

Образовательная программа
Российского общества психиатров
под эгидой Всемирной
психиатрической ассоциации
при поддержке Департамента
здравоохранения Владимирской области



17-22 апреля 2019 года

XIV ЮБИЛЕЙНАЯ ВСЕРОССИЙСКАЯ ШКОЛА МОЛОДЫХ ПСИХИАТРОВ





**ФЕСТИВАЛЬ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ
ДЛЯ ЛЮДЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ**

КАЗАНЬ 9 октября 2019





III CONGRESS ON MENTAL HEALTH:
MEETING THE NEEDS OF THE XXI CENTURY



IX WORLD CONGRESS FOR PSYCHOTHERAPY
IX MIROVYIY KONGRESS DLOV PSIXHOTERAPII



moscow
2020
26-29 June

Children, Society and Future

Комиссия по оценке трудов молодых психиатров:

1. Солдаткин Виктор Александрович
(д.м.н., Ростов-на-Дону)
2. Медведев Владимир Эрнстович
(к.м.н., Москва)
3. Бархатова Александра Николаевна
(д.м.н., профессор, Москва)
4. Волель Беатриса Альбертовна
(д.м.н., профессор, Москва)
5. Куприянова Татьяна Анатольевна
(к.м.н., Москва)
6. Костюкова Елена Григорьевна
(к.м.н. Москва)
7. Шмилович Андрей Аркадьевич
(д.м.н., Москва)
8. Усов Григорий Михайлович
(д.м.н., профессор, Омск)
9. Горобец Людмила Николаевна
(д.м.н., профессор, Москва)

Сборник подготовили и отредактировали:

Корнева М.Ю.
Парпара М.А.
к.м.н. (Москва)
Степанова Н.А.
Федорова Е.Ю.
Горобец Л.Н.

Ответственный за выпуск:

Морозов П.В.
Ректор Школы молодых ученых, д.м.н., профессор

СОДЕРЖАНИЕ

Абрамова А.А., Джавадова Э.И., Павлова Е.В. РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В КОМПЛЕКСНОМ ПОДХОДЕ В ЛЕЧЕНИИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ	17
Александрова Н.К., Степанова Н., Диверинский А.М. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ БАР В УСЛОВИЯХ БУ РПБ	19
Антоненко А.П., Застрожин М.С. ВЛИЯНИЕ АКТИВНОСТИ СУРЗАНА ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ БРОМДИГИДРОХЛОРФЕНИЛБЕНЗОДИАЗЕПИНА У ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, КОМОРБИДНЫМИ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ	21
Аркуша И.А.* РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СОЦИОДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА СЕПАРАЦИИ У ВЗРОСЛЫХ	24
Ахметова Э.А.*, Асадуллин А.Р. ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ У ПОДРОСТКОВ ШКОЛ С СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ И ГЕНЕТИЧЕСКИМ ИЗУЧЕНИЕМ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ (СПАЙСОВ)	27
Байкова М.А. ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ РОДИТЕЛЕЙ НА СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОТОМСТВА	31
Бандатий А.О. НАРКОТИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ И ИХ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА В ПОВСЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ ПСИХИАТРА И НАРКОЛОГА	34
Басинская И.А., Котова М.А., Леонова Д.А. ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ОБСЛЕДОВАНИЯ В ПРАКТИКЕ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ С ПЕДОФИЛИЕЙ, СОВЕРШИВШИХ СЕКСУАЛЬНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ	35

* победитель конкурса научных работ.

Белоусова К.С., Марачев М.П. НОЗОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ .	45
Береза Ж.В., Петрова Н.Н., Кибитов А.О. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА, СОЧЕТАННОГО С УПОТРЕБЛЕНИЕМ КАННАБИНОИДОВ: КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ, ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА, ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ	48
Березина А.А., Гвоздецкий А.Н. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ КОГНИТИВНОГО КОНТРОЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ И С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	50
Блинова Т.Е. ПРЕМОРБИДНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ И ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ С ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	53
Бойко А.С., Меднова И.А. ОСОБЕННОСТИ УГЛЕВОДНО-ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ГОРМОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	56
Бойко С.Л. СФЕРА НЕЗАВИСИМОСТИ И САМОВОСПРИЯТИЕ КАК КЛЮЧЕВЫЕ МИШЕНИ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ	60
Болгов М.И.* ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОФИЛИ КАТАТОНИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ АФФЕКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ШИЗОФРЕНИИ	63
Булгакова Т.С., Максимова Н.М., Узбеков М.Г. РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ И ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ХАРАКТЕРИСТИКА ПО НОЗОЛОГИЯМ	66
Валеева А.И., Мухаметшина Э.И., Гарипов Р.Р. «ВЛИЯНИЕ ПРОФИЛИ ОБУЧЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У СТУДЕНТОВ ЛЕЧЕБНОГО, ЮРИДИЧЕСКОГО И ЭКОНОМИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТОВ УНИВЕРСИТЕТОВ Г. КАЗАНЬ»	70
Василевская Е.А., Менделевич В.Д. ВЛИЯНИЕ АНТИЦИПАЦИИ И СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА НА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ПРИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ	73

* победитель конкурса научных работ.

Васильченко К.Ф.

САМОСТИГМАТИЗАЦИЯ И АДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПЕРВОМ ПСИХОТИЧЕСКОМ ЭПИЗОДЕ. ТИПОЛОГИЯ ДИНАМИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ВНУТРЕННЕЙ СТИГМЫ	76
--	----

Викторов А.А., Задорожная О.В.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ НА ПРИМЕРЕ РАБОТЫ ОСМП ТОКСОВСКОЙ МЕЖРАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ	80
--	----

Гавриченко А.А.

КОРРЕКЦИЯ УРОВНЯ ТРЕВОГИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ И НАРКОТИКОВ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДОВ ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ	83
---	----

Галкин С.А.

ОСОБЕННОСТИ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У ЖЕНЩИН	86
---	----

Гвоздецкий А.Н.

ВЛИЯНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ ПРИ РЕМИССИИ РЕКУРРЕНТНОЙ ДЕПРЕССИИ	88
---	----

Гладышев И.О., Мовина Л.Г., Папсуев О.О.

ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ РУССКОЙ ВЕРСИИ НОВОЙ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ НЕГАТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ BNSS	92
--	----

Глазкова Т.Н.

ПРИМЕНЕНИЕ ДУХОВНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ	95
---	----

Гончарова А.А.

СВЯЗЬ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ, КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ И КЛИНИЧЕСКОЙ ВЫРАЖЕННОСТИ АКАТИЗИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ АНТИПСИХОТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ	98
--	----

Григорьева К.А.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С АЛЕКСИТИМИЕЙ В КВАРТИЛЯХ СКОРОСТЕЙ NA+/LI+-ПРОТИВОТРАНСПОРТА В МЕМБРАНЕ ЭРИТРОЦИТА	101
---	-----

Дзюрич Ж.В.

АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ НА ЭТАПЕ СТАНОВЛЕНИЯ РЕМИССИИ У ПАЦИЕНТОВ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ	103
--	-----

Диверинский А.М., Иванов В.Н.

ОСОБЕННОСТИ ПРАКТИКИ ПРИМЕНЕНИЯ ЭСТ В УСЛОВИЯХ БУ РПБ	105
---	-----

Дмитриева Е.М.

ПРОТЕОМНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ	108
--	-----

Доренский Д.С. ВЫЯВЛЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ	111
Дубровская В.В. ТЯЖЕСТЬ И ДИНАМИКА СИМПТОМОВ НА ФОНЕ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	114
Дукорский В.В. ОСОБЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ АСПЕКТОВ СТИГМАТИЗАЦИИ ПРИМЕНИТЕЛЬНО К СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	116
Емелькина Н.С. АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ПРИЁМОМ АЛКОГОЛЯ, У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	119
Жарикова И.Ю. ВЗАИМОСВЯЗЬ ХАРАКТЕРА СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ И КОМПЛАЕНТНОСТИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ	122
Жукова С.О.* ВЫЯВЛЕНИЕ ТИПОВ ВЕРБАЛЬНЫХ ГАЛЛЮЦИНАЦИЙ И ИХ ОЦЕНКА В ГРУППЕ ПАЦИЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ ДАННОЕ РАССТРОЙСТВО	126
Зданович А.И. ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ПАРАМЕТРОВ САМОРЕГУЛЯЦИИ ПРОИЗВОЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОГНИТИВНОГО СТИЛЯ АБСТРАКТНАЯ/КОНКРЕТНАЯ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ	129
Зубов Д.С.* БИОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕЗИСТЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ	132
Ивашенко Д.В.*, Темирбулатов И.И., Созаева Ж.А., Пименова Ю.А., Гришина Е.А., Брюн Е.А., Сычев Д.А. БЕЗОПАСНОСТЬ БРОМДИГИДРОХЛОРФЕНИЛБЕНЗОДИАЗЕПИНА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АКТИВНОСТИ БЕЛКА-ПЕРЕНОСЧИКА Р-ГЛИКОПРОТЕИНА: АНАЛИЗ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА ABCB1	137
Ильина Н.А., Довженко Т.В., Гродницкая Е.Э. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ, ОБРАЩАЮЩИХСЯ ЗА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ К ГИНЕКОЛОГУ-ЭНДОКРИНОЛОГУ	139

* победитель конкурса научных работ.

Иноятов А.А.* АНАЛИЗ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА И ФАКТОРОВ ФОРМИРОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ У ПОДРОСТКОВ	141
Карпеев Д.А. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТНОШЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ К ВРАЧАМ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ	144
Карпова Н.С.*, Никитина С.Г. ПОВЫШЕННАЯ СВЕРТЫВАЕМОСТЬ ПЛАЗМЫ КРОВИ У ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ И ШИЗОФРЕНИЕЙ: ТРОМБОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГИПЕРКОАГУЛЯЦИИ	146
Карякина М.В.* ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ	149
Киселев Д.Н., Титова М.Ю. СУЩНОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ К АДДИКТИВНОМУ ПОВЕДЕНИЮ	153
Киселев Д.Н., Титова М.Ю. ИНТЕРНАЛИЗАЦИЯ ОТВЕТСТВЕННОСТИ КАК ФАКТОР ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ОТ ЗАВИСИМОСТИ	157
Кожадей Е.В.* СВЯЗЬ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ДЕТЕЙ С МАТЕРИНСКИМИ ПОСЛЕРОДОВЫМИ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	162
Коляго О.О.* КАТАМНЕЗ МАНИФЕСТНОГО ДЕПРЕССИВНОГО ЭПИЗОДА	165
Коренский Н.В., Блыш Ю.В. БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕСЯ СОЧЕТАННЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ	169
Королюк Р.В., Кустов Г.В., Марачев М.П., Воронков А.А., Сайфулина А.М., Абрамова С.А. ИСТЕРИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	172
Красавин Г.А. КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ-КАНДИДАТЫ ШИЗОФРЕНИИ И ШИЗОАФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА (РОЛЬ ЛЕТУЧИХ ОРГАНИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ)	175
Крахина А.О., Мальцева Н.А. ОСОБЕННОСТИ ОБОНЯТЕЛЬНОГО ГНОЗИСА ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЯХ И ГИПОСМИИ	179

* победитель конкурса научных работ.

Кудряшова В.Ю.

САМОРЕГУЛЯЦИЯ ПОВЕДЕНИЯ КАК ОДИН ИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ АДАПТАЦИОННО-КОМПЕНСАТОРНЫХ МЕХАНИЗМОВ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ	182
--	-----

Кузнецов С.Ю., Шеметова Г.А., Папсуев О.О.

ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНЫХ КОГНИЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ И ШИЗОАФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕТАКОГНИТИВНОГО ТРЕНИНГА	186
--	-----

**Кустов Г.В.*, Трифонов И.С., Ридер Ф.К., Каймовский И.Л.,
Яковлев А.А.**

ПРОГНОЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТОЙ ВИСОЧНОЙ ЭПИЛЕПСИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	189
---	-----

Лаврущик М.В.

ОРГАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ В СВЯЗИ С ЭПИЛЕПСИЕЙ	191
---	-----

Левченко Н.С.

К ВОПРОСУ О ТИПОЛОГИЧЕСКОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПОДРОСТКОВО-ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА У ДЕВУШЕК	194
---	-----

Литау Н.Н.*, Напалков И.В., Жданова Ю.А., Гашков С.И.

КРИТИЧЕСКИЕ СПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ: САМОСТИГМАТИЗАЦИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ	197
--	-----

Лосенков И.С.*, Плотников Е.В., Епимахова Е.В.

ЦИТОПРОТЕКТОРНЫЙ И АНТИОКСИДАНТНЫЙ ЭФФЕКТЫ ПИРИВАТА ЛИТИЯ В ОТНОШЕНИИ МОНОНУКЛЕАРАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	200
---	-----

Лянная Г.А.

ФЕНОМЕН ПОЛОВОЙ САМОИДЕНТИФИКАЦИИ ПРИ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН	203
---	-----

**Макарова Я.А.*, Пронина М.В., Пономарев В.А., Поляков Ю.И.,
Кропотов Ю.Д.**

КОГНИТИВНЫЕ ВЫЗВАННЫЕ ПОТЕНЦИАЛЫ В GO-NOGO ТЕСТЕ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ	206
--	-----

Максимова И.В.

НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ	208
---	-----

Маломан И.С., Дмитриев М.Н., Перетягько А.А.

СЕКСУАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ КАК КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ И КАК ОСЛОЖНЕНИЯ ТЕРАПИИ ПСИХОТРОПНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ	210
---	-----

* победитель конкурса научных работ.

Мигалина В.В., Омельченко М.А. ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ АТИПИЧНЫХ ДЕПРЕССИЙ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА	213
Моренец Т.В. КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНУЮ ПОПЫТКУ ИЛИ СУИЦИД В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА ИЛИ В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ	216
Находкин Е.Г. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ	219
Неклюдова Е.В., Задорожная О.В. ДЕПРЕССИВНЫЕ И ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ	220
Никитина С.Г., Зозуля С.А. КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭНДОГЕННЫЙ ПСИХОЗ	224
Николаева Е.Р. ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭНДОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЙ МЕТОДОМ ТМС	227
Новикова К.Е. ОСОБЕННОСТИ НАРЦИССИЧЕСКОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ВНУТРЕННЕЙ СТИГМЫ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ТЯЖЕЛЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	230
Образцова В.С., Шуненков Д.А. ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ И САМОСТИГМАТИЗАЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА И С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ	233
Павлова Е.В., Малкова Е.Е. ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРИВЯЗАННОСТИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ	236
Павлова Т.А.*, Доровских И.В. ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ У ЖЕНЩИН С ПАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ПРИ ТЕРАПИИ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ ...	239
Палаева Р.И.*, Ямаева Л.Р. СЕКСУАЛЬНОСТЬ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРВЫЙ ЭПИЗОД	242

* победитель конкурса научных работ.

Панов А.С., Застрожин М.С. РАЗЛИЧИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ КАРБАМАЗЕПИНА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АКТИВНОСТИ СУРЗА У ПАЦИЕНТОВ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, КОМОРБИДНЫМИ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ	245
Паршукова Д.А., Дмитриева Е.Г. ПРОТЕОЛИТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА IGG ПРИ ШИЗОФРЕНИИ В КОНТЕКСТЕ ПОИСКА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ МИЕЛИНА	249
Петрухина О.С. АНАЛИЗ КОНТЕНТА ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСОВ КАК НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ АУТОДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ	251
Пешковская А.Г., Галкин С.А. НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИСФУНКЦИИ КОГНИТИВНОГО КОНТРОЛЯ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ	253
Пикиреня В.И. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ МЕТАДОНОМ И ЕЕ СВЯЗЬ С СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ПАЦИЕНТОВ	256
Полтавская Е.Г. ИССЛЕДОВАНИЕ ВКЛАДА ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА RIP5K2A В КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ ШИЗОФРЕНИИ	259
Потанин С.С., Бурминский Д.С., Морозова М.А. АКАТИЗИЯ – СВЯЗЬ С КОНЦЕНТРАЦИЕЙ АНТИПСИХОТИКОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ И НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ НА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКУЮ СИМПТОМАТИКУ ПРИ ТЕРАПИИ ОБОСТРЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ	262
Прянчиков С.Н., Лановенко Я.С. СРАВНЕНИЕ УРОВНЯ СТРЕССА У СРЕДНЕГО ПЕРСОНАЛА И ВРАЧЕЙ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ГОРОДА СМОЛЕНСКА И СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ	264
Пятойкина А.С., Семенов И.В., Жилева Т.В., Благонравова А.С., Щербатюк Т.Г. АССОЦИАЦИЯ БИОМАРКЕРОВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА С НЕГАТИВНЫМИ И КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ. ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ N-АЦЕТИЛЦИСТЕИНА. ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	268
Разумкина Е.В., Анохин П.К. «ПРАЙМИНГ-ЭФФЕКТ» ПРЕНАТАЛЬНОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ: ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ И МОЛЕКУЛЯРНЫЕ ОСНОВЫ РИСКА ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ ВО ВЗРОСЛОМ ВОЗРАСТЕ	271

Ремизова Т.А. ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЕЖИ В СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЯХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА	274
Рогов А.В. ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ	277
Руженкова В.В.* УЧЕБНЫЙ СТРЕСС И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА СТУДЕНТОВ 1 КУРСА МЕДИЦИНСКОГО И ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ИНСТИТУТОВ	278
Рукавишников Г.В.* РОЛЬ ГОРМОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ ФАРМАКОГЕННОЙ ПРИБАВКИ МАССЫ ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИЕЙ	282
Русанова А.О. НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ	285
Рязанова Д.В. РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ И ВОЛЕВОЙ АКТИВНОСТИ В СТРУКТУРЕ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА	288
Светкина А.А., Стрельникова И.А. ДИНАМИКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В КАРОТИДНОМ БАССЕЙНЕ	291
Северина Ю.В., Басова А.Я. НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ЦЕНТР ИМ. Г.Е. СУХАРЕВОЙ В 2010–2018 ГГ.	295
Семеннов И.В.*, Жиляева Т.В., Благоданова А.С., Мазо Г.Э. АССОЦИАЦИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ МЕТИОНИН СИНТАЗЫ (MTR) 2756 A>G И МЕТИОНИН СИНТАЗЫ РЕДУКТАЗЫ (MTRR) 66 A>G С ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЕЕ СИМПТОМАМИ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ	297
Серегин А.А.* ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ БЕЛКОВ СЫВОРОТКИ БОЛЬНЫХ БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ	301
Серегин Д.А., Маркин К.В. БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ФАКТОРОВ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	304

* победитель конкурса научных работ.

Сивакова Н.А., Липатова Л.В., Коцюбинский А.П. ИССЛЕДОВАНИЕ НЕЙРОИММУННЫХ БИОМАРКЕРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ И АССОЦИИРОВАННЫМИ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	307
Сизов С.В. РОЛЬ ПАРАМЕТРОВ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ТОКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТАМ С ШИЗОФРЕНИЕЙ	309
Силкина Ю.А. ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИСПЫТУЕМЫХ, СКЛОННЫХ К САМОПОВРЕЖДЕНИЯМ	313
Симаков О.Я. В БОЛЕЗНИ И В ЗДРАВЬИ: ОЦЕНКА СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ И ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПАРТНЕРОВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ	315
Слюсарь И.Н. ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	318
Сорокин М.Ю. РОЛЬ КЛАСТЕРОВ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ В ФОРМИРОВАНИИ МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА	321
Сорокин С.А., Измак Е.В. ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ АПАТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ	325
Тарасова А.В. ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С НОЗОГЕННЫМИ РЕАКЦИЯМИ	328
Тигунцев В.В. ВКЛАД ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ МОНОАМИНООКСИДАЗЫ В ФОРМИРОВАНИЕ УРОВНЯ ПРОЛАКТИНА У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ	331
Ткаченко Н.В. ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ НАРУШЕНИЙ	333
Трушкина А.Д., Басова А.Я. АУТОДЕСТРУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ	336
Тумова М.А., Шошина И.И., Иванов М.В. НАРУШЕНИЯ ЗРИТЕЛЬНОЙ ОБРАБОТКИ ИНФОРМАЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ	338

Усербаева Р.К., Шадманова Л.Ш., Шукуров Б.Л. ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ	342
Усова Л.Е. СЛУЧАЙ ФОРМИРОВАНИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ КАК ПОСЛЕДСТВИЕ САМОЛЕЧЕНИЯ	343
Фёдорова Е.Ю., Степанова Н.А., Пашнин Е.В., Марачев М.П., Алфимов П.В. РЕЗУЛЬТАТЫ ОНЛАЙН-ОПРОСА НАЧИНАЮЩИХ КАРЬЕРУ ПСИХИАТРОВ (РОССИЯ И СТРАНЫ ЕВРОПЫ)	346
Фоменко А.Н., Кожадей Е.В. РОЛЬ ПСИХОГЕННОГО ФАКТОРА В ФОРМИРОВАНИИ ПОСЛЕРОДОВОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА У РОДИЛЬНИЦ	349
Фрейзе В.В., Сосин Д.Н., Иващенко Д.В., Янушко М.Г., Сычев Д.А., Иванов М.В. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ И БЕЗ НЕЕ	352
Цидик Л.И. ОЦЕНКА ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ШКАЛЫ СОМАТИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ОПРОСНИКА НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА ОСНОВЕ МЕТРИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ РАША	355
Черняев В.И., Толмачев М.Ю., Ахметова Л.Ш., Шнайдер Н.А., Насырова Р.Ф. АССОЦИАЦИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ АНТИПСИХОТИК-ИНДУЦИРОВАННЫХ ЭКСТРАПИРАМИДНЫХ РАССТРОЙСТВ С ПОЛИМОРФИЗМОМ RS1800955 ГЕНА ДОФАМИНОВОГО РЕЦЕПТОРА DRD4: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	359
Чибикова Е.Ю., Мионов К.О., Ахметова Л.Ш., Толмачев М.Ю., Животова В.А., Дунаева Е.А., Шнайдер Н., Шипулин Г.А., Насырова Р.Ф. РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА RS8179183 ГЕНА LEPR В РАЗВИТИИ АНТИПСИХОТИК- ИНДУЦИРОВАННЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ШИЗОФРЕНИЕЙ	362
Чугунов Д.А. ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	365
Чурбакова О.Ю., Прокопенко Ю.А. ВЫСШИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА ПРИ КОРРЕКЦИИ МЕТОДОМ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МИКРОПОЛЯРИЗАЦИИ	368

Шведовский Е.Ф. ИССЛЕДОВАНИЕ РЕЧИ У ПОДРОСТКОВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ	372
Шипачева С.А., Диверинский А.М. АНАЛИЗ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ПРИ ТЕРАПИИ МЕАНТИНОМ У БОЛЬНЫХ ДЕМЕНЦИЕЙ	373
Шпилова Е.С. КЛИНИЧЕСКИЕ ТИПЫ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА МАНИФЕСТАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ	376
Штань М.С. ДИСЛИПИДЕМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ: МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ, БИОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ	379
Шукуров Б.Л., Усербаева Р.К., Абдусаттаров Ш.Т. ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ОБЩЕ-ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ	383
Шуненков Д.А., Попович А.А., Морозова А.С. ОТНОШЕНИЕ К ЮМОРУ И СОЦИАЛЬНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	384
Юркова И.О. АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ КОНТИНГЕНТА И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОДХОДОВ К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ РИСКАМИ ..	388
Ялтонская П.А. ВЕРА, СУЕВЕРИЯ И БРЕД РЕЛИГИОЗНОГО СОДЕРЖАНИЯ	390

РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В КОМПЛЕКСНОМ ПОДХОДЕ В ЛЕЧЕНИИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ

Абрамова А.А., Джавадова Э.И., Павлова Е.В.

г. Москва

*Научно-практический центр психического здоровья детей
и подростков им. Г.Е. Сухаревой*

Как известно, отделение номер 5, является уникальным в нашей больнице, так как именно в нем осуществляется комплексная медико-психологическая реабилитация и помощь детям, страдающим расстройством пищевого поведения. Следует отметить комплексность и преемственность, используемого подхода в лечении данной проблемы, ведь именно это является одним из основных шагов в начале выздоровления пациентов.

Комплексный подход лечения, помимо основного к которому относится купирование нарушений функционирования организма, общее восстановление и нормализацию режима питания, так же включает психотерапевтическую работу. Используя сочетание форм различных методов терапии и подходов, таких как групповая работа, индивидуальная и преимущественно семейное системное консультирование. С первых дней госпитализации начинается психологическая работа с подключением всех членов семьи, как правило, именно это время является самым кризисным и важным в оказании поддержки и снижении тревоги.

Проводя психообразовательную работу, мы разъясняем близким возможность верно оценивать состояние больного, обучаем навыкам необходимой эмоциональной поддержки и эффективного общения друг с другом. Зачастую, попав в стационар, пациент не считает себя больным, даже если вес достигает катастрофически низких цифр и угрожает жизни. Для этого необходима работа, направленная на адекватную оценку своего физического и эмоционального состояния, возможность критично оценивать свои ресурсы, принимать свои проблемы, что в дальнейшем поможет определить пути выздоровления, подобрать и отработать необходимые навыки/инструменты

контроля над симптоматическим поведением (устойчивые привычки в подсчете калорий, сокращение приёмов пищи, наличие мыслей, вселяющих чувство вины) – в данном случае полезной является индивидуальная коррекционная работа.

Для формирования поддерживающей, безопасной атмосферы в ходе прохождения лечения и отработки навыков общения, доверия, возможности оказывать поддержку окружающим и умения её принимать, создания условий для обмена опытом выздоровления – позволяют психотерапевтические группы, которые проводятся в отделении 2 раза в неделю.

На сегодняшний день все пациенты с расстройством пищевого поведения, находящиеся на лечении в стационаре, работают с семейным психологом в рамках системного семейного подхода. Прежде всего, это вызвано тем, что одной из причин развития расстройств пищевого поведения являются семейные дисфункции, которые возникают задолго до заболевания ребенка, что также подтверждается современными исследованиями в области психиатрии: было выявлено, что семьи девушек характеризуются высоким уровнем конфликтности, при этом сфера конфликта, предшествовавшего развитию нервной анорексии, могла быть связана с нарушениями в отношениях на разных уровнях семьи, в частности, в некоторых случаях она определялась дисфункциональными отношениями между родителями. По нашим наблюдениям можно сказать, что наиболее часто встречающиеся «мишени» работы следующие:

- нарушенная внутрисемейная коммуникация;
- дисфункциональные семейные правила и мифы (например, «запрет» на проявление эмоций);
- высокий уровень требований по отношению к ребенку, как правило, в сочетании с отсутствием эмоциональной поддержки;
- нарушение взаимодействия в супружеской подсистеме;
- дисфункциональные семейные роли (например, ребенок-функциональный партнер одному из родителей).

В зависимости от этапа госпитализации варьируется частота психологического сопровождения пациента. Рассмотрим каждый из приведенных выше видов работы более подробно. Индивидуальная работа, когда пациентка находится на постельном режиме, затруднена, т.к. пациенты в этот период не критичны и эмоционально недоступны, но на последующих этапах, наоборот, данный вид работы является приоритетным (может достигать нескольких встреч в неделю), поскольку подростка нужно подготовить к постгоспитальному периоду, выходу из стационара.

Групповая работа в течение всего периода госпитализации проводится 2 раза в неделю. Группа носит поддерживающий характер, где пациентки обмениваются личным опытом и поддерживают друг друга в ходе лечения.

На семейные консультации родители приглашаются в ближайшие дни после поступления в стационар. В первую очередь с целью оказать эмоциональную поддержку членам семьи, настроить на длительное сотрудничество (средняя продолжительность госпитализации пациента с расстройством пищевого поведения 45–60 дней, что практически в 2 раза дольше, чем у других пациентов), прояснить особенности организации процесса лечения и ответить на возникающие вопросы, снять тревогу, и, конечно же, определить цели и задачи коррекционной работы. Примерно $\frac{3}{4}$ от всего времени госпитализации семейная работа проходит с частотой 1 раз в неделю (в некоторых случаях, если есть показания, более интенсивно), ближе к выписке на первый план выходит индивидуальная работа с пациентом; контакт с родителями также поддерживается, но встречи проходят чаще по запросу семьи.

Госпитализация заканчивается завершающей встречей с семьей, где с семейным психологом подводятся итоги госпитализации, обсуждаются факторы риска рецидива и необходимые меры профилактики, даются рекомендации и разработки для самостоятельной работы (см. приложение 1–3), решается вопрос о психологическом сопровождении. Как правило, психологическое сопровождение на постгоспитальном этапе предотвращает рецидивы и повторную госпитализацию в стационар. Продолжительность данной работы определяется в каждом случае индивидуально, но примерно составляет от 6 мес. до 1, 6 лет (1 раз в неделю).

Для оценки работы психологической службы в отделении нами была разработана анкета, которая впоследствии позволит сделать качественную и количественную оценку нашей работы.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ БАР В УСЛОВИЯХ БУ РПБ

Александрова Н.К., Степанова Н., Диверинский А.М.

г. Чебоксары

Республиканская психиатрическая больница

Актуальность. На сегодняшний день распространенность биполярного аффективного расстройства (БАР) в различных странах различна. Так, в Российской Федерации (РФ) в 2011 году диагноз БАР диагностирован у 0,0028 % населения (А.А. Чуркин Б.А. с соавт., 2014). В то же время всемирная распространенность БАР составляет 1–2 % до (4 %) населения (Kathleen R., 2012). Это может быть связано как с трудностью дифференциальной диагностики

БАР, так и сложившееся в РФ практикой гипердиагностики шизофрении, которая имеет сходные диагностические критерии с маниакальным состоянием (Мучник П.Ю., Снедков Е.В., 2013). По данным системы «МИС-статистика» в условиях Бюджетного учреждения Министерства здравоохранения Чувашской Республики «Республиканская психиатрическая больница» (БУ РПБ) наблюдается всего 29 случаев БАР (0,29 человек на 100 000 населения республики).

Таким образом, целью работы явилось выявить наличие гиподиагностики БАР в условиях БУ РПБ.

Для достижения этой цели были поставлены следующие **задачи**:

1. Провести дифференциальную диагностику между БАР и шизофренией у пациентов БУ РПБ.
2. Выявить закономерности, влияющие на ошибочную постановку диагноза.

Материалы и методы.

Объектом исследования явились амбулаторные и стационарные карты 16 пациентов (12 мужчин и 4 женщины). Критерии включения:

- пациенты с диагнозом параноидная шизофрения, полностью удовлетворяющие критериям МКБ-10;
- пациенты с диагнозом параноидная шизофрения, у которых наблюдались трудности в постановке диагноза при дифференциальной диагностике с БАР.

С помощью метода ретроспективной оценки у данных пациентов произведена дифференциальная диагностика между БАР и шизофренией.

Результаты и обсуждение. В 15 из 16 случаев были обнаружены 1 признак из перечня 1 (стойкие бредовые идеи другого рода в виде бреда преследования), и 1 признак из перечня 2 (неологизмы, перерывы в мышлении, приводящие к разорванности или несообразности в речи). Только в 1 случае были описаны голоса, однако скудный характер описания не позволяет их четко отнести к перечню 1. В то же время у всех пациентов были обнаружены критерии А подрубрики F30.1 и минимум 5 симптомов критерия Б, что в совокупности позволяло выставить достоверно 5 пациентам диагноз: Мания с психотическими симптомами, а учитывая то, что врачами было зарегистрировано несколько эпизодов – «Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании с психотическими симптомами».

Выводы. В результате установлено, что большинству пациентов БУ РПБ с бредом и галлюцинациями был выставлен диагноз параноидная шизофрения без учета в анамнезе возможного изменения настроения до начала психотической симптоматики. У 1 пациента выставлен диагноз параноидная шизофрения без наличия бреда, галлюцинаций. Таким образом, наблюдается наличие гипердиагностики шизофрении в практике БУ РПБ, что

соответствует общероссийским тенденциям. В дальнейшем данный факт послужит основой для проведения более тщательной диагностики параноидной шизофрении с БАР и формирования достоверной статистической картины заболеваемости психическими расстройствами.

ВЛИЯНИЕ АКТИВНОСТИ СУРЗАНА ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ БРОМДИГИДРОХЛОРФЕНИЛБЕНЗОДИАЗЕПИНА У ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, КОМОРБИДНЫМИ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Антоненко А.П., Застрожин М.С.

г. Москва

Московский научно-практический центр наркологии

Актуальность. Тревожные расстройства являются одними из наиболее часто встречающихся сочетанных расстройств у пациентов с алкоголизмом [Арана Д., 2006. Grant B.F., 2004].

Бензодиазепиновые транквилизаторы применяются для лечения больных с тревожными расстройствами, коморбидными с алкогольной зависимостью и являются одними из препаратов выбора в терапии тревожных расстройств [Gautam S., 2017].

Несмотря на то, что бензодиазепиновые транквилизаторы относятся к одной фармакологической группе, они имеют разные физико-химические свойства, в частности, разную степень липофильности, что приводит к тому, что представители данной лекарственной группы имеют различные особенности в фармакокинетике [Riss J., 2008]. Описаны 2 главных пути биотрансформации бензодиазепиновых транквилизаторов, в основе которых лежит микросомальное окисление печеночными изоферментами цитохромаР-450: N-деалкилирование (алифатическое гидроксילирование) и конъюгация с глюкуроновой кислотой. Метаболиты, образовавшиеся в ходе биотрансформации бензодиазепинов, выводятся почками. Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин широко применяется в отечественной наркологии и психиатрии в терапии тревожных расстройств, а также в терапии синдрома отмены больных алкогольной зависимостью, но, несмотря на это, данные о клинической фармакокинетике этого транквилизатора практически отсутствуют [Fukasawa T., 2007], за исключением нескольких старых работ на экспериментальных животных [Boiko S.S., 1979] и одной работы на пациентах с тревожными расстройствами [Zherdev V.P., 1982].

В настоящее время имеются данные о том, что в метаболизме бензодиазепинов принимают участие CYP3A4/5, CYP2D6, а также CYP2C19 [Застрожин М.С., 2017]. В прошлых наших работах мы изучили влияние полиморфизма гена CYP2C19 [Застрожин М.С., 2018] на эффективность и безопасность феназепама у пациентов с тревожными расстройствами, а также полиморфизма CYP3A5, CYP2C9, CYP2C19 и CYP2D6 у пациентов с синдромом отмены алкоголя [Ивашенко Д.В., 2018]. В тоже время нет точных данных о влиянии активности CYP3A на эффективность и безопасность бромдигидрохлорфенилбензодиазепамина у пациентов с тревожными расстройствами, коморбидными с алкоголизмами, ввиду наличия в той или иной степени выраженной патологии печени, что может сказываться на процессах биотрансформации ксенобиотиков, а также изменении экспрессии генов под действием алкоголя. Это создает актуальные предпосылки для проведения данного исследования.

Целью нашего исследования является изучение влияния активности изоферментов подсемейства CYP3A на показатели эффективности и безопасности бромдигидрохлорфенилбензодиазепамина у пациентов с тревожными расстройствами, коморбидными с алкоголизмом.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 175 пациентов мужского пола. Имеющие два диагноза – «Расстройство приспособительных реакций. Смешанная тревожная и депрессивная реакция (F43.22)» или «Расстройство приспособительных реакций с преобладанием нарушения других эмоций (F43.23)», а также наличие коморбидного диагноза и «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя». Синдром зависимости средней стадии неосложненный. Воздержание в условиях, ограничивающих потребление алкоголя (F10.212)».

Пациенты с целью терапии тревожного расстройства (F43.22 или F43.23) в течение 5 дней получали бромдигидрохлорфенилбензодиазепин. Исследование пациентов проводили на 1-й, 3-й и 5-й день терапии, включавшей бромдигидрохлорфенилбензодиазепин.

Генотипирование проводилось с помощью метода Real-Time PCR с аллельспецифической гибридизацией. Оценку активности изоферментов подсемейства CYP3A проводили с использованием метода высокоэффективной жидкостной хроматографии с масс-спектрометрией (ВЭЖХ с МС/МС) по содержанию в моче эндогенного субстрата данного изофермента и его метаболита – отношение 6-бетигидроксикортизол (6-β-НС)/кортизол [Смирнов В.В., 2011]. Определение равновесной концентрации в плазме проводилось с помощью терапевтического лекарственного мониторинга. Эффективность и безопасность терапии бромдигидрохлорфенилбензодиазепином изучали с помощью международных психометрических шкал и шкал оценки выраженности нежелательных реакций. Для оценки эффективности

бромдигидрохлорфенилбензодиазепина применяли международные психометрические шкалы: Пенсильванская шкала патологического влечения (Pennsylvanian Alcohol Craving Scale – PACS) [Flannery B.A., 1999], Визуально-аналоговая шкала оценки влечения к алкоголю (VAS), Шкала общего клинического впечатления (Clinical Global Impression – CGI) [Busner J., 2007], Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) [Zigmond A.S., 1983], Шкала тревоги Гамильтона (HAMA) [Hamilton M., 1959]. Профиль безопасности исследовали с помощью шкал оценки побочного действия (UKU Side-Effect Rating Scale – UKU) [Lingjaerde O., 1987]. При анализе результатов исследования брали во внимание нормальность распределения выборок, которую оценивали с помощью W-теста Шапиро–Уилка. Для сравнения двух выборок непрерывных независимых данных использовали U-тест Манна–Уитни, учитывающий ненормальный характер распределения данных, с дальнейшей коррекцией полученных p-values помощью теста Бенджамина–Хохберга, ввиду проведения процедуры множественного сравнения. Корреляционный анализ проводился с помощью непараметрического теста Спирмена, учитывающего ненормальный характер распределения выборок.

Результаты исследования. По шкале тревоги Гамильтона (HAMA) в 1-ый день лечения баллы получены следующие: (GG) 13,0 [12,0; 14,2], (GA) 13,0 [12,0; 14,0], $p = 0,28$. На 3-ий день исследования: (GG) 4,0 [3,0; 5,2], (GA) 6,0 [5,0; 7,0], $p < 0,001$. На 5-й день: (GG) 3,0 [1,0; 4,0], (GA) 5,0 [4,0; 6,0], $p < 0,001$. По другим психометрическим шкалам также наблюдалось наличие статистически значимой разницы у пациентов с разными генотипами по полиморфному маркеру 6986A>G гена CYP3A5(rs776746) во все дни исследования. По шкале UKU в 1-ый день лечения были получены баллы: (GG) 1,0 [1,0; 2,0], (GA) 1,0 [1,0; 1,0], $p = 0,381$. На 3-ий день исследования: (GG) 4,0 [3,0; 4,0], (GA) 3,0 [2,0; 3,0], $p < 0,001$. На 5-ый день терапии: (GG) 9,0 [9,0; 10,0], (GA) 6,0 [6,0; 7,0], $p < 0,001$.

По результатам фенотипирования была получена статистическая значимость в показателе метаболического отношения кортизол/6-бета-гидроксикортизол: GA – 1,76 [0,81; 5,26], GG – 1,19 [0,33; 1,81], $p = 0,003$.

Расчет показателей коэффициентов корреляции между разницей в количестве баллов по психометрическим шкалам и метаболическим отношением показал наличие статистически значимой слабой обратной корреляции между показателем эффективности, оцененной с помощью шкалы НАМА ($r = -0,399$, $p < 0,05$). Связь с разницей по шкале UKU отсутствовала ($r = 0,04$, $p > 0,05$).

Выводы. В исследовании на группе из 175 пациентов с тревожными расстройствами, коморбидными с алкогольной зависимостью, было продемонстрировано влияние активности CYP3A, оцененной по отношению

концентраций эндогенного субстрата кортизола и его метаболита – 6-бета-гидроксикортизола, на показатель эффективности терапии бромдигидрохлорфенилбензодиазепином. Данное влияние было также показано с использованием результатов генотипирования. Это необходимо учитывать при назначении данного ЛС таким пациентам с целью снижения риска фармако-резистентности.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СОЦИОДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА СЕПАРАЦИИ У ВЗРОСЛЫХ

Аркуша И.А.

г. Москва

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского*

Актуальность. Тревожное расстройство сепарации (ТРС) традиционно рассматривается как расстройство, характерное для детского возраста. Проводимые в последние десятилетия исследования ТРС показывают, что это состояние может возникать во взрослой жизни с распространенностью в общей популяции 6,6 % (Shear K. et al., 2006), приводить к нарушению функционирования (Pini S. et al., 2010), сопровождаться высокой коморбидностью с тревожными и аффективными расстройствами (Lewinsohn P. et al., 2008; Silove D. et al., 2010), а также являться труднокурабельным состоянием из-за недостаточного ответа на методы, традиционно используемые для лечения других тревожных расстройств (Miniati M. et al., 2012). Взрослые пациенты, страдающие ТРС, испытывают чрезвычайную тревогу и страх реальной или воображаемой разлуки с фигурами привязанности, задействуя целый ряд стратегий для поддержания тесного контакта с ними (Manicavasagar V., Silove D., Curtis J. 1997). В настоящее время ТРС без привязанности к возрасту относится к широкой группе тревожных расстройств в DSM-5, а также рассматривается в проекте Международной классификации болезней 11-го пересмотра в рубрике «Тревожные и связанные со страхом расстройства». Исследования с включением данного диагноза в его расширенной возрастной трактовке в России не проводились. В связи с чем остается неизученной распространенность ТРС у взрослых в когорте пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами, что определяет актуальность исследования данной нозологии.

Цель: изучить распространенность и социодемографические корреляты тревожного расстройства сепарации у взрослых в когорте амбулаторных пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе консультативного отделения ГБУЗ «Научно-практического психоневрологического центра им. В.В.Соловьева ДЗМ» с января по ноябрь 2018 года. С использованием самоопросника сепарационной тревоги у взрослых (ASA-27, Manicavasagar V. et al., 2003; адаптация Дитюк А.А., 2016) было обследовано 557 человек старше 18 лет, имеющих тревожные и депрессивные расстройства. Набор в исследование был остановлен, так как при увеличении размера выборки ($n > 500$), показатели распространенности ТРС существенно не менялись. Всем участникам предлагалось подписать информированное согласие, заполнить анкету, включающую социально-демографические характеристики (возраст, пол, уровень образования, социальный статус и семейное положение). Пациентам, набравшим ≥ 22 баллов по самоопроснику ASA-27 (свидетельствует о наличии симптомов ТРС), проводилась верификация диагноза с применением клинко-психопатологического метода, структурированного клинического интервью для симптомов сепарационной тревоги (SCI-SAS, Cyranowski J.M. et al., 2002). Коморбидная патология оценивалась с использованием международного нейropsychиатрического интервью (MINI). Для оценки субъективного уровня удовольствия и удовлетворенности в разных сферах жизни использовался опросник качества жизни и удовлетворенности (QLES-Q, Endicott J. et al., 1993; адаптация Рассказовой Е.И., 2012). Анализ данных проводился в программе SPSS Statistics 23.

Результаты и обсуждение. Было анкетировано (ASA-27) 557 пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами, средний возраст которых составлял $39,9 \pm 13,2$. Среди участников существенно преобладали женщины 82,8 %.

Из 557 пациентов были отобраны 138 человек (24,8 %), средний балл которых по ASA-27 равнялся 22 и выше ($37,2 \pm 12,4$), имеющие симптомы ТРС. Наиболее распространенными проявлениями были специфические для ТРС повторяющиеся симптомы дистресса при разлуке с объектом привязанности в виде сильного волнения о родных и близких при актуальной разлуке с ними (96,4 %) и огорчения при мыслях о возможной разлуке (92,8 %), а также страх остаться без главных объектов привязанности, выражающийся в ощущении себя в большей безопасности при нахождении дома с близкими людьми (97,8 %). 92,8 % опрошенных отметили, что испытывали беспокойство о слишком эмоциональных отношениях с близкими людьми. Наименьшее количество пациентов отмечали такие неспецифические симптомы, как излишняя разговорчивость, объясняемая желанием удерживать людей рядом

(45,7 %) и засыпание при включенном свете (35,5 %). Среди специфических симптомов ТРС, возникающих с большей частотой (по шкале Ликерта в 3 балла – «это происходит очень часто (постоянно)»), были ощущение себя в большей безопасности при нахождении дома с близкими людьми (41,3 %), боязнь не справиться с трудностями, будучи покинутым (36,2 %). Наиболее частыми неспецифическими проявлениями являлись беспокойство о слишком эмоциональных отношениях с близкими людьми (33,3 %), а также волнение перед выходом из дома и длительными поездками (31,9 %).

