Озорнин А.С.	106
Михайлов А.Д.	309	Омельченко М.А.	164
Михайлова Н.М.	245	Орлов Г.В.	143, 490
Михайлов В.А.	530, 533, 535, 537, 545	Осколкова С.Н.	76
Михайлов М.А.	317	Отман И.Н.	115
Моисеева А.М.	551	Отрощенко О.Н.	381
Молчанова Е.В.	47		
Морозов В.И.	354	П	
Московченко Д.В.	371, 475	Павлова Е.А.	108
Мосолов С.Н.	174	Палаткин В.Я.	266, 330
Мустафина Т.Б.	298	Палкин Ю.Р.	426
Мустафина Ф.Р.	378	Пальчикова Е.И.	404
Муфазалов А.Ф.	101	Паращенко А.Ф.	224
Мухамедханова М.И.	552	Патер С.А.	209
Мухитова Ю.В.	460	Пашкевич Н.В.	369
		Пашкова И.М.	527
Н		Пашковский В.Э.	202
Нагорная А.В.	467	Пелешок А.С.	96
Надеждин А.В.	318, 349	Пелисова Л.А.	527

Перминова А.А.	452	С	
Першина Н.А.	412	Савельева О.В.	110
Петракова А.В.	555	Савенко Ю.С.	77
Петренко М.В.	527	Савочкина Д.Н.	316
Петров А.Д.	313, 347	Савушкина О.К.	164
Петрова Н.Н.	110, 114, 147	Садикова Г.К.	496, 560
Петров Д.С.	145	Садыкова Г.К.	500, 552
Петрунько О.В.	149	Сазонова Т.А.	209
Петухов А.Е.	318	Сайдалиходжаева Д.Г.	418, 420
Пиотровская В.Р.	251	Саидова Д.П.	505
Пичиков А.А.	204, 206	Саковская В.Г.	471
Погорелов М.А.	76	Салов А.В.	211
Полторак С.В.	373, 406	Салова М.Н.	211
Помыткин А.Н.	164	Сарайкин Д.М.	437, 472
Поплевченков К.Н.	332	Сатьянова Л.С.	298
Попов В.Н.	203	Сахаров А.В.	155, 337
Попов М.Ю.	151	Свиричев Ю.В.	200
Попов Ю.В.	204, 206	Селезнева Н.Д.	253
Потапнев М.П.	543	Селютина Е.В.	478
Приятель В.А.	571	Семакина Н.В.	213
Прияткина Н.Ю.	211	Семенова Н.В.	86, 339, 401, 572
Прокопович Г.А.	159	Семке А.В.	109, 168
Прокудин М.Ю.	41, 551	Сергеева А.В.	113
Проскуракова Т.В.	360	Сергеев В.А.	157
Прохорова Т.А.	164	Сергеев Г.В.	129
Прощенко С.А.	401	Сердюк О.В.	79, 255, 258
Пушина В.В.	335	Серёгин А.А.	109
		Сивакова Н.А.	539, 553, 561, 564
		Сиволап Ю.П.	340
Р		Сиденкова А.П.	79, 255, 258
Разина М.В.	389, 390	Симашкова Н.В.	214
Ракицкий Г.Ф.	44	Синевич А.А.	341
Рамос Валерио Э.	414	Синенченко А.Г.	344
Ренемане Л.Ю.	153	Сирота Н.А.	371, 475
Рид Дж.М.	65	Скоромец Т.А.	506, 508, 510
Рисберг И.В.	378	Скупова Т.В.	216
Рожков С.Н.	209	Скурат Е.П.	309, 350
Романов Д.В.	416	Славина Т.Ю.	339
Ромасенко Л.В.	373	Смирнова Л.П.	109
Росман С.В.	509	Смышляев А.В.	261
Рощина И.Ф.	253	Снедков Е.В.	345
Руденко Г.Ф.	203	Соколов А.В.	235
Рукавишников Г.В.	539	Солнцева С.В.	498
Рутковская Н.С.	154	Соловьев А.Г.	80, 178, 288
Рыбакова К.В.	309, 334	Соловьева М.Г.	322
Рыбакова Л.Н.	576	Соловьева С.Л.	476
Рыбакова Ю.В.	335	Солонский А.В.	364, 511
Рябцев А.В.	96	Солохина Т.А.	81