138 пациентам было проведено клинико-психопатологического исследование, а также структурированное клиническое интервью (SCI-SAS), в результате которых получена распространенность ТРС у взрослых – 5,4 % (30 пациентов), что соответствует данным зарубежных авторов (Shear K. et al. 2006; Silove D. et al. 2010). Остальные 108 пациентов были исключены из исследования, так как их состояние не соответствовало критериям ТРС: симптоматика ТРС присутствовала в анамнезе и была неактуальна на момент анкетирования (ретроспективная оценка в настоящем исследовании не предусматривалась) или не выполнялся критерий продолжительности расстройства.

Средний возраст пациентов с ТРС – $36 \pm 12,7$. В выборке преобладали женщины (90 %). 73,3 % имели высшее образование, среднее профессиональное – 16,7 %, неполное высшее – 6,7 %, наименьшее количество пациентов (3,3 %) получили неполное среднее образование. Более половины пациентов (60,7 %) состояли в браке, 39,3 % были холосты или разведены. 58,6 % исследуемых работали, 24 % – временно нетрудоустроены, студенты составили 10,3 %, не работали в связи с выходом на пенсию 6,9 %. При проведении логистического регрессионного анализа выявлено, что социально-демографические показатели: пол, возраст, уровень образования, семейное положение, а также трудовая занятость – не были статистически связаны с ТРС у взрослых.

У 60 % пациентов ТРС начиналось в детском возрасте, реже (40 %) во взрослой жизни. Средний возраст манифестации ТРС в детском возрасте составил $8,4 \pm 3,9$, во взрослом – $34,4 \pm 9,9$.

Пациенты с началом расстройства в детском возрасте в 72,2 % случаев имели несколько объектов привязанности: 2 объекта – 44,4 %, 22,2 % – 3 объекта. При этом, в 55,6 % случаев объект привязанности сохранялся во взрослой жизни. Чаще всего «неизменными» объектами привязанности являлись биологические и приемные родители (50 %), реже (5,6 %) – «суррогатные родители» (бабушки/дедушки, принявшие на себя ответственность за внуков и заботу о них). 75 % пациентов с началом ТРС во взрослом возрасте имели один объект привязанности: у 58,3 % – партнеры/супруги, у 8,3 % – мать или ребенок. У 25 % чрезмерная привязанность была

сформирована в отношении двух объектов: 16,6 % – дети, 8,3 % – матери и собственные дети.

У пациентов с началом ТПС в детском возрасте показатели качества и удовлетворенности по трем сферам (эмоциональные переживания, активность в свободное время, сфера общения) (QLES-Q), а также общий показатель ($53,5 \pm 14$) были ниже, чем при манифестации расстройства во взрослом возрасте, где аналогичные показатели составляли более 70 %, однако в меньшей степени страдала сфера физического здоровья ($44,4 \pm 15,8$ в сравнении с $38,3 \pm 16,1$). Выявленные различия между группами не были статистически значимым.

Выводы. Впервые изучена распространенность ТПС у взрослых амбулаторных пациентов с тревожными и аффективными расстройствами, достигающая 5,4 %, что соответствует данным о его распространенности в зарубежных исследованиях. Объектом привязанности в доминирующем проценте случаев являются самые близкие родственники (мать/отец, дочь/сын). ТПС у взрослых чаще является продолжением ТПС у детей, а объект привязанности, как правило, остается неизменным. Качество жизни взрослых пациентов с ТПС при начале расстройства до 18 лет ниже, чем при манифестации во взрослом возрасте.

ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ У ПОДРОСТКОВ ШКОЛ С СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ И ГЕНЕТИЧЕСКИМ ИЗУЧЕНИЕМ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ (СПАЙСОВ)

Ахметова Э.А., Асадуллин А.Р.

г. Уфа

*Башкирский государственный медицинский университет,
Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева*

Актуальность. В настоящее время существует тенденция роста распространения и употребления новых синтетических наркотиков (НСН) (Шарова Е.Н., 2017; Liechti M.E., 2015). Согласно данным Европейского мониторингового Центра по наркотикам и наркомании (EMCDDA, 2017 г.), значительную часть изъятых бесконтрольных НСН составляли «синтетические каннабиноиды» (СКБ) (60 %), имеющие сленговое название «спайсы»

(Клименко Т.В., 2017). Исследования последних лет демонстрируют высокую частоту потребления СКБ среди подростков (Jordan C. J., 2017). Отмечается рост числа обращений в экстренные педиатрические отделения, по причине интоксикации СКБ, пациентов от 12-ти до 17-ти лет (Castellanos D., 2016). Ряд зарубежных исследований подростков по типу «self-reported» указывают на большой процент употребления СКБ (Weinstein A. M. et al., 2017).

Целью настоящего исследования стало изучение распространенности употребления психоактивных (ПАВ) веществ у подростков школьников с углубленным социально-психологическим и генетическим изучением группы потребителей СКБ.

Задачи:

1. Исследовать структуру потребления НСН и частоту употребления СКБ среди учащихся 13-18 лет.

2. Изучить социально-демографические факторы, и особенности современных молодежных культуральных тенденций поведения подростков, способствующие к потреблению СКБ.

3. Провести анализ особенностей микросоциального окружения у несовершеннолетних потребителей СКБ.

4. Исследовать основные личностные характеристики подростков – потребителей СКБ.

5. Провести анализ распределения частот генотипов и аллелей полиморфных вариантов генов дофаминергической системы DRD2 (rs1800497), DRD4 (rs4646984), DAT1 (rs28363170) потребителей СКБ.

Материалы и методы исследования. В исследовании использовались социально-психологическое анкетирование, молекулярно-генетический и статистический методы.

Социально-психологическое тестирование. Было проведено тестирование 8859 учащихся в возрасте 13–18 лет из 131 общеобразовательной организации десяти муниципальных районов (согласно основным законодательствам РФ в сфере защиты прав детей, а также, проведения тестирования обучающихся в школах). Методика тестирования представляет собой онлайн-опросник, состоящий из 159 утверждений, последовательно выводимых на экран монитора. В основу социально-психологического тестирования учащихся положены опросник Кеттелла, рекомендованный Министерством образования и науки РФ, и авторские вопросы, разработанные для анализа социо-психологических особенностей.

Специальные критерии включения и исключения респондентов не разрабатывались. Использовался метод сплошной выборки.

Молекулярно-генетические методы исследования. Для дальнейшего исследования молекулярно-генетических особенностей потребителей СКБ

и здоровых лиц, было сформировано две группы: 1 группа – испытуемые, представленная 148 подростками, проходившими стационарное или амбулаторное лечение в ГБУЗ РНД №1 МЗ РБ в 2013 – 2017 гг. и имевшие диагноз F12.1 «Пагубное употребление каннабиноидов (синтетических каннабиноидов)». Все пациенты мужского пола, средний возраст больных $15,7 \pm 0,7$ года. 2 группа – контрольная, представлена 139 подростками и полностью тождественна по полу и возрасту экспериментальной группе.

Критерии включения: установленный диагноз (F12.1), не включались лица с другими видами зависимости, исключая кофеин и табак, возраст от 15 до 18 лет, отсутствие родственных связей между обследуемыми, мужской пол, как минимум двукратное обнаружение в моче методом газовой хромато-масс-спектрометрии СКБ и (или) продуктов их метаболизма за последний год, до включения в исследование.

Критерии исключения: отсутствие информированного добровольного согласия, наличие верифицированной сопутствующей психопатологии, острой соматической патологии, женский пол, наличие зависимости от других групп ПАВ (кроме кофеина и никотина).

Критерии исключения: несоблюдение условий протокола.

Выделение ДНК производили методом фенольно-хлороформной реакции по Mathew (Mathew С.С., 1984).

Методы статистической обработки данных представлены программой Statistica ver. 6.1 (Stat. Soft, США). Обработка данных молекулярно-генетического исследования производилась с использованием IBM SPSS 20.0.

Результаты. Из исследования были исключены 787 анкеты в связи с нарушением методики тестирования. Оставшиеся анкеты (8072 шт.) разделены на две группы: подростки, отрицающие факт употребления любых ПАВ (кроме алкоголя) – 7581 шт.; подростки, утверждающие, что употребляли наркотические средства (НС) один и/или более раз – 491 шт. Среди тех, кто употреблял НС более чем 2–3 раза, наибольшее количество составляют те, кто употреблял спайсы – 406 человек (83 %). Дальнейшему исследованию, были подвергнуты подростки, указавшие факт потребления СКБ.

В результате социо-психологического тестового опроса полученные нами данные были сгруппированы в 3 блока макросоциальные и микросоциальные особенности и личностные характеристики потребителей СКБ.

В результате проведенного факторного анализа показателей теста Кеттелла по всей исследуемой совокупности испытуемых было выделено пять факторов. 1-й фактор ($p=0,000$) – 26 % общей дисперсии, представлен пятью переменными: С «Сила Я» ($\alpha=0,819$), А «Аффектомия» ($\alpha=0,781$), F «Экспрессивность» ($\alpha=0,703$), Н «Пармия» ($\alpha=0,684$), G «Высокое супер-Эго» ($\alpha=0,631$). 2-й фактор ($p=0,011$) – 18 % общей дисперсии, представлен тремя переменными: М «Аутия» ($\alpha=0,657$), I «Премсия» ($\alpha=0,732$), О «Гипотимия».

3-й фактор ($p=0,000$) – 13 % общей дисперсии, представлен двумя переменными: Е «Доминантность» ($\alpha = 0,809$), L «Протенсия» ($\alpha=0,626$). 4-й фактор ($p=0,084$) – 10 % общей дисперсии, представлен одной переменной: N «Дипломатичность» ($\alpha=0,821$). 5-й фактор ($p=0,000$) – 8 % общей дисперсии, представлен одной переменной: «Высокий интеллект» ($\alpha=0,890$). Выявлено, что высокие значения по выделенным пяти факторам превалировали среди респондентов 1-й группы ($p_1=0,000$; $p_2=0,011$; $p_3=0,000$; $p_4=0,084$; $p_5=0,000$).

Также, были изучены ассоциации трех полиморфных вариантов генов дофаминергической системы – DRD2 (rs1800497), DRD4 (rs4646984), DAT1 (rs28363170) с потреблением СКБ. Получено, что с повышенным риском развития зависимости от СКБ ассоциируется аллель rs1800497*A1 и генотип rs1800497*A1/*A1 гена DRD2; аллель rs4646984*L гена DRD4; аллель rs28363170*9, генотип rs28363170*9/*9 гена DAT1, наличие аллеля rs4646984*S гена DRD4 снижает вероятность употребления СКБ.

Выводы.

1. Доля потребителей ПАВ в обследуемой когорте составила 6 %, среди которых потребители группы СКБ составили 83 %.

2. Среди лиц, сообщивших о факте употребления СКБ преобладают подростки, проживающие в городах, считающие употребление СКБ модным и престижным.

3. Среди лиц, сообщивших о факте употребления СКБ преобладают такие деструктивные семейные взаимоотношения, как эмоциональная депривация в отношении младших членов семьи, постоянные ссоры и конфликты между родителями, наличие негативного примера для детей в виде старших членов семьи – потребителей ПАВ, также, результаты самоопроса школьников в ходе тестирования, обнаружили отсутствие актуальных и эффективных профилактических мероприятий, специализированных методик в среднеобразовательных учреждениях, способствующих формированию антинаркотических установок.

4. Подростки – потребители СКБ характеризуются повышенным уровнем тревожности, склонностью к замкнутости, неспособностью формировать коммуникативные связи, высоким уровнем невротических реакций, суицидальными тенденциями, повышенным стремлением к рискованным действиям, асоциальным типом поведения. По результатам опросника Р. Кеттелла, наиболее значимыми личностными характеристиками в отношении приобщения к употреблению СКБ являются склонность к аффективным проявлениям, тревожность, дисфоричность, замкнутость, лживость.

5. Установлено, что наличие аллеля rs1800497*A1 и генотипа rs1800497*A1/*A1 гена DRD2, аллеля rs4646984*L гена DRD4, аллеля

rs28363170*9, генотипа rs28363170*9/*9 гена DAT1, увеличивает риск потребления СКБ. Наличие аллеля rs4646984*S гена DRD4 снижает риск употребления СКБ.

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ РОДИТЕЛЕЙ НА СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОТОМСТВА

Байкова М.А.

г. Рязань

*Рязанский государственный медицинский университет
им. академика И.П. Павлова*

Актуальность. Алкогольная зависимость продолжает оставаться одной из остро стоящих проблем для психиатрической, наркологической и суицидологической служб. В рамках Федерального проекта «Трезвая Россия» был сформирован «Рейтинг Трезвости Регионов – 2017» на 2017г. По данным рейтинга на 2017 г. Рязанская область занимает 29 место, Тульская – 59 место, Тамбовская обл. – 44, Владимирская обл. – 20, Ленинградская – 26, г. Москва – 32. Несмотря на то, что официальная статистика неуклонно сообщает нам о снижении уровня заболеваемости алкогольной зависимостью, данное заболевание продолжает калечить судьбы большинства семей России. Алкогольный аддикт не только разрушает самого себя, неуклонно двигаясь к краю пропасти, но и «втягивает» в свою зависимость членов семьи. Привычной дефиницией большинства практикующих врачей психиатрической, наркологической и кризисной служб для проживающих с зависимым является созависимость. Данный феномен представляет собой комплекс патологических поведенческих паттернов, подчиненных сохранению и поддержанию нездоровых взаимоотношений с аддиктом, саморегуляции через контроль зависимого состояния аддикта. В следствие проведенных зарубежных и российских исследований к созависимым родственникам алкогольных аддиктов причисляют их жен, матерей и детей. Однако, около 10-ти лет назад в свете многочисленных зарубежных исследований приобрел распространенность другой не менее значимый для профильных служб феномен Взрослых Детей Алкоголиков (ВДА), постулирующий безусловную неблагополучность выше обозначенной когорты, их склонность к формированию разного рода аддикций (чаще всего алкогольной зависимости), повышенный суицидальный риск.

Цели и задачи. Целью исследования было выявление гетерогенности феномена взрослых детей алкоголиков в зависимости от пола и количества родительских фигур, страдающих алкогольной зависимостью, с точки зрения суицидологии.

Основными задачами в нашем исследовании являлось исследование суицидологических характеристик взрослых детей лиц, страдающих алкогольной зависимостью; выявление групп наибольшего риска в отношении аутоагрессивного поведения.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач нами было обследовано посредством метода анкетирования 229 респондентов мужского пола (124 составили контрольную группу, 105 человек – исследуемую), 184 респондентки женского пола (60 – контрольная группа, 124 – исследуемая). Верификация диагноза родителей производилась посредством дистанционного интервью с использованием различных компьютерных программ (Skype, WhatsApp, Viber). Все интервьюированные нами родители находились на 2 стадии алкогольной зависимости. В соответствии с поставленными целями и задачами женская и мужская когорты были разделены на подгруппы в соответствии с полом родителя, страдающего алкогольной зависимостью, так же были выделены подгруппы, в которых оба родителя являлись алкогольными аддиктами. Таким образом, мы получили следующие группы, подлежащие исследованию.

ДМА – девушки, мать которых страдает алкогольной зависимостью ($n = 30$, средний возраст в группе составил $20,3 \pm 0,25$ года).

ДОА – девушки, отец которых страдает алкогольной зависимостью ($n = 60$, средний возраст в группе составил $20,8 \pm 0,2$ года).

ДМОА – девушки, родители которых страдают алкогольной зависимостью ($n = 34$, средний возраст в группе составил $20,67 \pm 0,27$ года).

ЮМА – юноши, мать которых страдает алкогольной зависимостью ($n = 31$, средний возраст в группе составил $21,42 \pm 0,40$ года).

ЮОА – юноши, отец которых страдает алкогольной зависимостью ($n = 74$, средний возраст в группе составил $21,46 \pm 0,22$ года).

ЮМОА – юноши, родители которых страдают алкогольной зависимостью ($n = 30$, средний возраст в группе составил $21,1 \pm 0,30$).

В контрольной группе девушек средний возраст составил $20,84 \pm 0,06$ года, в контрольной группе юношей – $21,52 \pm 0,16$ года.

В качестве диагностического инструмента использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем.

Обработка данных и их статистический анализ проводились на базе следующих компьютерных программ: Microsoft Excel 2010 и STATISTICA 7.0. Для обработки параметрических и непараметрических данных использова-

лись t-критерий Стьюдента и критерий χ^2 , а также χ^2 с поправкой Йетса соответственно. Нулевая гипотеза о сходстве двух групп по оцениваемому признаку отвергалась при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Исходный дизайн исследования предполагал под собой сравнении подгрупп ВДА разделенных по половому признаку с соответствующей контрольной группой. При проведении подобных фронтальных сравнений в женской и мужской подгруппах ВДА по основным классическим и неклассическим паттернам и предикторам аутоагрессии, нами были получены весьма предсказуемые данные, демонстрирующие более высокую аутоагрессивность юношей и девушек, имеющих хотя бы одного родителя, страдающего алкогольной зависимостью по сравнению с контрольной группой. В последующем мы выделили более дискретные подгруппы, указанные выше, для проведения следующего этапа исследовательской работы. При сравнении подгрупп ДМА и ДОА с контрольной группой в отношении проявлений классической аутоагрессивности статистически достоверных отличий обнаружено не было. В отношении неклассических аутоагрессивных паттернов поведения и их предикторов мы получили следующее: 37 % респонденток ДМА отмечали у себя желание обратиться к психиатру, 53 % отмечали склонность держать свои переживания в себе. Соответствующие показатели в контрольной группе составили 12 % и 32 %. 17 % ДМА ответили, что выпивают до 200 гр. водки 3–4 раза в месяц (группа контроля – 2 %). Респондентки ДОА в 37 % случаев склонны к длительному переживанию одиночества, 78 % из них привыкли винить себя в большинстве бед и неудач, 23 % – склонны к неоправданному риску. В контрольной группе соответствующие показатели составили 17 %, 60 %, 8 %. В отличие от предыдущих двух подгрупп, респондентки ДМОА статистически значимо отличилась от контрольной группы при рассмотрении характеристик классической аутоагрессии. В 21 % случаев они имели суицидальную попытку, совершенную в течение последних 2-х лет, 65 % – суицидальные мысли. В отношении неклассических аутоагрессивных паттернов и их предикторов ДМОА показали следующее: 68 % из них испытывают одиночество, 71 % – депрессию и безысходность; 18 % ДМОА наносят себе самопорезы, 29 % – склонны к неоправданному риску. При анализе мужских подгрупп, мы обнаружили их явное неблагополучие в отношении классических аутоагрессивных паттернов поведения по сравнению с женской когортой. 15 % ЮОА, 22 % ЮМА и 37 % ЮМОА имеют попытку суицида в анамнезе. 36 % респондентов ЮОА и 73 % ЮМОА думали когда-либо покончить с собой. 16 % ЮМА и 37 % ЮМОА общались с суицидентом. Респонденты групп ЮОА и ЮМОА в 14 % и 27 % случаев соответственно подвергались физическому и/или сексуальному насилию. Респонденты всех групп были склонны наносить себе самопорезы: ЮОА в 24 %, ЮМА в 25 %, ЮМОА

в 47 % случаев. Респонденты данных подгрупп в большей степени, нежели респондентки женских подгрупп склонны к неоправданному риску, злоупотреблению алкоголем, табакокурением и наркотиками.

Выводы.

1. Группа Взрослых детей алкоголиков при ближайшем рассмотрении представляет собой гетерогенную в отношении аутоагрессивных характеристик популяцию.

2. Влияние алкогольной зависимости родителя на суицидологические характеристики потомства различно: оно продиктовано не только полом родителя и ребенка, но и числом родительских фигур, имеющих алкогольную зависимость.

3. Среди взрослых детей алкоголиков есть благополучные в отношении классических суицидологических и иных характеристик аутоагрессии лица.

4. Полученные данные расширяют и уточняют наше теоретическое представление о суицидологических особенностях изучаемых групп, что требует более тщательного выяснения семейного анамнеза и дифференцированного подхода в клинической практике.

НАРКОТИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ И ИХ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА В ПОВСЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ ПСИХИАТРА И НАРКОЛОГА

Бандатий А.О.

Республика Молдова

г. Кишинев

Республиканский Наркологический Диспансер

«Легальные наркотики» наводнили Республику. Наряду с интернет-зависимостью они стали настоящим бичом для подрастающего поколения. На протяжении последних лет наблюдается устойчивое смещение фокуса потребления с инъекционных, так называемых тяжелых, наркотиков на «легкие», «легальные» ингаляционные психоактивные вещества. Следует отметить резкое «омоложение» профиля потребителя ПАВ, вплоть до подросткового и раннего школьного возраста лиц, впервые употребивших такие вещества. Психотические симптомы, сопровождающие однократное или систематическое потребление «легальных» ПАВ, их вариабельность, течение в динамике (на период госпитального и поликлинического наблюдения),

а также сложности в установлении дифференциального диагноза (первый эпизод шизофрении, шизоаффективные расстройства, психотическая депрессия, неврологическая патология и др.) ad hoc в ежедневной практике мы рассмотрим в предложенной работе. Мы коснемся практических аспектов работы психиатрической, наркологической служб, взаимодействия со звеном первичной и ургентной догоспитальной медицины в так называемом «Pathway study». Кроме того, покажем насколько важно взаимодействие с социальными службами для уточнения диагноза и оказания квалифицированной высокоспециализированной помощи пациентам в условиях сепарации между психиатрической и наркологической службами.

ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ОБСЛЕДОВАНИЯ В ПРАКТИКЕ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ С ПЕДОФИЛИЕЙ, СОВЕРШИВШИХ СЕКСУАЛЬНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ

Басинская И.А., Котова М.А., Леонова Д.А.

г. Орел

*Орловская психиатрическая больница специализированного типа
с интенсивным наблюдением*

Актуальность. Педофилия является значимой социальной проблемой, приводящей к физическим и психическим последствиям для здоровья несовершеннолетних жертв. В настоящее время сексуальные правонарушения в отношении детей отмечаются в большинстве стран во всем мире. Большинство сексуальных преступлений, направленных на несовершеннолетних не раскрываются и жертвы сексуального насилия не получают необходимого лечения.

Количество преступлений сексуального характера в отношении несовершеннолетних неуклонно растет из года в год. По официальным данным в 2017 году 9600 несовершеннолетних стали объектами половых посягательств, из которых около 1800 детей в возрасте до 10 лет подверглись сексуальному насилию.

Следователями Следственного комитета Российской Федерации было возбуждено 13 551 уголовное дело о преступлениях, совершенных против половой неприкосновенности несовершеннолетних (из которых 7011 дел о насильственных преступлениях сексуальной направленности), что свидетельствует как о тенденции роста сексуального насилия в отношении детей,

так и о повышении внимания к таким преступлениям со стороны правоохранительных органов (в 2016 году возбуждено 5835 уголовных дел по фактам совершения сексуального насилия).

Значительное число сексуальных правонарушений совершают психически больные, страдающие наряду с основным психическим расстройством, парафилиями.

Наличие сексуального влечения к детям является одним из самых значимых прогностических факторов рецидивизма сексуальных преступлений, поэтому надежная диагностика и фармакологическое лечение парафильных расстройств, в том числе, педофилии, имеет особое значение.

Для системы принудительного лечения наиболее значимой остается проблема оценки общественной опасности психически больных, совершивших сексуальные правонарушения. В последние годы полиграф активно применяется как дополнительный метод оценки вероятности совершения повторных правонарушений, а также с целью выявления патологических сексуальных влечений. Так, S.Cooley-Towell и соавт. отмечают, что в результате периодического тестирования сексуальных правонарушителей у них были выявлены эпизоды другого, отличающегося от содержащегося в обвинениях, ненормативного сексуального поведения. P.Neil и соавт. показали, что рецидивизм среди сексуальных правонарушителей, проходивших лечение параллельно с психофизиологическим исследованием, составил 1,5 %, среди тех, кто не лечился и не проходил обследование на полиграфе – 94 %.

Психофизиологическое исследование – это исследование, проводимое с помощью специального устройства, полиграфа, регистрирующего физиологические показатели пациента (грудное и диафрагмальное дыхание, ФПГ, КГР, тремор), и позволяющего оценить функциональное состояние организма, его изменения в ответ на предлагаемые стимулы.

Орловская психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением (ОПБСТИН) является одним из федеральных медицинских учреждений, в котором осуществляется принудительное лечение лиц, совершивших особо опасные деяния, признанных невменяемыми и освобожденных решением суда от уголовной ответственности; а, также лиц, заболевших психическими расстройствами в период отбывания наказания в местах лишения свободы и освобожденных от дальнейшего наказания с направлением на принудительное лечение.

Доля пациентов, находящихся на лечении в ОПБСТИН и совершивших сексуальные правонарушения достаточно велика. За последние пять лет, число поступления пациентов, с диагнозом педофилии увеличилось в два раза.

Основная задача принудительного лечения в отношении этих лиц – снижение особой социальной опасности, предотвращение повторного

совершения общественно опасного деяния. При поступлении в данное учреждение пациенты, совершившие сексуальные правонарушения, проходят стандартное и специфическое обследование. Последнее включает в себя следующие методы: сексологический, эндокринологический, экспериментально-психологический (направленное психологическое исследование). На основе полученных результатов коллегиально принимается решение о назначении антиандрогенной фармакотерапии. По достижению стабильного психического состояния пациенты вовлекаются в реабилитационные мероприятия, целью которых является формирование понимания у них причинно-следственной связи между психическим заболеванием и совершенным правонарушением, развитие навыков самоконтроля, улучшение адаптивности, снижение агрессивности и общественной опасности. Два раза в год, комиссионно, оцениваются результаты лечения и реабилитации, принимается решение об изменении вида принудительного лечения. В связи с высокой общественной опасностью лиц, совершивших сексуальные правонарушения в отношении несовершеннолетних, с целью оценки вероятности повторного совершения общественно опасного деяния в ОПБСТИН с 2015 года введено проведение психофизиологического обследования.

Цель исследования – выяснение возможностей применения метода психофизиологического обследования для контроля эффективности лечения у психически больных – сексуальных правонарушителей, с педофилией и коморбидными психическими расстройствами, получающих психофармакологическое лечение и терапию антиандрогенами.

Материал и методы.

Организация научной работы – сплошное обсервационное исследование. Психофизиологическое обследование проведено на базе Орловской психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением на полиграфе «КРИС», специалистом – полиграфологом. В исследовании приняло участие 63 больных, находящихся на принудительном лечении с педофилией (F.65.4 по МКБ-10). Средний возраст пациентов составил 36,9 лет. Однако завершили исследование только 52 пациента. 11 пациентов по своему психическому состоянию не смогли продолжить работу в группе.

Все пациенты совершили сексуальные правонарушения (по ст.ст. 131, 132, 133, 135, 105 Уголовного кодекса РФ) и были признаны невменяемыми.

Среди лиц с педофилией отмечается значительное преобладание пациентов с гетеросексуальной педофилией – 61,5 %. Гомосексуальная педофилия была выявлена у 21,2 % больных, бисексуальная педофилия встречалась у 17,3 % пациентов.

Анализ нозологического спектра показал, что преобладают пациенты с диагнозом шизофрения – 22 пациента (43,3 %). С диагнозом органическое расстройство личности – 18 пациентов (34,6 %). В остальных случаях диагностировалась умственная отсталость легкой степени – 12 пациентов (23 %).

Данные психические расстройства в большинстве случаев сочетались с синдромом зависимости от алкоголя или наркотических веществ.

Критериями исключения из исследования были различные психопатологические синдромы, которые препятствовали прохождению исследования (11 пациентов):

- при шизофрении – дефектные состояния, проявляющиеся грубыми нарушениями мышления в виде резонерства, разорванности, искажения процесса обобщения, нецеленаправленности – 2 пациента (18,2 %);

- при органических расстройствах личности – грубые нарушения мышления в виде торпидности личности – 2 пациента (18,2 %);

- при умеренной умственной отсталости – психоорганический синдром, состояние декомпенсации, сопровождающиеся интеллектуально-мнестическими нарушениями (невозможность осмысления вопросов, снижение процессов памяти, внимания, мышления, что влечет за собой неспособность усваивать и удерживать инструкции в процессе исследования, выраженное ослабление волевых процессов, контроля над влечениями и побуждениями, низкий самоконтроль, выраженное ослабление критичности, общая эмоционально-личностная незрелость) – 3 (27,2 %) пациента;

- наличие деменции, не позволяющее участвовать в исследовании по психическому состоянию – 2 пациента (18,2 %);

- недееспособность пациента – 2 пациента (18,2 %). Проведение психофизиологического исследования невозможно без добровольного письменного согласия пациента, таким образом, недееспособность с юридической точки зрения лишает пациента возможности дать данное согласие.

Психофизиологическое обследование назначается лечащим врачом в рамках обследования, проводимого при поступлении пациента и после проведения специфического лечения.

Все пациенты в период исследования находились на антипсихотической терапии (галоперидол, хлорпромазин, хлорпротиксен, трифлуоперазин, кветиапин, рисперидон, клозапин, диазепам, хлордиазепоксид) в соответствии с клиническими показаниями.

В ходе исследования применялся клинико-психопатологический метод обследования, с помощью сексологического обследования оценивали комплекс признаков, характеризующих сексуальное развитие испытуемого, с последующей диагностикой расстройств сексуальных предпочтений, квалификацией отношения и характера влечения к аномальному сексуальному

поведению. Психофизиологический метод обследования проводился с применением компьютерного полиграфа «КРИС».

Методика психофизиологического обследования состоит из нескольких этапов:

- 1) Изучение медицинской документации, постановления суда, акта экспертизы с целью определения характера деликта и возможных противопоказаний для проведения исследования.
- 2) Педестовая беседа с пациентом для уточнения автобиографических данных, отношения к совершенному правонарушению; объяснение специфики психофизиологического исследования; получение согласия или отказа на его прохождение.
- 3) Подготовка исследования: составление вопросников по результатам анализа постановления суда и акта экспертизы и беседы с пациентом; подбор стимульного материала, соответствующего ситуации деликта.
- 4) Проведение психофизиологического исследования.
- 5) Экспертно-балльный анализ полученных психофизиологических реакций на предъявляемые стимулы. Подсчет интегративных баллов на контрольные и проверочные вопросы внутри каждого теста.
- 6) Вынесение заключения по результатам исследования о степени значимости темы проверки для испытуемого путем выявления высоковероятностных и вероятностных критериев, разработанных М.Ю. Каменсковым.

У пациентов с диагнозом «Педофилия» при вербальной стимуляции проводился «скрининг по возрасту 1», «скрининг по возрасту 2», «тест вербальной стимуляции по активности 1», «тест вербальной стимуляции по активности 2».

Целью проведения тестов вербальной стимуляции «по активности 1», «по активности 2» является выявление у испытуемого желаний («скрининг по активности 1») и фантазий («скрининг по активности 2») о совершении сексуальных действий с объектом и в форме, соответствующих ситуации деликта, а также актуальность данных фантазий и желаний.

В тесте визуальной пороговой стимуляции предъявлялись фотографии нормативного, гомосексуального и гетеросексуального педофильного, гомосексуального и садистического характера.

Психофизиологические характеристики: оценивались следующие физиологические параметры: 1. Кожно-гальванические реакции: амплитуда, длительность. 2. Реакции дыхания: амплитуды первого и второго дыхательного цикла, период дыхания с 1 по 1,5 или 2,5 дыхательного цикла, смещение базальной линии дыхания. 3. Сердечно-сосудистые реакции (ССР): период ССР с 3 по 13, кардиоциклы (КЦ); минимальная амплитуда КЦ,

смещение систолической огибающей, смещение диастолической огибающей. Полученные в процессе обработки реакции на проверочные стимулы сопоставлялись для лиц 1-й группы с клинической картиной парафилий (поведение в ситуации деликта и аномальными сексуальными фантазиями и сновидениями), для обследуемых 2-й выборки – с поведением в ситуации правонарушения (выбором объекта и активности). Таким образом, рассматривались следующие характеристики: совпадение с данными клинической картины или поведением, несовпадение, отсутствие реакций на проверочные стимулы и совпадение с расширением (реакции на стимулы, отсутствующие в деликте и фантазиях).

Обработка результатов проводилась методом экспертно-балльного анализа полиграмм. При этом для каждого вопроса внутри каждого теста высчитывался интегративный балл по трехбалльному методу Бакстера. Интегративный балл проверочного вопроса в тестах вербальной стимуляции считается значимым, если он превосходит по своему значению интегративный балл контрольного вопроса. В тесте визуальной стимуляции значимым считается максимальный интегративный балл, полученный на какой-либо стимул. Значимыми считались выраженные психофизиологические реакции, набравшие максимальное количество интегративных баллов, устойчиво повторяющиеся во всех предъявлениях теста. При анализе полиграмм и составлении заключений учитывалось также наличие положительных ответов на проверочные вопросы.

Этический аспект. Исследование проводили с соблюдением современных норм биомедицинской этики. От всех обследованных получено добровольное письменное информированное согласие на участие в исследовании.

Результаты и их обсуждение.

Влияние лечебного процесса на точность психофизиологического обследования:

Всем пациентам с парафилиями было первично назначено проведение психофизиологического обследования. Однако в ряде случаев результаты были неинформативны в связи с влиянием медикаментозных препаратов на психофизиологию пациента.

У 9 (17,3 %) пациентов, принимающих нейролептики и транквилизаторы, отмечалось депрессивное состояние, сонливость, зевота, речь была невнятная, отмечалось уменьшение частоты дыхания на фоне стабильного соотношения времени вдоха к выдоху. Было характерно отсутствие устойчивых повторяющихся реакций на определенные стимулы или их противоречивость, а, так же большое количество артефактов на полиграмме.

У 15 (28,8 %) пациентов, которые принимали антидепрессанты, отмечалось увеличение частоты пульса, повышение систолического и диастолического давления, что приводило к быстрому утомлению организма

испытуемого. Отмечались головокружения, головные боли, при контакте наблюдались бредовые высказывания, нарушение двигательных реакций, беспокойство, повышенная кожная реакция на нейтральные, контрольные и значимые вопросы, колебания отношений времени вдоха к выдоху.

У 18 пациентов (34,6 %) с явлениями нейролептических осложнений отмечались неусидчивость, изменения моторной активности (постоянно двигались на стуле, перебирали ногами, терли руки, лицо, голову, совершали стереотипные движения головой, губами, нижней челюстью). Была характерна гипореактивность КГР.

Как известно из ряда источников, применение нейролептических препаратов значительно искажает результаты полиграфных проверок. Поэтому, чтобы фармакологическое воздействие не влияло на результаты психофизиологического исследования, комиссией врачей психиатров, было решено при стабилизации психического состояния пациентов, отменить психофармакотерапию, антиандроены и провести курс дегидратационной терапии за три месяца до проведения исследования.

Результаты психофизиологического обследования до лечения пациентов антиандроенами:

Среди всех обследованных пациентов с педофилией степень значимости темы проведенного исследования была достаточно высока. По результатам психофизиологического исследования у пациентов с педофилией – 52 (100 %) при предъявлении вербальных тестов «скрининг по возрасту 1», «скрининг по возрасту – 2» и при проведении тестов вербальной стимуляции по активности – 1 и по активности – 2 были получены самые высокие интегративные баллы на проверочные вопросы.

По результатам визуальной пороговой стимуляции у – 32 (61,5 %) пациентов с диагнозом гетеросексуальная педофилия, самый высокий интегративный балл был получен на гетеросексуальный педофильный стимул (17 б).

У 11 (21,2 %) больных с гомосексуальной педофилией максимальные баллы были определены на гомосексуальный педофильный стимул, у пациентов с диагнозом бисексуальная педофилия высокие баллы были получены как на гомосексуальный, так и на гетеросексуальный педофильный стимул – 9 (17,3 %) больных. Эти данные были характерны для всех пациентов с педофилией, как с параноидной шизофренией, так и с органическими расстройствами личности и умственной отсталостью легкой степени.

При сопоставлении данных, полученных при психофизиологическом обследовании, с клинической картиной, всех пациентов по результатам тестирования можно разделить на три группы:

1. Совпадение данных психофизиологического обследования с клинической картиной – 29 больных (55,8 %)

2. «Расширение» данных психофизиологического обследования при сопоставлении с клинической картиной – 18 пациентов (34,6 %)

3. Несовпадение данных психофизиологического обследования при сопоставлении с клинической картиной за счет отсутствия реакций на проверочные стимулы и дачи испытуемым отрицательного вербального ответа на все релевантные вопросы – 5 пациентов (9,6 %) рис. 1.

Среди пациентов первой группы – 29 больных (55,8 %) с диагнозом шизофрения были – 10 (34,5 %) пациентов. С органическим расстройством личности – 9 (31 %) больных, с умственной отсталостью легкой степени – 10 (34,5 %) пациентов.

Анализируя случаи совпадений клиники с психофизиологическим обследованием, у пациентов наиболее часто можно было говорить о наличии следующих психопатологических синдромов: при шизофрении (10 пациентов), это, как правило, легкие формы дефектов: астенический тип – 20 %, апатический тип – 20 %, психопатоподобный синдром – 60 %; у пациентов с органическими расстройствами личности (9 больных) – синдром эмоциональных (аффективных) нарушений – 77,8 %, в состоянии компенсации, который проявлялся незначительными колебаниями настроения, высокой неустойчивостью и/или ригидностью, экзальтированностью, лабильностью эмоций, психоорганический синдром в состоянии компенсации – 22,2 %. У пациентов с умственной отсталостью (10 больных) – депрессивный синдром, как правило, в легкой форме – 50 % и астенический синдром – 50 %.

Среди пациентов второй группы – 18 пациентов (34,6 %) с диагнозом шизофрения были 7 (38,9 %) больных, с органическим расстройством личности – 9 (50 %) пациентов, с умственной отсталостью легкой степени – 2 (11,1 %) больных.

При анализе случаев расширения оказалось, что у таких пациентов определялись следующие психопатологические состояния: при шизофрении это астенический синдром – 71,4 % и депрессивный синдром легкой степени – 28,6 %; у пациентов с органическими расстройствами личности – синдром эмоциональных (аффективных) нарушений (77,8 %), в состоянии компенсации, который проявлялся незначительными колебаниями настроения, высокой неустойчивостью и/или ригидностью, экзальтированностью, лабильностью эмоций – 66,7 %, а также психоорганический синдром в стадии компенсации – 33,3 %, у всех пациентов с умственной отсталостью – психопатоподобный синдром в состоянии компенсации – 100 %.

В ситуации «расширения» наблюдаются выраженные психофизиологические реакции на стимулы, касающиеся объекта как совпадающего с ситуацией деликта, так и не совпадающего. Часто этот феномен отмечается

у пациентов с гомосексуальной педофилией. При проведении вербальных тестов по возрасту у них наблюдались выраженные психофизиологические реакции на проверочные вопросы: «У вас возникало желание (фантазии) сексуальных контактов с девочками?» При проведении визуальной стимуляции так же регистрировались психофизиологические реакции при демонстрации педофильного гетеросексуального стимула. Полученные данные позволяют говорить о возможной бисексуальной направленности педофильного влечения, при этом гетеросексуальный компонент, возможно, не осознается.

Среди пациентов третьей группы – 5 пациентов (9,6 %), все пациенты были с диагнозом шизофрении. При анализе несовпадение данных было связано с отсутствием реакций на релевантные парафилии стимулы. Отмечались дефектные состояния проявляющиеся грубыми нарушениями мышления в виде резонанства, разорванности, искажения процесса обобщения, нецеленаправленности, а так же апато-абулический синдром.

Вероятнее всего, указанные особенности способствуют дезактуализации парафильных переживаний, и как следствие, при исследовании обнаруживается отсутствие значимых реакций на проверочные стимулы.

Результаты психофизиологического обследования после лечения пациентов антиандрогенами:

Всем пациентам, после проведенного комплексного лечения психофармакотерапией (нейролептики + антидепрессанты + транквилизаторы) в сочетании с антиандрогенами, было проведено ПФО, по результатам которого было выделено три группы пациентов:

1. Положительная динамика выявлялась у 29 (55,8 %) пациентов, интегративные баллы на контрольные вопросы стали преобладать над проверочными, что говорит о снижении значимости темы проверки. У данной группы пациентов отмечалось совпадение результатов ПФО с клиническим улучшением в 100 %.

Среди пациентов первой группы с диагнозом шизофрении были 13 пациентов (44,9 %), с органическим расстройством личности – 7 больных (24,1 %), с умственной отсталостью легкой степени – 9 пациентов (31 %).

2. Не выявлялось положительной динамики у 12 (23,1 %) пациентов при проведении психофизиологического исследования, однако у них отмечалась положительная динамика психического состояния, из них с диагнозом шизофрении были 2 пациента (16,7 %), с органическим расстройством личности – 8 больных (66,6 %), с умственной отсталостью легкой степени – 2 пациентов (16,7 %). Степень значимости темы проведенного исследования была достаточно высока, интегративные баллы на проверочные вопросы преобладали над контрольными вопросами

3. Группа резистентных пациентов – 6 (11,5 %), у которых отсутствовала положительная динамика, как в клинической картине заболевания, так и по данным ПФО. С диагнозом шизофрения -2 пациента (33,3 %), с органическим расстройством личности -3 (50 %), с умственной отсталостью 1 пациент (16,7 %).

4. Неинформативность данных психофизиологического обследования по-прежнему была у 5 (9,6 %) больных. Однако в клинической картине, у данной группы пациентов отмечалась положительная динамика.

Таким образом, исследование с помощью полиграфа дает возможность получить более достоверные и объективные данные о наличии у обследуемых пациентов аномалии сексуального влечения, реально оценить отношение пациента к аномальному сексуальному влечению, совершенному правонарушению, состоянию симуляции и диссимуляции, а так же оценить эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий в отношении отдельно взятого пациента.

Выводы.

Проведенное исследование доказывает, что результаты психофизиологического обследования, имеют большое значение для объективизации аномалии сексуального влечения, позволяют дифференцированно провести психосексологическую оценку пациентов, подтвердить наличие у обследуемых эмоционально-значимых переживаний в ответ на специфическую стимуляцию. В результате проведенного исследования удалось уточнить абсолютные клинические противопоказания для проведения психофизиологического метода исследования

а) абсолютные:

при органических расстройствах личности – грубые нарушения мышления в виде торпидности;

б) относительные

при умеренной умственной отсталости – психоорганический синдром состояния декомпенсации;

Полученные данные могут учитываться при определении степени общественной опасности пациентов, страдающих парафилиями и оценке степени риска повторного совершения сексуальных правонарушений, в решении вопроса об изменении меры медицинского характера при переводе в стационары по месту жительства.

НОЗОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ

Белоусова К.С., Марачев М.П.

г. Москва

*Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии им. В.П. Сербского*

Актуальность. По данным исследований 30-40 % пациентов с заболеваниями кожи имеют те или иные психопатологические синдромы (Петрова Н.Н. с соавт., 2011), среди которых наиболее распространенными являются тревога 6 %–30 % и депрессия 59 %–77 % (Тлиш М.М. с соавт., 2014). Из спектра дерматологических заболеваний одними из наиболее часто встречающихся являются: экзема, псориаз и красный плоский лишай. Множество исследований признают роль стресса, как одного из ведущих факторов в индуцировании как первого эпизода, так и рецидивов заболевания (Терентьева М.А., с соавт., 2004). Вместе с тем, ограничения, накладываемые течением болезни (например, косметический дефект кожи, зуд, необходимость постоянной местной терапии, ограничения в питании и др.), в свою очередь, являются вторичными психогенным факторами, провоцирующими усугубление патологического процесса, формируя «порочный круг патогенеза». Изучение таких личностных характеристик как психологические защиты и копинг-стратегии (показатели стрессоустойчивости) у пациентов с дерматологической патологией позволяет сделать прогноз относительно динамики заболевания, а также подобрать оптимальные психокоррекционные методы профилактики.

Цель и задачи.

1. Изучить общую напряженность психологических защит, а также преобладание отдельных их типов у пациентов дерматологического профиля с различной нозологической структурой.
2. Оценить копинг-стратегии у пациентов с различными заболеваниями кожи.
3. Определить уровень тревоги и депрессии, а также их субъективное отношение к болезни.
4. Выявить актуальность психотерапевтической помощи больным с заболеваниями кожи для профилактики рецидивов заболевания.

Материалы и методы. В исследовании включались пациенты, находящиеся на стационарном лечении кожно-венерологического диспансера. Включено 114 пациентов (84 – группа исследования, 30 – группа контроля). В группу исследования вошли: 45 больных псориазом, 23 экземой,

16 пациентов с диагнозом красный плоский лишай. Средний возраст составил 38 лет. В процессе исследования использовались опросники: Плутчика – Келлермана – Конте («Индекс жизненного стиля»), Э. Хайма («Диагностика копинг-стратегий»), Р. Лазаруса («Способы совладающего поведения»), госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Также применялась специально разработанная индивидуальная карта (социодемографические и клинико-анамнестические данные). При статистической обработке вычислялись: средние значения, парные сравнения, однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA).

Результаты и обсуждение. Анализ показателя общей напряженности защит (ОНЗ – средний показатель 8 защитных механизмов) показал наибольшую выраженность в группе больных псориазом (52,3 %) убывая в ряду: пациенты с экземой (49,7 %), красным плоским лишаем (47,4 %). В группе контроля ОНЗ был равен 39,9 %. Исследование отдельных психологических защит выявило преобладание в основной группе «проекции», «рационализации» и «отрицания», тогда как в группе контроля распределение по защитами было относительно равномерным. Больные, использующие психологическую защиту «проекция» чувствовали себя неполноценными, но неосознанно делали окружающих объектом критики. Пациенты с преобладанием «рационализации» указывали на сокращение социальных контактов и снижение потребности в общении по причинам, не связанным с кожным заболеванием, вместе с тем сообщали, что в период обострения ограничивали себя в выборе одежды и испытывали чувство стыда и психологического дискомфорта. Больные, у которых был повышен уровень защиты «отрицание» отличались низкой мотивацией к процедуре психодиагностики (в рамках исследования), нивелируя роль психогенных факторов в генезе заболевания. При исследовании механизмов совладания со стрессом выявлено преобладание продуктивных копинг-стратегий в контрольной группе 38,8 % над показателями в группах дерматологических патологий. Так при сравнении нозологий, наибольший процент продуктивных копингов был характерен для экземы (23,1 %), а наименьший для псориаза (15,5 %), промежуточное положение занимал красный плоский лишай (20,8 %). Наиболее часто встречающимся продуктивным копингом по оценке опросника Э. Хайма был «проблемный анализ». Самыми распространенными непродуктивными копинг-стратегиями оказались: из когнитивных – «растерянность», из эмоциональных – «подавление эмоций» и «самообвинение», из поведенческих – «активное избегание». По исследованиям результатов опросника Р. Лазаруса высокие показатели напряженности копингов составили: у больных псориазом – «принятие ответственности», у больных экземой и красным плоским лишаем – «дистанцирование». В контрольной группе преобладало «планирование решения проблемы». При исследовании

результатов шкалы HADS наибольший процент клинически выраженной тревоги наблюдался у больных псориазом (17,7 %), меньшие значения были характерны для экземы (13,8 %) и, красного плоского лишая (12,5 %), превышая показатели группы контроля (3,3 %) как минимум в 3 раза. Идентичная картина по нозологиям наблюдалась при оценке симптомов депрессии, при их полном отсутствии в группе контроля. Анализ субклинических проявлений тревоги и депрессии показал, что наибольший процент симптомов тревоги наблюдался в группе больных псориазом (40 %), а депрессии у больных красным плоским лишаем (31,2 %). Также по результатам специально разработанной анкеты большинство (более 70 %) пациентов основной группы связывают манифест/обострения заболевания и дальнейшие обострения со стрессовыми событиями в их жизни. При этом 80–90 % больных признают значимость психоэмоционального дискомфорта, вызванного проявлениями дерматологического заболевания (за счет ограничения социальных контактов, вынужденным выбором одежды и т.д.). Несмотря на это, лишь 12,5 % с красным плоским лишаем (8,8 % с псориазом и 4,4 % с экземой) обращались за психотерапевтической помощью. Из тех, кто не обратился 37,7 % не смогли назвать причину, 26,6 % не знали куда обратиться и 15,5 % не считали нужным, так как привыкли справляться со стрессом самостоятельно. Вместе с тем 35–45 % из группы респондентов с заболеваниями кожи указали вероятность обращения при наличии такой возможности.

Выводы.

1. Общая напряженность психологических защит отличалась как внутри основной группы, так и в сравнении с контрольной. Так у больных псориазом она была выше, чем при других нозологиях. Вместе с тем у больных кожными заболеваниями отмечалось преобладание отдельных психологических защит («проекция», «рационализация» и «отрицание»), тогда как в группе контроля распределение по защитам было относительно равномерным.

2. Наблюдается низкий процент продуктивных форм копинга у больных кожными заболеваниями в сравнении с показателями контрольной группы. Так у больных псориазом отмечался самый низкий показатель.

3. Определяется преобладание симптомов тревоги и депрессии у больных с заболеваниями кожи в сравнении со здоровыми лицами. Вместе с тем показатели клинически выраженных симптомов тревоги и депрессии выше у больных псориазом, тогда как субклинических у больных красным плоским лишаем.

4. Большинство респондентов основной группы признавали значимость психоэмоционального дискомфорта вызванного проявлениями дерматологического заболевания, вместе с тем лишь незначительное количество больных обращались за психотерапевтической помощью.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА, СОЧЕТАННОГО С УПОТРЕБЛЕНИЕМ КАННАБИНОИДОВ: КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ, ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА, ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ

Береза Ж.В., Петрова Н.Н., Кибитов А.О.

г. Санкт-Петербург

Санкт-Петербургский государственный университет

Актуальность. Больные с «двойным диагнозом» являются особой группой, в отношении которой не сложились единые теоретические, клинические, лечебные и организационные подходы. Растет число психозов у лиц, употребляющих психоактивные вещества. Значительна частота острых шизофреноподобных психозов при употреблении производных конопли и синтетических каннабиноидов. Вопросы коморбидности психических расстройств и зависимости от каннабиноидов остаются недостаточно изученными.

Цель исследования: изучение клинических характеристик первого психотического эпизода у пациентов, потребляющих каннабиноиды, для определения дифференциально-диагностических критериев и прогностических факторов.

Материал и методы. На этапе стационарного лечения обследованы 36 пациентов, в том числе 17 пациентов с шизофренией, осложненной злоупотреблением каннабиноидами, в возрасте 25,2 (SD = 8,15) лет. Длительность употребления каннабиноидов 5,85 (SD = 3,25). Группу сравнения составили 19 пациентов (возраст 24,2, SD = 6,85) с психическими и поведенческими расстройства в результате употребления каннабиноидов. Длительность употребления каннабиноидов – 1,75 (SD = 2,1) года. Группы сравнения не различались по возрасту и полу. Критерии включения: первый психотический эпизод. Применяли клинико-катамнестический, экспериментально-психологический (Индекс Тяжести Зависимости (ASI-5), PANSS, SCL-90, DAI-10) и статистический (непараметрический критерий U-Манна-Уитни для независимых выборок)

Результаты. Пациенты с шизофренией, осложненной злоупотреблением каннабиноидами, чаще проживали с родителями, реже состояли в браке и имели постоянную работу, чем пациенты, госпитализированные с психотическим расстройством, индуцированным употреблением каннабиноидов ($p < 0,05$). Среди родителей и сиблингов пациентов первой

группы – чаще встречались лица с психотическими расстройствами или суицидными попытками, в то время как среди членов семей пациентов группы сравнения встречались лица с алкогольной зависимостью ($p < 0,05$). Различий между группами по возрасту начала употребления психоактивных веществ не выявлено. Длительность систематического употребления каннабиноидов до манифестации психоза и их суточная доза у пациентов первой группы были больше, чем во второй группе ($p < 0,005$). Периоды ремиссий в употреблении каннабиноидов в анамнезе в первой группе наблюдались чаще ($p < 0,05$).

Показатели ASI-5 по шкалам «медицинский статус», «психическое здоровье», «работа и социальный статус» у пациентов первой группы превышали таковые во второй группе, что говорит о большей выраженности нарушений в этих сферах. Такие сферы, как «семья и социальные связи», «юридические аспекты» в большей степени страдали у пациентов второй группы ($p < 0,05$). По параметру «употребление наркотиков» (характеризующий частоту и количество употребляемых наркотических веществ) группы сравнения были сопоставимы.

При изучении структуры психотического эпизода было выявлено, что пациенты второй группы имели более выраженную позитивную симптоматику (по данным PANSS и SCL-90) по сравнению с пациентами первой группы. Скорость редукции позитивной симптоматики у пациентов с интоксикационными психотическими расстройствами превышала аналогичный показатель в первой группе ($p < 0,01$), а продолжительность госпитализации была несколько меньше. Выраженность негативной симптоматики и уровень депрессии были, а структурные нарушения мышления диагностировались чаще больше у пациентов первой группы ($p < 0,05$). В структуре психотического эпизода у этих пациентов чаще ($p < 0,05$) выявлялись не конгруэнтные аффекту психотические симптомы.

По данным годового катамнеза у пациентов второй группы приверженность лечению была лучше, они чаще включались в программы реабилитации, среди них было больше лиц, воздерживавшихся от употребления ПАВ ($p < 0,01$). Среди пациентов обеих групп, проходивших программы реабилитации для зависимых, рецидивы психического расстройства встречались значительно реже ($p < 0,005$).

Таким образом, структура первого психотического эпизода у пациентов с шизофренией и интоксикационным психотическим эпизодом, потребляющих каннабиноиды, различается. Наркологические реабилитационные мероприятия улучшают прогноз психического расстройства.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ КОГНИТИВНОГО КОНТРОЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ И С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Березина А.А., Гвоздецкий А.Н.

г. Санкт-Петербург

Санкт-Петербургский государственный университет

Актуальность. Современные исследования демонстрируют высокий уровень коморбидности зависимости от алкоголя (ЗА) и аффективных расстройств (АР) (Tseng et al., 2017), в связи с чем особое значение приобретает их дифференциальная диагностика. Вспомогательным инструментом последней может выступать нейропсихологическое обследование когнитивного функционирования. Вследствие сложного характера нарушений при ЗА и АР важным выступает как количественный, так и структурный анализ когнитивных нарушений. Одним из вариантов количественного анализа структуры в рамках дифференциальной диагностики ЗА и АР может выступать рассмотрение связи когнитивных нарушений с особенностями когнитивного контроля. Когнитивный контроль рассматривается как совокупность исполнительных функций, направляющих поведение относительно задачи и оптимизирующих принятие решений посредством активации целенаправленного поведения торможения автоматических реакций (Wilcox et al., 2014).

Данные о когнитивных нарушениях при ЗА включают снижение показателей исполнительных функций, памяти и внимания (Bates et al., 2002). Выделяют три гипотезы формирования когнитивных нарушений при ЗА (Stavro et al., 2012): лобная гипотеза (отмечается ведущее снижение исполнительных функций, что ассоциировано с дисфункцией лобных долей); латеральная гипотеза (на первый план выступает неравномерность в выполнении вербальных и невербальных заданий, что авторами рассматривается как следствие межполушарной асимметрии); диффузная гипотеза (отмечается снижение всех когнитивных функций, что связывают с общей мозговой дисфункцией вследствие алкогольной интоксикации). Доказательства лобной и диффузной гипотезы наиболее последовательны (Smeraldi et al., 2015). Когнитивные нарушения также рассматриваются как ключевая характеристика АР и включают снижение памяти, внимания и исполнительных функций, при этом авторы указывают на умеренную степень выраженности когнитивных нарушений (Bora et al., 2013).

Общий анализ когнитивных нарушений при ЗА и РА не даёт нам оснований для дифференциальной психодиагностической оценки. В то же время нарушения когнитивного контроля рассматриваются как ключевые и ведущие для обоих типов патологии, что находит подтверждение и в особенностях мозгового функционирования пациентов с данными расстройствами (Cheng et al., 2010; Bates et al., 2002).

Для ЗА наиболее последовательными являются данные о нарушении торможения автоматического ответа как характеристики когнитивного контроля, при этом данные о нарушении рабочей памяти и переключения между задачами менее последовательны (Wilcox et al., 2014; Day et al., 2015). Также осуществлялись попытки выделить специфический паттерн нарушений когнитивного контроля для АР и рассмотреть его связь с особенностями симптоматики, при этом на первый план выходят нарушения торможения ответа (Bora et al., 2010; Lyche et al., 2010; Ahern et al., 2017) вследствие их большей изученности. Некоторые работы указывают на нарушения переключения между заданиями (Austin et al., 1999) и рабочей памяти при АР (Liao et al., 2019). Особенности когнитивного контроля пациентов с АР также включают нарушения переработки эмоционально-значимой информации (Clasen et al., 2013). Нарушения когнитивного контроля среди лиц с ЗА и АР также могут иметь сходный характер. Тем не менее, одним из препятствий для подобного вывода выступает проблема «не-чистоты» задачи (task-impurity problem) (Miyake et al., 2000), то есть для оценки когнитивного контроля необходим учёт общей скорости выполнения заданий.

Цель и задачи. Данное исследование направлено на сравнительный анализ особенностей структуры когнитивного контроля в связи с характеристиками когнитивного функционирования (в том числе с учётом скоростных характеристик) у лиц с ЗА и АР.

Материалы методы. Выборку исследования составили 2 группы: 120 человек с диагнозом ЗА (32 женщины, средний возраст – 42,19 (8,17) лет) и 75 человек с АР (59 женщин, средний возраст – 31,9 (10,7) лет). Методами выступили краткая батарея оценки когнитивного функционирования при аффективных расстройствах (the Brief Assessment of Cognition in Affective Disorders, BAC-A) (Keefe et al., 2014) в адаптации Янушко и коллег (Янушко и др., 2015) и тест длительного поддержания зрительного внимания – идентичные пары цифр (the Continuous Performance Test – Identical Pairs, CPT-IP) (Cornblatt et al., 1989). Методами статистического анализа выступили метод главных компонент для выделения структуры моделей когнитивного контроля, критерий U-Манна-Уитни для сопоставления полученных данных с нормативными значениями ($T=40$), критерий корреляции Спирмена (r) для оценки связей когнитивного контроля с параметрами когнитивного функционирования. Поправка Беньямини-Йекутили использовалась для коррекции

уровня значимости в случае множественных сравнений. В качестве описательных статистик представлены средние значения со стандартными отклонениями ($M(\sigma)$).

Результаты и обсуждения. Модель когнитивного контроля составлялась на основе концепции Мияке и коллег (Miyake et al., 2000), однако оптимальные итоговые модели для обеих групп включили только 2 компонента: торможение автоматического ответа (показатель d' -prime по тесту CPT-IP, у ЗА – 2,2 (0,7); у АР – 2,8 (0,6)) и рабочей памяти (субтест последовательность цифр ВАС-А, у АР – 43,0(11,9), у ЗА – 37,4(10,6)). В группе пациентов с ЗА процент объясненной дисперсии составил 78,2 %, в группе с АР – 71 %.

В сравнении с нормативными значениями в группе с ЗА значимо ниже были показатели по субтестам: последовательность цифр (37,4 (10,6), $U=2523,0$, $p=0,048$), фишки (34,9 (13,9), $U=1956,0$, $p<0,001$); шифровка (35,6 (13,7), $U=2230,0$, $p=0,004$), «Башня Лондона» (30,7 (19,5), $U=1631,0$, $p<0,001$), тест Струпа (называние цветов – 31,6 (19,5), $U=1740,0$, $p<0,001$; нейтральные слова 30,0(14,9), $U=976,0$, $p<0,001$; эмоциональные слова 30,7(17,3), $U=1325,0$, $p<0,001$), аффективной интерференции (непоср. эмоц. воспр. – 32,5 (12,6), $U=1389,0$, $p<0,001$; отсроч.эмоц.воспр. 24,2 (23,5), $U=1092,0$, $p<0,001$; отсроч.нейтр.воспр. 34,8(16,9), $U=2423,0$, $p=0,023$). Показатели когнитивного функционирования в группе с ЗА значимо ниже нормативных по доменам внимания, памяти, исполнительных функций. Значимые связи были получены между показателями когнитивного контроля и субтестов: фишки ($r=0,32$, $p=0,003$), шифровка ($r=0,36$, $p<0,001$), «Башня Лондона» ($r=0,25$, $p=0,044$), тест Струпа (нейтральные слова – $r=0,36$, $p<0,001$; эмоциональные слова – $r=0,33$, $p=0,003$). Показатели когнитивного контроля тесно связаны со скоростными характеристиками когнитивных процессов у лиц с ЗА.

В сравнении с нормативными значениями в группе с АР значимо ниже были показатели по субтесту Струпа (нейтральные слова – 35,4 (12,3), $U=798,0$, $p=0,019$; эмоциональные слова – 34,4 (13,3), $U=798,5$, $p=0,019$). Когнитивное функционирование лиц с аффективными расстройствами практически соответствовало нормативным значениям. Значимые корреляции параметра когнитивного контроля были получены с параметрами когнитивного функционирования у лиц с АР по субтестам Струпа (чтение слов – 42,9 (16,2), $r=0,32$, $p=0,031$, нейтральные слова – $r=0,36$, $p=0,018$), аффективной интерференции (сумма эмоциональные – 49,0(12,3), $r=0,36$, $p=0,016$; сумма нейтральные – 50,3(11,5), $r=0,33$, $p=0,029$, непоср.эмоц. воспр. – $42,4\pm 15,1$, $r=0,36$, $p=0,016$). Когнитивный контроль связан с торможением ответа на эмоционально-значимую информацию у лиц с АР.

Выводы. Полученные результаты указывают на сходную структуру когнитивного контроля у лиц с ЗА и АР в исследованных группах, что

частично подтверждает результаты предыдущих исследований. В группе лиц с ЗА нарушения когнитивного контроля связаны с общим снижением скоростных характеристик когнитивных процессов; в группе с АР на первый план выступает связь показателей когнитивного контроля и переработки эмоционально-значимой информации. Полученные различия в структуре связей когнитивного контроля с параметрами когнитивного функционирования могут быть использованы в рамках нейропсихологической дифференциальной диагностики АР и ЗА.

ПРЕМОРБИДНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ И ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ С ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Блинова Т.Е.

г. Москва

Научный центр психического здоровья

Актуальность. К навязчивым или обсессивным расстройствам в общей психопатологии относят моторные (движения, действия) и идеаторные (мысли, воспоминания, сомнения, страхи) нарушения, возникающие независимо и вопреки желанию больного. Элементарные двигательные навязчивости, характерные для детей дошкольного возраста, чаще возникают в форме тиков. У детей младшего школьного возраста отмечаются более сложные моторные навязчивости, приобретающие характер целенаправленных произвольных действий, а также навязчивых задержек тех или иных действий. Кататонические стереотипии могут трансформироваться в двигательные навязчивости. Двигательные навязчивости не только определяют клиническую картину различных этапов заболевания (Р.А. Наджаров, 1955; Г.И. Завидовская, 1970), но и выступают в качестве осевых симптомов (А.А. Шюркуте, 1987) при различных заболеваниях, в том числе при детском аутизме (ДА) и шизотипическом расстройстве (ШР).

Данный вопрос до настоящего времени остается междисциплинарной проблемой детской психиатрии и детской неврологии. Продолжается дискуссия об этиологии данных расстройств. В данном аспекте представляется актуальным исследование пре- и перинатальной патологии в рамках основного заболевания (ДА и ШР), а также оценка неврологического статуса больного, с целью уточнения нозологической принадлежности

обсессивно-компульсивных нарушений у данного больного, разработки индивидуальной схемы лечения и ведения пациента на разных этапах заболевания.

Цель исследования.

Целью настоящего исследования является выявление значимости пре- и перинатальной патологии в структуре расстройств аутистического спектра и шизотипического расстройства.

Материалы и методы.

На базе отдела детской психиатрии ФГБНУ «Научный Центр Психического Здоровья» (заведующая д.м.н., профессор Н.В.Симашкова) обследованы 24 пациента с обсессивными нарушениями в возрасте от 3 до 15 лет.

Критериями включения являлись: детский возраст; соответствие диагнозам по МКБ-10 «Детский аутизм, F84.02», «Шизотипическое неврозоподобное расстройство, F21.3»; информированное согласие на обследование.

Критериями исключения являлись: больные с атипичными формами аутизма, детским типом шизофрении, умственной отсталостью, выраженной очаговой неврологической патологией.

Методы исследования: клинко-психопатологический, неврологический, патопсихологический, статистический.

Результаты. По результатам исследования рассмотрены две группы больных:

I группа больных детским аутизмом, F84.02» (n=10), преобладанием лиц мужского пола (80 %).

В клинической картине у больных при поступлении в клинику ведущей являлась кататоническая симптоматика: импульсивность, негативизм, двигательное возбуждение, «застывания», эхопраксии, эхолалии, вербигерации, пассивная подчиняемость, двигательные стереотипии в виде прыжков, манежного бега, верчения кистями, закладывания пальцев рук, перебирание, складывание, сгибание и разгибание пальцев рук, раскачиваний, гримас. При купировании кататонии у обследуемых больных сохранялись двигательные расстройства в форме тиков (зажмуривания глаз, отведение головы, поднятие бровей, подергивание уголком рта, подергивания плечами, постукивания ногой, шмыгання носом).

В анамнезе у данных пациентов в 10 % случаев имелись трудности при зачатии – ЭКО. В 30 % случаев беременность была многоплодной. Пре- и перинатальный анамнез данных пациентов отличался значительной отягощенностью – у 90 % матерей данных больных беременность протекала с осложнениями. Наиболее частой проблемой являлся токсикоз (60 %) и угроза прерывания (50 %), также наблюдались поздние гестозы (10 %),

резус-конфликт (10 %). В 40 % случаев у матери больного отмечались хронические соматические заболевания, 20 % матерей при этом принимали лекарственные препараты. Естественные роды встречались относительно редко (30 %). В половине случаев родоразрешения путем Кесарева сечения, оперативные манипуляции производились в экстренном порядке. Обвитие пуповиной, гипоксия отмечались у 20 % пациентов; выдавливание, длительный безводный промежуток, затяжные роды – у 10 %.

В неврологическом статусе при поступлении в клинику у 50 % обследуемых неврологических расстройств не обнаружено. У 30 % больных ДА наблюдалась неврологическая рассеянная микросимптоматика резидуального характера, у 10 % пациентов отмечались только когнитивные нарушения и в 10 % случаев – резидуально-органическое поражение ЦНС.

По данным патопсихологического обследования на первый план выступали признаки искаженного дизонтогенеза, диссоциированная задержка психоречевого развития, проявления инфантилизма.

II группа с диагнозом по МКБ-10 «Шизотипическое неврозоподобное расстройство, F21.3» (n=14). В данной группе также преобладали больные мужского пола (71 %).

В клинической картине при поступлении в клинику ведущими являлись двигательные расстройства в форме тиков (вокальных, лицевой мускулатуры, шеи, плечевого пояса, перебирания одежды). В трети случаев тики, гиперкинезы сопровождались идеаторными навязчивостями (мысли суицидального характера, контрастного содержания, навязчивые опасения и представления), они скупо интерпретировались, отсутствовала критика к ним, в ряде случаев – не обнаруживалось стремление к их преодолению.

В анамнезе пренатальная отягощенность отмечалась в 50 % случаев. Многоплодная беременность встречалась редко (7,1 %). Наибольшую долю в структуре пре- и перинатальной патологии занимали угроза прерывания беременности (35,7 %), хронические заболевания матери и прием ею лекарственных препаратов в течение беременности (21,4 %). Поздний гестоз, многоводие и хроническая гипоксия плода наблюдались относительно редко – у 7,1 %. В данной группе больных преобладало естественное родоразрешение (71,4 %). Оперативные роды по экстренным показаниям отмечались в анамнезе только у 1 больного. Обвитие пуповиной, выдавливание, асфиксия встречались у 14,3 %, стремительные роды у 7,1 %.

По данным неврологического обследования при поступлении в клинику патология отсутствовала только у 1 из пациентов. До 50 % обследованных имели рассеянную неврологическую микросимптоматику резидуального характера, в 28,6 % случаев диагностирована вегетососудистая дистония (14 %), в 7,1 % – церебрастенический синдром. Следует отметить, что у об-

следуемых в анамнезе не отмечалось травм головы, нейроинфекций, а также употребления психо-активных веществ.

По данным патопсихологического обследования преобладали нарушения мотивационно-волевой сферы и произвольной регуляции деятельности, невыраженная диссоциация развития, специфические нарушения мышления.

Выводы. По данным проведенного исследования в группе больных детским аутизмом кататоническая симптоматика являлась ведущей, обсессивные нарушения у больных ДА возникали в большем числе случаев на выходе из кататонии. задержка в развитии преодолевалась. Появление познавательного интереса, эмоций свидетельствовало о благоприятном прогнозе.

При наличии неблагоприятного пренатального анамнеза отмечалась меньшая доля неврологической симптоматики.

В группе больных шизотипическим расстройством навязчивости наблюдались на всем протяжении заболевания, определяли тяжесть клинической картины, являлись ведущим синдромом. Негативная симптоматика прослеживалась в виде нарушений мотивационно-волевой сферы.

Неврологическая симптоматика у больных с ШР была более выраженной, «утяжеляла» прогноз, при том, что пре- и перинатальная отягощенность прослеживалась реже, чем у больных ДА.

ОСОБЕННОСТИ УГЛЕВОДНО-ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ГОРМОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Бойко А.С., Меднова И.А.

г. Томск

*Научно-исследовательский институт психического здоровья
Томского национального исследовательского медицинского центра*

Актуальность. Среди основных проблем соматического состояния больных шизофренией, ухудшающих прогноз, важное место занимает метаболический синдром (МС). Частота встречаемости МС при шизофрении в 2 раза выше, чем в общей популяции населения и наблюдается до 58 % случаев (Eskelinen S. et al., 2015). Высокая частота МС у больных шизофренией может быть обусловлена двумя основными причинами: возникновение МС может быть связано с патогенезом основного психического

заболевания и развитие МС может являться нежелательным побочным эффектом антипсихотической терапии. Согласно литературным данным, применение как конвенциональных, так и атипичных антипсихотических препаратов приводит к индукции метаболических нарушений, которые осложняют течение основного заболевания и снижают качество жизни пациентов (Jung Sun Lee et al, 2017; Ventriglio A et al, 2019).

Целью исследования является изучение биохимических, гормональных и молекулярно-биологических факторов развития метаболического синдрома при шизофрении.

Материалы и методы. Было проведено клиническое и лабораторное обследование 150 больных шизофренией при поступлении в клинику НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Основными критериями включения являлись верифицированный диагноз шизофрении по МКБ-10, возраст 18-60 лет, получение информированного согласия пациента. Пациенты до поступления в клинику получали противорецидивную терапию антипсихотиками в рекомендованных производителем дозах. Клиническая верификация метаболического синдрома проводилась с использованием критериев Международной федерации диабета (International Diabetes Federation, 2005). Группу контроля составили 55 психически и соматически практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту.

Оценка биохимических показателей углеводного и липидного обменов у больных шизофренией и здоровых лиц включала определение концентрации глюкозы, триглицеридов (ТГ), общего холестерина (ХС), липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) и липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) энзиматическими колориметрическими методами. Определение концентрации кортизола, дегидроэпиандростерона сульфата (ДГЭА-С), адипонектина и пролактина проводили методом иммуноферментного анализа. Концентрация инсулина, лептина, грелина и аполипопротеинов (АпоЛП) определялась на мультиплексном анализаторе MAGPIX (Luminex, USA) с использованием панелей MILLIPLEX® MAP (Merck, Darmstadt, Germany).

Выборки проверяли на нормальность распределения по критерию Шапиро-Уилка. Достоверность различий определяли по t-критерию Стьюдента при нормальном распределении для независимых выборок с вычислением среднего и стандартного отклонения ($M \pm SD$). Для независимых выборок при распределении, отличающемся от нормального, достоверность различий определяли по U-критерию Манна-Уитни с вычислением медианы и квартилей ($Me [Q1; Q3]$). Критический уровень значимости составил 0,05.

Результаты и обсуждение. В зависимости от наличия метаболических нарушений пациенты были разделены на две группы: 63 пациента с МС

(42 %) и 87 больных без МС (58 %). В основной группе пациентов (с МС) возраст составил 40 [33; 52] лет, в группе сравнения (без МС) – 34 [27; 43] года. В группе пациентов с МС было 38 мужчин (60,32 %) и 25 женщин (39,68 %); среди больных без МС мужчины составили 50,57 % ($n=44$), женщины – 49,43 % ($n=43$).

В общей группе пациентов в спектре показателей липидного и углеводного обмена было выявлено значимое повышение уровня ТГ ($p=0,040$) и снижение концентрации ЛПВП ($p<0,001$) по сравнению со здоровыми лицами. При анализе уровня глюкозы, ХС и ЛПНП в сыворотке крови пациентов и здоровых лиц статистически значимых различий выявлено не было ($p>0,05$). Нарушение биохимических показателей наблюдалось на фоне дисбаланса катаболических и анаболических гормонов, что проявлялось в значимом повышении концентрации кортизола ($p=0,021$) и снижении уровня нейростероида ДГЭА-С ($p=0,046$).

В связи с физиологическими особенностями концентрация пролактина оценивалась отдельно у мужчин и женщин. Состояние гиперпролактинемии в соответствии с международными критериями ставилось при концентрации пролактина у мужчин свыше 20 нг/мл, у женщин – свыше 25 нг/мл. У больных шизофренией наблюдается значимо более высокий уровень гормона по сравнению с контролем ($p<0,001$).

Анализ основных метаболических гормонов-регуляторов (инсулин, грелин) и гормонов жировой ткани (адипонектин, лептин) выявил повышение концентрации лептина ($p=0,01$) и адипонектина ($p=0,016$) по сравнению со значениями здоровых лиц.

Сравнительный анализ спектра исследуемых показателей в группах больных с метаболическим синдромом и без МС позволил выявить ряд особенностей. Сыворотка пациентов с симптомокомплексом МС характеризуется повышенной атерогенностью липидного спектра (увеличение ТГ ($p<0,001$), ЛПОНП ($p<0,001$) и снижение ЛПВП ($p<0,001$)). Было выявлено повышение показателей углеводного и липидного обменов у больных шизофренией с МС: увеличение содержания глюкозы ($p=0,045$), ТГ ($p<0,001$), ЛПОНП ($p<0,001$) и снижение ЛПВП ($p<0,001$) по сравнению с пациентами без МС.

У больных с МС наблюдается снижение уровня адипонектина по сравнению с пациентами без МС ($p=0,001$), что согласуется с литературными данными, согласно которым понижение концентрации гормона наблюдается при ожирении, связано с повышенной инсулинорезистентностью и увеличивает риск развития сахарного диабета 2 типа (Vedal TSJ, 2019). У пациентов основной группы с МС наблюдается более высокий уровень инсулина по сравнению с больными без МС ($p=0,021$). Аналогичные результаты выявлены относительно лептина – при МС концентрация гормона значимо выше

как по сравнению с пациентами без МС ($p=0,016$), так и со здоровыми лицами ($p=0,002$).

Концентрация пролактина в обеих выборках пациентов превышает физиологические значения нормы и соответствует состоянию гиперпролактинемии. Более высокие значения были выявлены у больных с МС по сравнению со здоровыми лицами ($p<0,001$).

Анализ спектра аполипопротеинов позволил выявить определенные нарушения в сыворотке крови больных шизофренией с МС и без МС. Было выявлено значимо более низкий уровень ApoA1 в сыворотке крови больных шизофренией как с МС ($p=0,013$), так и у пациентов без МС ($p=0,002$) по сравнению со значениями здоровых лиц. Анализ содержания остальных АпоЛП показал значимое увеличение концентрации ApoC3 у пациентов с МС по сравнению с контролем ($p=0,001$) и больных без МС ($p<0,001$). Аналогичная ситуация наблюдалась в отношении ApoC2: у пациентов с МС был значительно более высокий уровень, чем у здоровых людей ($p=0,002$) и пациентов без МС ($p<0,001$).

ApoA1 является основным белковым компонентом ЛПВП; считается, что он синтезируется периферически и проникает в мозг через гематоэнцефалический барьер (Woods A.G. с соавт, 2012). ApoC обнаружены в хиломикронах, в ЛПОНП и ЛПВП и, по-видимому, играют сложную роль в процессинге триглицеридов. Полученные нами впервые результаты позволяют сделать предположения, что нарушения уровня ApoA1 играют определенную роль в патогенезе шизофрении, тогда как уровни ApoC3 и ApoC2 в большей степени отражают метаболический дисбаланс и могут быть применимы для прогнозирования метаболических побочных эффектов, связанных с антипсихотическим лечением.

Выводы. Таким образом, были выявлены нарушения различных механизмов регуляции (углеводно-липидного обмена, гормональной регуляции, нейропротекторных систем) у больных шизофренией по сравнению со здоровыми лицами. У больных с МС наблюдается ряд особенностей, ухудшающих функционирование пациентов, тем самым усугубляя течение психического заболевания. Необходимо дальнейшее изучение механизмов развития метаболических нарушений у больных шизофренией для оптимизации подходов к диагностике, оценке риска развития и лечения, что позволит применять индивидуальную терапевтическую тактику в рамках концепции персонализированной медицины.

Исследование выполнено при поддержке гранта РНФ № 18-15-00011 «Шизофрения, сочетанная с метаболическим синдромом: клинико-конституциональные факторы и молекулярные маркеры».

СФЕРА НЕЗАВИСИМОСТИ И САМОВОСПРИЯТИЕ КАК КЛЮЧЕВЫЕ МИШЕНИ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Бойко С.Л.

Республика Беларусь

г. Гродно

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Болезни системы кровообращения (БСК), наравне с онкологическими заболеваниями и диабетом, прочно удерживают первенство среди самых распространенных и опасных болезней XXI века. Лечение хронической ишемической болезни сердца (ИБС), как и многих других хронических заболеваний, продолжается длительно, часто в течение всей жизни. Фибрилляция предсердий (ФП) является основным типом аритмий. БСК были одним из первых разделов клинической медицины, где стали проводиться крупномасштабные исследования качества жизни (КЖ). С одной стороны, это связано с большой распространенностью данной патологии, с другой – с тем, что КЖ у пациентов с БСК является важным критерием тяжести состояния и эффективности проводимой терапии. Согласно Рекомендациям по лечению стабильной ИБС Европейского общества кардиологов, двумя основными задачами, которые стоят перед врачом при лечении ИБС, являются улучшение прогноза и качества повседневной жизни пациентов. Именно с нарушением повседневного функционирования и ассоциированными с этим факторами и обращаются пациенты кардиологического профиля к психологам и психотерапевтам.

Цель исследования: выявить психологические компоненты КЖ у лиц с БСК (ФП и ИБС) как возможные мишени для психотерапевтической интервенции. **Объект:** пациенты с ИБС и ФП в возрасте от 40 до 65 лет, находящиеся на стационарном лечении. **Предмет:** особенности качества жизни у пациентов с БСК.

Этапы и дизайн исследования. Проведен анализ современной научной медицинской литературы по проблеме за последние 10 лет (EBSCO; Thomson Reuters; Springer; PubMed; Medline). Для объективизации показателя качества жизни использован тестологический подход – международный опросник WHOQOL-100 (ВОЗ КЖ-100). Опросник ВОЗ КЖ-100 является субъективной мерой благополучия человека и его удовлетворенности условиями своей жизни. Поскольку ВОЗКЖ-100 имеет модульную

структуру, мы использовали ядерный модуль для измерения тех аспектов качества жизни, которые являются общими для всех людей, и специфические модули – для оценки качества жизни лиц с БСК. Наибольший интерес в возможностях этого многомерного инструмента представили частные оценки по отдельным сферам и субсферам жизни пациентов, которые могут быть использованы при оказании психологической и психотерапевтической помощи. В течение 2015–2018 гг. была осуществляется оценка шести крупных сфер КЖ: физические функции, психологические функции, уровень независимости, социальные отношения, окружающая среда и духовная сфера, а также напрямую измерены восприятие пациентом своего качества жизни и здоровья в целом.

Для обработки и представления результатов эмпирического исследования применены методы непараметрической статистики, корреляционный анализ. Для проверки научных гипотез использован критерий Крускала-Уоллиса. Критическим признан уровень значимости $p=0,05$. При попарном сравнении групп использован критерий Манна-Уитни с поправкой Бонфери.

В исследование были включены 47 пациентов с диагнозом ИБС, госпитализированных в кардиологическое отделение с целью планового лечения (первая группа). Средний возраст пациентов составил $58,15 \pm 2,7$ лет. Средняя продолжительность заболевания составила $4,7 \pm 1,2$ лет. Снижения фракции выброса левого желудочка у включенных в исследование выявлено не было. Вторую группу составили лица, страдающие ФП, находящиеся на лечении в учреждении здравоохранения (УЗ) «Гродненский областной клинический кардиологический центр» и в УЗ «Гродненская областная клиническая больница медицинской реабилитации» в течение 2015–2018 гг. Общее количество лиц с ФП – 52 человека. Средний возраст пациентов составил $56,2 \pm 2,8$ лет. Средняя продолжительность заболевания составила $2,7 \pm 1,3$ лет. Критерии включения в исследование: диагноз ФП или ИБС и подписание информированного согласия пациента. Критерии исключения: застойная сердечная недостаточность, выраженная экстракардиальная патология, инфаркт миокарда менее 6 мес. назад; возраст пациента старше 65 лет. Группа контроля составила 53 человека, средний возраст $57,1 \pm 1,9$ лет. Протокол исследования был одобрен локальным этическим комитетом, от всех пациентов было получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Результаты и обсуждение. Пациенты 1-й группы по отдельным сферам и субсферам хуже оценивали свое КЖ по сравнению с больными 2-й группы. Показатели «Физической сферы» у пациентов 1-й группы были снижены преимущественно за счет субсфер «Жизненная активность, энергия», «Физическая боль и дискомфорт». Несмотря на объективно менее

тяжелую клиническую картину заболевания, пациенты 1-й группы предъявляли более интенсивные жалобы на болевой синдром, плохое самочувствие, снижение жизненной энергии, повышенную утомляемость. «Уровень независимости» у пациентов обеих групп получил средние оценки, был снижен, в основном, за счет субсферы «зависимость от лечения и лекарств», а в первой группе – дополнительно за счет субсферы «способность к выполнению повседневных дел». Уровень независимости, то есть возможность вести автономное существование, обеспечивать и обслуживать себя самостоятельно, нами понимается, способности двигаться и перемещаться, справляться со своими повседневными делами и работой, не завися при этом ни от кого.

Весьма важной для пациентов обеих групп являлась субсфера «Доступность и качество медицинской и социальной помощи» при невысоком уровне удовлетворенности ею. В контрольной группе показатели по данной шкале были значимо выше ($p < 0,01$), что, возможно, связано с меньшей степенью обращаемости за данной помощью.

Изменения в «Психологической сфере» в обеих группах были обусловлены недостатком положительных и избытком отрицательных эмоций, неэффективными механизмами самоконтроля. В группе пациентов с ИБС были значимо снижены показатели в сфере «Социальных взаимоотношений», которая исследует возможность устанавливать конструктивные личные отношения, получать практическую социальную поддержку со стороны других людей и оказывать ее. Уровень субсферы «сексуальная активность» пациенты обеих групп оценивали как средний. Ограничения в этой сфере во многом были связаны с боязнью возникновения приступа стенокардии и с представлениями о побочных действиях некоторых препаратов для лечения ИБС, в частности, β -адреноблокаторов.

Анализ «Духовной сферы» у лиц всех трех выборок (в т.ч. и здоровых) существенного отличия не подтвердил, что можно объяснить мощным психологическим смыслом личных взглядов и убеждений, которые обладают психопротективным действием и способствуют совладанию со многими проблемами, является компенсацией по отношению к недостаточно удовлетворенным другим сферам.

Наиболее уязвимыми оказались физическая сфера и сфера независимости в связи с заболеванием, суммарная оценка КЖ в группе пациентов с ФП составила 57 %, у пациентов с ИБС – 51 %, в группе сравнения – 79 %, при этом в группе сравнения среди всех характеристик КЖ наименьшие показатели выявлены в физической и психологической сфере.

Выводы. У пациентов с ИБС и ФП статистически значимо нарушены следующие сферы: психологическая, физическая и сфера социальных взаимоотношений. Психологические изменения, связанные с влиянием заболевания на психику, вторичные ограничения социального взаимодействия,

в перспективе могут приобрести самостоятельное течение и отразятся на качестве жизни больного. Психологическая коррекция и терапия лиц с БСК должна быть направлена на коррекцию нарушений параметров КЖ и эффективную ресоциализацию больного (сфера социальных отношений), а также – на работу с самовосприятием.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОФИЛИ КАТАТОНИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ АФФЕКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ШИЗОФРЕНИИ

Болгов М.И.

г. Москва

Научный центр психического здоровья

Актуальность. Позиция кататонии в психиатрических классификациях однозначно не определена до настоящего времени. Большую часть XX века она рассматривалась исключительно в контексте шизофрении, в то время как аналогичные симптомы при аффективных расстройствах игнорировались или оценивались как их неспецифические моторные проявления. В 1970-х годах было проведено широкомасштабное исследование (Abrams R., Taylor M.A., 1976), выявившее, что кататонический синдром регистрировался преимущественно у пациентов с маниакальными и депрессивными состояниями в рамках аффективных заболеваний. Однако ещё несколько десятилетий эти результаты не находили отражения в классификациях и диагностических рекомендациях. В DSM-V, а также в проекте МКБ-11, указанное противоречие было разрешено благодаря введению спецификатора кататонии, ассоциированной с другим психическим расстройством. Однако подобное решение можно считать лишь временной мерой. Кататонические расстройства при аффективных состояниях и при шизофрении имеют значимые различия как в их динамике, так и в терапевтическом ответе на бензодиазепины. Если в большинстве случаев кататонии при аффективных расстройствах была отмечена высокая эффективность лоразепама вплоть до полной редукции кататонической симптоматики в течение нескольких часов (Walter-Ryan W.G., 1985), то при кататонии в рамках шизофрении терапия лоразепамом не оказывала положительного эффекта ни на один из симптомов (Ungvari G.S., 1999). Таким образом, следует предполагать различную нейро-биологическую основу кататонии, и, следовательно, этиологическую гетерогенность кататонического синдрома, которая будет отражаться непосредственно и в его клинических проявлениях.

Цель исследования: выявить психопатологические особенности кататонических расстройств в структуре приступов с депрессивным аффектом для определения положения исследуемых состояний в современной систематике, уточнения их нозологической принадлежности и оценки их прогноза.

Задачи исследования: определить особенности психопатологической структуры и динамики кататонических расстройств в рамках депрессивных состояний при аффективных заболеваниях и шизофрении; разработать клиническую типологию синдрома кататонии при исследуемых состояниях; провести анализ взаимосвязей кататонических и аффективных расстройств.

Материалы и методы. Материал исследования составили 94 пациента (67 женщин и 27 мужчин) в возрасте 15–65 лет (средний возраст 34.2 ± 12.8), находившихся на стационарном лечении в Научном центре психического здоровья (директор – д.м.н., профессор Ключник Т. П.). В исследование включались пациенты с диагнозами, соответствующими рубрикам F20, F25 и F31-F33 МКБ-10 и отвечающие критериям: 1) приступообразное течение заболевания; 2) наличие в структуре текущего эпизода 2 и более симптомов кататонии из пунктов 1-14 шкалы Bush-Francis для оценки кататонии; 3) наличие в структуре текущего эпизода депрессивного аффекта достаточной выраженности, соответствующей критериям Б и В рубрики F32.1 МКБ-10. Из исследования исключались пациенты с признаками тяжёлого органического поражения ЦНС любого генеза, клинически значимой соматической патологии в стадии декомпенсации, зависимости от психоактивных веществ, хронических экстрапирамидных нарушений вследствие длительного приёма антипсихотиков. Методами исследования являлись клиничко-психопатологический и клиничко-психометрический с использованием шкал BFCRS, HDRS, PANSS.