Сорокин М.Ю.	422	Усманова Е.Б.	492
Сосина К.А.	561	Усманова Н.Н.	321
Сосин Д.Н.	115, 135, 137	Усманов С.А.	184
Софронов А.Г.	159, 347	Устьянцева В.В.	527
Спасюк Т.И.	45	Усюкина М.В.	557
Сперанская О.И.	161		
Спирина И.Д.	163	Ф	
Станкевич К.С.	367	Фаддеев Д.В.	426
Станкевич С.А.	263	Фадеева Е.В.	352
Сташина Е.В.	512	Файзуллоев А.З.	232
Сторожева З.И.	121, 161	Федоренко О.Ю.	168
Струкова Е.Ю.	412	Федоровский И.Д.	169
Стулов И.К.	229	Фесенко Ю.А.	222
Сулин К.А.	244	Филиппова Н.В.	224
Султанова А.С.	218	Филиппова Ю.В.	83
Сунцов Ю.В.	44	Филиппов В.Л.	83
Сурикова М.А.	424	Флюрик С.В.	45
Сурмач М.Ю.	46	Фокин В.А.	235, 313
Сухих Д.В.	219		
Счастный Е.Д.	364	Х	
Сюняков Т.С.	407	Хажикакиев Х.Х.	516
Т		Хаитбаева Н.	517
Тараскина А.Е.	115, 137	Хаитбаева Ш.Х.	560
Тарумов Д.А.	348	Халезова Н.Б.	478
Тарханов В.С.	555	Халиков А.Д.	526
Темирова М.К.	505	Хальчицкий С.Е.	170
Тепляшина В.В.	561	Хамидова Н.А.	518
Тер-Каспарьянц Н.С.	94	Харитонов С.В.	171
Терешкина Е.Б.	164	Хлебоказов Ф.П.	543
Тетенова Е.Ю.	302, 318, 349	Холявин А.И.	519
Тетеркина Т.И.	165	Хрусталева Н.С.	481
Тихонов Д.В.	164	Худина Ю.С.	172
Ткаченко А.А.	121, 574	Хяникяйнен И.В.	428
Тотолян А.А.	526		
Точина Е.Э.	555	Ц	
Трофимова С.А.	513	Целинский Б.П.	576
Трусова А.В.	300, 350	Цукарзи Э.Э.	174
Труфанов А.Г.	502, 503, 504, 514	Цыган Н.В.	96, 134, 399
Туктарова С.У.	101		
Тулбаева Н.Р.	48, 50, 52, 101	Ч	
Тучина О.Д.	261, 271	Чалая Е.Б.	520
У		Чалая И.В.	520
Умарова М.Э.	515	Чалдышкин А.В.	257
Уморина В.Д.	441	Чепелюк А.А.	233, 407
Урываев В.А.	476	Чеперин А.И.	60, 209
Усманова Д.Д.	516, 522	Черная Ю.С.	482
		Чернов П.Д.	86, 339, 401, 483
		Чернявский Я.В.	157

Четвериков Д.В.	60, 209, 429, 484	Шулина И.Н.	566
Чистопольская К.А.	486	Шутова А.А.	178
Чубрикова А.В.	86, 401	Шушпанова О.В.	178
Чугунова А.А.	549	Шушпанова Т.В.	364, 367, 548
Чупрова Н.А.	322		
		Щ	
Ш		Щедрина Л.В.	111
Шабанов П.Д.	354, 512	Щелкова О.Ю.	452, 492
Шайдукова Л.К.	356, 358	Щербина Р.Ю.	379
Шалина О.С.	488	Щукин И.С.	176
Шамакина И.Ю.	360		
Шаманина М.В.	180	Ю	
Шамбургис Д.	153	Юрин А.А.	499, 502, 503, 504, 514
Шамрук И.В.	543		
Шаповалов Д.Л.	176	Я	
Шапсигов А.А.	467	Ягупова Н.Х.	555
Шарипова Р.Р.	490	Языкова И.М.	258
Шарипова Ф.К.	220, 226	Яковлев А.В.	432
Шаталов П.Н.	269	Яковлев А.Н.	369
Шевченко Ю.С.	88	Яковлева Ю.А.	90, 562
Шеденко М.И.	429	Якубова З.А.	522
Шельгин К.В.	361	Якубов Р.К.	522
Шемчук О.С.	313	Якунина О.Н.	539, 564
Шешенин В.С.	424	Ялтонская А.В.	303, 305, 371
Шигашов Д.Ю.	222	Ялтонский В.М.	305, 371, 475, 493
Шишкова А.М.	362, 446	Янковская А.Г.	179
Шкурко В.В.	456	Янушко М.Г.	180
Шнайдер Н.А.	561	Ярославцева Т.С.	266
Шова Н.И.	530	Ястребова В.В.	81
Шорников А.В.	163	Ястребов В.С.	91
Шохонова В.А.	360	Яхин К.К.	373
Штань М.С.	106	Яшкович В.А.	288

Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием,
посвященная 160-летию со дня рождения Владимира Михайловича Бехтерева
и 110-летию Санкт-Петербургского научно-исследовательского
психоневрологического института им. В.М. Бехтерева

ШКОЛА В.М. БЕХТЕРЕВА: ОТ ИСТОКОВ ДО СОВРЕМЕННОСТИ

18-19 мая 2017 года, Санкт-Петербург

[ЭЛЕКТРОННОЕ ИЗДАНИЕ]:
МАТЕРИАЛЫ

СПб.: Альта Астра, 2017
1 электрон. опт. диск (CD-ROM)
Мин. систем. требования: Pentium 100 МГц; 16 Мб RAM;
Windows XP; дисковод CD-ROM, Adobe Reader 7.0

ISBN 978-5-905498-68-8

© СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2017
© Коллектив авторов, 2017
© ООО «Альта Астра», оформление, 2017