Результаты и обсуждение. Пациентам была произведена оценка по шкале кататонии Bush-Francis (BFCRS). В связи с низкой частотой кататонического возбуждения и агрессивного поведения при состояниях с депрессивным аффектом, в дальнейшем эти симптомы не учитывались. Все остальные симптомы кататонии были сопоставлены между собой в зависимости от их взаимной распространённости и сгруппированы на три категории с условными наименованиями: гипокинетические (ступор, мутизм, фиксация взора, каталепсия, ригидность, восковая гибкость, автоматическая подчиняемость, хватательный рефлекс, вегетативные нарушения); гиперкинетические (гримасничанье, стереотипии, манерность, вербигерации, импульсивность, эхофеномены, персеверации), негативистические (негативизм, отказ от сотрудничества, сопровождение, противодействие, амбигуэнтность).

В дальнейшем была проведена нозологическая оценка пациентов с их разграничением на аффективные заболевания (30 человек, 31.9 %) и заболевания шизофренического спектра (64 человека, 68.1 %). Среди последних выделена группа с шизофренией, где проявления позитивной симптоматики, а также депрессивного аффекта были минимальными (общий балл по субшкале «Р» PANSS менее 15, по шкале депрессий Гамильтона менее 18), а их состояние квалифицировалось как апато-адинамические депрессии с участием кататонических расстройств. Описанная группа составила 26 человек (27.7 % от общей выборки). Таким образом, были определены «краевые» группы пациентов, где, в одном случае, исключалось наличие негативных расстройств, а в другом – сводилась к минимуму выраженность продуктивной (в т.ч. аффективной) симптоматики. В дальнейшем производилась оценка кататонических расстройств в указанных группах.

В группе пациентов с аффективными заболеваниями было выявлено отчётливое преобладание кататонических расстройств, относящихся к условной категории гипокинетических. Отмечалась высокая специфичность всех гипокинетических симптомов кататонии, частота которых в этой группе превышала 50 %, за исключением хватательного рефлекса. Кроме того, имело место преобладание негативистических симптомов, однако оно было менее определённым ввиду их более низкой частоты. Гиперкинетические симптомы в этой группе практически не встречались, исключение составили лишь эхофеномены, которые регистрировались в обеих группах с сопоставимой частотой. Также обращает на себя внимание более позднее появление симптомов кататонии по сравнению с депрессивными и зависимость степени выраженности кататонических расстройств от тяжести депрессивного состояния на всех его этапах.

Вторая группа, представленная пациентами с шизофренией, отличалась преобладанием гиперкинетических симптомов кататонии, среди которых наиболее выражены были манерность, стереотипии и импульсивность. Также стоит отметить кратковременное появление отдельных гипокинетических, симптомов кататонии, например, субступорозных состояний, которые, ввиду их непродолжительности, часто не подвергались регистрации. В этой группе взаимосвязь симптомов кататонии с выраженностью проявлений депрессии практически отсутствовала, они неизменно сохранялись даже при смене аффективного полюса, и лишь незначительно уменьшались в состояниях неполной ремиссии. Выраженность симптомов кататонии в этой группе была сопоставлена с негативными симптомами шизофрении из субшкалы «N» PANSS на пике депрессивного состояния, а также на этапе становления ремиссии. Выявлены положительные корреляции кататонических расстройств со следующими проявлениями:

притупленный аффект, малоCONTACTность, нарушение плавность речи и стереотипное мышление.

Выводы. Была выявлена гетерогенность кататонических расстройств при депрессиях в рамках аффективных заболеваний и шизофрении. При аффективных заболеваниях определена зависимость проявлений кататонии от выраженности аффекта, в связи с чем такая кататония может быть обозначена как аффективная. Кататонические расстройства в рамках депрессивных приступов шизофрении апато-адинамической структуры характеризуются взаимосвязью с проявлениями негативной симптоматики, в связи с чем в таких случаях кататония может быть определена как дефицитарная. Среди пациентов, не вошедших в «краевые» группы, а именно с депрессивно-параноидными состояниями, а также с тяжёлыми депрессиями тревожно-меланхолической структуры в рамках шизофрении, кататонические расстройства также отличались неоднородностью, включали в себя проявления как дефицитарной, так и аффективной кататонии. В таких случаях кататония может быть определена как дефицитарная, модифицированная аффективной, однако эта выборка пациентов требует дальнейшего изучения.

РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ И ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ХАРАКТЕРИСТИКА ПО НОЗОЛОГИЯМ

Булгакова Т.С., Максимова Н.М., Узбеки М.Г.

г. Москва

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского*

Актуальность исследования. Одним из современных направлений в психиатрии является биологическая психиатрия, в частности, психонейроиммунология. Один из первых цитокинов – интерферон, был случайно открыт в 1957 г. Впервые термин «цитокины» предложил в 1974 г. Стенли Козн. Исследования в этой области продолжаются и обещают прорыв в изучении психических заболеваний. Центральная нервная система имеет собственную макрофагальную систему, представленную микроглией, которая при активации секретирует провоспалительные цитокины. Физиологически здоровое состояние центральной нервной системы зависит от состояния микроглии, баланса между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами и факторов, которые еще необходимо изучить.

Целью данной работы является попытка изучить влияние цитокинов на патогенез и возможную терапию психических расстройств – шизофренического спектра, аффективных расстройств и других (болезней зависимости, неврозах, нейродегенеративных заболеваниях).

Задачи: провести анализ литературы по данной проблеме, начиная с момента открытия первого цитокина до настоящего времени; обозначить основные достижения в рамках каждой нозологии; выявить ключевые направления для дальнейших исследований.

Материалы и методы. Изучение российских и англоязычных литературных источников.

Результаты.

Найдено более 5 тысяч статей в базах данных Pubmed и Elibrary по запросу – cytokine, psychiatry (цитокины, психиатрия) в период времени с 1980 по 2018. Информация проанализирована и сгруппирована в рамках отдельных нозологий.

Цитокины при шизофрении.

В крови и ликворе у части пациентов с острыми психозами выявляются высокие титры интерферона [Preble O.T., 1985], а также увеличение уровня IL-6 и IL-2. [McAllister C.G., 1995] При аутизме отмечается повышение в крови IL-12, IFN- γ . [Singh V.K., 1996] Психотропные препараты (рисперидон, кветиапин, галоперидол и др.) влияют на состояние иммунитета, изменяя концентрацию цитокинов. [Zhang X.Y., 2004] При сочетании рисперидона и миноциклина отмечается большая редукция негативных симптомов при шизофрении, чем при монотерапии рисперидоном, снижается уровень провоспалительных цитокинов IL-1 β , IL-6 в крови. [Zhang L., 2018] В 1977 г. Скуркович С.В. предположил, что в лечении шизофрении может быть использована антицитокиновая терапия. Он проводил лечение пациента с диагнозом «резидуальная шизофрения», используя антитела к IFN- γ и TNF- α , которые назначались ежедневно при полной отмене нейролептиков, с клиническим улучшением по шкале негативной симптоматики PANSS. [Skurkovich S.V., 2003] Другими учеными проводился эксперимент по лечению хронической шизофрении IFN- α . Клиническое улучшение наблюдалось у 3 из 9 пациентов. [Katila H., 1993] Girgis R.R. использовал тоцилизумаб для лечения позитивных и негативных симптомов шизофрении. При этом уровень IL-6 в крови снижался, однако клинических улучшений не наблюдалось. Это объяснялось отсутствием способности этого лекарства проникать в центральную нервную систему. [Girgis R.R., 2018]. Известны исследования, проводимые Вороновым А.И. и его коллегами в нашей стране, по применению криоконцентрированного раствора цитокинов для лечения шизофрении, что позволяет достигать стойкой ремиссии заболевания. [Воронов А.И., 2017, 2018]

Цитокины при аффективных расстройствах.

В крови пациентов с биполярным аффективным расстройством в маниакальной фазе снижен уровень TGF- β – трансформирующего ростового фактора. [Kim Y.K., 2004] Rossi A. наблюдал случай развития маниакального эпизода у больного биполярным аффективным расстройством I типа после отмены IFN- α , который он принимал при лечении гепатита C. [Rossi A., 2002] У женщин, совершивших завершённый суицид, повышена экспрессия IL-4 в орбито-фронтальной коре, у мужчин – IL-13. [Tonelli L.H., 2008]. У лиц с суицидальными попытками неоднократно выявлялся повышенный уровень IL-6 в сыворотке крови. [Lindqvist D., 2009]

При обострении депрессивной симптоматики в плазме повышается уровень IL-6, растворимого рецептора IL-6, растворимого рецептора IL-2, C-реактивного белка. [Sluzewska A., 1996]. Чем выше уровень ИЛ 10, тем в более позднем возрасте начинается депрессия. [Gazal M., 2015]

Цитокины участвуют в регуляции сна, и поэтому играют существенную роль при депрессии с преобладанием нарушений сна [Костюкова Е.Г., 2013]. Внутривенное введение цитокинов уменьшает латентность быстрого сна [Rentzos M., 2006]. Внутривенное введение IL-2 вызывает высвобождение нейроэндокринных гормонов, таких как АКТГ, кортизол, β эндорфин [Denicoff K.D., 1989]. Каждый из цитокинов синтезируется в определенное время суток и достигает максимальной концентрации в определенное время, что может иметь значение для так называемой хронотерапии. [Труфакин В.А., 2001] Продукция интерферонов (α и γ) имеет сезонный характер, в частности, летом их вырабатывается меньше всего. [Katila H., 1993]

Schmidt F.M. проводил оценку эффективности этанерцепта на 2 пациентах с депрессией. У обоих наблюдалась резистентность к фармакотерапии и электросудорожной терапии. У первого пациента – отмечалась значительная редукция симптомов по шкалам Бека и Гамильтона. У второго – состояние осталось примерно на том же уровне. [Schmidt F.M., 2014] Zhou A.J. писал о применении сирукумаба – антагониста IL-6 для лечения депрессивных расстройств с положительным эффектом. [Zhou A.J., 2017]

Цитокины при других психических расстройствах.

Интерферон может предотвращать развитие физической зависимости от опиоидов. [Dafny N., 1984] Помимо этого, воспалительные цитокины причастны к анорексии. [Corcos M., 2001] IL-6, TNF- α достоверно повышаются при обсессивно-компульсивном расстройстве. [Konuk N., 2007]

В ликворе пациентов болезнью Альцгеймера обнаруживается увеличение уровней IL-1, IL-6, IL-15. [Blum-Degen D., 1995, Rentzos M., 2006] Повышенный уровень IL-8 может быть связан с более низкой памятью у пожилых. [Baune B.T., 2008]

Griffin W.S. проводил терапию 15-ти пациентов с болезнью Альцгеймера этарнецептом – антигонистом TNF- α . При этом отмечалось улучшение когнитивных функций. [Griffin W.S., 2008]

Цитокины, гипноз и особенности личности.

Kiecolt-Glaser J.K. изучал влияние гипноза на систему иммунитета. 33 студентам-медикам проводились сеансы гипноза. При этом у лиц с более частыми сеансами в крови повысились уровни CD3+, CD4+. [Kiecolt-Glaser J.K., 2001]

Кроме этого, отдельные черты личности можно связать с цитокиновым профилем человека. Charman B.P. с коллегами проводил исследование 200 людей пожилого возраста и выяснил, что уровень IL-6 ниже у людей, которым свойственна добросовестность и открытость. [Charman B.P., 2011] Детская травма, тяжелое детство также способствуют повышению уровня провоспалительных цитокинов. [Hartwell K.J., 2013]

Curzytek K. в эксперименте с крысами выяснил, как преобладание оптимизма или пессимизма у них влияет на иммунный статус. Оказалось, что крысы, которые ведут себя пессимистично, имеют меньший вес тимуса и селезенки и повышенную выработку IL-4, IL-1 β , IFN- γ по сравнению с крысами, которые ведут себя более оптимистично. [Curzytek K., 2018]

Выводы. Влияние цитокинов на патогенез психических расстройств многократно подтверждалось российскими и зарубежными исследователями. Не выявлено конкретного цитокинового профиля для той или иной психической нозологии. Однако при каждой из них отмечается повышение тех или иных провоспалительных цитокинов в крови и ликворе и снижение уровня противовоспалительных цитокинов. К тому же, цитокины оказывают влияние на состояние моноаминергической системы. [Узбеков М.Г., 2016] Микроглия, секретирующая цитокины, влияет на глутаматергическую передачу. [Goff D.C., 2001] Очевидно, необходимо рассматривать эти системы в совокупности при описании патогенеза заболеваний и подборе терапии. Об этом говорит положительный эффект применения антицитокиновой терапии, противовоспалительный эффект психотропных препаратов.

«ВЛИЯНИЕ ПРОФИЛЯ ОБУЧЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У СТУДЕНТОВ ЛЕЧЕБНОГО, ЮРИДИЧЕСКОГО И ЭКОНОМИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТОВ УНИВЕРСИТЕТОВ Г. КАЗАНЬ»

Валеева А.И., Мухаметшина Э.И., Гарипов Р.Р.

г. Казань

Казанский государственный медицинский университет

Актуальность. Свое внимание мы хотим сфокусировать на психическом здоровье молодых людей, так как оно является неотъемлемой частью формирования будущего интеллектуального и профессионального потенциала нации. Более того Всемирный день охраны психического здоровья 2018 года был приурочен сохранению устойчивого ментального здоровья именно молодых людей. В раннем детстве, дошкольном, школьном и юношеском возрасте происходит непосредственное становление психофизиологических механизмов адаптации. Этот же период сопровождается значительными эмоциональными и стрессовыми нагрузками и является возрастом манифестации многих психических заболеваний, делая молодых людей наиболее уязвимыми и восприимчивыми к различным нарушениям психики. Адаптация к новым условиям образовательного процесса при смене среднего общеобразовательного учреждения на высшее зачастую сопровождается множественными эмоциональными перегрузками, стрессовыми ситуациями, что отрицательно сказывается на психическом состоянии студентов. Более того в процессе обучения на здоровье студентов сказываются определенные особенности обучения на выбранную специальность.

Цели и задачи. Целью нашего исследования явилась оценка особенностей психического состояния у студентов 1 и 3 курсов юридического, лечебного и экономического факультетов университетов города Казань и выявление их зависимости от профиля выбранной профессии.

Материалы и методы. В ходе исследования опрошены 203 студента Казанских ВУЗов, из них 64 с лечебного факультета (31,5 %), 75 – юридического (36,9 %), 64 – экономического (31,5 %) факультетов. Анкетирование проводилось анонимно с использованием стандартизированных международных опросников:

1) Тест Спилбергера – шкала для оценки уровня личностной и реактивной тревоги;

2) Опросник по состоянию здоровья (РНҚ), который включает в себя вопросы о наличии проблем со здоровьем, касающиеся болевого синдрома,

вегетативных нарушений, пищевого поведения, злоупотребления алкогольными напитками, эмоционального состояния. 3) Опросник по состоянию здоровья-9 (PHQ-9); а также анкета с вопросами социально-бытового характера. Был проведен статистический анализ полученных данных с использованием программного обеспечения IBM SPSS Statistics 25.

Результаты и обсуждение.

Все респонденты между собой представляют собой однородную группу по основным социальным характеристикам (возраст, пол, место жительства до поступления в ВУЗ, уровень законченного образования, семейное положение).

При анализе результатов по шкале PHQ достоверные различия не выявлены при рассмотрении расстройств, соответствующих критериям Соматоформного расстройства, Панического синдрома, Другого Тревожного синдрома, Алкогольной зависимости и Обжорства.

Достоверные различия между факультетами и курсами выявлены при оценке наличия критериев, соответствующих Большому Депрессивному синдрому ($p=0,001$). Наибольшее количество студентов, имеющих данный синдром, наблюдалось на лечебном факультете – 17 человек (27 % от всего числа опрашиваемых обучающихся на данном факультете), а наименьшее на экономическом – 2 человека (3 %). На юридическом факультете выявилось 11 человек (15 %).

Различия замечены не только между факультетами, но и между курсами. На 1 курсе лечебного факультета этот синдром наблюдался у 5 человек, на 3 курсе у 12 человек (показатели выросли в 2,4 раза). Среди студентов юридического факультета выявлено 4 студента на 1 курсе против 7 студентов 3 курса (показатели выросли в 1,75 раз). На экономическом факультете 1 курса лишь 2 студента имели данный синдром, на 3 курсе их нет.

В нашем исследовании обнаружены достоверные различия при оценке расстройства, соответствующего критериям Нервной булимии ($p=0,034$). Наиболее подвержены данному пищевому расстройству студенты юридического факультета: Нервная булимия наблюдалась у 7 студентов (на 1 курсе – 3 человека, 3 курсе – 4 человека; 9 %). На лечебном и экономическом факультете наблюдалось по 1 студенту 1 курса (2 %).

При оценке личностной тревожности (умеренной и выраженной степени) по опроснику Спилбергера установлены достоверные различия между факультетами ($p=0,001$). Обнаружено, что наибольшее количество студентов, склонных реагировать проявлением тревоги на достаточно широкий круг ситуаций (т.е. обладающие личностной тревожностью, Ч. Спилбергер, 1966; 1972; Ю.Л. Ханин, 1978) обучалось на лечебном факультете (56 человек, 88 %). На юридическом и экономическом факультете таких студентов было 47 (63 %) и 39 (61 %) человек соответственно.

При рассмотрении реактивной тревожности достоверные различия не замечены.

При анализе сочетания синдромов у респондентов найдены достоверные различия по одновременной встречаемости Большого депрессивного синдрома и нарушения пищевого поведения в (Обжорства и Булимии). Студенты, имеющие данное эмоциональное расстройство были склонны к перееданию. Так среди тех, у кого имелся депрессивный синдром, обжорство отмечалось у 27 % респондентов, а в отсутствии синдрома только у 4 % ($p < 0,001$). Булимия также чаще встречалась в группе с Большим депрессивным синдромом – 13 %, против 3 % в группе с отсутствием данного синдрома ($p = 0,004$).

Зависимость эмоционального состояния и пищевого поведения подтверждена и по опроснику Спилберга. У 9 % студентов, у которых имелась реактивная тревожность, также наблюдались симптомы Обжорства ($p = 0,046$). Подобные результаты получены и при анализе студентов с личностной тревожностью, которые в 11 % случаев отмечали у себя симптомы Обжорства ($p = 0,006$). В свою очередь, симптомы данного расстройства пищевого поведения не наблюдались у респондентов при отсутствии как реактивной, так и личностной тревожности (0 %).

Выводы. Полученные данные демонстрируют неоднородность психического состояния молодых людей в зависимости от профиля их обучения, что можно связать с воздействием на здоровье студентов объективных факторов связанных с образовательным процессом. Установлено, что Большому депрессивному синдрому наиболее подвержены студенты лечебного факультета, особенно к 3 курсу, а нервной булимией студенты юридического факультета. Также обнаружена связь эмоциональных расстройств и нарушений пищевого поведения. Наиболее часто рассмотренные аффективные синдромы сопровождаются перееданием. Так при наличии депрессивных синдромов высок риск присоединения обжорства или булимии. Лица с высокой реактивной тревожностью также склонны к обжорству.

С другой стороны, выявлено, что некоторые индивидуальные особенности человека могут влиять на выбор его будущей профессии. Так студенты с высоким уровнем личностной тревожности отдают предпочтение медицине.

В связи с полученными данными очевидно, что для сохранения психического здоровья студентов необходимо создавать оптимальные условия учебы и отдыха, предупреждать абитуриентов об особенностях образовательного процесса в той или иной специальности, повышать информированность школьников, студентов о психических заболеваниях и мерах их профилактики.

ВЛИЯНИЕ АНТИЦИПАЦИИ И СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА НА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ПРИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Василевская Е.А., Менделевич В.Д.

г. Казань

Казанский государственный медицинский университет

Актуальность. Работа посвящена актуальной проблеме исследования влияния антиципации и социального интеллекта на социально-психологическое функционирование при умственной отсталости. Полученные данные можно использовать при разработке реабилитационных программ.

Цель и задачи. Целью исследования являлось изучение взаимосвязи нарушений социального интеллекта и антиципации при умственной отсталости и оценка их влияния на психосоциальную адаптацию.

В соответствии с поставленной целью были сформулированы следующие задачи:

1. Изучить нарушения антиципации и социального интеллекта при умственной отсталости с помощью специальных экспериментально-психологических методик.
2. Изучить уровень социально-психологического (психосоциального) функционирования при умственной отсталости с помощью бальных шкал.
3. Провести корреляционный анализ исследуемых показателей.

Материалы и методы исследования. В соответствии с целью и задачами исследования, было обследовано 100 пациентов с установленным диагнозом «умственная отсталость» – по 50 мужчин и женщин в возрасте от 18 до 65 лет, с уровнем IQ – от 50 до 70, что соответствует лёгкой умственной отсталости. В соответствии с поставленными задачами в качестве методов исследования были выбраны: клинико-психопатологический и экспериментально-психологический методы. Последний включал в себя специальные экспериментально-психологические методики – тест антиципационной состоятельности В.Д. Менделевича, тест «Способность к прогнозированию» Л.А. Ретуш, тест Гилфорда и Салливан «Социальный интеллект» и шкалы социально-психологического функционирования К.А. Кошкина.

Результаты и обсуждение. Клинико-психопатологический анализ показал, что у большинства обследованных пациентов клинически отмечаются

нарушения антиципации (78 %) и социального интеллекта (84 %). Социальное функционирование клинически значительно нарушено только у 68 % пациентов. Экспериментально-психологическое обследование показало, что при умственной отсталости выявляется общее снижение антиципационных способностей: по тесту В.Д. Менделевича у 55 % обследованных антиципационная несостоятельность, по тесту Л.А. Рёгуш у 68 % – низкие способности к вероятностному прогнозированию. В большей степени нарушается способность к личностно-ситуативной антиципации (78 %), это логично, так как здесь задействованы более высокие уровни антиципации (по Б.Ф. Ломову и Е.Н. Суркову, 1980) – представлений и речемышлительный, чуть лучше развиты пространственная (у 73 % низкие показатели) и временная антиципации (у 68 % низкие способности). Эти нарушения могут быть связаны с недоразвитием субсенсорного, сенсомоторного и перцептивного уровней антиципации. Наше исследование подтвердило недостаточное развитие социального интеллекта при умственной отсталости (у 93 % испытуемых – показатели ниже среднего у 6 % – низкие). При рассмотрении компонентов социального интеллекта получается, что в большей степени снижены способности понимать изменение значения сходных вербальных реакций человека (у 64 % – ниже среднего; у 26 % – низкие), эта способность зависит от вербально-логических способностей, и косвенно также может указывать на нарушение уровня представлений и речемышлительного уровня антиципации (по Б.Ф. Ломову и Е.Н. Суркову, 1980). Также довольно сильно снижена способность понимать логику взаимодействия людей и значение их поведения (у 59 % – ниже среднего; у 20 % – низкие), эти способности могут быть также связаны с нарушениями тех же более высоких уровней антиципации – представлений и речемышлительного. В половине случаев (у 50 % испытуемых) при умственной отсталости достаточно хорошо (средний уровень) развиты способности предвидеть последствия поведения в определённой ситуации. Можно предположить, что эти способности в большей степени связаны с низшими уровнями антиципации – субсенсорным, сенсомоторным и перцептивным. Лучшее всего при умственной отсталости развита способность познавать классы поведения – то есть, способность к логическому обобщению эмоциональных реакций (у 66 % – средние способности). Эмоции являются психической деятельностью низкого уровня, поэтому неудивительно, что эта способность развита при умственной отсталости достаточно хорошо. Здесь также должны быть задействованы низшие уровни антиципации. Оценка психосоциального функционирования при умственной отсталости показала нарушения в первую очередь в профессиональной сфере (у 15 % испытуемых выявлялась невозможность деятельности, у 75 % – выраженные затруднения) и в области интересов (у 14 % они полностью

отсутствовали, а у 86 % – отмечалось выраженное снижение этой социальной функции). Лучше всего пациенты с умственной отсталостью проявляли себя в бытовой сфере (у 77 % отмечались незначительные нарушения деятельности, у 10 % затруднений не выявлялось и только у 13 % – выраженные затруднения). В сфере самообслуживания у большинства (73 %) были незначительные нарушения, у 16 % – выраженные затруднения и у 11 % нарушений не было. В сфере межличностных обязанностей также в большинстве случаев (81 %) – незначительные нарушения, в 12 % случаев – выраженные нарушения и в 7 % – не было совсем. В сексуальной сфере и в общении у большинства пациентов затруднений не отмечалось (77 % и 86 % соответственно). При проведении корреляционного анализа было выявлено, что достоверные корреляционные связи (на уровне $p \leq 0,01$ и $p \leq 0,05$) показатели антиципации и социального интеллекта с уровнем социально-психологического функционирования (по К.А. Кошкину, 2011) не образуют.

Выводы. Исходя из полученных результатов исследования были сделаны следующие выводы:

1. Изучение антиципации и социального интеллекта при умственной отсталости показывает достаточно низкий уровень этих способностей у большинства испытуемых. Что касается антиципации, по данным исследования, в первую очередь страдает личностно-ситуативная антиципация. Среди составляющих социального интеллекта – хуже всего развиты способности, связанные с вербальными реакциями и с анализом поведения людей, при этом достаточно хорошо развито понимание эмоциональных реакций.

2. Изучение психосоциального функционирования показало, что при умственной отсталости в первую очередь нарушены профессиональная сфера и сфера интересов, практически нет затруднений в сфере общения и в сексуальной сфере, а нарушения бытовой сферы, самообслуживания и межличностного взаимодействия наблюдаются при умственной отсталости далеко не всегда.

3. Корреляционный анализ не выявил связей уровня развития антиципации и социального интеллекта с психосоциальным функционированием. Это может говорить о том, что на психосоциальное функционирование влияет совокупность когнитивных функций, среди которых немалую роль могут играть логические операции мышления, которые в свою очередь несомненно связаны и с антиципацией, и с социальным интеллектом, то есть, возможно влияние антиципации и социального интеллекта на психосоциальное прогнозирование косвенное. Данный вопрос требует более глубокого и детального анализа и изучения.

САМОСТИГМАТИЗАЦИЯ И АДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПЕРВОМ ПСИХОТИЧЕСКОМ ЭПИЗОДЕ. ТИПОЛОГИЯ ДИНАМИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ВНУТРЕННЕЙ СТИГМЫ

Васильченко К.Ф.

г. Омск

Омский государственный медицинский университет

Актуальность. Социальная адаптация пациентов с психическими расстройствами представляет собой разнородный феномен, зависящий от нескольких факторов: клиническая картина заболевания, преморбидные особенности личности, влияние микро- и макросоциальной среды (Иващенко Н.Е., 2012; Семке А.В. и соавт., 2015; Guedes de Pinho L.M., et al., 2018). Вопрос социальной адаптации актуален для пациентов с шизофренией по причине распространенности этого заболевания, нарастающей со временем дефицитарной симптоматикой и манифестацией в молодом возрасте (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А., 2006). На ранних этапах развития заболевания сохраняется пластичность психопатологических процессов (Корнетова Е.Г., Семке А.В., 2009; Verma, S. Et al., 2012). Для этого периода проводимые терапевтические и реабилитационные мероприятия являются наиболее эффективными (Wunderink, L., 2019).

Самостигматизация, или «внутренняя стигма», психически больных – феномен, происходящий из «интернализированных» стереотипов о душевных заболеваниях, сформированных и существующих в окружающем пациента социуме (Ястребов В.С. и соавт., 2005; Livingston J.D., Boyd J.E., 2010). Следует отметить влияние самостигматизации на адаптацию психически больных (Ханько Л.В., Кондюхова Т.Н., 2012). Однако мнения исследователей о взаимодействии стигмы и адаптации различны: одни авторы утверждают, что самостигматизация более сопряжена с клинической картиной заболевания (Антохин Е.Ю., 2010), другие высказывают мнение о ее связи с социальными факторами (Крупченко Д.А. и соавт., 2015).

На сегодняшний день в представленных работах отражена типология стигмы с учетом личностных особенностей пациента, либо клинической картины заболевания (Гонжал О.А., 2002; Михайлова И.И., 2004; Тараканова Е.А., 2010) и не отражены ее динамические свойства.

Таким образом, учитывая вышесказанное, весьма актуальным является изучение динамики самостигматизации и ее взаимоотношений с социально-трудовой адаптацией пациентов, перенесших первый психотический эпизод при шизофрении.

Цель исследования: сформулировать классификацию динамических форм самостигматизации на основе оценки ее взаимодействия с вариантами социально-трудовой адаптации для последующей разработки дифференцированных программ реабилитации пациентов с первым психотическим эпизодом.

Материалы и методы. Исследование было проведено в отделении первого психотического эпизода БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодников». Объем изучаемой выборки представлен 134 пациентами.

Критерии включения в исследование: установленный диагноз шизофрении (F20.096, F20.016) или шизоаффективного расстройства (F25.), удовлетворение критериям первого психотического эпизода (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А., 2006), наличие переживаний самостигматизации.

Доля мужчин составила 45,5 % (n=61), женщин – 54,5 % (n=73). Медиана возраста у мужчин – 24 [22,0; 29,5] года, у женщин – 30 [26,0; 38,0] лет.

По нозологическому признаку пациенты распределились следующим образом. Пациенты с параноидной шизофренией и периодом наблюдения менее года (F20.096) – 42,5 % (n=57), эпизодическим типом течения и нарастающим дефектом (F20.016) – 39,6 % (n=53), при шизоаффективном расстройстве (F25.) – 17,9 % (n=24).

Методами исследования явились клинико-психопатологический, психометрический, статистический. Количественная оценка психического статуса проводилась с помощью шкалы PANSS. Количественная оценка переживаний самостигматизации определялись с помощью «Опросника по самостигматизации» (Михайлова И.И., 2004). Изучение адаптации было проведено согласно методике, разработанной в НИИ Психического здоровья Томского НИМЦ (Логвинович Г.В., Семке А.В., 1995)

Статистическая обработка данных была проведена в пакете ПО SPSS Statistics (версия 23.0). При распределении количественного признака отличным от нормального, статистическая значимость различий определялась с использованием непараметрических методов и вычислением медианы и квартилей (Me [Q1; Q3]).

Результаты и обсуждение. Согласно научным взглядам Г.В. Логвинович и А.В. Семке (1995), типология социально-трудовой адаптации определяется взаимодействием уровней клинической и социальной адаптации. В соответствии с типами адаптации, выявленными среди участников исследования, больные были распределены неоднородно: на долю пациентов с интегративным вариантом адаптации пришлось 82,8 % (n=111), деструктивным 8,2 % (n=11), интравертным 4,5 % (n=6), экстравертным 4,5 % (n=6).

Взяв во внимание структурные компоненты самостигматизации в виде трех ее форм – аутопсихической, компенсаторной, социореверсивной (Михайлова И.И., 2004) – мы оценили выраженность каждой из них в сформированных подгруппах больных по типу социально-трудовой адаптации. Так, нами было установлено, что в группе больных с интравертным типом адаптации уровень самостигматизации имел наибольшие показатели (аутопсихическая форма 41 [35,75; 43,25] балл, компенсаторная 28,5 [26; 39,75] баллов, социореверсивная 41,5 [41,75; 64,5] балл). Менее стигматизированными оказались больные с экстравертным типом адаптации (2 [0; 27,5] балла, компенсаторная 9,5 [0; 12,25] баллов, социореверсивная 12 [9,5; 17,25] баллов), что было сопряжено с их сниженными критическими и прогностическими способностями. С целью проверки обозначенных величин на предмет статистической значимости различий, нами было проведено попарное их сравнение с использованием критерия Мана-Уитни. Различия между всеми показателями стигмы между подгруппами пациентов разных типов адаптации были статистически значимыми ($p=0,002$). Статистически значимые различия рассматриваемых показателей отсутствовали лишь между подгруппами пациентов с интравертным и деструктивным типами адаптации. Следует отметить, что соотношение всех вариантов стигмы при разных типах адаптации различно.

Учитывая данные литературы о том, что по мере динамических преобразований в структуре личности под влиянием как внешних (микросоциальное окружение) (Крупченко Д.А., 2015), так и внутренних факторов (прогредиентность заболевания), изменениям подвергаются и адаптационные механизмы пациентов (Семке А.В. и соавт., 2015), а так же полученные нами результаты мы отметили 4 основных динамических формы самостигматизации, в определенной мере сопряженными с вариантами социально-трудовой адаптации: стигма инициального периода, конвиктальная форма, обдуктивная форма и стигма резидуального периода.

1. Стигма инициального периода (лат. *initium* – начало, вступление). Формируется у пациентов во время первой госпитализации в психиатрический стационар. При данном динамическом варианте самостигматизации имеют место компенсированные уровни клинической и социальной адаптации. По мере течения заболевания, с учетом индивидуальных особенностей больных, их микросоциального окружения, стигма инициального периода может переходить в один из двух нижеследующих вариантов.

2. Конвиктальная форма (лат. *convictus* – совместная жизнь, постоянное общение). Указанный динамический вариант самостигматизации во многом определен сочетанием декомпенсированных уровней клинической адаптации и компенсированных уровней социальной адаптации. Наиболее выраженным в структуре конвиктальной формы из известных вариантов

стигмы, согласно количественной оценке по опроснику, является социореверсивный. Такие больные стремятся к пребыванию в обществе и поддержанию социальных контактов, при этом отрицая наличие психического расстройства.

3. Обдуктивная форма (лат. *obductus* – закрытый). Представляет собой прямопротивоположный феномен конвиктальной форме. Для него характерно сочетание компенсированных уровней клинической и декомпенсированных уровней социальной адаптации. Установлено преобладание аутопсихического и социореверсивного вариантов внутренней стигмы. Такие пациенты нередко скрывают свое беспокойство о факте наличия у них психического расстройства. Отмечена высокая данной формы связь с сохранными критическими способностями больных.

4. Стигма резидуального периода (лат. *residuus* – остающийся, уцелевший). Внутренняя стигма, являясь сопряженной с клинической картиной болезни, критическими способностями больных, со временем становится менее выраженной и во многом связана с негативной симптоматикой. Для нее характерно сочетание декомпенсированных уровней клинической и социальной адаптации. Выраженность критических способностей зависит от того, какой из двух динамических вариантов (конвиктальный или обдуктивный) самостигматизации пациент имел ранее.

Выводы. Полученные результаты исследования позволили установить неодинаковую выраженность ее форм при разных типах социально-трудовой адаптации, что, в свою очередь, послужило основой для формирования динамической классификации внутренней стигмы. Так, обозначенные четыре динамических варианта самостигматизации (стигма инициального периода, конвиктальная форма, обдуктивная форма и стигма резидуального периода) могут служить опорной точкой для разработки дифференцированных программ реабилитации пациентов с шизофренией.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ НА ПРИМЕРЕ РАБОТЫ ОСМП ТОКСОВСКОЙ МЕЖРАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

Викторов А.А., Задорожная О.В.

г. Санкт-Петербург

*Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова*

Актуальность. В последние годы в России наблюдается тенденция к росту количества вызовов скорой помощи, в том числе и к больным психиатрического профиля. На данный момент в Ленинградской области отделения скорой помощи не имеют специализированных бригад, в том числе отсутствуют психиатрические. Это заметно влияет на качество медицинской помощи, оказываемой больным психиатрического профиля, так как их заболевания сложны в дифференциальной диагностике и зачастую имеют тяжелое хроническое течение. Решение этой проблемы поспособствует заметному повышению эффективности работы бригад скорой помощи и приведет к повышению качества жизни больных.

Цели и задачи. Основными задачами данного исследования является определение эффективности работы линейных бригад по оказанию скорой медицинской помощи больным психиатрического профиля, определение основных причин, снижающих эффективность помощи.

Материалы и методы. Проведен анализ общей структуры вызовов, изучены 424 карт вызовов к психиатрическим больным Отделения скорой медицинской помощи Токсовской Межрайонной больницы за период с 1.10.18 – 31.12.18, «Отчет станции скорой медицинской помощи». Проведен опрос мнений сотрудников отделения скорой медицинской помощи.

В данной научной работе были применены следующие методы:

1. статистический (вычислены интенсивные и экстенсивные показатели)
2. наблюдения и опроса
3. эпидемиологический

По данным управления Федеральной службы государственной статистики по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области 2018 г. в зоне обслуживания за 2018 г. ОСМП ТМБ проживает 229359 человек.

За данный период на станцию поступило 10600 вызовов, которые были обслужены 10 линейными бригадами. Из них 3 являются врачебными, 7 – фельдшерских. Специализированных бригад нет.

По результатам статистического исследования: обеспеченность населения выездными бригадами составляет 1 бригада на 22 936 человек, при нормативе 1 бригада на 10 тысяч человек (МЗ РФ от 20.06.2013 № 388н). Это приводит к переработке сотрудников, увеличению времени доезда, снижения эффективности оказания медицинской помощи.

Среднее время прибытия = 18,9 минут, при норме в ЛО 20 минут.

Среднее время прибытия на вызовы, рассмотренные в исследовании – 35 минут.

Общее количество вызовов, квалифицированных как психиатрические – 4 % (424).

Обоснованные вызовы, квалифицированные как вызовы к психиатрическим больным составляют за данный период 86,3 (386 из 424).

Безрезультатные вызовы – 13,7 % (пациента не нашли, пациент сбежал и др.) – 58.

Безосновательность вызовов не рассматриваются в данном исследовании, так как диспетчером вызовы не классифицировались на психиатрические и не психиатрические. Данная классификация была проведена в ходе исследования.

Поводами для данных вызовов служат: неадекватное поведение больного, агрессия, суицидальное поведение. Чаще всего, в 68 % случаев бригады СМП были вызваны родственниками. Лишь в 1 % вызов поступал от самого пациента. 31 % – вызов был получен от соседей, друзей.

Анализ вызовов показал, что средний возраст больных с психиатрической патологией составляет 48,6. В 74,3 % контингент составляют мужчины.

75,2 % (из 424) составляют больные, чье состояние обусловлено приемом ПАВ.

Чаще всего это были пациенты с алкогольной абстиненцией с делириозной симптоматикой (45,7 % вызовов), на втором месте среди данных больных располагаются пациенты с алкогольными галлюцинозами (32,2 %).

Патологические состояния, связанные с употреблением наркотиков в совокупности составляют 22,1. Ввиду большого разнообразия наркотических веществ и сложности в дифференцировке, расчет для каждого отдельного наркотика не был проведен.

Такие пациенты чаще всего агрессивны, представляют опасность для себя, окружающих и сотрудников скорой помощи, им требуется немедленная госпитализация что приводит к необходимости вызывать в помощь бригаду полиции.

Несоответствие между средним временем прибытия бригады СМП и наряда полиции, является еще одной выявленной проблемой в ходе данного исследования. Это приводит к увеличению времени вызова, повышению опасности здоровью и жизни сотрудников скорой помощи.

Ввиду этой проблемы и отсутствия специализированных бригад, среди этих пациентов достаточно высок безрезультатных вызовов – 18,8 % (58 – 100 % от всех безрезультатных вызовов).

Из 261 вызовов госпитализацией закончились 247 (94,63 %).

Диагнозы бригад СМП и психиатров-наркологов в этой группе вызовов совпали на 93,41 %.

Следующая группа вызовов больные с шизофренией – 10,38 % (44 вызова).

Среди них лишь 22,7 % (10 вызовов – 6 пациентов) – впервые выявленные расстройства.

Остальные – 77,3 % (34 – 7) – вызовы к уже стоящим на учете.

Отсутствием квалифицированных психиатров в бригадах можно объяснить большое расхождение диагнозов в картах и диагнозов психиатра (всего 13,6 %). При чем одинаковые диагнозы были поставлены только людям уже стоящим на учете.

Госпитализированы были 15,9 % (7 человек – из них 1, стоящих на учете) все в психиатрические больницы.

Всего пациентов в данной категории 13 – такое расхождение между количеством больных и вызовов объясняется хроническим течением заболевания, отсутствия четких критериев госпитализации таких больных линейными бригадами, незнание работниками правил недобровольной госпитализации что приводит к повторным вызовам.

Суицидальные поступки составляют – 8 % от общего (34 вызова).

Успешных попыток суицида – 17 % (6).

Высокое количество суицидов не связано со временем прибытия, потому что для таких вызовов оно составляет 16,4 минуты.

Среди 28 незавершенных суицидальных попыток (83 %) – 10 (35,7 % от 28) были совершены 3 людьми с тяжелыми депрессивными расстройствами.

Госпитализировано в специализированные психиатрические больницы – 14,7 % (5 вызовов).

Такой низкий процент объясняется тяжестью состояния пациента и далеким расположением психиатрических больниц.

3,77 % составляют вызовы к больным с нарушением адаптации и реакции на стресс. 15 из 16 были выполнены на констатациях смерти. Все были оставлены на месте.

2,59 % составляют психозы неуточненной этиологии.

Госпитализированы – 58 % таких пациентов.

Выводы. В ходе исследования нами были выявлены следующие проблемы:

1. Недостаточное количество бригад скорой медицинской помощи;
2. Отсутствие специализированных психиатрических бригад;

3. Большая удаленность психиатрических больниц;
4. Недостаточная квалификация работников СМП в области психиатрии;
5. Недостаточная оснащенность машин для перевозки психиатрических больных;
6. Несоответствие времени доезда нарядов полиции и бригад скорой помощи.

Для решения данных проблем нами предложено:

- Проведение конференций по психиатрии для повышения квалификации работников СМП в этой области;
- Разработка специальных брошюр с алгоритмами диагностики психиатрических заболеваний и правилами недобровольной госпитализации;
- Выделить отдельную машину и оснастить ее специально для психиатрических вызовов;
- Повышение информированности работников полиции в сфере оказания психиатрической помощи с целью улучшения качества сотрудничества с работниками скорой медицинской помощи.

Мы считаем что данные методы могут значительно повысить качество помощи психиатрическим больным и улучшить качество их жизни.

КОРРЕКЦИЯ УРОВНЯ ТРЕВОГИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ И НАРКОТИКОВ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДОВ ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

Гавриченко А.А.

г. Москва

*Национальный научный центр наркологии –
филиал Национального медицинского исследовательского центра
психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского*

Актуальность. Терапия зависимостей является сложной комплексной задачей, включающей в себя медицинский, психологический, социальный аспекты. В реабилитационном процессе таких пациентов кроме медикаментозной терапии используется физиотерапия, лечебная физическая культура, а также различные виды психотерапии. В работе с пациентами, страдающими синдромом зависимости, важно учитывать трудность вербального

описания, рефлексии своего состояния зависимым, что требует разработки подходов, ориентированных на невербальную работу с клиентом, одним из которых является телесно-ориентированная терапия.

Согласно исследованиям Губаревой Л.И., Посохиной В.В. (Губарева Л.И., Посохина В.В., 2008) мужчины, страдающие алкоголизмом, имеют достоверно более высокий уровень тревоги. Также результаты показали, что преимущественное большинство мужчин, страдающих алкоголизмом, имеют высокий (49 %) или очень высокий (24 %) уровень тревожности, в то время как среди здоровых – мужчины с высоким уровнем тревожности составляют 26 %, а с очень высоким – 8 %. При этом у страдающих алкоголизмом регистрировали более высокие показатели по шкале лжи, свидетельствующие о некоторой демонстративности поведения и ориентированности обследуемых на социальное одобрение.

Прием психоактивных веществ (ПАВ), являющихся «модераторами настроения» (Эдвардс Д., 1975), нацелен на изменение психического состояния. Важнейшим мотивом такого изменения является стремление к «преодолению тоски, тревоги и чувства вины» (Stehelin E., 1967), облегчению фрустрации, т. е. подавленности и тревоги при появлении препятствий на пути желаний и намерений (Morris E., 1983).

У пациентов, страдающих зависимостью от ПАВ, преобладают когнитивные нарушения в сочетании с аффективными расстройствами и алекситимией, в сочетании со специфическим «органическим» изменением личности (Бушара Н.М., 2009; Менделевич В.Д., 2003).

В настоящее время, существуют данные о наличии широкого спектра расстройств высших психических функций (гнозиса, праксиса, памяти, речи, интеллекта, межполушарного взаимодействия) у потребителей ПАВ (Баулина М.Е., 2002; Ланда А.М., 1989).

Целью работы являлось исследование результатов коррекционной программы на группе пациентов с синдромом зависимости.

В соответствии с поставленной целью, были выделены задачи:

1. Оценить влияние коррекционных занятий на уровень тревоги участников программы;

2. Дать оценку эффективности программы коррекции тревожности.

Материалы и методы. В группу выборки вошли 15 пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью от 27 до 48 лет (12 мужчин и 3 женщины). Критерием отбора для участия в коррекционной программе являлось наличие субъективных жалоб на беспокойство, бессонницу, тревогу со стороны самого пациента, его родственников или лечащего врача, а также рекомендации от лечащего врача и врача лечебной физкультуры в соответствии с состоянием физического здоровья.

Диагностический комплекс представлен двумя методиками:

1. Шкала Гамильтона для оценки тревоги (The Hamilton Anxiety Rating Scale – HARS, 1959);
2. Шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory – STAI) в адаптации Ю.Л. Ханина (1978).

Результаты и обсуждение. Диагностика проводилась индивидуально с каждым пациентом. Первичная диагностика проводилась перед включением в коррекционную программу, повторная по завершении коррекционной программы. У всех пациентов по результатам диагностики был выявлен высокий уровень ситуативной и личностной тревожности.

Программа реализовывалась в в 2018 году в «Национальном научном центре наркологии», филиале ФГБУ «Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии В.П. Сербского».

Программа коррекции уровня тревоги состояла из 12 занятий продолжительностью 60 минут с частотой 2 раза в неделю и включала использование методов телесно-ориентированной терапии. Вводная часть каждого занятия состояла из обсуждения актуального эмоционального состояния пациентов на данный момент и их ожиданий, пожеланий относительно занятий. Далее проводилась разминка, состоящая из суставной гимнастики с элементами современного танца. Основная часть занятий представляла собой упражнения телесно-ориентированной терапии. Их длительность и порядок проведения корректировались в зависимости от динамики занятия и состояния участников. Занятия завершались комплексом упражнений, состоявших из растяжки и йоги, после которых проводилась медитация.

По завершении коррекционной программы с элементами телесно-ориентированной терапии был проведен повторная диагностика с использованием того же психодиагностического инструментария, которая выявила снижение уровня тревоги как по результатам методик, так и по субъективной оценке пациентов и их лечащих врачей. Результаты проведенных психодиагностических методик, а также полученной от пациентов обратной связи, позволяют сделать вывод о снижении уровня ситуативной тревоги. По шкале Гамильтона средние результаты по первичной диагностике составили 21,8 балла, результаты вторичной диагностики: 19,6 балла. По шкале тревоги Спилбергера средний результат по показателю личностной тревожности составил 37,2 балла до проведения коррекционной программы и 35,8 балла после. По показателю ситуативной тревожности средний балл по первичной диагностике равен 40,1, по вторичной – 35,5.

Выводы. Полученные результаты позволяют сделать вывод о снижении показателей уровня тревоги среди участников коррекционной программы. Таким образом, используемая программа занятий имеет практическую значимость и результативность.

ОСОБЕННОСТИ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У ЖЕНЩИН

Галкин С.А.

г. Томск

Томский национальный исследовательский медицинский центр

Актуальность. В настоящее время отмечается существенный рост распространенности аффективных расстройств как в России, так и за рубежом. По прогнозам ВОЗ, к 2020 году депрессия выйдет на первое место в мире среди всех заболеваний. При этом уже сегодня она является самым распространенным расстройством, которым страдают женщины (Grace Y. Lim et al., 2018). Согласно многочисленным исследованиям аффективные расстройства сопровождаются структурными и функциональными нарушениями головного мозга (Грехов Р.А., 2017). Однако, современные представления о нарушениях в работе нейросетей у пациентов с депрессивными расстройствами в большей мере основываются на данных об анатомических изменениях головного мозга. Аффективные расстройства могут рассматриваться как дезорганизация локальных и глобальных колебательных состояний (Fingelkurts A.A., 2006). Одним из самых доступных и информативных методов изучения биоэлектрических потенциалов мозга является электроэнцефалография (ЭЭГ). Кроме того, исследования, посвященные изучению особенностей ЭЭГ при депрессии, в основном, представлены на смешанных группах пациентов (как по полу, так и по диагнозу).

Цель и задачи Целью исследования было выявить особенности биопотенциалов головного мозга у женщин с аффективными расстройствами. Исходя из поставленной цели, были выдвинуты следующие задачи:

1. Провести запись и оценку ЭЭГ в покое с закрытыми и открытыми глазами у пациентов с аффективными расстройствами;
2. Рассчитать параметры спектральной мощности и межполушарной когерентности;
3. Сравнить полученные данные с контрольной группой.

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. У всех обследуемых лиц получено информированное согласие на проведение исследования.

Исследование проводилось на базе отделения клиники НИИ Психического здоровья (отделение аффективных состояний) Томского НИМЦ.

Было обследовано 25 пациентов женского пола (средний возраст составил 42 ± 10 лет) с диагнозом из раздела «Расстройства настроения» (F31.3 (n=10), F34.1 (n=15)). Критерия включения: верифицированный диагноз аффективного расстройства по МКБ-10, добровольное согласие пациента на участие в исследовании, возраст старше 18 лет, женский пол. Критерии исключения: наличие выраженных органических нарушений головного мозга, эпилепсия, прием ЛС, влияющих на функциональную активность головного мозга. В качестве группы контроля было обследовано 23 психически и соматически здоровых лиц женского пола (средний возраст 44 ± 13 лет).

Исследование электрической активности мозга проводилось с использованием 16-канального ЭЭГ «Неврополиграф». Электроды регистрировались монополярно по системе 10–20 %. Частоты среза фильтров верхних и нижних частот составляли 35 и 1,5 Гц. Процедура исследования включала в себя регистрацию фоновой ЭЭГ в условиях покоя с закрытыми (1 мин.) и открытыми глазами (1 мин.). На полученных ЭЭГ записях удалялись артефактные фрагменты. Сигналы обрабатывались с помощью быстрого преобразования Фурье, анализировались значения абсолютной спектральной мощности (мкВ^2) и параметры межполушарной когерентности для θ – (4–7 Гц), α – (8–13 Гц) и β – (14–35 Гц) ритмов.

Статистическая обработка данных выполнялась с помощью программы «STATISTICA 10». Результаты представлены в виде Median (Q1; Q3). Проверка согласия с нормальным законом распределения проводилась с помощью критерия Шапиро – Уилка. Полученные данные не подчинялись нормальному закону распределения. Использовался непараметрический U – критерий Манна – Уитни для оценки различий между двумя независимыми выборками (контроль vs. пациенты). Различия считались статистически значимыми при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В условиях регистрации ЭЭГ при закрытых глазах у пациентов в сравнении с группой контроля наблюдалось статистически значимое увеличение спектральной мощности только бета-ритма в левом лобном отведении (10,4 (6,7; 18,4) vs. 19,8 (12,7; 24,3); $p=0,026$) и центральных локусах слева (10,6 (7,3; 16,3) vs. 18 (11,6; 23,6); $p=0,023$) и справа (9,7 (7,2; 13,4) vs. 19,3 (10,4; 28,4); $p=0,02$). В условиях записи при открытых глазах статистически значимые различия также наблюдались только в бета-диапазоне в левом лобном (8,6 (5,4; 10,9) vs. 16,4 (9,9; 19,1); $p=0,015$) и центральных отведениях слева (6,4 (5,2; 9,3) vs. 11,4 (8,2; 17,4); $p=0,016$) и справа (6,7 (5,4; 8,1) vs. 13,9 (9,5; 21,7); $p=0,022$).

При анализе межполушарной когерентности у пациентов было выявлено статистически значимое снижение тета- (0,48 (0,39; 0,63) vs. 0,38 (0,25; 0,48); $p=0,043$) и альфа-ритма (0,5 (0,43; 0,64) vs. 0,37 (0,27; 0,49); $p=0,03$) во фронтальных отделах головного мозга при закрытых глазах.

При регистрации ЭЭГ с открытыми глазами получены статистически значимые различия тета-ритма во фронтальных (0,42 (0,21; 0,59) vs. 0,29 (0,14; 0,36); $p=0,022$), центральных (0,42 (0,33; 0,49) vs. 0,23 (0,12; 0,35); $p=0,035$) и теменных (0,48 (0,26; 0,51) vs. 0,19 (0,13; 0,3); $p=0,002$) отделах головного мозга, а также альфа-ритма в центральных локусах (0,31 (0,23; 0,45) vs. 0,19 (0,13; 0,28); $p=0,014$).

Согласно литературным данным, повышение спектральной мощности бета-ритма ЭЭГ характерно для лиц, находящихся в состоянии повышенной тревожности (Павленко В.Б., 2009; Kesebir S., 2018). В других исследованиях было показано, что отрицательные эмоциональные переживания сопровождаются депрессией альфа-ритма и нарастанием быстрых колебаний (Omata K., 2013; Fitzgerald P. et al., 2018). Вероятнее всего чрезмерная выраженность бета-активности у пациентов с аффективными расстройствами соотносится с их уровнем тревожности, а также постоянным переживанием негативных эмоций. Кроме того, уменьшение значений межполушарной когерентности (преимущественно в тета-диапазоне), указывает на «рассогласованность» в работе правого и левого полушарий головного мозга при депрессии. При этом ряд авторов связывают тета-ритм с уровнем эмоционального и мотивационного состояния (Лапин И.А., 2014).

Выводы. Таким образом, выявленные изменения в спектральной мощности ЭЭГ ритмов и нарушения межполушарной когерентности у пациентов с текущей депрессией, очевидно, отражают стабильные изменения нейроанатомических и биохимических взаимосвязей, которые лежат в основе патогенеза заболевания. Следует отметить, что полученные данные могут быть использованы для анализа механизмов развития аффективных расстройств в отношении лиц, которые входят в группы риска возникновения депрессии.

Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ №18-313-00147

ВЛИЯНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ ПРИ РЕМИССИИ РЕКУРРЕНТНОЙ ДЕПРЕССИИ

Гвоздецкий А.Н.

г. Санкт-Петербург

Санкт-Петербургский государственный университет

Актуальность. Несмотря на современные возможности терапии депрессии, у пациентов в состоянии ремиссии отмечается снижение социальной адаптации [Voort T.Y.G. van der et al., 2015], качества жизни

и трудоспособности [Kim J.M. et al., 2016]. Функциональное восстановление больных становится приоритетной задачей в порядке оказания помощи [Шмуклер А.Б., Мазо Г.Э., 2018]. Сохранность когнитивных функций рассматривается как один из факторов, влияющих на адаптационный потенциал больных депрессией в ремиссии [Hammer-Helmich L. et al., 2018]. Остаётся неясным, какие когниции и каким образом связаны со степенью функционального восстановления пациентов [Lam R.W. et al., 2014; McIntyre R.S., 2016; Ахапкин Р.В., Емелин К.Э., Александровский Ю.А., 2018].

Цель исследования: оценить влияние когниций на функциональный статус больных рекуррентной депрессией в фазе ремиссии.

Задачи исследования:

1. Дать клинико-функциональную характеристику пациентам в ремиссии при рекуррентной депрессии;
2. Оценить когнитивный статус пациентов;
3. Выявить соотношения когнитивного и функционального статусов пациентов.

Материал и методы. Проведено обследование 75 больных (21,3 % мужчин и 78,7 % женщин) с диагнозом F33.4 «Рекуррентная депрессия, фаза ремиссии» согласно критериям Международной классификации болезней 10-го пересмотра. Возраст пациентов составил $31,9 \pm 10,7$ года. Доля пациентов, не занятых трудовой или учебной деятельностью, составила 22,7 %.

Давность болезни достигала $9,3 \pm 7,3$ лет. Длительность депрессивных эпизодов была 3[2;4] месяцев. Количество депрессивных эпизодов, перенесённых пациентами, равнялось 4[2;6].

Возраст от 20 до 50 лет, обращение за помощью по поводу рекуррентной депрессии в прошлом и русский язык в качестве родного были критериями включения в исследование. Обострение хронических заболеваний, беременность, состояние опьянения являлись критериями исключения.

Исследование одобрено этическим комитетом СПбГУ (Протокол № 71 от 01.02.2017 г), пациенты подписывали информированное согласие.

Шкала Монтгомери-Асберг для оценки депрессии (MADRS) [Montgomery S., Asberg M., 1979] использовалась для определения типа ремиссии. Ремиссия считалась полной при итоговой оценке 10 и менее баллов, неполной – 11-18 баллов [Pintor L. et al., 2004; Zimmerman M., Posternak M.A., Chelminski I., 2004; Madhoo M. et al., 2014]. Когниции оценивались с помощью “Краткой батареи для оценки когнитивных функций при аффективных расстройствах” (BAC-A) [Янушко М.Г. и соавт., 2015]. 40 Т-баллов определены в качестве границы нормы. Социальная дезадаптация определялась с помощью шкалы оценки уровня инвалидности Всемирной Организации Здравоохранения (WHODAS 2.0) [Üstün T.B. et al., 2010].

Согласно критериям Международной классификации функционирования, нарушения считались умеренными при дезадаптации 25 % и более. Качество жизни изучалось с помощью краткой шкалы для оценки качества жизни (SF-36) [Maruish M.E., 2011]. 45 T-баллов были выбраны в качестве нижней границы нормы по рекомендации правообладателя [Maruish M.E., 2011].

Непрерывные переменные описывались средним и стандартным отклонением ($M \pm \sigma$), дискретные и упорядоченные – медианой, 1–3 квартилями ($Md[Q1;Q3]$). Доли сравнивались при помощи критерия хи-квадрат (χ^2). Межгрупповое сравнение и сравнение с нормативными значениями осуществлялось с помощью U-критерия Манна-Уитни. Функциональный статус пациентов оценивался по индексу восстановления [IsHak W.W. et al., 2017]. Для его вычисления использовалось Gifi-преобразование [Leeuw J. de, Mair P., 2009] показателей качества жизни (SF-36) и социальной дезадаптации (WHODAS 2.0). Индекс восстановления был зависимой переменной, когнитивные функции и фактор ремиссии были независимыми переменными. Для всех показателей строилась либо линейная регрессионная модель, либо её робастный вариант. При моделировании проверялась нулевая гипотеза равенства коэффициента регрессии нулю ($b(se)=0$). Нулевые гипотезы отклонялись при $p < 0,05$. Уровень значимости корректировался с помощью поправки Беньямини-Йекутили. Математическое моделирование осуществлялось на языке программирования R v3.5.2.

Результат и обсуждение. Уровень депрессии по MADRS равнялся $9,0[5,0;13,5]$ баллам. Доля пациентов в полной ремиссии составила 58,7 %. Пациентов со сниженным психологическим компонентом качества жизни было статистически значимо больше, чем пациентов со среднепопуляционными показателями (64 %, $\chi^2=5,3$, $p=0,021$), в то время как с его физической составляющей наблюдалась обратная ситуация (18,7 %, $\chi^2=28,2$, $p < 0,001$). Доля пациентов с лёгкими нарушениями социального функционирования сопоставима с долей пациентов, имеющих умеренные нарушения (46,7 %, $\chi^2=0,2$, $p=0,644$).

На основании полученных данных был вычислен индекс восстановления со средним баллом 50, стандартным отклонением 10, минимальным баллом 20,6, максимальным баллом 71,8. Показатель объясняет 66,4 % дисперсии, включает в себя показатель социальной дезадаптации (94,7 %), психологический (66,9 %) и физический (37,6 %) компоненты качества жизни, максимальный балл указывает на полное функциональное восстановление. По обследованной группе пациентов в целом полное функциональное восстановление не достигнуто ($U=0,0$, $p < 0,001$). При неполной ремиссии ($45,2 \pm 10,2$ балла) индекс восстановления статистически значимо ниже, чем при полной ($53,4 \pm 8,5$ балла, $U=4006,0$, $p < 0,001$).

Когнитивное функционирование пациентов снижено неравномерно. Так, от уровня нижней границы нормы не отличались рабочая память ($43,0 \pm 11,9$ Т-балла, $U=1787,0$, $p=0,304$), моторные навыки ($40,6 \pm 13,9$ Т-балла, $U=1464,0$, $p=1,000$), психомоторная скорость ($43,9 \pm 13,7$ Т-балла, $U=1905,0$, $p=0,073$) навыки планирования ($39,3 \pm 15,7$ Т-балла, $U=1498,0$, $p=1,000$), скорость чтения ($42,9 \pm 16,2$ Т-балла, $U=1730,0$, $p=0,530$), скорость восприятия цвета ($37,7 \pm 11,8$ Т-балла, $U=1228,0$, $p=1,000$), кратковременное ($42,4 \pm 15,1$ Т-балла, $U=1717,0$, $p=0,557$) удержание эмоциональной информации в памяти, показатели долговременной памяти (эмоциональная – $35,6 \pm 22,5$ Т-балла, $U=1367,0$, $p=1,000$, нейтральная – $42,8 \pm 17,0$ Т-балла, $U=1900,0$, $p=0,073$). Только два когнитивных показателя были ниже нормативных: скорость переработки нейтральной ($35,4 \pm 12,2$ Т-балла, $U=836,0$, $p=0,017$) и эмоциональной ($34,6 \pm 13,1$ Т-балла, $U=853,5$, $p=0,020$) информации. Показатели слухоречевой памяти ($49,5 \pm 10,2$ Т-балла, $U=2562,0$, $p<0,001$), беглости речи ($51,2 \pm 8,7$ Т-балла, $U=2733,5$, $p<0,001$), эмоционального ($49,0 \pm 12,3$ Т-балла, $U=2381,0$, $p<0,001$) и нейтрального ($50,3 \pm 11,5$ Т-балла, $U=2539,0$, $p<0,001$) научения, кратковременного удержания в памяти нейтральной информации ($50,5 \pm 11,6$ Т-балла, $U=2536,0$, $p<0,001$) превосходили границу нормы.

В ходе регрессионного анализа установлено, что при полной и неполной ремиссии психомоторная скорость ($b(se)=0,21(0,07)$, $p=0,002$), моторная ловкость ($b(se)=0,15(0,07)$, $p=0,032$) и скорость цветового восприятия ($b(se)=0,22(0,08)$, $p=0,007$) оказывают положительное влияние на величину индекса восстановления.

Выводы. Полученные результаты указывают на недостаточную степень функционального восстановления пациентов в ремиссии рекуррентной депрессии. Когнитивные функции снижены неравномерно, чаще отмечается «мягкий» характер снижения. Скорость когнитивных процессов является ключевой характеристикой, которая связана с функциональным состоянием пациентов наравне с резидуальной симптоматикой. Восстановление темпа когнитивных процессов позволит улучшить функциональное состояние пациентов в ремиссии.

ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ РУССКОЙ ВЕРСИИ НОВОЙ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ НЕГАТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ BNSS

Гладышев И.О., Мовина Л.Г., Папсуев О.О.

г. Москва

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии –
филиал Национального медицинского исследовательского центра
психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского*

Актуальность. Надежная и достоверная оценка негативной симптоматики является ключевым фактором для развития инновационных методик лечения и улучшения исходов шизофрении (Kirkpatrick et al. 2006; Blanchard et al. 2011; Rabinowitz et al. 2012; Marder et al. 2013). Тщательное рассмотрение данных методов и их независимая проверка может способствовать обширному внедрению шкал в клинические исследования и усовершенствованию методов определения и измерения как первичной, так и вторичной негативной симптоматики. Одним из новых инструментов для оценки негативных симптомов при шизофрении является шкала BNSS (Kirkpatrick et al. 2011; Kring et al. 2013; Kirkpatrick 2014). В настоящем исследовании приводятся результаты, отражающие ее психометрические свойства для русскоязычной выборки в сопоставлении со шкалой PANSS и шкалой AES.

Цели и задачи. Исследование направлено на изучение валидности Краткой шкалы оценки негативных симптомов (BNSS) у пациентов с расстройствами шизофренического спектра, возможностей дифференциации первичной и вторичной негативной симптоматики и взаимосвязи результатов с функциональным исходом заболевания. Изучались корреляции между результатами по шкале BNSS и результатами по стандартизированным методам оценки психопатологических состояний: шкалы оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS), шкале депрессии Калгари у больных шизофренией (CDSS), шкале оценки личностного и социального функционирования (PSP) и двум версиям шкалы оценки апатии, AES-C и AES-S.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе медико-реабилитационного отделения Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. К исследованию были привлечены 23 пациента с диагнозом шизофрении или расстройства шизофренического спектра в соответствии с критериями МКБ-10, средний возраст составил $32,0 \pm 10,0$ лет, мужчин – 13 чел. (56,5 %), длительность заболевания – $12,0 \pm 8,7$ лет. Все участники дали письменное информированное согласие на участие в исследовании.

Каждый привлеченный пациент был обследован с применением методик BNSS, AES, PANSS, CDSS, PSP. Пациенты на момент обследования находились вне острой фазы заболевания (средний балл по шкалы PANSS составил $60 \pm 13,9$), не имели выраженной аффективной патологии или значительного когнитивного дефицита, что подтверждалось результатами шкалы CDSS и шкалы краткой оценки когнитивных функций у пациентов с шизофренией (BACS), соблюдали постоянный прием психофармакотерапии в стабильных дозах. Критериями исключения были: а) неспособность дать информированное согласие, б) алкогольная или наркотическая зависимость/пагубное употребление за последние шесть месяцев.

Демографические показатели: возраст, пол, раса, образование (количество лет обучения), образование родителей (количество лет обучения), а также клинические данные, такие как наследственная отягощенность, длительность заболевания, количество госпитализаций, вид и дозировка антипсихотических препаратов и сопутствующих лекарств были собраны в каждом отдельном случае.

Для сопоставления результатов должным образом использовался корреляционный анализ для непараметрических выборок по Спирмену. Программным обеспечением, используемым для статистической обработки, является Statistica 10.0 for Windows.

Краткая шкала оценки негативных симптомов (BNSS)

В шкале BNSS имеется 13 пунктов, сгруппированных по шести субшкалам: ангедония, переживание дистресса, социальная отгороженность, волевые нарушения, притупленный аффект, алогия (Kirkpatrick et al. 2011; Mucci et al. 2015). Шкала включает в себя руководство, оценочный лист и методическое пособие. В руководстве дается определение терминам, используемым в шкале, предоставляются образцы по каждому пункту и дается инструкция для полуструктурированного интервью, в том числе рекомендуемые вопросы. В методическом пособии поясняются рекомендуемые вопросы и образцы, оно предоставляет референсные данные для клинициста во время проведения обследования.

По всем пунктам шести субшкал наиболее высокие баллы соответствуют наибольшим нарушениям/проявлениям симптомов, за исключением пункта переживания дистресса, по которому наиболее высокий балл соответствует отсутствию отрицательных эмоций. Общий балл по шкале подсчитывается путем суммирования 13 отдельных пунктов; баллы по субшкалам подсчитываются путем суммирования отдельных пунктов в рамках каждой субшкалы. Шкала переживания дистресса имеет лишь один пункт, который определяет степень отсутствия переживания дистресса, но в остальном эта субшкала обрабатывается аналогичным образом. По шкале BNSS возможно набрать от 0 до 78 баллов.

Русскоязычная версия BNSS была разработана при помощи метода реверсивного перевода. Переведенная сотрудниками Московского НИИ психиатрии версия была вновь переведена на английский носителем того языка, на котором шкала была разработана. Реверсивно переведенная версия была проанализирована и одобрена авторами шкалы (Brian Kirkpatrick и Gregory Strauss).

Результаты и обсуждение. Были обнаружены достоверные ($p < 0,01$, $p < 0,05$) умеренные ($0,45 \leq r_s \leq 0,5$), средние ($0,5 \leq r_s \leq 0,7$) и сильные ($0,7 \leq r_s \leq 0,89$) корреляции по всем доменам негативного симптомокомплекса, в частности положительные корреляции с общим баллом по негативной субшкале PANSS, общим баллом по двум версиям шкалы AES и отрицательная корреляция с общим баллом по шкале личного и социального функционирования. При этом достоверная корреляция пункта G16 «активный социальный уход» отмечена лишь с показателем выраженности стереотипов поведения при социальной отгороженности, но не с оценкой внутренних переживаний при нарушениях в данном домене; не было обнаружено взаимосвязи с проявлениями депрессии (пункт G6 «депрессия» шкалы PANSS и сумма баллов шкалы CDSS), за исключением связи с оценкой наблюдаемых форм и моделей волевых нарушений (но не внутренних переживаний) и частоты проявления ангедонии. Слабая взаимосвязь с показателем принимаемой лекарственной терапии выявлена в отношении оценки эмоциональной выразительности речи и жестикуляции ($0,45$ и $0,42$ соответственно, $p = 0,03$). Кроме того, обнаруженная отрицательная корреляция показателей недостаточности переживания дистресса и выраженности депрессии по шкале CDSS дает возможность использовать этот признак для дифференциации первичных и вторичных негативных симптомов у пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

Выводы. Русская версия BNSS обладает надлежащей чувствительностью и адекватно отражает все 5 доменов негативного симптомокомплекса шизофрении и расстройств шизофренического спектра. Учитывая отсутствие корреляционных связей с пунктами, отражающими продуктивную симптоматику, в частности, пунктом G16, можно говорить, что данные проявления не искажали картину исследуемых негативных расстройств. Отсутствие связей при оценке внутренних переживаний при волевых нарушениях с пунктами, отражающими депрессивную симптоматику, позволяет дифференцировать первичную и вторичную негативную симптоматику. Прослеживается взаимосвязь лекарственной нагрузки с оценкой выразительности речи и жестикуляции, что говорит о том, что влияние лекарственной терапии сложно исключить и требуются дополнительные методы обследования для контроля этих факторов.

ПРИМЕНЕНИЕ ДУХОВНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Глазкова Т.Н.

г. Тамбов

Тамбовская психиатрическая клиническая больница

Актуальность проекта: в настоящее время исследования по применению метода духовно-ориентированной психотерапии в условиях принудительного лечения практически отсутствуют, поэтому, разработка и применение новых методов психотерапевтической работы с пациентами, находящимися на принудительном лечении является важной научно-практической проблемой.

Цель проекта – доказать эффективность применения метода духовно-ориентированной психотерапии в условиях принудительного стационарного лечения.

Задачи проекта:

1. Улучшить качество оказания медицинской помощи больным, находящимся на принудительном лечении.
2. Исследовать эффективность введения в реабилитационную программу помощи больным находящимся на принудительном лечении, духовно-ориентированной психотерапии, через взаимодействие со священнослужителями.
3. Выявить объективные критерии предполагаемых сроков различных видов ПЛ (как следствие определение критериев изменения вида принудительного лечения: принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа (ПЛПССТ) на принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях общего типа (ПЛПСОТ), ПЛПССТ на принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в амбулаторных условиях (АПНЛ) и АПНЛ на ПЛПССТ.
4. Проанализировать результаты изменения агрессии в процессе проведения духовно-ориентированной психотерапии у пациентов мужского пола, находящихся на ПЛПССТ, а также пациентов выписанных на АПНЛ.

Этапы реализации проекта: начало 2010 г. – по настоящее время.

Принципы организации и проведения проекта: в январе 2008 года на базе районированного мужского отделения ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница» г. Тамбова, было открыто отделение

принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа (ПЛПССТ) на 50 коек. Основными критериями для изменения или прекращения принудительного лечения являются улучшение и стабилизация психического (и духовного) состояния пациента, и, как следствие, снижение его социальной опасности (купирование внешней и внутренней агрессии на фоне формирования и стабилизации социально-приемлемого стереотипа поведения индивида). На медицинском совете больницы было принято решение и разработан стандарт индивидуальной программы психосоциальной реабилитации (ИПР), с учетом существующих требований. Разработанный стандарт явился сочетанием медикаментозного лечения и психосоциальной реабилитации. Однако, сложившаяся схема реабилитации, не в полном объеме затрагивала духовно-нравственную составляющую.

Мы предложили тройное начало и тройное направление при проведении психосоциальных воздействий в процессе принудительного лечения: физическое – психологическое – духовное.

Материалы и методы исследования: базой опытно-экспериментального исследования были 48 пациентов, выписанные на АПНЛ из отделения № 5 (мужское) принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница», за период 2010 – 2015 годы.

Выборочным методом в исследовании приняли участия 48 человек в возрасте от 25 до 49 лет, переведенные за период с 2010–2015 гг. на АПНЛ.

У 32 (67 %) пациентов ведущий синдром агрессии психопатоподобный, механизм агрессии негативно-личностный; у 16 (33 %) пациентов ведущий синдром агрессии параноидный, механизм агрессии продуктивно-психотический.

Анализируя факторы, приведшие к агрессии данных пациентов при поступлении на ПЛ, у пациентов, с психопатоподобным синдромом агрессии можно выделить: субъективные факторы – субъективная агрессия составила 11,3 %, объективная агрессия 15,3 %, психологический дискомфорт 56 %, асоциальные установки 95 % (духовно-нравственная составляющая), адаптация на криминальном уровне 94 % и объективные факторы – социальные дисфункции 65 %, дефицитарная симптоматика 75,5 %, снижение критики 85 %.

Полученные результаты и эффективность:

Анализируя полученные данные, можно сделать вывод, что при негативно-личностном механизме агрессии субъективные факторы, в частности, духовно-нравственная составляющая, являются основными в развитии внутренней агрессии. А при продуктивно-психотическом механизме агрессии преобладают объективные факторы, являющиеся катализаторами

обострения заболевания, приводящие к грубой внешней агрессии, и, как результат – тяжкие и особо тяжкие ООД.

Изучая катамнез 48-ми пациентов, переведенных с ПЛПССТ на АПНЛ за период 2010–2015гг. – 13 из них были возвращены в ПССТ. Из них: три человека с негативно-личностным механизмом агрессии (психопатоподобный синдром агрессии), совершили ООД после отмены АПНЛ: в состоянии алкогольного опьянения (духовно-нравственная составляющая) без утяжеления характера деликта. Один пациент первое ООД совершил по продуктивно-психотическому механизму (на фоне употребления ПАВ), АПНЛ отменили, он стал алкоголизироваться (духовно-нравственная составляющая), совершил повторное ООД, с утяжелением характера деликта. Пять пациентов были возвращены за несоблюдение режима АПНЛ (духовно-нравственная составляющая). Четыре пациента совершили повторное ООД во время нахождения их на АПНЛ.

Для выполнения исследования были отобраны 23 пациента, из числа находившихся на принудительном стационарном лечении. В исследуемой группе 56,5 % пациентов имели диагноз шизофрения, 4,3 % – шизотипическое расстройство, 4,3 % – хроническое бредовое расстройство, у 34,9 % пациентов диагностированы смешанные и другие расстройства личности. Большинство участников группы (16 человек (69,56 %)) совершили насильственные общественно опасные действия. Повторно совершали правонарушения 8 человек (34,7 %), впервые – 15 человек (65,3 %).

Психодинамическая группа закрытого типа с духовно-ориентированной направленностью проводилась 2 раза в неделю. Продолжительность каждой сессии не превышала 90 минут, а общее число сессий -15. Группы были гетерогенны по нозологической принадлежности, численностью 11 человек и 12 человек (2 группы). Ведущими были врач-психотерапевт, медицинский психолог, священнослужитель.

Для объективации результатов исследования использовались шкала самооценки личностной тревожности Спилбергера-Ханина и субшкалы теста смысловых жизненных ориентаций (Леонтьев Д.А.), которые были проведены до и после занятий.

Обработка данных проводилась в программе SPSS for Windows 7.0.

По результатам исследования, у 18 (78,2 %) участников групповой психотерапии изначально отмечалось искаженное представление о прохождении принудительного лечения, что данные пациенты считали себя в «тюрьме», где отбывают срок за общественно опасные действия. В процессе дискуссии участникам предлагалось размыслить над кризисными ситуациями, ответив на вопросы: Что хорошо? Как можно использовать то, что есть? Каким ты должен стать? Что нужно предпринять, чтобы ситуация разрешилась? и др. В результате, за счет уменьшения фиксации на негативном

опыте и размышлении о смысле жизни, у пациентов происходило изменение направленности локуса контроля в их личностной организации.

Исследование показало, что до и после применения метода духовно-ориентированной психотерапии отмечается положительная тенденция в сторону увеличения субшкал – «Я» ($19,78 \pm 1,54$ и $27,11 \pm 1,58$) и «Жизнь» ($22,11 \pm 1,43$ и $29,16 \pm 1,51$) и личностной тревожности ($43,18 \pm 1,53$ и $33,87 \pm 1,13$). В связи с чем у пациентов появилась возможность увидеть сильные стороны своей личности, и принять новую модель поведения.

Проведенное исследование показало, что применение метода духовно-ориентированной психотерапии с больными, находящимися на принудительном лечении, помогает уменьшить личностную тревожность, сфокусироваться на позитивных и жизнеутверждающих установках личности, найти способы реализации планов в процессе социализации, узнать и осознать причины своего поведения в аспекте их решения, а также снизить вероятность повторного совершения общественно опасного действия.

СВЯЗЬ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ, КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ И КЛИНИЧЕСКОЙ ВЫРАЖЕННОСТИ АКАТИЗИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ АНТИПСИХОТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ

Гончарова А.А.

г. Томск

Томский национальный исследовательский медицинский центр

Актуальность. Несмотря на появление новых нейролептических препаратов, антипсихотик-индуцированные двигательные нарушения, включая акатизию, по-прежнему часто регистрируются у больных шизофренией (Yoshimura B. et al., 2018; Martino D. et al., 2018). Акатизия представлена сложным клиническим феноменом, проявляющимся субъективным и объективным компонентами (Lohr J.B. et al., 2015). Субъективный компонент представлен чувством внутреннего беспокойства, тревоги, невозможностью длительно находиться в одной позе, что связано с утомлением и бессонницей, а также формированием суицидальных мыслей и намерений. Объективный компонент характеризуется топтанием на месте, покачиванием ногами, частой сменой ног, хождением в плоть до бега. Каждый из них оказывает влияние не только на поведенческие паттерны пациента, такие как гетеро- и аутоагрессию, но и способен модифицировать и утяжелять клинику

и течение шизофрении (Leong G.B., Silva J.A., 2003; Hansen L. et al., 2004; Seemiiller F. et al., 2012; Berna F. et al., 2015). Вместе с тем, выраженность самой акатизии не учитывалась в подобных исследованиях. В клинической практике отмечено, что пациенты стараются скрыть свои переживания, опасаясь, что врач расценит их как ухудшение основного заболевания, что ограничивает полноценное участие больного в комплексе реабилитационных мероприятий и снижает приверженность к лечению (Phan S.V. et al., 2016).

Цель и задачи. Цель – выявление связи между клинической выраженностью акатизии с социо-демографическими и клинико-динамическими показателями. В соответствии с поставленной целью были определены следующие задачи: определить клиническую выраженность акатизии; установить связь выраженности лекарственно-индуцированной акатизии у больных шизофренией с их социо-демографическими и клинико-динамическими показателями; сравнить выраженность акатизии у больных шизофренией, получающих галоперидол и рисперидон.

Материалы и методы. Исследование было проведено на базе второго клинического психиатрического отделения Научно-исследовательского института психического здоровья Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук». При проведении исследования были соблюдены принципы информированного согласия Хельсинской Декларации Всемирной Медицинской Ассоциации. Основными критериями включения для пациентов являлся верифицированный диагноз шизофрении по МКБ-10 и прием антипсихотических препаратов. Сплошным методом обследовано 190 больных шизофренией (104 мужчины и 86 женщин) в возрасте $42,2 \pm 11,6$ лет, с длительностью заболевания $14,7 \pm 10,6$. Пациенты преимущественно получали галоперидол – 88 (46,3 %), в эквивалентной дозе хлорпромазина (CPZeq) $252,5 \pm 84,7$ мг/сут, рисперидон – 67 (35,2 %), $289,7 \pm 75,4$ мг/сут (CPZeq). Информация по обследованным пациентам вносилась в «Базисную карту формализованных социально-демографических и клинико-динамических признаков для больных шизофренией» (Корнетова Е.Г., 2016). Ведущая клинико-психопатологическая симптоматика помимо клинического интервью и динамика симптомов в процессе антипсихотической терапии оценивалась с помощью Шкалы позитивных и негативных синдромов в адаптированной русской версии – SCI-PANSS (Kay S.R. et al., 1987; Мосолов С.Н., 2001). Клиническая оценка акатизии была выполнена с помощью валидизированной и стандартизированной Шкалы акатизии Барнса (BARS) (Barnes T.R., 1989). Последний пункт шкалы был использован для проведения клинической оценки акатизии, демонстрирующий ее выраженность от незначительной до сильно выраженной, в соответствии

с чем, все пациенты с выявленной акатизией – 81 (42,6 %), были разделены на группы: с незначительно выраженной акатизией – 34 (42,0 %), умеренно выраженной – 26 (32,0 %) и значительно выраженной – 21 (26,0 %). Статистический анализ выполнен с использованием пакета программ Statistica for Windows (V. 12.0) (разработчик – StatSoft.Inc). Для сравнения трех независимых выборок использовался критерий Краскела-Уоллиса, являющийся непараметрической альтернативой однофакторного дисперсионного анализа. Критерий Краскела-Уоллиса вычислялся после ранжирования всех элементов анализируемых совокупностей, где был установлен новый критический уровень $p < 0,017$. В случае обнаружения статистически значимых различий между группами дополнительно проводилось парное сравнение совокупностей при помощи апостериорного критерия Данна. Для сопоставления наблюдений применялся критерий χ^2 Пирсона. За уровень значимости принимали $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. У больных шизофренией с незначительно выраженной акатизией статистически значимо балл по субшкале негативных симптомов был выше – 27 (25; 28) в отличие от пациентов с умеренно выраженной акатизией – 23 (19; 28) ($p = 0,01$), но различия не были установлены с группой со значительно выраженной акатизией по данной субшкале – 26 (22; 27) ($p = 0,06$). Полученные результаты скорее говорят о связи нарастания негативной симптоматики у больных шизофренией с более легкими проявлениями акатизии. В ряде исследований развитие акатизии связывалось с нарастанием негативной симптоматики у больных шизофренией (Berna F. et al., 2015), а также некоторыми показателями по субшкале общей психопатологической симптоматики PANSS (Горгун О.В., 2018). Однако в подобных исследованиях не учитывались клиническая выраженность самой акатизии и ее влияние на клинико-динамические особенности течения шизофрении. Такие показатели как возраст на момент обследования ($p = 0,083$), пол ($p = 0,091$), возраст манифестации основного заболевания ($p = 0,27$), длительность заболевания ($p = 0,31$), длительность принимаемой базисной терапии ($p = 0,74$) были примерно одинаковыми в изучаемых группах. Можно предположить, что данные социо-демографические, динамические показатели не оказывают влияние на выраженность проявлений акатизии. Несмотря на имеющиеся данные о более частом возникновении акатизии при использовании галоперидола по сравнению с другими препаратами (Juncal-Ruiz M. et al., 2017) и влиянии более высоких доз антипсихотиков на развитие акатизии (Opjordsmoen S. et al., 2009; Poyurovsky M., 2010), в отношении возможной связи клинической выраженности акатизии и принимаемой базисной антипсихотической терапии статистически значимые различия не были установлены как при приеме галоперидола ($p = 0,74$), так и рисперидона ($p = 0,17$) в эквивалентных дозах хлорпромазина.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что вероятно, социально-демографические и клинико-динамические факторы не играют как защитной роли, так и не вносят существенный вклад в клиническую выраженность акатизии. С учетом того, что у пациентов с незначительно выраженной акатизией значимо преобладала негативная симптоматика можно предположить, что тяжесть негативной симптоматики с нарастанием выраженности акатизии возможно не связана, хотя ятрогенный фактор в генезе вторичных негативных нарушений является общеизвестным фактом. Скорее всего речь должна идти не о влиянии на их тяжесть, а о механизмах развития. Выраженность акатизии у больных шизофренией, получающих галоперидол и рисперидон оказалась сопоставимой, что подчеркивает неоднозначность преимуществ последнего в плане безопасности перед конвенциональными антипсихотиками.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С АЛЕКСИТИМИЕЙ В КВАРТИЛЯХ СКОРОСТЕЙ NA⁺/LI⁺-ПРОТИВОТРАНСПОРТА В МЕМБРАНЕ ЭРИТРОЦИТА

Григорьева К.А.

г. Казань

Казанская государственная медицинская академия

Актуальность. В последние годы возрос интерес исследователей к изучению состояния психики при сердечно-сосудистых заболеваниях (ССЗ). При этом недостаточно внимания уделяется роли эмоциональных, поведенческих и личностных факторов в патогенезе кардиальной патологии, в частности хронической сердечной недостаточности (ХСН). Общеизвестно, что психическая сфера человека и его система кровообращения первыми реагируют на стрессовые ситуации. Именно их функциональное состояние и резервные возможности обеспечивают быструю адаптацию человека к экстремальным условиям – с одной стороны и лимитируют долговременную адаптацию при хроническом стрессе – с другой. Сердечно-сосудистые заболевания прочно занимают первое место в структуре смертности и инвалидности как в нашей стране, так и за рубежом. Наличие аффективных расстройств не только усугубляет симптоматику и ухудшает функциональный статус пациента, но повышает риск инвалидности и летального исхода ССЗ.

Психосоматические соотношения традиционно рассматриваются в пределах двух патогенетических возможностей: либо в качестве факторов, повышающих риск развития кардиальной патологии, либо следующих за ней и отражающих степень, тяжесть цереброкардиоваскулярной дисфункции. Более того, психическая predisпозиция к соматизации стрессовых ситуаций становится сегодня ведущим механизмом патоморфоза (видоизменения) кардиоваскулярной патологии. Хорошо известно, что люди, находящиеся в стрессовой ситуации, страдающие депрессией или выражающие определенные черты личности отличаются от других в отношении к своему здоровью. Таким образом, понимание психосоциальных факторов риска может иметь большее влияние на здоровье населения, если сосредоточиться на изменении образа жизни людей, подвергшихся воздействию стресса, которые демонстрируют определенные черты характера и страдают депрессией. Изменение транспортных функций мембран для наиболее значимых в жизнедеятельности клеток ионов выявлено при многих патологических состояниях и используется для ранней диагностики и прогнозирования заболеваний. Проведены исследования, в которых рассматривалась связь кардиоваскулярной патологии с величинами скорости Na^+/Li^+ -противотранспорта (ПТ).

Цель и задачи. Анализ величин скорости Na^+/Li^+ -противотранспорта (ПТ) в мембране эритроцита у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и алекситимией в ассоциации с психосоциальным статусом.

Материал и методы. В исследование вошли 40 пациентов с ХСН и алекситимией обоего пола старше 60 лет. В основе ХСН в 92 % случаев была артериальная гипертензия (АГ), в 82 % – ишемическая болезнь сердца (ИБС) и ее сочетание с АГ. Для определения Na^+/Li^+ -ПТ в мембране эритроцита был использован метод М. Canessa. Оценивались: качество жизни (КЖ) – Миннесотским опросником, когнитивные нарушения (КН) – по MMSE, алекситимия – по Торонтской шкале, тревога и депрессия – по госпитальной шкале тревоги и депрессии, стрессоустойчивость – перцептивной оценкой типа стрессоустойчивости и, совладающее со стрессом поведение, – по тесту копинг-поведения Т.А. Крюковой.

Результаты и обсуждение. При анализе величин скорости Na^+/Li^+ -ПТ в 45 % прослеживались диапазоны IV квартиля, в 27,5 % – II и III квартилей. Распределение сочетания АГ и ИБС по квартилям: IV – 78 % случаев, II – 64 %, III – 100 %. Артериальная гипертензия без ИБС у больных III квартиля не определялась, во II и IV квартилях – 18 % и 22 % случаев. Анализ дисперсии функционального класса (ФК) ХСН в квартилях скорости Na^+/Li^+ -ПТ показал наличие IV ФК во II квартиле, III ФК – в основном в III и IV квартилях, больные II ФК были распределены по квартилям равномерно. Качество жизни было выше во II квартиле (44,5 баллов),

в III и IV квартилях – 38 и 38,5 баллов соответственно. Пациенты с умеренными значениями скорости Na⁺/Li⁺-ПТ не имели когнитивных нарушений, в 43 % и 35 % встречались субклинически выраженные тревога и депрессия. Больше половины больных были склонны к типу А, копинг-поведение было направлено на преодоление стресса. Пациенты III квартиля в 18 % случаев имели легкие КН, тревога и депрессия встречались с одинаковой частотой (75 %), к типу А относились 20 % пациентов, половина из которых проявляли стрессоустойчивость. Совладающее со стрессом поведение было направлено на поддержание эмоционального равновесия и психические реакции по типу «ухода в болезнь». Пациенты с высокими величинами скорости Na⁺/Li⁺-ПТ в основном принадлежали к типу А, у половины была клинически выраженная тревога, 45 % страдали депрессией, чаще наблюдались КН и уход от стрессовой ситуации и переживаний («уход от болезни»). Выводы. Реализация принципов биопсихосоциального подхода и величина скорости Na⁺/Li⁺-ПТ могут применяться как диагностические критерии построения дифференцированной схемы реабилитации больных хронической сердечной недостаточностью и алекситимией. А так же, для ориентирования больного на продуктивную социальную жизнь, адаптацию в обществе необходима коррекция психического состояния, эмоционального реагирования, и создание адекватных установок совладания со стрессовой ситуацией в условиях болезни.

АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ НА ЭТАПЕ СТАНОВЛЕНИЯ РЕМИССИИ У ПАЦИЕНТОВ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Дзюрич Ж.В.

г. Пенза

Областная психиатрическая больница имени К.Р. Евграфова

Изложенные в статье результаты являются промежуточными, исследование в настоящее время продолжается.

Цель: целью исследования явилось изучение аффективных нарушений у пациентов, страдающих параноидной шизофренией, на этапе становления ремиссии.

Актуальность. Депрессивные расстройства у больных шизофренией – значимая клиническая проблема. Симптомы депрессии при шизофрении часто упускаются из виду или неправильно диагностируются. Ввиду чего данная симптоматика остается без терапии, что может привести к усугублению

депрессивной симптоматики с развитием суицидальных мыслей. Кроме того, депрессия ухудшает качество жизни пациентов на этапе ремиссии, что увеличивает риск рецидива психотических расстройств. Ввиду этого, изучение аффективных расстройств и коррекция данных расстройств у пациентов параноидной шизофренией является одним из значимых этапов лечебно-реабилитационного процесса.

Материалы и методы. В стационарных условиях обследовано 19 пациентов (средний возраст 35 лет) с диагнозом «параноидная шизофрения». Все пациенты были госпитализированы в стационар с психотическим состоянием, отвечающим критериям параноидной шизофрении, эпизодический тип течения. Пациенты разбиты на две группы. В первой группе 9 пациентов, приступ развился во второй (3 пациента) и третий (6 пациентов) раз. Во второй группе пациенты с длительностью течения заболевания от 5 до 15 лет. Все пациенты ранее не получали терапию антидепрессантами. После купирования психотической симптоматики проводилось дополнительное обследование. Использовались клиничко-психопатологический метод и ряд психометрических шкал: Калгари, Бека, Гамильтона. Проводился ретроспективный анализ клинической картины на этапе становления ремиссии, применялись методы клинической беседы, изучение архивной медицинской документации. Проводилось исследование выраженности негативной симптоматики по шкале PANSS.

Результаты исследования. у 4 пациентов из первой группы выявлены признаки депрессивного состояния, соответствующее критериям депрессивного эпизода средней степени тяжести. У двоих пациентов выявлены признаки легкой депрессии. При ретроспективном анализе у 7 пациентов были выявлены признаки депрессивного состояния, степень которого оценивалась, как депрессивный эпизод легкой и средней степени тяжести (5 пациентов) и тяжелая депрессия (2 пациента) с наличием суицидальных мыслей. Суицидальные мысли в структуре депрессивных расстройств носили истинный характер. По анализу медицинской документации известно, что данная симптоматика расценивалась в рамках формирования эмоционально-волевой дефицитарности, пациенты продолжали получать терапию нейролептиками без включения в схему лечения антидепрессантов. Качество ремиссии пациентами субъективно оценивалось, как недостаточно удовлетворительное. При текущей госпитализации пациентам при выявлении депрессивной симптоматики назначалась антидепрессивная терапия. При наблюдении в течение четырех недель депрессивная симптоматика редуцировалась на фоне терапии. При проведении тестовых методик отмечалось состояние без депрессии. Субъективная оценка своего состояния пациентами определялась, как «хорошее». При проведении сравнительного анализа отмечено, что выраженность «негативной симптоматики»

у пациентов первой группы уменьшилась после проведенной терапии антидепрессантами. Возросла также комплаентность и приверженность пациента лечению.

У пациентов второй группы при проведении дополнительного обследования не выявлено клинически значимых аффективных нарушений. Выраженность негативной симптоматики варьирует от умеренной до выраженной.

При проведении обследования отмечено, что формирование дефицитарных расстройств приводит к значительному снижению риска развития депрессивных расстройств у пациентов параноидной шизофренией на этапе формирования ремиссии. Кроме того, развитию депрессии на этапе становления ремиссии сопутствуют высокий уровень интеллекта в преморбиде и сохранность у пациента критики к заболеванию.

Выводы. Исследование пациентов по шкалам подтвердило наличие депрессии у пациентов при первых психотических эпизодах на этапе становления ремиссии, у 90 % состояние соответствовало критериям депрессивного эпизода легкой и средней степени тяжести. При формировании дефицитарной симптоматики риск развития депрессивных расстройств уменьшается. Наличие суицидальных мыслей и намерений в структуре депрессивных переживаний увеличивают риск суицидальных действий. Депрессия при отсутствии соответствующей терапии увеличивает тяжесть негативных расстройств, ухудшает качество жизни пациентов и снижает приверженность лечению. При проведении лечебных мероприятий пациентам с диагнозом «параноидная шизофрения» необходимо учитывать возможность развития депрессивных расстройств, при необходимости включая в схему лечения антидепрессанты.

ОСОБЕННОСТИ ПРАКТИКИ ПРИМЕНЕНИЯ ЭСТ В УСЛОВИЯХ БУ РПБ

Диверинский А.М., Иванов В.Н.

г. Чебоксары

Республиканская психиатрическая больница

Актуальность. Использование электросудорожной терапии (ЭСТ) отличается как в разных странах, так и в различных регионах одного государства (Golenkov A., Ungvari G.S., Gazdag G., 2010). Этому способствуют как отсутствие единого национального протокола, четко регулирующего все аспекты применения ЭСТ, доступность данного вида помощи для населения, так и негативное отношение к ЭСТ медицинских работников

и населения в целом (Димитриева В.В. 1 Краснова К.И. 1 Никитин Л.Н., 2018). Также вызывают вопросы относительно эффективности применения данного метода, который варьирует от 30 % до 70 % (Surgeon General, 1999, Prudic J, Olfson M, Marcus SC, Fuller RB, Sackeim HA, 2004, Tew JD Jr, Mulsant BH, Haskett RF, Joan P, Begley AE, Sackeim HA., 2007).

Таким образом, **целью работы** явилось описание особенностей практики применения ЭСТ у пациентов Бюджетного учреждения «Республиканская психиатрическая больница» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (БУ РПБ).

Для достижения этой цели были поставлены следующие задачи:

1. Провести поиск и отбор карт ЭСТ пациентов БУ РПБ.
2. Провести статистическую обработку полученных результатов.

Материалы и методы.

Объектом исследования явились карты ЭСТ 777 пациентов (386 мужчин и 391 женщина). Критерии включения:

- пациенты с диагнозом шизофрения (F20.0-F20.9);
- пациенты с диагнозами депрессивное расстройство и рекуррентное депрессивное расстройство.

Аналізу подвергались: ведущий синдром, стаж заболевания, инвалидность, эффективность лечения, наличие побочных эффектов, а также повторных сеансов ЭСТ.

Проведена статистическая обработка данных с помощью программы Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение.

ЭСТ была проведена 777 пациентам, из них 735 (94,46 %) пациентов с диагнозом шизофрения, 42 (5,53 %) пациента с диагнозами депрессивное расстройство и рекуррентное депрессивное расстройство. Однократно курс ЭСТ проведен 616 пациентам, повторные курсы назначались 161 пациенту.

В женской группе 277 (70,84 %) пациентов, имеющих инвалидность, 1 группа у 10 (3,6 %), 2 группа у 218 (78,7 %), 3 группа у 48 (17,32 %), один инвалид детства. Без инвалидности 114 (29,15 %) женщин. Среди мужчин 258 (66,84 %) пациентов, имеющих инвалидность, 1 группа встречалась у 5 (1,93 %), 2 группа у 202 (78,29 %), 3 группа у 51 (19,77 %) пациентов, без инвалидности 128 пациентов (33,16 %). В процентном соотношении распределение по группам инвалидности у мужчин и женщин имеются схожие показатели.

Минимальное количество сеансов эст 1, максимальное количество сеансов 30, среди пациентов, проходивших более 10 сеансов на курс, преобладают женщины 126 (57,27 %) и 94 (42,72 %) соответственно мужчин.

ЭСТ у 26 пациентов проведена в виде монотерапии, 6 пациентам в связи с непереносимостью психофармакотерапии, получено умеренное

улучшение. В результате проведенной ЭСТ отмечено улучшение различной степени выраженности у 745 (95,88 %) пациентов, значительное улучшение у 7 пациентов не получен эффект у 24 (3,08 %) пациентов, ухудшение у 8 (1,02 %) пациентов, купирование ведущего патологического синдрома отмечено у 133 (17,12 %) пациентов, дезактуализация патологических переживаний у 613 (78,89 %) пациентов, нивелирование симптоматики у 29 (3,73 %) пациента. Отмечен 1 случай редукции депрессивного синдрома с первого сеанса, у двух пациентов редукция депрессивной и аффективно-параноидной симптоматики наступила после 2 сеансов. У 200 (27,20 %) пациентов с шизофренией и 8 (19,04 %) пациентов с депрессией улучшения психического состояния было достигнуто после проведения 11 и более, вплоть до 30 сеансов, у 9 пациентов положительного результата не достигли после применения от 11 до 20 сеансов, у 3 пациентов после 11 и 16 сеансов отмечено ухудшение психического статуса.

Проведено 86 сеансов ЭСТ 9 (1,15 %) пациентам с фебрильной шизофренией, в среднем 9,5 сеансов эст на курс, положительный эффект получен у всех пациентов с обрывающим действием на первых процедурах. Отмечено улучшение после ЭСТ в группе 19 (2,5 %) пациентов с онейроидным синдромом, со снижением дозировки нейролептиков у 12 пациентов и умеренным улучшением у 7 пациентов. У 213 (27,41 %) пациентов с аффективно-параноидным синдромом улучшение наступило среди 206 (95,37 %), без эффекта у 3 (1,4 %), ухудшение у 4 (1, %) пациентов, несмотря на достаточное количество, от 9 до 10, проведенных сеансов. Среди 459 (59,07 %) пациентов, с галлюцинаторно-параноидным синдромом улучшение отмечено у 441 (96,07 %) пациента, отсутствие эффекта у 14 (3,05 %), ухудшение у 4 (0,81 %) пациентов. Умеренное улучшение получено у 6 (0,77 %) пациентов с парафренической симптоматикой, у 1 пациента отмечено улучшение со снижением доз препаратов.

Среди 42 (5,4 %) пациентов с депрессией выраженное улучшение – у 26 пациентов, умеренное улучшение – 16 пациентов.

Осложнения наблюдались у 8 пациентов, среди которых отмечены быстро проходящие головные боли, онейроидное возбуждение, непродолжительные мнестические расстройства.

Выводы.

Таким образом в условиях БУ РПБ применение ЭСТ распространено преимущественно среди пациентов с шизофренией, что противоречит общемировым тенденциям. Несмотря на это применение ЭСТ показало себя эффективным и безопасным методом лечения, особенно пациентам с фебрильной шизофренией, являющийся, как правило, единственным методом, способным спасти жизнь пациента.

ПРОТЕОМНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Дмитриева Е.М.

г. Томск

*Научно-исследовательский институт психического здоровья
Томского национального исследовательского медицинского центра*

Актуальность.

Исследования шизофрении, начиная с наблюдений клинических особенностей вплоть до молекулярных механизмов, показывают, что это, вероятно, одно из самых сложных психических расстройств. Эта сложность является отражением комбинации генетических и экологических компонентов, которые влияют на функции мозга, начиная с внутриутробного развития нервной системы и созревания мозга, вплоть до начала заболевания и его возникновения. Протеомика вносит вклад в понимание биохимической основы шизофрении на клеточном и тканевом уровне посредством идентификации дифференциально экспрессируемых белков и определения их участия в механизмах патогенеза заболевания.

На данном этапе в современной мировой практике не существует белковых маркёров психических расстройств. Представлено мало работ, которые были бы направлены на поиск биомаркеров именно в сыворотке крови, хотя учеными активно обсуждается вопрос о необходимости такого поиска (Pickard B.S., 2015; Schwarz E., 2012; Martins-de-Souza D., 2016). Протеомные исследования психических расстройств представлены, в основном, работами, выполненными на постмортальном материале, а исследования белкового состава сыворотки крови представлены единичными работами, данные которых противоречивы и в большей степени не подтверждены другими методами и не сопоставлены с клиническими особенностями заболевания. (Sethi S., 2015; Chan M.K., 2014; Nascimento J.M., 2015).

Цель исследования. Проведение сравнительного протеомного анализа сыворотки крови больных шизофренией и здоровых лиц.

Материал и методы. В исследование было включено 33 пациента с диагнозом параноидная шизофрения (F20.0) из отделения эндогенных расстройств НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Диагнозы были выставлены врачами психиатрами в соответствии с международной классификацией МКБ-10. Средний возраст обследуемых пациентов составил 34 года. Длительность заболевания на момент обследования составила 7 лет. Контрольную группу составили 24 психически и соматически здоровых лица, сопоставимых по полу и возрасту обследуемой группе. Отбор здоровых лиц проводили, используя углубленный опрос с помощью «Анкеты

обследования здоровых лиц», разработанной в клиниках НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Критериями исключения для всех обследуемых лиц являлось наличие острых и хронических инфекционных, воспалительных, аутоиммунных заболеваний, а также острых инфекционных заболеваний. Исследование проведено с соблюдением протокола, утвержденного комитетом по биомедицинской этике НИИ психического здоровья и в соответствии с Хельсинской Декларацией для экспериментов, включающих людей. Все больные и испытуемые из контрольной группы дали информированное согласие на участие в клиническом исследовании.

У обследуемых лиц брали кровь из локтевой вены утром натощак, с использованием пробирок типа Vacuette. С целью отделения 14 мажорных белков в исследуемой сыворотке крови была проведена аффинная хроматография на хроматографе фирмы ÄKTA pure (GE Healthcare). После аффинной хроматографии очищенные белки разделяли с помощью электрофореза по методу Laemmli. Полученные гель фотографировали и анализировали с помощью системы гель документации Alliance 2.7 Uvitec производство Кембридж. Затем белки подвергали трипсинолизу в геле. Масс-спектрометрический анализ проводили с использованием ионной ловушки LTQ VELOS (Thermo Scientific). Белки идентифицировали путем поиска совпадения значений экспериментальных масс с массами белков, аннотированных в соответствующих базах данных с использованием программного обеспечения Mascot Ver. 2.1 (www.matrixscience.com, «Matrix Science» США).

Концентрацию белка, содержащего анкириновые повторы 12 определяли с помощью набора для иммуноферментного анализа ELISA SEM789Hu для ANKRD12 от Homo sapiens (Cloud-Clone Corp., США). Статистическую обработку результатов проводилась с использованием пакета прикладных статистических программ STATISTICA 10.0. Достоверность различий между группами определяли с помощью точного критерия Фишера с поправкой Йетса и непараметрического критерия Манна-Уитни. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение.

По результатам масс-спектрометрии в сыворотке крови больных шизофренией были обнаружены следующие белки: тирозинкиназа 2 Абельсона, белок цинкового пальца 445, X-связанный белок цинкового пальца ZXDA, белок, содержащий домен KRAB ZNF747 и белок, содержащий анкириновые повторы 12.

Идентифицированная тирозинкиназа 2 Абельсона участвует в клеточной коммуникации и передаче сигналов, в частности, в актин-зависимой передаче сигналов, которой в последнее время уделяется большое внимание при развитии заболеваний с воспалительным компонентом (Ishihama Y., 2008; Нарыжный С.Н., 2016). Кроме того, известно, что тирозинзависимая

протеинкиназа ABL участвует в ремоделировании актина путём фосфорилирования тирозинового остатка белков, контролирующих динамику цитоскелета (актинассоциированных), напрямую связывая F-актин и актин цитоскелета (Кольман Я., 2000; Woodring P.J., 2003; Aoyama K., 2013; Судаков Н.П., 2017). Известно, что нарушения в белках группы актина и актин-связывающих белках (АБП) связаны с развитием шизофрении и расстройств аутистического спектра. Другие идентифицированные белки участвуют в регуляции транскрипции, белок цинкового пальца 445, X-связанный белок цинкового пальца ZXDA, белок, содержащий домен KRAB ZNF747. Известно, что белок цинкового пальца является фактором транскрипции, играющим важную роль в развитии мозга, а также в развитии психических и когнитивных расстройств (Yan Z., 2016; Bhambhani H.P., 2017).

Белок, содержащий анкириновые повторы 12 ингибирует лиганд-зависимую трансактивацию (транскрипцию) посредством формирования комплекса гистондеацетилаз (HDAC) и ядерного рецептора. Как известно, HDAC играют важную роль в регуляции экспрессии генов, понижая либо повышая транскрипционную активность. В постмортальных исследованиях мозга больных шизофренией была выявлена повышенная экспрессия HDAC1 в префронтальной коре и гиппокампе. Экспрессию HDAC1 и HDAC2, уже давно связывают с механизмами, лежащими в основе шизофрении, биполярного расстройства и депрессии (Benes F.M., 2007; Covington H.E., 2009; Kurita M., 2012; Lo-Castro A., 2012).

При сравнении групп больных шизофренией и контроля обнаружено достоверное ($p=0,013$) повышение концентрации белка, содержащего анкириновые повторы 12 в сыворотке у больных шизофренией (0,867 нг/мл) в сравнении с контролем (0,377 нг/мл). Не было выявлено достоверных корреляционных связей с возрастом, полом, длительность заболевания и ведущей симптоматикой.

Выводы. Таким образом, выявленные белки вносят вклад в функционирование нейронов в норме и при патологических процессах. После подтверждения количественных изменений на большем количестве человек, данные белки могут войти в панель параклинических параметров для улучшения дифференциальной диагностики шизофрении.

Масс-спектрометрический анализ проводился на базе ЦКП «Протеом Человека» Института биомедицинской химии (ИБМХ) в Москве, который поддерживается Министерством образования и науки Российской Федерации (уникальный идентификатор проекта RFMEFI62117X0017), без предоставления финансовой помощи исследованию.

Работа поддержана грантом РНФ № 18-15-00053 «Поиск периферических маркёров ассоциированных с нарушением миелинизации головного мозга и патогенезом заболевания при шизофрении» 2018 г.

ВЫЯВЛЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Доренский Д.С.

г. Москва

*Национальный научный центр наркологии –
филиал Национального медицинского исследовательского центра
психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского*

Актуальность исследования. Одной из наиболее тревожащих общественность возрастных групп, для которой характерной чертой является резкое увеличение потребления различных видов психоактивных веществ (ПАВ), являются дети, подростки, а также учащиеся ВУЗов и техникумов (Кутарев Ф.Л., Панченко С.А., Смоленск, 2017). Именно поэтому важно проанализировать с психолого-педагогической стороны феномен злоупотребления алкоголем, наркотиками и другими ПАВ по отношению к этой возрастной группе, и эта задача является крайне актуальной в настоящее время для научных работников, педагогов и организаторов системы образования России.

Цель исследования. Разработка психологических методов выявления ранних признаков расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, в среде учащейся молодежи в отношении превенции раннего развития болезненного пристрастия.

Материал и методы исследования. Нами было проведено исследование учащихся первых курсов государственных учебных заведений г. Смоленска в возрасте от 16 до 20 лет в количестве 327 человек. Работа проводилась на базе подросткового отделения Смоленского областного наркологического диспансера (СОНД) при научно-методическом обеспечении Национального научного центра наркологии – филиала «Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России и «Центра защиты прав и интересов детей» Министерства просвещения России.

Сплошной метод, с помощью модифицированной анкеты, созданной на основе Мичиганского теста (CAGE), теста-опросника, нацеленного на скрининг – выявление алкогольной зависимости. Данный тест нами был модифицирован и в конечном варианте был представлен следующим образом.

1. У Вас когда-нибудь возникало чувство, что Вы должны постараться уменьшить потребление алкоголя или других психоактивных веществ (включая табак)?;

2. У Вас когда-нибудь люди (родственники, товарищи...) вызывали раздражение своими упреками в отношении Вашего употребления алкоголя или других психоактивных веществ (включая табак)?;

3. Испытывали ли Вы когда-нибудь чувство вины по поводу своего употребления алкоголя или других психоактивных веществ (включая табак)?;

4. Вы когда-нибудь утром употребляли психоактивные вещества (включая табак), чтобы успокоить свои нервы или избавиться от плохого самочувствия, или чтобы обрести способность что-нибудь делать?

Мы изменили и дополнили инструкцию к данному тесту. Инструкция приобрела следующий вид. Прочитайте каждое из приведенных ниже предложений и запишите в столбик соответствующее для Вас утверждение: «да – 1 балл» или «нет – 0 баллов». Суммируйте полученные баллы. Далее, если вы набрали 1 и более баллов, то дайте ответ на нижеследующие вопросы:

А. Эти проблемы связаны с курением? (да или нет)

Б. Эти проблемы связаны с алкоголем? (да или нет)

Таким образом, оставив смысл и логику теста – первоисточника, мы изменили данный тест возможностью дополнительного объема исследования. В бланк оценки результатов, с которым работает психолог, мы добавили третье утверждение: В. Эти проблемы связаны с наркотиком? (да или нет). Ответ на этот вопрос давал сам психолог, проводящий психологическое тестирование по данной методике, исходя из того, что при любом количестве положительных ответов, учащийся должен был указать проблемы, связанные с курением или с алкоголем. В случае, если подросток высказался положительно в первых 4-х утверждениях и не дал положительный ответ на следующие два вопроса, то мы вправе предположить, что обозначенные проблемы у него в большей степени зависят от приема им веществ, отнесенных к группе наркотиков.

Данные, полученные при помощи данного модифицированного опросника, для анализа искренности (достоверности) ответов были сопоставлены с шкалой IX (открытость) личностного опросника FPI, созданного главным образом для прикладных исследований, с учетом опыта построения и применения таких широко известных опросников, как 16PF, MMPI, EPI и др. Шкалы опросника сформированы на основе результатов факторного анализа и отражают совокупность взаимосвязанных факторов. Шкала IX (открытость) позволяет характеризовать отношение к социальному окружению и уровень самокритичности. Высокие оценки свидетельствуют о стремлении к доверительно-откровенному взаимодействию с окружающими людьми при высоком уровне самокритичности.

Результаты исследования. Все обследованные сплошным методом 327 студентов первых курсов, в зависимости от результатов теста-опросника,

нацеленного на скрининг-выявление алкогольной зависимости, были рандомизированы на две группы.

Первая группа студентов (основная или резистентная к потреблению психоактивных веществ группа) – 189 человек (57,8 %). Из них 142 – лица женского пола, 47 – мужского. Данная категория учащейся молодежи, которая, по данным теста-опросника, не выявила значимого уровня злоупотребления ни одним из основных психоактивных веществ. По данным теста набрала 0 баллов.

Вторая группа студентов (группа риска) – 138 человек (42,2 %). Из них 98 – лица женского пола, 40 – мужского. Представители данной группы – группы риска по данным модифицированного теста-опросника, употребляли с той или иной частотой различные виды психоактивных веществ.

Сложность структурно-динамических отношений, многофакторность влияний предопределили применение в настоящем исследовании комплексного подхода, включающего в себя использование системы STATISTICA версия 6.0 – универсальной интегрированной системы, предназначенной для статистического анализа и обработки данных. При расчете цифровых данных, в частности при сравнительном анализе числовых характеристик, использовался критерий Стьюдента (t-критерий) сравнения средних. При этом p -уровень значимости t – критерия составлял меньше 0,05.

При сравнении основной группы с группой риска были получены следующие результаты. Средний возраст студентов в изученных группах составил 17,5 и 17,3 года; $t = 1,38$ при $p = 0,17$. Курение табака имело место у 20,5 % обследуемых студентов (67 человек: 47 девушек и 20 юношей). Злоупотребление алкоголем было отмечено в 12,8 % случаев (42 подростка: 34 девушки и 8 юношей). Употребление наркотиков, которое стало выявленной проблемой, имело место в 11,6 % случаев (38 студентов: 24 девушки и 14 юношей). В 2,7 % (9 человек) отмечалось длительное, сочетанное употребление как минимум двух психоактивных веществ, чаще всего подростки употребляли алкоголь и табак. По данным теста, балльная оценка, отражающая выраженность имеющейся патологической ситуации, колебалась от 1 до 4 баллов. Риск существования проблемы зависимости от конкретного вида ПАВ (1 балл) имеется у 28,4 % (у 93 студентов). Проблема зависимости от конкретного вида ПАВ вероятна (2-3 балла) имеется у 42,5 % (у 139 студентов). Высокая вероятность наличия зависимости от конкретного вида ПАВ (4 балла) имеется у 12,8 % (42 студентов).

Выводы. Полученные результаты позволяют нам сделать следующие практически важные выводы: модифицированный нами тест – опросник, созданный на основе Мичиганского теста (CAGE) и нацеленный на скрининг-выявление алкогольной зависимости, успешно адаптирован нами для комплексной, ранней диагностики дополнительных форм зависимого поведения от ПАВ в среде учащейся молодежи.

ТЯЖЕСТЬ И ДИНАМИКА СИМПТОМОВ НА ФОНЕ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Дубровская В.В.

г. Томск

Томский национальный исследовательский медицинский центр

Актуальность темы. Основным методом лечения шизофрении в настоящее время является психофармакотерапия антипсихотическими препаратами, при этом с каждым годом увеличивается удельный вес использования атипичных антипсихотиков по отношению к антипсихотикам первого поколения (Yu X. et al., 2016). Их применение влечет за собой ряд негативных нежелательных явлений психофармакотерпии, среди которых основными являются развитие метаболических нарушений, дислипидемии, артериальной гипертензии. Комплекс метаболических расстройств в виде дислипидемии, нарушений обмена глюкозы, ожирения с гипертонической болезнью объединен понятием метаболического синдрома. Изучение метаболического синдрома считается одной из основных проблем в медико-социальной и экономической направленности современного общества, приводящей к сокращению продолжительности жизни и ухудшению ее качества. (Engin A., 2017). Известно, что увеличение веса у пациентов с шизофренией сопряжено с меньшей эффективностью психофармакотерапии (Bellavia A. et al., 2018), однако в научной литературе последних лет отсутствуют данные о взаимном влиянии метаболического синдрома на эффективность антипсихотической терапии. Таким образом, проблема метаболических нарушений у пациентов с шизофренией по-прежнему остается актуальной и требует дальнейшего изучения.

Цели и задачи. Оценка распространенности метаболического синдрома у пациентов с шизофренией получающих антипсихотическую терапию и влияния метаболического синдрома на тяжесть и динамику клинических проявлений шизофрении в процессе психофармакотерапии.

Материалы и методы. Обследовано 119 пациентов с диагнозом шизофрении, проходивших стационарное лечение в течение 6 недель в отделении эндогенных расстройств клиники НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра и Томской областной психиатрической больницы, принимавших атипичные антипсихотики в рекомендованных производителями средних терапевтических дозах. Диагноз шизофрении устанавливался на основании диагностических

критериев МКБ-10. В исследование были включены лица от 18 до 60 лет с давностью катмнеза заболевания не менее 1 года. Измерение обхвата талии, артериального давления и оценка биохимических показателей использовались для верификации метаболического синдрома на основании критериев IDF (Международной диабетической ассоциации) (IDF, 2005). Для оценки клинических проявлений шизофрении использовалась Шкала позитивных и негативных синдромов (PANSS) (Kay S.R. et al., 1987). При проведении исследования соблюдались принципы Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации, все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании, которое было одобрено локальным этическим комитетом при НИИ Психического здоровья ТНИМЦ. Статистический анализ проводился с помощью χ^2 Пирсона, U-критерия Манна-Уитни для сравнения независимых выборок.

Результаты и обсуждение. Установлено, что 39,5 % пациентов с шизофренией имели сопутствующий метаболический синдром, эти результаты подтверждают данные литературы о высокой распространенности метаболического синдрома у больных шизофренией. В группе пациентов с метаболическим синдромом длительность заболевания была больше ($p=0,0114$), а также возраст, в котором заболевание манифестировало ($p=0,0919$). При психометрической оценке по шкале PANSS были выявлены значимые различия. Средний общий балл по PANSS в подгруппе пациентов с метаболическим синдромом составил 102 (92; 109); в подгруппе пациентов без метаболического синдрома – 94 (82; 104) ($p=0,0078$), у больных с метаболическим синдромом средний бал суммы негативных симптомов был выше 20 (17; 25), чем у больных без метаболического синдрома 18 (14; 22) ($p=0,0167$), что предположительно объясняется большей тяжестью общих клинических проявлений у больных шизофренией с сопутствующим метаболическим синдромом. В ходе терапии в группе пациентов с метаболическим синдромом по сравнению с пациентами без сопутствующего метаболического синдрома наблюдалась меньшая редукция симптомов по шкале PANSS: позитивные симптомы ($p=0,0187$), негативные симптомы ($p=0,0455$), общие психопатологические симптомы ($p=0,0498$).

Выводы. Наличие у пациентов с шизофренией сопутствующего метаболического синдрома сопряжено с более тяжелыми клиническими проявлениями психопатологического процесса и меньшей эффективностью антипсихотической терапии. Дальнейшее изучение метаболического синдрома у больных шизофренией позволит сформировать стратегию персонализированных профилактических и реабилитационных мероприятий.

Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ 18-15-00011 «Шизофрения, сочетанная с метаболическим синдромом: клинко-конституциональные факторы и молекулярные маркеры»

ОСОБЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ АСПЕКТОВ СТИГМАТИЗАЦИИ ПРИМЕНИТЕЛЬНО К СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Дукорский В.В.

Республика Беларусь

г. Могилев

Государственный комитет судебных экспертиз

Актуальность темы. Общество склонно стигматизировать лиц с психиатрическими расстройствами (Михайлова, 2005). В особенности это касается распространенного мнения о том, что все лица с расстройствами психики опасны, а все лица, совершающие насильственные преступления, имеют расстройства психики. Юристы, по своим взглядам на людей с психическими расстройствами, мало чем отличаются от остального общества (Саблер, 1858; Маудсли, 1875). Поэтому закон больше следует за социальным мнением, чем за наукой (Моуе, 2000). Существуют и вопиющие последствия такой взаимосвязи. Так, например, в 1990 году судья Верховного Суда Австралии после изучения внушительного списка правонарушений подсудимого, заявил: «Человек с таким прошлым должен страдать душевным расстройством, а если психиатры этого не понимают, тогда они, должно быть, тоже сошли с ума». Несмотря на возмущение психиатрического сообщества, подсудимый был признан страдающим психическим расстройством и направлен в психиатрическую клинику строгого режима (Хаэр, 2018).

Известно, что в наибольшей степени стигматизации и самостигматизации подвержены лица с психическими расстройствами, совершившие насильственные общественно опасные деяния (НООД). Вместе с тем особое значение имеют стигматизирующие убеждения психиатров, которые непосредственно осуществляют реализацию принудительных мер безопасности и лечения (далее – принудительное лечение) в отношении этих лиц, как в контексте оценки риска повторных НООД при принятии решения вопроса о выписке таких пациентов, так и в контексте влияния профессиональных суждений на общественное мнение.

Цель исследования. Сравнить уровень стигматизирующих убеждений у психиатров в отношении лиц с психическими расстройствами с уровнем самостигматизации лиц с психическими расстройствами, совершивших НООД.

Задачи исследования. Установить стигматизирующие убеждения у психиатров в отношении лиц с психическими расстройствами; оценить уровень самостигматизации лиц с психическими расстройствами, совершивших НООД.

Материалы и методы. Было проведено анонимное анкетирование 187 лиц с психическими расстройствами, совершивших НООД, признанных судом невменяемыми и находящихся на стационарном принудительном лечении со строгим и усиленным видами наблюдения (далее – пациенты). Исследуемая выборка пациентов состояла из 153 мужчин (81,8 %) и 34 женщин (18,2 %).

Также анонимное анкетирование прошли 119 психиатров, которые непосредственно участвуют в осуществлении принудительного лечения. Исследуемая выборка специалистов состояла из 55 мужчин (46,2 %) и 64 женщин (53,8 %). Средний возраст врачей – $42,3 \pm 11,8$, средний стаж работы по специальности $14,8 \pm 11,4$ ($Mo_1=1$, $Mo_2=12$, $Mo_3=20$; $Me=12,0$). Таким образом, в анкетировании приняли участие психиатры, равно представленные по возрасту, полу и стажу работы по специальности.

Значимость различий внутри групп и между группами оценивалась с помощью критерия Пирсона χ^2 .

Результаты и обсуждение. Анализ результатов анонимного анкетирования показал, что более половины психиатров (61,3 %) так или иначе считают, что лица с психическими расстройствами представляют опасность для окружающих. Так считают 70,3 % женщин-психиатров и 50,9 % психиатров-мужчин, при этом женщины-психиатры статистически значимо чаще мужчин считают лиц с психическими расстройствами опасными ($\chi^2=4,7$; $p=0,03$).

Дальнейший анализ показал, что чем больше возраст и рабочий стаж психиатров по специальности, тем чаще они считают лиц с психическими расстройствами опасными для социума. Так, среди психиатров возрастной группы 25–29 лет лиц с психическими расстройствами считают опасными 58,8 % психиатров, среди возрастной группы 30–39 лет – 51,4 %, среди возрастной группы 40–49 лет – 62,6 % (что уже статистически значимо: $\chi^2=9,7$; $p=0,002$), среди возрастной группы 50–59 лет – 76,2 % ($\chi^2=11,5$; $p<0,001$), среди возрастной группы 60–69 лет – 60,0 % (статистически не подтверждается ($p>0,05$) из-за малочисленности группы (5 психиатров: 3 женщины и 2 мужчины)), а среди возрастной группы 70–79 лет – 100 % психиатров (4 человека: 3 женщины и 1 мужчина) лиц с психическими расстройствами считают не просто опасными, а чрезвычайно опасными ($\chi^2=8,0$; $p=0,005$).

В свою очередь, только 43,9 % пациентов, находящиеся на принудительном лечении, считают, что лица с психическими расстройствами представляют опасность для общества, что значимо реже, чем так считают психиатры ($\chi^2=5,9$; $p=0,01$).

Также у пациентов мы спросили о том, почему общество считает лиц с психическими расстройствами опасными: 39,6 % респондентов затруднились с ответом (один из вариантов ответа в анкете); 31,6 % ответили, что

психически больных людей считают опасными потому, что они действительно опасны; 21,4 % ответили, что такое отношение общества обусловлено влиянием средств массовой информации.

На следующем этапе исследования мы выяснили, что 9,6 % опрошиваемых пациентов считают, что окружающие люди действительно их опасаются. Далее мы уточнили, считают ли они сами себя опасными, на что утвердительно ответили лишь 5,3 % респондентов.

Нами также установлено, что только 12,3 % пациентов считают, что совершенное лицом с психическим расстройством тяжелое НООД увеличивает риск совершения повторного НООД. Значимо чаще ($\chi^2=12,7$; $p<0,001$) с этим научно неподтвержденным фактором риска соглашаются психиатры (28,6 %). К другим стигматизирующим убеждениям, имеющихся у психиатров, можно отнести следующие: 19,3 % врачей считают, что психопатологические симптомы делают человека предсказуемым человеком в плане совершения правонарушений, а 43,7 % психиатров уверены в том, что симптомы шизофрении сами по себе увеличивают риск совершения НООД.

Большая часть пациентов ($\chi^2=10,6$; $p=0,002$), при вопросе о назначении принудительного лечения, наряду с защитой общества от повторных правонарушений и лечения, в свой ответ включали – наказание за совершенное НООД (42,8 %). Вторым по популярности ответом было прямое указание пациентов на то, что единственной целью принудительного лечения является наказание за совершенное НООД (26,7 %). Такие ответы говорят о стигматизации как собственно принудительного лечения, так и лиц с психическими расстройствами, совершивших НООД.

Вместе с тем за сохранение юридической нормы невменяемости для лиц с психическими расстройствами высказались 72,7 % пациентов, к которым применяется принудительное лечение ($\chi^2=101,0$; $p<0,001$).

Наряду с этим, 32,6 % пациентов вместо стационарного принудительного лечения, которое в отношении них в настоящее время осуществляется, предпочли бы тюремное заключение (если бы была такая возможность выбора). Однако значимо большая часть пациентов ($\chi^2=24,8$; $p<0,001$) предпочитают именно принудительное лечение (58,3 %), а не лишение свободы в соответствии с уголовным законодательством.

В свою очередь 47,1 % психиатров, которые непосредственно занимаются реализацией принудительного лечения, отметили, что в настоящее время в практике реализации принудительного лечения существуют негласные нормы в отношении срока осуществления принудительного лечения: 26,9 % психиатров отметили – чем тяжелее совершенное пациентом НООД, тем длиннее принудительное лечение; 20,2 % врачей указали, что у каждого НООД есть свой заранее определенный срок стационарного принудительного лечения, который находится в прямой зависимости от тяжести

совершенного пациентом НООД. Такие негласные нормы содействуют приравниванию невменяемых лиц с психическими расстройствами к преступникам.

Выводы. Проведенное исследование показало, что более половины психиатров считают лиц с психическими расстройствами опасными для окружающих. Женщины-психиатры более чем мужчины-психиатры уверены в том, что лица с психическими расстройствами представляют опасность для общества. Чем больше возраст и рабочий стаж психиатра, тем больше вероятность того, что специалист будет считать лиц с психическими расстройствами опасными для социума. Пациенты, находящиеся на принудительном лечении, реже психиатров считают лиц с психическими расстройствами опасными для общества, но количество таких убеждений достаточно высоко и у них (43,9 %).

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ПРИЁМОМ АЛКОГОЛЯ, У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Емелькина Н.С.

г. Смоленск

Смоленский государственный медицинский университет

Актуальность темы. Аффективные расстройства по данным ряда авторов отмечаются у 20–30 % обучающихся ВУЗов, а суицидальные мысли, связанные с депрессией, встречаются в 2 раза чаще, чем среди всего населения (Марута Н.О., Минко О.И., 2003). Стертые аффективные расстройства в большинстве случаев носят атипичный и маскированный характер, и поэтому плохо распознаются. Во многих случаях картина аффективных расстройств полиморфна – в ней помимо собственно аффективного симптомокомплекса присутствуют сенестопатии, расстройства мышления, ипохондрическая настроенность и массивная соматовегетативная симптоматика. (Северный А.А., Ануфриев А.К., 1987).

Недостаточно исследованным является вопрос о взаимосвязи аффективных расстройств и употребления алкоголя в студенческой среде. Аффективные расстройства оказывают существенное влияние на эмоционально-волевую сферу личности – на их фоне увеличивается употребление алкоголя в связи растормаживанием влечений либо в связи с потребностью с помощью алкоголя избавиться от неприятных ощущений. Своевременное выявление и правильная оценка тенденции стремления личности

к возникновению алкогольной зависимости является главным условием для минимизации возможных факторов риска, успешного проведения первичной и вторичной профилактики возникновения алкоголизма.

Целью исследования явилось изучение взаимосвязи аффективных расстройств и расстройств, обусловленных приемом алкоголя, у студентов медицинского университета.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Смоленского государственного медицинского университета. Опрошено 100 студентов в возрасте от 17 до 25 лет, обучающихся на первом и пятом курсе следующих факультетов: лечебное дело, медико-биологического и гуманитарного образования, ФИУ. Студенты заполняли опросники, подвергшиеся дальнейшему анализу. Опрос проводился с добровольного согласия студентов. Все опрошенные были разделены на две группы по 50 человек. В первую вошли студенты первого курса, во вторую – пятого курса. Для реализации цели исследования были использованы следующие методики: сбор анамнеза, госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS); опросник гипомании (валидизированная русскоязычная версия шкалы HCL-32); тест для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя (AUDIT). Статистический метод осуществлялся с помощью пакета программ Excel 2010, Statistica 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение. Нами был проведён анализ полученных сведений об уровне тревоги, депрессии, гипомании и употреблении алкоголя. Уровень тревоги выше нормативных цифр наблюдался у 23 % студентов, а выраженный уровень депрессивных переживаний имел место у 15 % от числа опрошенных. В первой группе (обучающиеся первого курса) уровень субклинической тревоги выявлен у 8 % студентов, клинической тревоги у 24 %. Во второй группе (обучающиеся пятого курса), уровень субклинической тревоги обнаружен у 10 % студентов, клинической тревоги у 4 %. Нормативные показатели демонстрировали 68 % студентов первого курса и 86 % студентов пятого курса. Клинически выраженный уровень тревоги достоверно преобладает среди студентов первого года обучения.

При изучении депрессивных симптомов первокурсников распространённость субклинической депрессии составила 10 %, клинической депрессии 14 %. Среди пятикурсников выявлено студентов с субклиническим уровнем депрессии 4 %, клинической депрессии 2 %. Нормальные показатели отмечены у 76 % в первой группе и у 94 % во второй. На первом курсе достоверно больше студентов с депрессивными расстройствами.

При изучении индекса биполярности студентов первого курса повышение индекса биполярности свыше порогового значения (>14) наблюдалось у 64 % опрошенных, во второй группе у 50 % студентов. По индексу биполярности мы не обнаружили достоверного различия между группами, что

позволяет предположить, что уровни тревоги и депрессии на первом курсе обусловлены проблемами адаптации к новым условиям обучения и жизни. Уровень гипомании среди студентов первого курса составил 64 % против 50 % студентов пятого курса.

При анализе риска зависимости от алкоголя в первой группе студентов (обучающиеся первого курса) низкий уровень наблюдался у 88 %, рискованное употребление у 10 %, вредное употребление с возможной зависимостью выявлено не было. Высокая вероятность наличия зависимости была обнаружена у 2 % студентов первого курса. Во второй группе низкий риск зависимости от алкоголя выявлен у 82 % студентов. Рискованное употребление алкоголя и вредное употребление с возможной зависимостью у студентов второй группы выявлялись чаще (первая группа – 10 %, вторая группа – 12 %). Высокая вероятность наличия зависимости от алкоголя в этой группе выявлена в 4 % случаев.

У ряда студентов первой и второй группы выявлена взаимосвязь между наличием клинической тревоги/депрессии и склонностью к употреблению алкоголя. Согласно проведённому статистическому анализу полученных данных, найденная связь характеризуется высокой теснотой и является достоверной. Следует отметить, что подобная корреляция оказалась выше в первой группе студентов – у 6 % студентов против 4 % во второй группе. Также обнаружена закономерность между наличием гипомании и злоупотреблением алкоголем – у всех лиц, злоупотребляющих алкоголем из числа опрошенных, индекс биполярности превышал пороговый уровень (>14).

Ряд авторов считают (Марута Н.О., Минко О.И., 2003), что аффективные расстройства и употребление алкоголя часто взаимосвязаны: «...Первичные аффективные нарушения встречаются у зависимых от алкоголя пациентов в 20 % случаев. Они наблюдаются при акцентуациях характера, психопатиях, неврозах, маскированных (скрытых, ларвированных) депрессиях. Злоупотребление алкоголем в случаях скрытых депрессий возникает вслед за нарушениями в аффективной и соматовегетативной сферах, как бы формируясь при их участии. Употребление алкоголя в таких случаях носит запойный характер, начинается, как правило, в молодом возрасте, а в клинике абстинентного синдрома преобладают депрессивные или астено-депрессивные проявления...». Как сопутствующая патология злоупотребление алкоголем усложняет течение аффективных расстройств.

«...Алкогольная зависимость в два раза чаще встречается при расстройствах биполярного спектра, чем при униполярной депрессии (т.е. депрессии без мании). Биполярное расстройство чаще возникает при алкогольной зависимости, чем при злоупотреблении алкоголем. Исследование ECA Helzer и Przybeck (1988) показало: мания (биполярное расстройство I)

и расстройство употребления алкоголя встречаются вместе в 6,2 раза чаще, чем при случайной вероятности».

Во время проведения опроса выяснилось, что среди лиц 17–25 лет значительное количество употребляемых напитков представлено пивной продукцией: 60 % из числа участников нашего исследования. В.П. Нужный и В.В.Рожанец (2007) в работе, посвященной пивному алкоголизму, отмечают следующее: «Этот напиток постепенно превращается в своего рода символ студенческого статуса. Пиво в студенческой среде является не просто напитком, а ритуалом общения. Студенты, покупая пиво, реализуют свою потребность и в напитке, и в общении». На вопрос: «Почему вы выбрали именно данный вид напитка?» 43 % из опрошенных, употребляющих алкоголь и не страдающих алкогольной зависимостью, приводили доводы в пользу его дешевизны, доступности, приятных вкусовых качеств. Среди 8,1 % студентов, что показали наивысшие баллы по шкале AUDIT (категории «вредное употребление, не исключена зависимость» и «высокая вероятность наличия зависимости»), распространено употребление слабоалкогольных напитков и напитков средней крепости (разнообразных коктейлей, вина, вермута, шампанского).

Выводы.

1. Аффективные нарушения (тревога, депрессия, гипомания) преобладают у студентов первого курса.
2. Злоупотребление алкоголем превалирует среди учащихся пятого курса по сравнению со студентами первого курса.
3. Аффективные расстройства (тревога, депрессия и гипомания) в студенческой среде имеют достоверную связь со злоупотреблением алкоголя.
4. Среди студентов медицинского ВУЗа преобладает употребление слабоалкогольных напитков.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ХАРАКТЕРА СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ И КОМПЛАЕНТНОСТИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Жарикова И.Ю.

г. Тамбов

Тамбовская психиатрическая клиническая больница

Актуальность темы. Для больных с психическими расстройствами типичен низкий уровень следования режиму медикаментозных назначений. Установлено, что в 2/3 случаев регоспитализация является следствием частичного или полного нонкомплаенса. Несоблюдение психически больными схемы приема антипсихотиков ранжируется от 11 % до 80 %. Каждое

обострение делает более трудным поддержание привычной жизни, трудовой и социальной активности, ускоряет прогресс нарастания негативной симптоматики, ухудшает качество ремиссий.

Учитывая, что лица, страдающие шизофренией, являются субъектом лечебного процесса и от их активности и принятия необходимости выполнения врачебных рекомендаций во многом зависит эффективность результатов проводимой терапии, при рассмотрении вопросов о повышении у них уровня комплаентности, необходимо учитывать разнообразные факторы, оказывающие влияние на самих больных.

Ранние исследования причин нарушения лекарственного режима у больных шизофренией позволили выявить множество факторов, играющих роль в формировании некомплаентности при шизофрении, наиболее признанными из которых являются следующие: связанные с терапией, с индивидуальными качествами больного, с характером его взаимодействия с врачом и микросоциальным окружением. Среди множества причин, лежащих в основе комплаентного поведения больного, следует брать во внимание и ближайшее окружение больного. Проблема влияния семейных взаимоотношений на комплаентность при шизофрении не так широко изучена и представлена в литературе по сравнению с прочими факторами. В данной работе была предпринята попытка выявить взаимосвязь нарушения комплаентности и характера отношений больного с ближайшим окружением.

Целью работы было изучение влияния особенностей семейных отношений на соблюдение лекарственной терапии при шизофрении.

Задачи:

1. Исследовать, имеет ли место влияние семейное положение на комплаенс у больных шизофренией.
2. Исследовать взаимосвязь семейной сплоченности и отношения к необходимости соблюдения лечения.
3. Выявить взаимосвязь доброжелательных внутрисемейных отношений и комплаентного поведения.
4. Изучить связь субъективного переживания одиночества и некомплаенса у больных шизофренией.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось с мая по сентябрь 2018 года на базе Тамбовского областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Тамбовская психиатрическая клиническая больница». Испытуемыми для проведенного исследования выступили лица с диагнозом «шизофрения» (F 20.0 по международной классификации болезней 10-го пересмотра) в количестве 60 человек, 30 мужчин 30 женщин. Первую группу составляют исследуемые, состоящие в браке (15 мужчин и 15 женщин), во вторую вошли лица, не состояли в браке, поддерживающие контакт с родительской семьей частично, либо проживали

одни и не контактировали ни с кем из родственников (15 мужчин и 15 женщин). Средний возраст исследуемых от 27 до 39 лет.

Процедуре исследования предшествовали консультации с лечащими врачами испытуемых. Они были проведены с целью выяснения отсутствия противопоказаний для участия в нашем исследовании. Далее проводились индивидуальные консультации с испытуемыми, где им предлагалось выступить участником исследования. Согласившиеся на участие были в дальнейшем приглашены для выполнения методик. На момент проведения исследования, все лица, приглашенные в качестве его участников, находились в состоянии ремиссии, добровольно приняли в нем участие и предъявляли жалоб на физическое здоровье.

Процедура исследования была одинаковой для всех испытуемых и начиналось с беседы, где выяснялось семейное положение, наличие родственников и поддерживается ли с ними общение.

В ходе исследования были реализованы следующие методы исследования: психодиагностический, клинико-психологический и метод математической статистики. Были использованы стандартизированные методики и одна проективная, критерии оценки которой разрабатывались в соответствии с поставленными задачами исследования.

Для решения стоящих задач были применены следующие методики:

1. Опросник «Уровень комплаентности» (Р.В. Кадыров, О.Б. Асриян, С.А. Ковальчук).
2. Шкала семейного окружения ШСО.
3. Методика диагностики межличностных отношений Лири.
4. Методика диагностики уровня субъективного ощущения одиночества Рассела и Фергюсона.
5. Семейная социограмма.

Полученные результаты были обработаны с помощью программы SPSS (версия 22.0) с использованием пакета систематических процедур:

1. t-критерий Стьюдента.
2. корреляционный анализ с использованием коэффициента Спирмена.

Результаты и обсуждение. С целью исследования уровня комплаенса и характера семейных взаимоотношений нами был проведен сравнительный анализ результатов исследуемых с разным семейным положением. Применение t – критерия Стьюдента позволил выявить достоверные отличия средних значений в группе холостых и состоящих в браке исследуемых на уровне 99 % ($p \leq 0,000$).

По результатам опросника «уровень комплаентности» выявились достоверные различия по следующим шкалам: социальная комплаентность, эмоциональная комплаентность, поведенческая комплаентность, общая комплаентность.

Результаты нашего исследования позволяют сделать вывод о том, что состоящие в браке больные шизофренией характеризуются более высоким уровнем комплаентности по сравнению с холостыми.

С целью выявления взаимосвязи между комплаентностью и характером семейных отношений был проведен корреляционный анализ. Выявлены положительные связи между шкалой «общая комплаентность» и следующими шкалами «сплоченность» ($r=,689$; $p \leq 0,01$), «морально-нравственные аспекты» ($r=,707$; $p \leq 0,01$), «интеллектуально-культурной ориентацией» ($r=,531$; $p \leq 0,01$). Отрицательные связи выявлены со шкалами «одиночество» ($r= -,649$; $p \leq 0,01$), «конфликт» ($r= -,454$; $p \leq 0,01$), «неудовлетворенность» ($r= -,274$; $p \leq 0,05$), «опосредованность общения» ($r= -,412$; $p \leq 0,01$).

Проведенный корреляционный анализ позволяет сделать вывод, что приверженные лечению испытуемые, находят поддержку со стороны своей семьи, ощущают приятие и признание других ее членов, их уважительное к себе отношение и поддержку, чувство принадлежности, защищенности и эмоционального единства с ними. Семьи лиц, демонстрирующих более высокий уровень направленности на выполнение назначенной терапии, характеризуются большей семейной сплоченностью, эмоциональной близостью, направленностью на интеллектуальный досуг, разделяют нормы морали, этические принципы в процессе общения. Они стимулируются к саморазвитию, проведению культурного досуга, их интересы интеллектуального порядка находят поддержку и понимание, что, в свою очередь, является и следствием ориентировки семьи на этические ценности. Для них характерна удовлетворенность имеющимися семейными взаимоотношениями, их соответствие имеющимся у них ожиданиям и возможность реализации в них актуальных потребностей. Им не свойственно переживание одиночества из-за отсутствия близких эмоциональных связей в семье. Предрасположенным к выполнению врачебных рекомендаций исследуемым не свойственно поддержание негативных конфликтных отношений с членами семьи, приводящих к нежеланию дальнейшего поддержания общения и нахождения взаимопонимания. Им не присуще поддержание опосредованных другими коммуникаций, их взаимодействие происходит непосредственно, они являются активными участниками взаимодействия.

По результатам исследования подтвердилось предположение, что доверительные, доброжелательные семейные отношения положительно влияют на комплаенс при шизофрении.

Выводы.

1. Состоящие в браке больные шизофренией в большей степени привержены соблюдению режима лечения в сравнении с холостыми.

2. Анализ данных, полученных в ходе исследования, подтвердил предположение о том, что уровень комплаентности больных шизофрении связан с семейной сплоченностью.

3. Доверительные, доброжелательные семейные отношения положительно влияют на комплаенс при шизофрении.

4. Переживание одиночества, отсутствия близких эмоциональных связей отрицательно влияет на выполнение рекомендаций по лечению.

ВЫЯВЛЕНИЕ ТИПОВ ВЕРБАЛЬНЫХ ГАЛЛЮЦИНАЦИЙ И ИХ ОЦЕНКА В ГРУППЕ ПАЦИЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ ДАННОЕ РАССТРОЙСТВО

Жукова С.О.

г. Москва

Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева

Актуальность темы. Понятие вербальных истинных и псевдогаллюцинаций существует уже длительное время. Определение галлюцинаций было введено Эскиролем, а Гаген впервые вводит термин «псевдогаллюцинация». Байарже приводил два типа галлюцинаций, причиной такого разделения являлись особенности псевдогаллюцинаций. В современных классификациях разделение истинных и псевдогаллюцинаций имеет меньшее значение, упор делается на разделение галлюцинаций по соответствующим анализаторам и в небольшой степени на их характер по возникновению. По сравнению с отечественными работами, в англоязычной литературе разделению на истинные галлюцинации и ложные отводится еще меньше внимания, где подобные упоминания базируются в основном на описании В.Х. Кандинского (Andreasean N.C., 1995, Джонс П.Б., 2008). В некоторых работах (Simon McCarthy-Jones et al., 2014), приводятся данные, частично описывающие разделение истинных и ложных галлюцинаций, однако данному параметру уделено мало внимания на фоне других вопросов. Для доказательства невысокой диагностической значимости различных характеристик галлюцинаций проводились исследования, показавшие отсутствие их специфичности для того или иного заболевания (Waters F., Fernyhough C., 2017). Выделение в картине болезни галлюцинаций является важной частью постановки диагноза и назначения лечения. Так, возникновение истинных галлюцинаций в рамках диагноза круга шизофрении может свидетельствовать об утяжелении течения болезни, присоединении новых механизмов, которые требуют

другого подхода в ведении пациента. Актуальным является четкое разделение этих типов галлюцинаций для определения тактики вмешательства, своевременного определения необходимости консультации других специалистов. Несмотря на то, что лечение всех типов галлюцинаций проводится антипсихотиками, упущение из внимания новой присоединившейся патологии может привести к резистентным формам заболевания, что значительно снижает уровень жизни пациентов и увеличивает затраты на больного, что выражается в неэффективном подборе лечения и установлении группы инвалидности.

Цель и задачи. Целью исследования явились выявление типов вербальных галлюцинаций (ВГ) и их оценка среди пациентов, имеющих данное расстройство.

Задачи включали определение типов ВГ и соответствие их истинным галлюцинациям (ИГ) и псевдогаллюцинациям (ПГ); выявление взаимосвязей типов с психическим и соматическим состоянием пациентов, а также с хроническими соматическими заболеваниями и травмами головы; распределение диагнозов по сформированным группам.

Материалы и методы. Работа проводилась на базе дневного стационара психиатрической клинической больницы №1 им. Н.А. Алексеева Москвы и дневного стационара областной клинической больницы «Богородское» (Ивановская область). В группу исследования включались лица от 18 лет с ВГ в стадии стабилизации психического состояния, имеющие два и более «голосов» в анамнезе. Исключались пациенты с острой соматической, неврологической и психической патологией, коморбидными психическими расстройствами, а также имеющие в анамнезе один «голос» (Г). Группу наблюдения составили 32 пациента с различными психиатрическими диагнозами, из них имели диагноз Шизофрения (F20.0, МКБ-10) 25 человек (78,1 %). Всего мужчин 11 (34,4 %). Средний возраст $44,5 \pm 26,5$ лет. Диагностика состояния проводилась с помощью клинко-психопатологического метода, шкалы PANSS и карты исследования. Карта исследования содержала вопросы о таких данных как стаж заболевания, количество госпитализаций, наличие соматических заболеваний и травм головы. Для определения типов ВГ была составлена шкала на основе параметра одномоментности говорения Г. Было выделено три основных типа, а также два смешанных. Первый тип (1) – одномоментное говорение, при котором Г говорят одновременно, наслаиваясь друг на друга. Второй (2) – последовательное, когда Г говорят чередуясь, что легко определяется пациентом. Третий тип (3) – прерывистое, когда Г говорят практически неразличимо чередуясь, однако никогда не наслаиваясь друг на друга. Четвертый тип (4) – смешанный, совмещает 2 и 3. Пятый тип (5) – смешанный, совмещает 1 и 2, либо 1 и 3 типы. При этом типы соотносились с понятиями ИГ и ПГ. Статистическая обработка данных

проводилась с помощью программы STATISTICA 13.3. Данные проверялись на нормальность распределения, межгрупповые различия оценивались по U-критерию Манна-Уитни (статистически значимые при $p < 0.05$). Для оценки взаимосвязей применялся корреляционный анализ Спирмана.

Результаты и обсуждение. Из 32 принявших участие в исследовании пациентов, 10 (31,2 %) имели в анамнезе > 10 госпитализаций, 8 (25 %) имели < 10 и > 5 госпитализаций, оставшиеся 14 (43,8 %) были госпитализированы < 5 раз. 19 (59,4 %) пациентов имели в анамнезе хронические соматические заболевания и/или травмы головы, по отдельности и в различных сочетаниях; наиболее часто встречались: гипертоническая болезнь (33,3 %), атеросклероз (21,4 %), сахарный диабет 2 типа (4,8 %), остеохондроз шейного отдела позвоночника (9,5 %), зависимость от ПАВ (7,1 %), ВИЧ (4,8 %), травмы головы (19,1 %). Стаж психического заболевания в среднем составил 9,5 лет. В ходе исследования выявилось, что ВГ разделяются на 5 типов, из которых 1 встречался у 10 пациентов (31,3 %), 2 тип у 11 пациентов (34,4 %), 3 – 1 (3 %), 4 – 4 (12,5 %), у оставшихся 6 (18,8 %) пациентов был установлен 5 тип. Корреляционный анализ Спирмана показал наличие сильной зависимости ($r = -0,90$); при этом было выявлено соответствие 2, 3 и 4 типов ПГ, а 1 и 5 – ИГ. Результаты исследования выявили статистически значимую зависимость ($p < 0,05$) типа галлюцинаций от возраста пациентов. В среднем, пациенты с типом галлюцинаций 1 и 5 старше пациентов с типом галлюцинаций 2, 3, 4 на 32,5 года. Статистически значимой зависимости от стажа заболевания, количества госпитализаций и результатов обработки шкалы PANSS не выявлено. Корреляционный анализ Спирмана показал, что тип ВГ имеет сильную связь ($r = -0,80$) с наличием в анамнезе хронических соматических заболеваний и травм головы. При этом установлено, что типы распределяются в зависимости от тяжести соматического состояния (от самого легкого к более тяжелому) пациента следующим образом: 2, 3, 4, 5, 1. Также было выявлено, что тип ВГ в сильной степени ассоциирован с возрастом пациентов ($r = -0,78$), при этом установлено, что типы галлюцинаций распределяются в той же последовательности (2, 3, 4, 5, 1) в зависимости от возраста пациента от меньшего к большему. В умеренной степени выражена корреляция с диагнозом пациента ($r = -0,45$), при этом группа F20.0 тяготеет к галлюцинациям последовательного типа, тогда как остальные к галлюцинациям одномоментного типа. Также выявлена умеренная корреляция стажа психического заболевания пациента со шкалами негативной симптоматики (Н) и общих психопатологических синдромов (О), при этом связь с группой Н выше ($r = 0,66$), чем с О ($r = 0,32$). Корреляции со шкалой позитивных синдромов (П) не выявлено. Кроме того, в ходе исследования установлено, что тип ВГ не коррелирует с шкалами PANSS, а также со стажем заболевания.

Выводы.

1. Вербальные галлюцинации при наличии двух и более «голосов» в анамнезе можно распределить на пять типов, которые соответствуют истинным галлюцинациям и псевдогаллюцинациям.

2. Типы вербальных галлюцинаций взаимосвязаны с соматическим и психическим состоянием пациента, а также с хроническими соматическими заболеваниями и травмами головы. При этом типы галлюцинаций можно распределить в порядке утяжеления патологии.

3. Из полученных корреляций между типом вербальных галлюцинаций с возрастом, диагнозом, наличием в анамнезе хронических соматических заболеваний и травм головы можно сделать вывод о том, что выявленные типы вербальных галлюцинаций могут выступать потенциальным маркером тяжести общего состояния пациента, а их смена один на другой говорит об ухудшении.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ПАРАМЕТРОВ САМОРЕГУЛЯЦИИ ПРОИЗВОЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОГНИТИВНОГО СТИЛЯ АБСТРАКТНАЯ/КОНКРЕТНАЯ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ

Зданович А.И.

г. Курск

Курский государственный медицинский университет

Актуальность темы. Саморегуляция произвольной активности человека понимается как системно организованный психический процесс по инициации, построению, поддержанию и управлению всеми видами и формами внешней и внутренней активности, которые направлены на достижение принимаемых субъектом целей (Конопкин О.А., 1995). Необходимо отметить, что саморегуляция изучалась с многих позиций, в том числе со стороны системного подхода, где рассматривается влияние сложившихся личностных структур разного уровня индивидуальности на особенности целенаправленной активности.

Одним из интегративных параметров индивидуальности, сопрягающим в единую подсистему свойств ее психические и биологические компоненты, является когнитивный стиль абстрактная/конкретная концептуализация (Бельских И.А., 2012). Он оказывает значительное влияние на индивидуально-специфические проявления целостной модели интеллектуального образа действий индивида. Конкретная концептуализация отображает тенденцию

к изоляции идей, основанную на жестком, непересекающемся наборе понятий, обуславливает тенденцию к свёрхупрощению понимания окружающего и свёрхконцентрации на одном подходе к интерпретации ситуации. Абстрактная концептуализация предполагает существование взаимосвязанной системы идей, основанной на многократном и гибком их упорядочивании, характеризует «открытость ума», проявляющуюся в учете непосредственных обстоятельств, «порождении множества альтернативных интерпретативных схем, толерантности к обычным и новым аспектам происходящего» (Холодная М.А., 2002, Бельских И.А., 2012).

Раскрытие внутренних связей в механизмах саморегуляции в сопоставлении их с когнитивным стилем, отражающим индивидуально-своеобразные способы переработки информации, может быть полезно в научных целях для получения более специфической по гендерному признаку информации. Кроме того, эта информация может быть актуальна в психологии труда, а также использоваться для повышения эффективности патопсихологической и нейропсихологической диагностики психических расстройств и разработки психокоррекционных программ для пациентов, в зависимости от их половой принадлежности.

Цель и задачи. Исследовать гендерные различия показателей саморегуляции сенсорно-перцептивных функциональных систем по вектору абстрактная/конкретная концептуализация.

Материалы и методы. Исследование было проведено при участии 173 студентов высшего учебного заведения в возрасте 20–24 лет, не предъявлявших жалобы на физическое и психическое здоровье. Среди обследуемых было 45 мужчин и 128 женщин. Когнитивный стиль исследовался с помощью формы А методики дискриминации свойств понятий. Данная методика позволяет вести психометрическую оценку когнитивного стиля конкретная/абстрактная концептуализация. Испытуемому предъявлялись три пары понятий со списками их различий и сходств, при этом одна пара была легко сравнимой, вторая трудно сравнимой, а третья несравнимой. Список состоял из 173 свойств сравниваемых понятий. Испытуемый был проинструктирован выделить наиболее существенные свойства объектов. Исследуемые были распределены на две группы по половому признаку, после чего каждая группа была ранжирована по грациям вектора конкретная/абстрактная концептуализация с помощью подсчета количества актуализированных свойств понятий.

Саморегуляция сенсорно-перцептивных функциональных систем изучалась методикой восприятия пространственно-временных параметров тест-объекта. В данной методике испытуемому на экране монитора предъявлялась горизонтальная линия, ограниченная двумя вертикальными чертами. В 4 пробных экспериментах над левой чертой появлялся указатель в форме

Церебролизин®

ВОЗВРАЩАЕТ К ЖИЗНИ, ВОССОЕДИНЯЯ НЕЙРОНЫ

ИНСУЛЬТ
ЧМТ
КОГНИТИВНЫЕ
РАССТРОЙСТВА

ВЕРНОЕ РЕШЕНИЕ. БОЛЬШИЕ ПЕРЕМЕНЫ.

Месяц назад Павел Иванович заметил ухудшение памяти, внимания, легкую слабость в руке и ноге
Сегодня он выиграл партию в шахматы

- Улучшает двигательные и когнитивные функции после инсульта и черепно-мозговой травмы¹⁻⁴
- Улучшает познавательные функции при сосудистых и нейродегенеративных когнитивных расстройствах^{5,7}
- Снижает частоту развития постинсультной депрессии и деменции^{1,8}



Церебролизин® (Cerebrolysin®) РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР: П N013827/01. Раствор для инъекций. СОСТАВ: 1 мл водного раствора препарата содержит 215,2 мг концентрата церебролизина (комплекс пептидов, полученных из головного мозга свиней). ПОКАЗАНИЯ: Болезнь Альцгеймера; синдром деменции различного генеза; хроническая цереброваскулярная недостаточность; ишемический инсульт; травматическое повреждение головного и спинного мозга; задержка умственного развития у детей; гиперактивность и дефицит внимания у детей; эндогенная депрессия, resistente к антидепрессантам (в составе комплексной терапии). ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: тяжелая почечная недостаточность; злостный эпилептический статус; индивидуальная непереносимость. СОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ: применяется перорально при аллергической диатезе и заболеваниях эпилептического характера. СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ: применяется парентерально (интравенно, внутримышечно (струйно, капельно)). Дозы и продолжительность лечения зависят от характера и тяжести заболевания, а также от возраста больного. Могут быть проведены повторные курсы. ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ: при чрезмерно быстром введении: редко – ощущение жара, тошнота, головокружение и др.; очень редко: повышение индивидуальной чувствительности, аллергические реакции и др. Полный перечень побочных эффектов указан в инструкции по медицинскому применению. ПРОИЗВОДИТЕЛЬ: EVER Neuro Pharma, GmbH, A-4855 Werra, Австрия.

Полная информация представлена в инструкции по медицинскому применению.

При возникновении побочных реакций, в том числе не указанных в инструкции, необходимо обратиться к врачу или в представительство компании.

1. Mancuso D. F., Heiss W. D., Hoernberg V., Guehl A. et al. Stroke 2016; Jan; 47(1):151–159; 2. Ladurner G., Kolisch R., Moessler H. J. Neural Tension 2005; 152 (6): 415–426; 3. Chen C. C., Wei S. T., Tsai S. C., Chen X. X., Cho D. Y. Br J Neurosurg 2013 Dec; 279:889–9; 4. Kötig P., Wladarsen R. et al. et al. J Neurol Neurosurg Psychiatr 2006; 77(1):12–20; 5. Mancuso D.F., Guan A.X., Gargan R.M. CNS Neurol Disord Drug Targets 2015; 14(5):587–99; 6. Guehl A. B., Moessler H., Novak F. H., Gasse S. L., J. Stroke Cerebrovasc Dis. 2011 Jul-Aug; 20(7):110–118; 7. Guehl A. S., Prassano J. V., Jia J. et al., Dement Geriatr Cogn Disord. 2015; Vol. 39, no. 5–6: 332–347; 8. Чукалова Е.М., Сравнительный анализ эффективности Церебролизина при лечении пациентов с хронической ишемией мозга. "Здоровый пациент", 2011, № 1, Т. 5, с. 35–39

Quality from
Austria.

Trusted partner for
over 2 million
patients.

EVER
PHARMA

ООО «ЭВЕР Нейро Фарма»

107951, Москва, Преображенский п., дом 6
Телефон: +7 (495) 933 87 02, факс: +7 (495) 933 87 15
E-mail: info@everpharma.com
www.everpharma.com

Информация предназначена для специалистов здравоохранения. ЦРБ/РЛС/2019/02/254

вертикальной стрелки, который за 1 секунду проходил расстояние до правой черты, где его необходимо было остановить нажатием на клавишу «пробел». В 50 контрольных испытаниях указатель появлялся над левой чертой, начинал свое движение, после чего исчезал. Испытуемому следовало мысленно спрогнозировать движение, нажав «пробел» вовремя. В условиях исследования без обратной связи испытуемому не давалось никакой информации о том, насколько точно он выполняет задание. При исследовании с обратной связью испытуемому предъявлялось значение ошибки в миллисекундах без знака при запаздывании реакции, либо со знаком «-» при преждевременной остановке тест-объекта.

Для оценки гендерных различий были выбраны 7 коэффициентов, раскрывающих механизм саморегуляции. В методике без обратной связи рассчитывались: коэффициент K1, показывающий точность последовательных воспроизведений эталона, и K4, описывающий стойкую стилевую тенденцию к переоценке параметров эталона. В методике, проводимой с обратной связью, были рассчитаны: K2, отображающий стабильность саморегуляции, коэффициенты K7–K9, раскрывающие процессы обучаемости (K7 – прогресс стабилизации оценок эталона без обратной связи и с обратной связью; K8 – уменьшение разброса оценок эталона с обратной связью; K9 – уменьшение величины отношения оценок без обратной связи и с обратной связью), и K13, показывающий степень получения информации об ошибке предшествующей эталону и отражающий пластичность процессов саморегуляции. Коэффициенты саморегуляции сопоставлялись с показателями выполнения методики дискриминации свойств понятий путем расчета коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение. Обе группы испытуемых были отнесены к первым 4 градациям вектора конкретная/абстрактная концептуализация по числу актуализированных признаков (7–72) в методике дискриминации свойств понятий, что свидетельствовало о доминировании абстрактного когнитивного стиля у испытуемых. По мере увеличения градаций от первой к четвертой усиливалась тенденция к полюсу конкретности. У мужчин была установлена высокая корреляция тяготения к конкретному когнитивному стилю с коэффициентами, отражающими точность ($E=0,77$, $p<0,01$) и склонность к переоценке параметров эталона ($E=0,91$, $p<0,01$) в методике без обратной связи. При этом коэффициенты стабильности, пластичности и обучаемости в методике с обратной связью значительных корреляционных связей с показателями методики дискриминации свойств понятий не обнаружили.

У женщин при нарастании градации от первой к четвертой была установлена высокая обратная корреляция со стилевой тенденцией к переоценке параметров эталона ($E= -0,93$, $p<0,01$) в методике без обратной связи.

В методике с обратной связью нарастание стилевого показателя конкретности коррелировало с показателем стабильности ($E=0,69$, $p<0,01$), тремя коэффициентами, отражающими процесс обучаемости: K7 – стабилизация последовательных оценок эталона с обратной связью по сравнению с оценками без обратной связи ($E=0,72$, $p<0,01$), K8 – уменьшение разброса оценок эталона с обратной связью ($E=0,72$, $p<0,001$); K9 – уменьшение величины отношения оценок без обратной связи и с обратной связью ($E=0,74$, $p<0,001$), а также коэффициентом, отражающим пластичность ($E=0,59$, $p<0,01$).

Выводы. Таким образом, были установлены достоверные гендерные различия связей между процессами саморегуляции произвольной деятельности и вектором абстрактности/конкретности когнитивного стиля. У испытуемых мужского пола нарастание точности оценок перцептивного эталона тесно связано с абстрактным стилем, в то время как у женщин такой зависимости не наблюдается. Мужчины, демонстрировавшие склонность к конкретному когнитивному стилю, имели стойкую тенденцию к переоценке параметров эталона, из испытуемых женщин же, напротив, к переоценке были гораздо более склонны абстрактные испытуемые. Кроме того, только среди испытуемых женского пола были обнаружены выраженные связи между степенью абстрактности когнитивного стиля и показателями обучаемости, стабильности и пластичности процессов саморегуляции сенсорно-перцептивных функциональных систем.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕЗИСТЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Зубов Д.С.

г. Санкт-Петербург

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева*

Актуальность темы. Количество больных с терапевтически резистентной формой шизофрении по современным оценкам составляет от 30 до 60 %, что влияет на терапевтическую тактику и социально-экономические аспекты, связанные с их лечением (Zervas I.M. et al. 2012; Miyamoto S. et al. 2015).

Наиболее часто применяемыми методами для преодоления терапевтической резистентности у больных шизофренией, «золотым стандартом» терапии, являются использование клозапина в высоких и максимальных

терапевтических дозах, или одновременное назначение нескольких психотропных лекарственных средств из разных фармакологических групп, так называемая «аугментация», или «полипрагмазия» (Englisch S., Zink M. 2012). Несмотря на широкое применение, эффективность данных терапевтических тактик остается недостаточной. Так, количество пациентов, не реагирующих на терапию клозапином, оценивается в 40–70 % (Dold M., Leucht S. 2014), а значимое улучшение психического состояния при использовании полипрагмазии по данным метаанализа Siskind D.J. et al. (2018) отмечено авторами в 4 работах из 46 проанализированных. По данным Ortiz-Orendain J. et al. (2017), подобные стратегии преодоления терапевтической резистентности являются менее безопасными и более затратными экономически, чем монотерапия психотропными лекарственными средствами.

В качестве альтернативы фармакологическим методам преодоления терапевтической резистентности может выступать такой противорезистентный метод, как электросудорожная терапия (ЭСТ). Использование ЭСТ при расстройствах шизофренического спектра, по данным ряда авторов, обладает высокой эффективностью: ремиссионные состояния формируются у 55–86 % (Fink M., Taylor M.A. 2007), а положительный ответ отсутствует только у 10 % пациентов (Dabrowski M., Parnowski T. 2012). ЭСТ оценивается как один из самых безопасных методов терапии резистентной шизофрении, который не вызывает структурных повреждений головного мозга, обладает хорошей переносимостью, в связи с чем не имеет абсолютных противопоказаний для применения (Watts B.V. et al. 2011; Andrade C. et al. 2016). Однако, в силу высокой стигматизации и недостаточной осведомленности врачей-психиатров об эффективности и безопасности ЭСТ, применение данной методики в психиатрической практике остается ограниченным. (Payne N., Prudic J. 2009).

Целью и задачами настоящего исследования являлись объективизация эффективности и безопасности электросудорожной терапии путем изучения биомаркеров, способных отражать процессы нормального функционирования ЦНС, нейродеструкции, а также общих маркеров воспалительного процесса, имеющих тропность к тканям ЦНС.

В качестве биомаркера, способного отражать эффективность проводимой терапии, был выбран нейротрофический фактор головного мозга (BDNF) – специфический белок, поддерживающий нормальное развитие, рост и функционирование нейронов. Увеличение его синтеза и высвобождения, выявляемое в том числе и при проведении процедур ЭСТ, приводит к усилению нейротрансмиссии, активации нейротрофических и нейропротекторных процессов в ЦНС, что может являться одним из потенциальных механизмов действия электросудорожной терапии (Li J. et al. 2016).

Для изучения безопасности ЭСТ были исследованы следующие биологические маркеры: Интерлейкин – 2 (IL-2) – пептид, относящийся к семейству провоспалительных цитокинов, принимающий участие в реакциях иммунного ответа и способный стимулировать воспалительные процессы в определенных областях головного мозга, приводящих к нарушениям дифференциации рецепторного аппарата (Miller B.J. et al. 2011; Annya M.S. et al. 2013); Креатинфосфокиназа (КФК) и КФК-МВ – ферменты, повышение уровня которых в крови возникает при повреждениях различного генеза различных органов и тканей, в том числе и ЦНС (Hergenroeder G.W. et al. 2008); Нейронспецифическая энолаза (NSE) – фермент, содержащийся в нейронах ЦНС, концентрация которого значительно повышается при любых травматических воздействиях на ткани головного мозга (Mrozek S. et al. 2014); S100B – специфичный белок астроцитарной глии, уровень которого в крови имеет тенденцию к значительному увеличению при различных видах нейродегенерации и нейродеструкции (Battista A.P. 2015);

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 98 пациентов (64 мужчины и 34 женщины), проходивших стационарное лечение в отделении биологической терапии психически больных Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии имени В. М. Бехтерева Минздрава России, с установленным диагнозом «Шизофрения, параноидная форма» (F20.0 по МКБ 10), выявленной резистентностью к психотропным лекарственным средствам. В соответствии с задачами исследования все пациенты были разделены на сопоставимые по демографическим показателям группы. Основную группу составили пациенты, получавшие сочетанную электросудорожную и психофармакологическую терапию (ЭСТ + ПФТ), – 66 человек; контрольная группа была представлена пациентами, получавшими только медикаментозную терапию психотропными средствами (ПФТ), – 32 человека.

Пациенты обеих групп получали антипсихотические препараты типичного (галоперидол – $29,5 \pm 13,38$ мг/сут; клопиксол – $47,22 \pm 41,62$ мг/сут) и атипичного ряда (оланзапин – $22,50 \pm 6,38$ мг/сут; кветиапин – 500 ± 216 мг/сут; арипипразол – $27,4 \pm 4,87$ мг/сут; палиперидон – $9,71 \pm 1,99$ мг/сут; клозапин – $212,92 \pm 192,43$ мг/сут).

Процедуру ЭСТ проводили с согласия пациента по современной модифицированной методике с использованием аппарат «ЭСТЕР», параметры стимуляции подбирались индивидуально. Взятие биологических образцов (венозная кровь) и оценка клинического состояния пациентов при помощи шкалы PANSS проводились двукратно: на этапе включения в исследование, на этапе окончания процедур ЭСТ (через 4 недели), и в идентичные временные промежутки для пациентов группы контроля.

При помощи ИФА-метода были исследованы следующие биологические маркеры: BDNF, КФК и КФК-МВ, NSE, S100B, IL-2. Биомаркеры КФК и КФК-МВ, NSE, S100B, в силу их специфичности, а также возможности определения клинической нормы, исследовались только у 32 пациентов основной группы (ЭСТ+ПФТ); BDNF и IL-2 у 98 пациентов обеих групп.

Результаты исследования. Показатели клинической эффективности. На этапе включения в исследование пациенты обеих групп находились в остром психотическом состоянии – общий балл по шкале PANSS у пациентов группы ЭСТ+ПФТ составлял $116,04 \pm 18,76$ и $113,28 \pm 14,18$ балла у группы ПФТ. Выраженность позитивной («П»), негативной («Н») и общей психопатологической («О») симптоматики у пациентов обеих исследованных групп ЭСТ + ПФТ и ПФТ, соответственно, имела следующие значения: «П» – $26,25 \pm 5,94$ и $25,93 \pm 4,67$ балла, «Н» – $30,87 \pm 6,27$ и $28,94 \pm 5,65$ балла, «О» – $58,92 \pm 10,46$ и $58,41 \pm 7,42$ балла, различия между группами на этапе включения не имели статистической значимости ($p > 0,05$).

Через 4 недели терапии у пациентов обеих групп отмечалась статистически значимая положительная динамика психического состояния по основным психопатологическим паттернам шкалы PANSS ($p < 0,001$), однако более выраженная редукция позитивной, негативной и общей психопатологической симптоматики выявлялась у пациентов основной группы наблюдения. Различия между группами были статистически значимы и имели следующие значения: $14,98 \pm 4,6$ и $21,78 \pm 4,35$ балла («П»), $20,72 \pm 5,09$ и $26,16 \pm 5$ балла («Н»), $35,85 \pm 9,06$ и $50,72 \pm 8,05$ балла («О»), соответственно ($p < 0,001$). Группа пациентов, получавших комбинированную терапию ЭСТ + ПФТ, продемонстрировала более выраженный положительный ответ на проводимое лечение, так, общий балл по шкале PANSS на заключительном этапе исследования у пациентов группы ЭСТ+ПФТ составил $71,55 \pm 16,71$, в то время, как у больных группы ПФТ эти значения оставались довольно высокими – $98,66 \pm 15,4$ балла ($p < 0,001$).

Нейротрофический фактор головного мозга (BDNF). Средний уровень BDNF на начальном этапе исследования у больных основной группы наблюдения был несколько выше, чем у пациентов группы контроля и составлял $10,71 \pm 5,79$ и $9,9 \pm 3,1$ нг/мл, соответственно ($p > 0,05$). Концентрация BDNF в сыворотке крови у пациентов, получавших только психофармакотерапию, в ходе наблюдения имела тенденцию к снижению и составляла $9,53 \pm 4,82$ нг/мл через 4 недели терапии ($p > 0,05$). В то же время, пациенты основной группы, получавшие сочетанную электросудорожную и медикаментозную терапию, также на уровне тенденции ($p > 0,05$), обнаруживали увеличение концентрации BDNF, сывороточный уровень которого составил $12,30 \pm 7,66$ нг/мл. Анализ полученных результатов между группами пациентов ($12,30 \pm 7,66$ нг/мл – ЭСТ+ПФТ, $9,53 \pm 4,82$ нг/мл – ПФТ)

на заключительном этапе исследования не выявил статистически достоверных различий ($p>0,05$). У большинства больных, получавших ЭСТ, отмечался рост концентрации сывороточного уровня нейротрофического фактора головного мозга, что позволяет говорить об общей тенденции к возможному увеличению содержания BDNF в процессе проводимой электросудорожной терапии, в отличие от терапии исключительно лекарственными средствами, и рассматривать данный белок как потенциальный биомаркер, имеющий зависимость от характера проводимой противорезистентной терапии.

Интерлейкин 2 (IL-2). Лишь у шестерых пациентов из общей выборки ($n=98$) в сыворотке крови было выявлено наличие данного биомаркера воспаления. Обнаруженные изменения отмечались в разных временных точках и носили бессистемный характер, в связи с чем, для достоверной интерпретации полученных результатов необходимы дополнительные исследования.

Общая креатинфосфокиназа (КФК), креатинфосфокиназа-мышечная и мозговая фракция (КФК-МВ). Средний показатель уровня активности общей креатинфосфокиназы (КФК) у пациентов, получавших ЭСТ+ПФТ, перед проведением ЭСТ составлял $65,62 \pm 44,77$ Ед/л и не выходил за пределы нормальных значений (29–200 Ед/л). После завершения процедур ЭСТ сывороточный уровень КФК, понизившись до $54,77 \pm 54,30$ Ед/л, также не выходил за пределы нормы, что свидетельствует об отсутствии активации общих воспалительных процессов на фоне применения ЭСТ. Статистически значимой динамики данный биомаркер не обнаруживал ($p>0,05$). Более специфичный индикатор повреждения тканей головного мозга – изофермент креатинфосфокиназы (КФК-МВ) на этапе включения в исследование пациентов группы ЭСТ+ПФТ имел средний уровень, равный $14,77 \pm 10,27$ Ед/л, и не выходил за пределы референсных значений (0–24 Ед/л). В процессе наблюдения отмечалось статистически значимое снижение концентрации КФК-МВ ($p<0,05$), уровень которого после окончания курса электросудорожной терапии понизился до $9,52 \pm 2,90$ Ед/л, что также соответствовало нормальным значениям.

Белок S100B. Показатель среднего уровня белка S100B до начала курса ЭСТ у пациентов, получавших ЭСТ+ПФТ, не выходил за пределы нормальных значений (0–200 нг/л) и составлял $49,64 \pm 22,45$ нг/л. После окончания курса процедур ЭСТ уровень биомаркера понизился до $44,02 \pm 21,08$ нг/л, что также находилось в границах нормы, а выявленные различия были статистически недостоверны ($p>0,05$).

Нейронспецифическая энзолаза (NSE). Средний уровень NSE перед началом курса ЭСТ у больных основной группы был равен $9,63 \pm 4,40$ нг/мл и не выходил за пределы нормы (0–20 нг/мл). В процессе наблюдения значимая динамика изменения уровня NSE не выявлялась, в связи с сохранением концентрации указанного биомаркера на уровне близком к таковому до начала

курса электросудорожной терапии ($p > 0,05$). Средний уровень NSE после окончания процедур ЭСТ составлял $9,04 \pm 4,36$ нг/мл.

Выводы. Комбинированное применение ЭСТ и антипсихотической терапии приводит к достоверно более выраженной редукции (более 20 % по шкале PANSS) психопатологической симптоматики (позитивной, негативной, общей психопатологической), по сравнению с использованием в качестве противорезистентной терапии только психотропных лекарственных средств.

Уровень BDNF, отражающий процессы нормального функционирования и нейропротекции клеток ЦНС, имеет тенденцию к увеличению в ходе проведения процедур ЭСТ, что не наблюдается при использовании ПФТ, и может выступать в качестве потенциального биомаркера, отражающего эффективность и безопасность проводимой процедуры.

Средний уровень таких биомаркеров воспаления, нейродеструкции и нейродегенерации как КФК, КФК-MB, IL-2, NSE и S100B у пациентов основной и контрольной групп не выходил за пределы нормальных значений, что свидетельствует об отсутствии повреждающего воздействия и активации генерализованных и локальных воспалительных процессов в тканях ЦНС при использовании ЭСТ.

Таким образом, электросудорожная терапия является эффективным и безопасным методом преодоления терапевтической резистентности у больных с параноидной шизофренией.

БЕЗОПАСНОСТЬ БРОМДИГИДРОХЛОРФЕНИЛБЕНЗОДИАЗЕПИНА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АКТИВНОСТИ БЕЛКА-ПЕРЕНОСЧИКА Р-ГЛИКОПРОТЕИНА: АНАЛИЗ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА ABCB1

Ивашенко Д.В., Темирбулатов И.И., Созаева Ж.А.,
Пименова Ю.А., Гришина Е.А., Брюн Е.А., Сычев Д.А.

г. Москва

*Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования;*

*Первый московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова;*

Московский научно-практический центр наркологии

Актуальность темы. Бензодиазепиновые транквилизаторы широко применяются в современной клинической практике. В метаболизме бензодиазепиновых транквилизаторов участвуют изоферменты CYP3A4, CYP3A5

и CYP2C19. Широко применяемый в России и странах СНГ бромдигидрохлорфенилбензодиазепин до 2016 года не изучался в клинических фармакогенетических исследованиях. Прием данного препарата сопряжен с риском развития неблагоприятных побочных реакций (НПР). Основной путь метаболизма бромдигидрохлорфенилбензодиаземина – CYP3A. Субстраты данного изофермента часто имеют родство к Р-гликопротеину, эффлюксному транспортеру, который ограничивает доступ ксенобиотиков во внутренние среды организма, в том числе – в ЦНС. Следовательно, полиморфные варианты гена ABCB1, который кодирует Р-гликопротеин, могут влиять на безопасность данного препарата. Ранее нами было показано существенное влияние носительства полиморфизма ABCB1 3435C>T на параметры безопасности бромдигидрохлорфенилбензодиаземина у пациентов с синдромом отмены алкоголя.

Цель. Изучить ассоциации полиморфизмов 1235C>T и 2677G>T гена ABCB1 на безопасность бромдигидрохлорфенилбензодиаземина у больных с синдромом отмены алкоголя (COA), а также провести гаплотипический анализ полиморфизмов 3435C>T, 1235C>T и 2677G>T.

Материалы и методы. В исследование было включено 102 пациента мужского пола с диагнозом неосложненного COA (F10.30 по МКБ-10). Динамическое наблюдение длилось 6 суток, в течение которых пациенты принимали бромдигидрохлорфенилбензодиазепин. От каждого пациента было получено 5 мл венозной крови для генотипирования; определение полиморфных вариантов генов ABCB1 3435C>T, 1236C>T и 2677G>T/A осуществлялось методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в реальном времени с применением коммерческих наборов реактивов (ООО «Синтол»), оборудование: Детектирующий амплификатор CFX96 Touch™ Real-Time PCR Detection System (Bio-Rad, USA). Безопасность терапии оценивалась при помощи Шкалы оценки нежелательных эффектов UKU. Анализ ассоциаций проводился при помощи Хи-квадрата Пирсона в программе SPSS Statistics 21.0. Гаплотипический анализ проводился при помощи онлайн-инструмента SNPStats.

Результаты. Гомозиготы TT полиморфизма ABCB1 1235C>T реже отмечали снижение концентрации внимания ($p=0,048$), но чаще жаловались фоточувствительность ($p=0,024$). Также было выявлено, что у гомозигот TT полиморфизма ABCB1 2677G>T чаще встречались нарушения аккомодации глаз ($p=0,053$) и фоточувствительность ($p=0,054$). Гомозиготное носительство аллели C полиморфизма ABCB1 1235C>T и аллели G полиморфизма ABCB1 2677G>T чаще ассоциировалось с наличием любых неблагоприятных побочных реакций ($p=0,007$ для обоих генотипов).

В результате гаплотипического анализа установлено следующее. Выявлена достаточно высокая степень неравновесного сцепления между

полиморфизмами: 3435 С>Т и 1236С>Т – 0,8; 3435С>Т и 2677G>Т – 0,76; 1236С>Т и 2677G>Т – 0,96. Несмотря на высокие показатели коэффициента сцепленного наследования, не выявлено значимых ассоциаций гаплотипов полиморфных вариантов с неблагоприятными побочными реакциями при приеме бромдигидрохлорфенилбензодиазепина.

Выводы. Мы не выявили однонаправленных тенденций ухудшения переносимости бромдигидрохлорфенилбензодиазепина в зависимости от носительства полиморфных вариантов 1235С>Т и 2677G>Т гена ABCB1. Тем не менее, выявленные нами статистически значимые ассоциации полиморфизмов 1235С>Т и 2677G>Т с некоторыми НПР указывают на вероятную роль Р-гликопротеина в метаболизме бромдигидрохлорфенилбензодиазепина, и требуют дальнейших исследований.

Несмотря на ранее проведенные исследования, показавшие влияние полиморфного маркера ABCB1 3435С>Т на повышение риска непереносимости бромдигидрохлорфенилбензодиазепина, гаплотипический анализ показал отрицательный результат. Вероятно, полиморфизмы 1236С>Т и 2677G>Т в меньшей степени связаны с изменением функционирования р-гликопротеина, которое может повлиять на фармакокинетические параметры бромдигидрохлорфенилбензодиазепина.

Финансирование. Данное исследование выполнено в рамках проекта, поддержанного грантом № 18-315-00005 Российского фонда фундаментальных исследований

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ, ОБРАЩАЮЩИХСЯ ЗА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ К ГИНЕКОЛОГУ-ЭНДОКРИНОЛОГУ

Ильина Н.А., Довженко Т.В., Гродницкая Е.Э.

г. Москва

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии –
филиал Национального медицинского исследовательского центра
психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского*

Актуальность темы. Переход в биопсихосоциальную парадигму и персонификация медицины предполагают необходимость пересмотра взглядов на сочетанную патологию. Все большую актуальность приобретают

исследования так называемых кластеров мультиморбидности в контексте изучения не только взаимосвязи различных расстройств, но их влияния на конкретного пациента и его благополучие. В соответствии с последними рекомендациями, приоритетными для исследования являются группы пациентов молодого и среднего возраста, женщины с психическими расстройствами, пациенты с эндокринопатиями и отдельные популяционные подгруппы (The Academy of Medical Sciences, 2018; Barnett K., et al., 2012; Lefèvre T. et al., 2014; Violan C. et al., 2014).

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – одна из ключевых проблем современной гинекологической эндокринологии – выявляется у 5-18 % женщин репродуктивного возраста (March W.A. et al., 2010; Moran C. et al., 2012). По данным литературы, пациентки с СПКЯ в большей степени предрасположены к развитию инсулинорезистентности и диабета 2 типа, метаболического синдрома, психических расстройств (преимущественно тревожно-депрессивного спектра), сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний (Fearnley E.J. et al., 2010; Toulis K.A. et al., 2011; Wild R.A. et al., 2010). В поле зрения врачей пациентки с СПКЯ зачастую оказываются в молодом возрасте, когда обращаются за помощью в связи с нерегулярным менструальным циклом, косметическими и метаболическими проявлениями СПКЯ, а также трудностями при планировании беременности.

Все вышесказанное определяет актуальность более глубокого изучения психического состояния, механизмов адаптации и поведенческих стилей женщин с СПКЯ, обращающихся за медицинской помощью.

Цель и задачи. Оценить частоту выявления психических расстройств у пациенток с СПКЯ, исследовать присущие этим женщинам поведенческие особенности и их возможную связь с психическими расстройствами.

Материалы и методы. В исследование вошли 114 женщин с верифицированным диагнозом СПКЯ (критерии ESHRE/ASRM) 18-44 лет, наблюдавшихся в консультативном отделении Центра планирования семьи и репродукции. Квалификация психического состояния производилась в соответствии с критериями МКБ-10. Для оценки поведения и стилей адаптации использовался тест ММИЛ. Процедуры исследования были одобрены локальным этическим комитетом, участие пациенток в исследовании происходило на добровольной некоммерческой основе.

Результаты и обсуждение. Психические расстройства диагностированы у 65,5 % обследованных женщин, причем у 29,3 % пациенток – два и более. Тревожные расстройства выявлены у 43,1 % пациенток, расстройства настроения – у 38,8 % пациенток. 13,5 % женщин с СПКЯ страдали расстройствами приема пищи.

Результаты тестирования 96 женщин соответствовали критериям валидности ММИЛ. Их поведение определялось гипернормативностью и

внутренней детерминированностью поступков, тенденцией к маскулинности. 50,0 % пациенток имели выраженные нарушения адаптации.

Для пациенток с психическими расстройствами (МКБ-10), в сравнении с группой психически здоровых женщин, были характерны значимо более низкая конформность (К) и более выраженные тревожно-депрессивные проявления (вторая, седьмая и восьмая шкалы), подозрительность и «застревание» на негативных эмоциях (шестая шкала) и социальная изоляция (нулевая шкала), $p < 0,05$.

На основании факторного анализа данных теста ММИЛ выделено четыре основных стиля поведения женщин с СПКЯ, названные в соответствии с наиболее выраженными личностными чертами: гипотимный, маскулинный, гипертимный и сенситивный. Частота выявления психических расстройств в группах маскулинного и гипертимного стилей находилась на уровне 55 %, в то время как в группах гипотимного и сенситивного стилей – более 80,0 %.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о выраженных нарушениях адаптации пациенток с СПКЯ, а также высокой подверженности этой категории женщин психическим расстройствам: тревожным, аффективным и расстройствам приема пищи. Выявляемые расстройства в значительной степени связаны с ведущими стилями поведения.

АНАЛИЗ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА И ФАКТОРОВ ФОРМИРОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ У ПОДРОСТКОВ

Иноятов А.А.

Республика Узбекистан

г. Ташкент

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность темы. Согласно данным российских исследователей (С. Минухин 2014, Н.Л. Москвичева 2015; Даничкина В.Е., 2017; Басова А.Я., 2017), семейная дисфункция оказывает влияние на возникновение нарушений в поведении детей, предоставляя модели для развития аддиктивного, в том числе и интернет зависимого поведения. Современные технологии нейровизуализации позволяют расширить представления о патогенезе суицидального поведения и выделить нейрофизиологические маркеры, позволяющие объективно оценить суицидальный риск.

Цель исследования. Изучить влияние стилей родительского воспитания на формирование интернет-зависимого и суицидального поведения

у детей и подростков с учётом их личностных особенностей для оптимизации ранней психопрофилактики и психокоррекционной помощи данному контингенту населения.

Материал и методы исследования. Объектом для исследования было выбрано 68 посетителей интернет-клубов и интернет-кафе в возрасте от 10 до 18 лет; специально разработанная анкета, созданная сотрудниками кафедры психиатрии совместно с клиническими и социальными психологами, содержала перечень психологических тестов-вопросов, для выявления факторов риска формирования интернет-аддикции и суицидальных тенденций. Для диагностики параметров семейной системы был использован опросник «Шкала сплоченности и гибкости семейной системы» (Д. Олсон, Д. Портнер). В процессе психопатологического исследования для определения эмоционального статуса использовали «Госпитальную шкалу тревоги и депрессии» (HADS) и опросник тревожности Спилбергера-Ханина, а для выявления типологических особенностей личностей подростков применялся патохарактерологический диагностический опросник Личко. Анализ суицидального риска у подростков проводился с помощью Колумбийской шкалы оценки тяжести суицида.

Результаты и обсуждение: в ходе исследования обнаружено, что между определенными параметрами семейных взаимоотношений и склонностью к интернет-аддиктивному поведению существует прямая корреляционная взаимосвязь. Большинство обследованных детей и подростков были из семей, которые имели дисфункциональные семейные отношения. Путем анкетирования среди этих лиц была выявлена группа социально запущенных подростков. Среди них 15 % росли в неполной семье, 25 % – в социально неблагополучной семье, 30 % исследуемых имели проблемы в общении и установлении новых социальных связей. У 53 % обследованных была выявлена наследственная отягощенность алкоголизацией родителей (одного из родителей) или отягощенность психической патологией, что в свою очередь обусловило конфликтные взаимоотношения в семье, несоблюдение нравственно-социальных норм поведения в семье и неудовлетворительные материально-бытовые условия. В ходе исследования выявлены подростки, воспитывающиеся в дисфункциональных семьях с деструктивным характером взаимоотношений (70 %), воспитывающиеся одним родителем (случаи социального сиротства и неправильного воспитания по типу «гипоопёки»); семьи, в которых были оба родителя, но один из них был неродной (чаще отчим) и с ним у подростка сложились конфликтные взаимоотношения. Анализ полученных данных установил 26 % подростков, склонных к делинквентному и девиантному поведению, с гедонистической жизненной позицией, сформировавшихся в процессе амбивалентного стиля воспитания в семьях, с низким уровнем запретов, который в дальнейшем

характеризуется значительными дисциплинарными санкциями. По результатам диагностики «Шкала сплоченности и гибкости семейной системы» было выявлено наибольшее количество семей с неправильным экстремальным типом воспитания, которое ведет к нарушению функционирования семейной системы, появлению кризиса в межличностных взаимоотношениях. Подросток в такой семье растёт в условиях эмоциональной депривации и дефицита внимания и любви со стороны родителей, предоставлен сам себе и в силу своей личностной незрелости подвержен пагубному влиянию кибернетической среды Интернета. При амбивалентном типе семейных отношений высокая степень свободы, абсолютно лишенной ответственности, соединяется с полным отчуждением между членами семьи, приводя к формированию акцентуации характера по шизоидному и неустойчивому типу. Эти уровни свидетельствуют о наличии кризиса в семейной структуре. В результате импульсивного поведения родителя у ребёнка могут блокироваться положительные эмоции, вследствие чего потребность в хорошем настроении вызывается искусственным путем, в частности посредством формирования компьютерной игровой зависимости, которая обладает аддитивным потенциалом и усиливает выработку серотонина в мозгу. Стили родительского воспитания оказывают значительное влияние на формирование интернет-зависимого поведения, являются одним из социально-психологических факторов в патогенезе Интернет-аддикции. Кроме того таким детям свойственна аффективная блокада интеллекта с отрицательной концепцией окружающей среды, что только усугубляет положение дисгармонично развивающейся личности и часто обуславливает негативные эмоции и вовлечение детей в так называемые группы смерти виртуального пространства. Исследование эмоциональных расстройств показало, что их наличие и выраженность связаны с видом игровой деятельности, длительностью игрового стажа и стадией зависимости от ролевых компьютерных игр. По шкале HADS субклинически выраженная тревога и депрессия выявлена у 48 % опрошенных. У 9,5 % подростков тестирование по шкале HADS выявило клинически выраженную тревогу и депрессию. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 98 % подростков, более чем у половины исследуемых было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55 %), у 35 % обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10 % подростков – констатировалась выраженная тревога. Данные тестирования показали, что у всех подростков отмечалось негативное эмоциональное состояние, выраженность которого коррелировала с данными полученными при тестировании по шкале HADS. При исследовании личностных особенностей с помощью теста ПДО Личко было выявлено, что личностные особенности

обследованных подростков не достигали степени психопатии (личностного расстройства), однако во всех случаях можно было отметить акцентуации тех или иных черт характера. Среди всех обследованных установили: демонстративный тип личности у 6 подростков (9 %), застревающий тип личности – у 20 подростков (30 %), шизоидный тип в 56 % случаев (38 обследованных), тревожно-боязливый тип – у 4 подростков (5 %). В ходе исследования было установлено наличие только суицидальных мыслей у 50 % обследуемых, суицидальных мыслей с намерениями и планированием у 31 % обследуемых, в 15 % случаев подростки с суицидальными мыслями совершили суицидальные попытки в виде нанесения порезов в области предплечий и употребления лекарственных препаратов с целью привлечения к себе внимания. Выводы: т.о., выявлена склонность к интернет-аддикции у подростков с застревающими и шизоидными чертами характера, воспитывающихся в дисфункциональных и деструктивных семьях, у которых отмечается высокий уровень тревожности и наличие клинически выраженной депрессии, склонность к суицидальным тенденциям и намерениям. Тревножно-депрессивные расстройства являются ведущими в клинической картине зависимости и усиливаются по мере развития интернет-аддикции, приводят к уязвимости в развитии эмоциональной саморегуляции, неспособности справляться со стрессовыми ситуациями, развитию выраженных астено-депрессивных состояний и патологического формирования личности.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о необходимости психокоррекционной работы с детьми и подростками из группы суицидального риска для предупреждения формирования зависимости от компьютерных игр и социальных сетей и сообществ.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТНОШЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ К ВРАЧАМ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Карпеев Д.А.

г. Иваново

Ивановская государственная медицинская академия

Актуальность темы. В настоящее время идет активное улучшение качества медицинской помощи, однако уровень недовольства пациентов сохраняется. Благодаря современным технологиям свое отношение к врачам пациенты могут выразить в сети Интернет. Всемирная паутина сделала доступной не только медицинскую литературу, но и данные о практикующих

врачах, на которых было написано множество различных отзывов. В связи с этим возник вопрос: что влияет на мнение пациентов о врачах, и какие факторы вызывают недовольство в сети?

Цель исследования. Изучить причины, влияющие на отношение пациентов к докторам.

Материалы и методы. Материалами для нашего исследования послужили отзывы на врачей, размещённые на сайте «Prodoctorov.ru», а так же характеристики докторов (квалификация, суммарный рейтинг). Аккаунты принадлежали врачам Ивановской области, выбирались случайным образом. Всего было исследовано 60 профилей: 20 терапевтов, 20 хирургов и 20 психиатров-психотерапевтов.

Результаты. В процессе исследования было установлено, что большинство врачей работает в бюджетных организациях (53 %), относительно меньшее количество работает в частных клиниках (32 %), и лишь у некоторых докторов получается совмещать работу в платных и бюджетных организациях (15 %).

Специалисты, работающие в коммерческих организациях, имели более высокий рейтинг (4,55), отражающий их опыт и квалификацию, по сравнению с врачами, работающими в бюджетной сфере (2,58). Данное различие было статистически достоверным ($p < 0,05$).

К качеству оказания платных медицинских услуг пациенты чаще выражали недовольство (29,26 %) относительно бесплатной медицинской помощи (15,65 %).

Методом корреляционного анализа была выявлена достоверная взаимосвязь ($p < 0,05$) положительных отзывов с чутким отношением ($r = 0,38$), точностью диагностики ($r = 0,32$) и эффективностью лечения ($r = 0,36$).

В связи с этим было выявлено, что врачи-хирурги пользуются наибольшим расположением пациентов (суммарный рейтинг 5,17), поскольку у них наиболее высокая точность диагностики, эффективные методы лечения, которые быстро дают положительный результат. Точность диагностики составила у хирургов 4,3, у терапевтов 4,1, у психиатров-психотерапевтов 3,9; эффективность лечения – у хирургов 4,3, у терапевтов 4,0, у психиатров-психотерапевтов 3,75.

Положительного расположения пациентов врачи-терапевты достигают за счет доброго и чуткого отношения (суммарный рейтинг 3,95). Доброе отношение к пациенту: терапевты – 4,39, хирурги – 3,85, психиатры-психотерапевты – 3,4.

Врачи психиатры-психотерапевты получили самый низкий показатель расположения пациентов (суммарный рейтинг 2,39) и наибольшее количество отрицательных отзывов (психиатры-психотерапевты 25,8 %, терапевты 19,75 %, хирурги 15,3).

Выводы. Таким образом, в частных клиниках, как правило, работают высококвалифицированные специалисты, но, несмотря на это, пациенты чаще выражают свое недовольство качеством платных медицинских услуг. Это связано с тем, что в случае коммерческих отношений, пациент ожидает от врача большего, а в связи со спецификой работы, врачи психиатры-психотерапевты чаще других специалистов получают от пациентов отрицательные отзывы, что вероятно связано с трудностью диагностики психических расстройств, тяжестью и сложностью их лечения.

ПОВЫШЕННАЯ СВЕРТЫВАЕМОСТЬ ПЛАЗМЫ КРОВИ У ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ И ШИЗОФРЕНИЕЙ: ТРОМБОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГИПЕРКОАГУЛЯЦИИ

Карпова Н.С., Никитина С.Г.

г. Москва

Научный центр психического здоровья

Актуальность темы. В настоящее время широко распространены расстройства аутистического спектра (РАС) и детская форма шизофрении. За последние 30–40 лет частота встречаемости РАС в детском возрасте увеличилась от 4–5 человек на 10000 детей до 50–116 случаев на 10000 детей. Считается, что в среднем каждый 59-й ребенок заболевает РАС. Это превышает распространенность инфекционных заболеваний в детстве. В настоящее время доказано, что патогенез РАС и детской шизофрении связаны с формированием в мозге больных детей очагов асептического воспаления (нейровоспаления, НВ). Показано, что при НВ нарушается проницаемость гематоэнцефалического барьера, и клеточные и плазменные элементы крови попадают в мозг. Это сопровождается генерацией различных факторов воспаления и прокоагулянтных микрочастиц, которые, создают повышенную концентрацию тромбина в крови, что повышает риск тромбозов мелких сосудов в мозге и на периферии. При анализе литературы не было найдено информации о нарушении состояния свертывающей системы крови у больных РАС и детской шизофренией. Поэтому определение активности системы свертывания плазмы крови у больных РАС и детской шизофренией является актуальной задачей.

Цель исследования. Используя тест Тромбодинамики, оценить состояние свертывающей системы плазмы крови у больных РАС и детской шизофренией в стадии обострения.

Материалы и методы. В исследование были включены 29 пациентов, поступивших на стационарное лечение и наблюдающихся амбулаторно в активном периоде течения болезни в Отделе детской психиатрии Научного центра психического здоровья (зав. отделом – д.м.н., профессор Н.В. Симашкова) Из них 11 больных (4 девочки и 7 мальчиков) с инфантильным психозом при детском аутизме (F84.02) и 18 больных (4 девочки и 14 мальчиков) с детской шизофренией (F20.8xx3).

Тест тромбодинамики (ТД) предназначен для исследования *in vitro* пространственно-временной динамики свертывания крови, инициированной локализованным активатором свертывания в условиях, близких к условиям свертывания крови *in vivo*.

Тест производится без перемешивания в тонком слое плазмы. Для его проведения образцы плазмы крови помещают в каналы измерительной кюветы. Затем в каналы кюветы вводят вставку (активатор), на торце которой нанесено покрытие с активатором свертывания (тканевой фактор). Как только плазма крови соприкасается с активатором, начинается процесс свертывания, т.е. от локализованного на торце вставки тканевого фактора в объем плазмы начинает расти фибриновый сгусток, как на поврежденной стенке сосуда *in vivo*. Процесс возникновения и роста фибринового сгустка регистрируется цифровой видеокамерой в рассеянном свете.

На основе этих данных рассчитываются численные параметры пространственно-временной динамики роста фибринового сгустка: время задержки роста сгустка (T_{lag} , мин), скорости роста сгустка (V_i ; V_{st} и V в мкм/мин), величина сгустка после 30 минут временной динамики (CS мкм), плотность сгустка (D усл. ед.) и время появления спонтанного тромбообразования (T_{sp} , мин) вдали от активатора.

У всех больных при поступлении в стационар утром, натощак производили забор крови из локтевой вены в вакутейнер, содержащий 3,2 % раствор цитрата натрия. Свежую кровь центрифугировали 15 мин при 1600g и затем 5 мин при 10000g. Полученную плазму, свободную от тромбоцитов, использовали для проведения теста ТД на анализаторе «Регистратор Тромбодинамики Т-2» (ООО Гемакор, Москва, Россия). Все преаналитические процедуры проводили в течение 30 минут после взятия крови.

Результаты и обсуждение.

1. Среднее значение начальной скорости роста сгустка V_i (мкм/мин) = $61,1 \pm 5,9$ ($M \pm \sigma$); 95 % доверительный интервал для среднего значения (95 % ДИ) = 59,3–62,9; min = 48,8; max = 75,3. Значения нормы = 38–56. Среднее значение для V_i было статистически значимо выше верхней границы нормы ($p = 0,02$). Нижнее значение 95 % ДИ для среднего (61,1) оказалось выше верхней границы нормы (56), что также подтверждает достоверность повышения среднего значения V_i .

2. Среднее значение стационарной скорости роста сгустка V_{st} (мкм/мин) = $39,8 \pm 7,8$; 95 % ДИ = 36,3–43,3; min = 25,8; max = 54,7. Значения нормы = 20–29. Среднее значение для V_{st} было статистически значимо выше верхней границы нормы ($p < 0,0001$). Нижнее значение 95 % ДИ для среднего (36,3) оказалось выше верхней границы нормы (29), что также подтверждает достоверность повышения среднего значения V_{st} .

3. Среднее значение скорректированной на нелинейность скорости роста сгустка V (мкм/мин) = $47,9 \pm 12,4$; 95 % ДИ = 44,1–51,6; min = 25,8; max = 75. Значения нормы = 20–29. Среднее значение для V было статистически значимо выше верхней границы нормы ($p < 0,0001$). Нижнее значение 95 % ДИ для среднего (44,1) оказалось выше верхней границы нормы (29), что также подтверждает достоверность повышения среднего значения V .

4. Среднее значение размера сгустка через 30 минут (CS, мкм) = 1371 ± 151 ; 95 % ДИ = 1298–1444; min = 1071; max = 1606. Значения нормы = 800–1200. Среднее значение для CS было статистически значимо выше верхней границы нормы ($p = 0,002$). Нижнее значение 95 % ДИ для среднего (1298) оказалось выше верхней границы нормы (1200), что также подтверждает достоверность повышения среднего значения CS.

5. Среднее значение времени появления спонтанных сгустков (T_{sp} , мин) = $19,6 \pm 7,7$; 95 % ДИ = 17,3–22,9; min = 6,5; max = 42,3. Значения нормы для $T_{sp} > 30$ мин. Среднее значение T_{sp} не отличается статистически значимо от значений нормы ($p = 0,88$).

6. Среднее значение времени задержки роста (T_{lag} , мин) = $1,15 \pm 0,22$; 95 % ДИ = 1,07–1,24; min = 0,9; max = 1,6. Значения нормы = 0,6–1,5. Среднее значение для T_{lag} не отличается статистически значимо от значений нормы ($p = 0,26$).

7. Среднее значение плотности сгустка (D , усл. ед.) = 26223 ± 3423 ; 95 % ДИ = 24204–27237; min = 18126; max = 36573. Значения нормы = 15000–32000 усл. ед. Среднее значение для D не отличается статистически значимо от значений нормы ($p = 0,66$).

Таким образом, показано, что у больных детей с аутизмом и шизофренией наблюдается развитие повышенной свертываемости (гиперкоагуляции) плазмы крови. Появление гиперкоагуляции может быть связано с проводимой психофармакотерапией, направленной на купирование психоза, и с развитием нейровоспаления у этих больных. В любом случае, гиперкоагуляция плазмы крови формирует повышенный риск тромбозов мелких сосудов мозга у этих больных. Это предположение хорошо согласуется с данными о сниженной скорости перфузии головного мозга у этих пациентов (Wilcox J, et al, 2002). Выявленный повышенный риск развития тромбозов мелких сосудов мозга может вносить вклад в развитие зон ишемии головного мозга и дальнейшее формирование когнитивного дефекта у данных пациентов.

Выводы.

Используя тест ТД, впервые было показано, что у больных детей с аутизмом и шизофренией наблюдается повышенная свертываемость плазмы крови. У больных было отмечено достоверное повышение следующих параметров ТД: Vst, V и Vi, а также размера сгустка на 30 минуте после начала теста ТД (CS). Особо следует отметить появление у большей части больных ранних спонтанных сгустков (время появления в выделенном объеме кюветы $T_{sp} < 30$ мин). Полученные данные свидетельствуют о том, что у больных с детским аутизмом и детской формой шизофрении имеется повышенный риск тромботических событий. Появление ранних спонтанных сгустков также свидетельствует о развитии у больных системного воспалительного процесса, возможно, связанного с обострением нейровоспаления. Появление ранних спонтанных сгустков у больных также является фактором повышенного риска развития микротромбозов в мелких сосудах мозга с формированием очагов локальной ишемии. Эти патологические процессы могут быть патогенетическим звеном формирования у больных когнитивных расстройств по мере течения заболевания. Также показано, что ТД позволяет выявить склонность к гиперкоагуляционным состояниям на ранней стадии, когда рутинные методы недостаточно чувствительны.

ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Карякина М.В.

г. Москва

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии –
филиал Национального медицинского исследовательского центра
психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского*

Актуальность темы. Когнитивный дефицит является одной из ключевых групп симптомов у больных шизофренией, наряду с продуктивной и негативной симптоматикой (Kahn, Keefe, 2013). Однако остаются недостаточно исследованными особенности когнитивных расстройств у пациентов с различными вариантами заболевания.

Цель. Определить структуру и тяжесть нейрокогнитивного дефицита в различных группах пациентов с шизофренией.

Задачи.

1. Дифференцировать больных шизофренией по их когнитивному функционированию.

2. Определить связи когнитивных функций больных с тяжестью психопатологической симптоматики и другими (включая социально-демографические) показателями.

3. Определить устойчивость выделенных групп в зависимости от клинических и социально-демографических показателей.

Материалы и методы. Было обследовано 63 пациента с шизофренией (в соответствии с МКБ-10) в возрасте 18 лет и старше. Оценка клинической симптоматики проводилась с использованием шкалы PANSS (Opler et al., 1999). Базовые когнитивные функции оценивались с помощью батареи тестов BACS (Keefe et al., 2006).

Для выявления отдельных групп пациентов на основе выполнения когнитивных тестов использовались методы кластеризации. Иерархический кластерный анализ с использованием квадрата евклидова расстояния и взвешенного попарного соединения использовался для построения дендрограммы и оценки количества кластеров. Была выбрана модель из трех кластеров как наиболее оптимально описывающая выборку. Кластеризация с помощью алгоритма к-средних была использована для разделения испытуемых на три группы. Для попарного сравнения показателей в полученных группах использовался критерий Мана-Уитни. С помощью корреляционного анализа между клиническими симптомами и результатами когнитивных тестов выявлялись факторы, связанные с нарушениями когнитивных функций. Ковариационный анализ (ANCOVA) проводился для оценки вклада клинических симптомов в нарушения когнитивных функций. В качестве зависимой переменной использовались результаты по субтестам BACS, в качестве группирующего фактора использовался кластер, а пункты PANSS, имеющие значимые корреляции с субтестом BACS, учитывались как дополнительные независимые переменные.

Результаты и обсуждение. Средний возраст больных – $29,5 \pm 8,2$ лет; 26 мужчин (41 %), средний балл по PANSS – $99,8 \pm 25,5$. По тяжести когнитивных нарушений пациенты разделились на три кластера, что позволило выделить 3 группы больных.

Первая группа: 17 пациентов (27 % общей выборки), 4 мужчины (24 % в группе), возраст – $28,4 \pm 7,6$ лет; PANSS – $91,9 \pm 19,2$; когнитивные тесты: $0,49 \pm 1,19$ баллов.

Вторая группа: 36 пациентов (57 % общей выборки), 15 мужчин (42 % группы), возраст – $28,5 \pm 7,4$ лет; PANSS – $99,8 \pm 24,6$; когнитивные тесты: $-1,54 \pm 1,15$ баллов.

Третья группа: 10 пациентов (16 % общей выборки), 7 мужчин (70 % группы), возраст – $34,5 \pm 10,2$ лет; PANSS – $112,7 \pm 34,6$; когнитивные тесты: $-4,76 \pm 2,17$ баллов.

Как видно, количество мужчин увеличивается от группы 1 к группе 3 (почти в 3 раза). Возраст больных группы 3 был на 21 % выше, чем в группах 1 и 2, однако различия были на уровне тенденции ($p=0,07$). Пациенты третьей группы также имели большую длительность заболевания, чем пациенты второй группы ($p<0,05$); других отличий по длительности заболевания, возрасту продромальных проявлений и манифеста не выявлено.

Заметно увеличение суммарной тяжести расстройств по PANSS, особенно очевидное между группами 1 и 3 (22,7 %; $p>0,05$). Статистически значимые различия между 1 и 3 группами выявлены по субшкале негативной симптоматики ($p<0,001$), а также по пункту P2 (концептуальная дезорганизация; $p<0,05$). Первая и вторая группа различались (меньшая выраженность нарушений в 1 группе) только по одному пункту шкалы – G13 (расстройство воли; $p<0,05$). Третья отличалась от второй ($p<0,05$) по степени выраженности нарушений по пункту N5 (нарушение абстрактного мышления) и G11 (нарушение внимания).

Тест на вербальную память пациентами первой группы выполнен на уровне нормы ($0,65\pm 1,07$); у пациентов группы 2 составлял $-0,8\pm 1,43$; у пациентов группы 3: $-2,74\pm 1,3$. Результаты коррелируют с субшкалой негативной симптоматики PANSS ($r=-0,29$), а также с отдельными ее пунктами: N5 (нарушение абстрактного мышления; $r=-0,36$), N6 (нарушение спонтанности и плавности речи; $r=-0,33$) и пунктом P2 (расстройства мышления; $r=-0,29$).

Тест «Последовательность чисел» пациентами первой группы выполнен на уровне нормы ($0,23\pm 1,11$); у пациентов группы 2 составлял $-0,74\pm 1,03$; группы 3: $-2,11\pm 1,44$. Результаты коррелируют с субшкалой позитивной симптоматики ($r=-0,37$), а также с отдельными пунктами шкалы PANSS: P2, P5, P6, N5, N6, G2, G6, G13 ($r=\pm 0,3\div 0,44$).

Тест «Моторные навыки» пациентами группы 1 выполнен на уровне нормы ($-0,08\pm 1,38$); у пациентов группы 2 составлял $-1,21\pm 1,02$; группы 3: $-2,63\pm 1,46$. Результаты коррелируют с отдельными пунктами PANSS: G7 (моторная заторможенность; $r=-0,3$), G10 (дезориентированность; $r=-0,29$).

Тест на речевую беглость в группе 1 выполнен на уровне нормы ($0,75\pm 0,76$); у пациентов группы 2 составлял $-0,74\pm 0,94$; группы 3: $-2,22\pm 0,74$. Вербальная беглость коррелировала с негативной субшкалой ($r=-0,44$) и с отдельными пунктами шкалы PANSS: P2, N1, N2, N3, N4, N5, N6, G2, G6, G13, G16 ($r=\pm 0,3\div 0,44$).

Различия между группами для всех представленных выше 4 тестов являются статистически значимыми ($p<0,01$), что сохраняется при учете тяжести расстройств.

Тест «Кодирование символов» в группе 1 выполнен на уровне нормы ($0,3\pm 1,01$); у пациентов группы 2 составлял $-1,3\pm 1,09$; группы 3: $-3,8\pm 1,55$.

Корреляция с клинической симптоматикой выявлено не было, однако выявлена корреляция с возрастом пациентов ($r=-0,43$). Различия между группами оставались значимыми после поправки на возраст.

Тест «Башня Лондона» пациентами группы 1 выполнен на уровне нормы ($0,02 \pm 1,55$); у пациентов группы 2 составлял $-0,66 \pm 1,8$; группы 3: $-3,84 \pm 3,23$. Были выявлены значимые корреляции между результатами теста и общим баллом PANSS ($r=-0,44$), а также каждой субшкалой в отдельности. Однако при учете влияния клинической симптоматики различия между группами теряют статистическую значимость.

Таким образом, полученные результаты позволяют выделить в зависимости от выраженности когнитивных нарушений 3 группы пациентов, различающихся как по суммарной оценке BACS, так и по каждому из 6 входящих в данную батарею тестов. При этом от группы 1 к группе 3 возрастает число мужчин, увеличивается возраст больных, длительность заболевания и, самое главное, тяжесть психопатологической симптоматики. По тестам «Вербальная память», «Последовательность чисел», «Моторные навыки», «Речевая беглость» были выявлены корреляции с отдельными показателями тяжести клинической симптоматики, а для теста «Кодирование символов» – с возрастом пациента. Анализ чувствительности не выявил изменений в различиях между группами с учетом указанных показателей. Для теста «Башня Лондона» выявлены наиболее отчетливые корреляции с клинической симптоматикой, причем различия между выделенными группами теряли статистическую значимость при учете тяжести психопатологических расстройств.

Ограничением данного исследования является относительно небольшое число больных в каждой из выделенных групп: при увеличении их числа можно рассчитывать, что ряд выявленных тенденций достигнет уровня статистической значимости.

Выводы.

1. Больные шизофренией имеют различия в структуре и выраженности нейрокогнитивного дефицита, которые позволяют их разделить на 3 группы.
2. Пациенты выделенных групп различаются полу, возрасту, отчасти длительности заболевания и тяжести психопатологической симптоматики.
3. На различия между группами не влияют тяжесть расстройств (по тестам «Вербальная память», «Последовательность чисел», «Моторные навыки», «Речевая беглость») и возраст пациента (по тесту «Кодирование символов»), для которых были выявлены корреляции с соответствующими когнитивными показателями. Тест «Башня Лондона», для которого связи с психопатологической симптоматикой являются наиболее отчетливыми, при учете тяжести расстройств не позволяет дифференцировать больных по выделенным группам.

СУЩНОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ К АДДИКТИВНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

Киселев Д.Н., Титова М.Ю.

г. Тамбов

Тамбовская психиатрическая клиническая больница

Актуальность темы. По мнению большинства наркологов и психиатров, не существует определенной личностной предрасположенности к аддиктивному поведению (Данилин А.Г., 2001) и не существует методов, которые могли бы выделить в человеке черты, определяющие то, будет ли человек злоупотреблять наркотическими веществами или нет. Выявление феномена «психологической готовности» к приему алкоголя и наркотиков позволяет по-новому взглянуть на данную проблему. С.Н. Зайцев указывает, что синдром зависимости от ПАВ «не вырастает на пустом месте»: «наркогенная готовность» – психологическая готовность к приему алкоголя и наркотиков, формируется в процессе воспитания в семье. Как указывает автор, если у человека нет наркогенной готовности, то какие бы испытания и стрессы не случились в его жизни, даже при самой отягощенной наследственности, он не станет зависимым от психоактивных веществ (ПАВ). «Чтобы сделать своего ребенка наркоманом или алкоголиком, надо воспитать в нем эгоизм и привить ему ложную систему ценностей». (Зайцев С.Н., 2004)

Внедрение личностного подхода к проблеме алкоголизма позволяет по-новому взглянуть на возможность выявления и коррекции черт личности, составляющих психологическую готовность к употреблению ПАВ. «Психологические факторы риска возникновения зависимости – это совокупность мотивов, побуждающих к употреблению алкоголя и наркотиков» (А.Ю. Егоров, 2002). «Предрасположенность к аддиктивному поведению – это личностное образование, детерминирующее готовность к употреблению ПАВ».

Цель исследования. Выделить некоторые черты личности, которые являются факторами риска в развитии аддиктивного поведения.

Материалы и методы. Анализ исследований личностной предрасположенности к аддиктивному поведению.

Результаты и обсуждение. Проводя анализ многочисленных исследований, можно выделить некоторые черты личности, которые являются факторами риска в развитии аддиктивного поведения (И.Н. Пятницкая, Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский, В.С. Битенский, Б.Г. Херсонский, Э.Е. Бехтель, А.Е. Личко, А.Ю. Егоров, Ц.П. Короленко, В.В. Пушина). Аддиктивное поведение – стремление к уходу от реальности посредством изменения своего психического состояния (Ц.П.Короленко, 1991). Аддиктивное поведение

предшествует возникновению алкогольной, наркотической или любой нехимической зависимости (В. Миллер, 1984).

В аффективной сфере у лиц, находящихся в группе риска возникновения аддиктивного поведения, можно отметить выраженную эмоциональную неустойчивость, проявляющуюся в импульсивности, необдуманном принятии решений, ранимости, обидчивости. В проводимых исследованиях, лицам, склонным к зависимому поведению, были свойственны частые смены настроения, связанные с комплексом неполноценности, чувством неуверенности в себе. Такие лица ожидали от своей деятельности только отрицательных эмоций, не стремились к похвале, вознаграждению, у них преобладала избегающая мотивация. Большинство авторов отмечают повышенную тревожность и депрессивность, эмоциональную напряженность, постоянное стремление произвести хорошее впечатление на окружающих. (Пушина В.В., 2007; Пятницкая И.Н., 1988; Бехтель Э.Е., 1986)

Следующие черты, определяющие готовность личности к приему ПАВ, можно условно объединить под общим понятием «личностная незрелость». Она проявляется прежде всего в инфантилизме, несамостоятельности в принятии решений, подчиняемости, внушаемости. Важной чертой здесь является конформизм (соглашательство). Конформные личности проявляют зависимость от мнения и требований референтной группы, низкую самостоятельность, стремятся принимать решения вместе с другими людьми, часто принимают предложение попробовать наркотик, чтобы «стать своим», быть «как все».

«Преаддиктивная» личность – это личность внешнего контроля, имеющая «экстернальный» локус контроля. Э.Е. Бехтель для обозначения этого типа личности вводит понятие «экстернализованная личность». (Бехтель Э.Е., 1986) Ее отличает неспособность прогнозировать результаты собственных действий, поступков, такие личности вообще не считают себя субъектом жизнедеятельности, считая, что все происходящее с ними от них не зависит и является следствием каких-то внешних событий, обстоятельств, удачи. Известный врач-нарколог А.Г.Данилин, исследуя феномен зависимости, пользуется понятием «онтологически уверенной» личности, введенного американским психиатром Р.Лэнгом. Под этим понятием он предполагает «наличие у человека необходимой для познания окружающего мира точки отсчета, которой является ощущение самого себя как единого целого» (Данилин, 2001). Личность, у которой эта «точка отсчета» ослаблена или отсутствует, называется «онтологически неуверенной». Онтологически неуверенную личность характеризует неспособность выработать собственную стратегию взаимодействия с действительностью, стремление перенять как модель особенности поведения других людей, а также ощущение постоянного напряжения, тревоги, связанной со страхом полностью раствориться

в другом индивиде. Онтологически неуверенная личность чувствует себя комфортно только в ситуациях социально запрограммированного поведения (служба в армии и т.п.) и в сфере собственных фантазий, где «Я» свободно управляет миром, которого так боится в реальности. Эффект психоактивных веществ, изменяющий сознание, и галлюцинаторный эффект некоторых психотропных средств близок к фантазированию, поэтому личность, которой свойственно онтологическая неуверенность, с большей вероятностью получит удовольствие от наркотического переживания. Допуская, что человек со слабо выраженным чувством собственной индивидуальности старается переложить ответственность за происходящее на кого-то или что-то, можно предположить, что «экстерналы» склонны к быстрому формированию зависимости от ПАВ, они будут зависеть и от других, не химических факторов, людей, которые возьмут на себя ответственность за их поведение. Интерналы же, напротив, будут рассматривать наркотическое переживание, как нечто чуждое их существу, что-то, мешающее реализации их самостоятельной жизненной позиции. (Данилин А.Г., 2001)

Личностно незрелый человек плохо переносит возникающие трудности, ситуации фрустрации. Стремится к немедленному удовлетворению своих потребностей, сиюминутному получению удовольствия (гедонистическая направленность). Среди копинг-стратегий незрелая личность использует неконструктивную стратегию избегания: стремление к уходу от реальности в ситуации стресса. Однако избегание не помогает справиться с психическим напряжением, болезненными переживаниями, а употребление наркотических веществ снимает все отрицательные эмоции и у личности формируется иллюзорно-компенсаторное мышление, стремление ухода от реальности посредством употребления ПАВ.

К факторам риска аддиктивного поведения относятся такие проявления незрелости как отсутствие представлений о своих целях, отсутствие социальных и духовных интересов, отсутствие стремления к саморазвитию, неумение организовать свой досуг, незаинтересованность в работе и учебе, отсутствие социально-позитивных установок.

В развитии зависимого поведения важную роль играет наличие интрапсихического конфликта. Он может проявляться в неприятии своей половой роли, несовпадении собственного мировоззрения и требований окружающей среды, в противоречивости самооценки и уровня притязаний, что проявляется в прекращении деятельности при возникновении малейших трудностей, заниженной самооценке, неприятии образа «Я», что может маскироваться защитным поведением, демонстрирующим завышенную самооценку. (Пятницкая И.Н., 1988)

Действующим фактором риска в развитии зависимого поведения служит неполная социальная адаптация, которая проявляется в конфликтности,

непринятии социально приемлемых норм и правил, общественных ценностей, затруднения в установлении эмоциональных связей, раннее криминальное поведение.

Многочисленные исследования указывают на роль психопатий и акцентуаций характера в развитии зависимого поведения у подростков (Р. Крафт-Эбинг, 1897; С.С. Корсаков 1901; Ф.Е. Рыбаков 1910; С.Г. Жислин 1928; Э. Кречмер 1930; W.H. Sheldon, S.S. Stevens, W.B. Tucker 1940; П.Б. Ганнушкин 1933; K. Pohlisch 1933; C. Amark 1951; М.Е. Бурно 1969; Fox.R. 1968; Susulovska M. Et al., 1972, А.Е. Личко 1977). Гипертимный тип акцентуации характера характеризуется повышенным уровнем активности, высокой самооценкой и положительным фоном настроения. Такие подростки быстро адаптируются в любой компании, в том числе асоциальной, не задумываясь, принимают предложение принять наркотик. Употребляют ПАВ в основном из желания повеселиться, поднять свое настроение, чаще предпочитают препараты конопли и психостимуляторы. Циклоидный тип характеризуется резкими сменами настроения, чередованием фаз гипертимности и субдепрессивности. В субдепрессивной фазе чаще прибегают к употреблению психостимуляторов – амфетамина и эфедрина, чтобы повысить свое нормальное или пониженное настроение, увеличить активность. Шизоидный тип проявляется в холодности, эмоциональной сдержанности, отгороженности. Они с легкостью приобщаются к потреблению гашиша, опия и психостимуляторов, а также алкоголя. Мотивом употребления служит стремление облегчить контакты со сверстниками, улучшить свое эмоциональное состояние, изменение сознания с целью познания «сущности бытия», «потенцирование творческих возможностей». Наиболее неблагоприятный в плане приобщения к ПАВ тип акцентуации характера – эпилептоидный. Подростки характеризуются пониженным фоном настроения, угрюмостью, жестокостью, взрывчатостью, силой инстинктивных влечений, в то же время педантизмом, вязкостью и ригидностью. Легко начинают употреблять ПАВ, при этом у них сильно выражено влечение к ним, чаще употребляют опиаты, барбитураты и транквилизаторы. Истероидные черты характера проявляются в эгоцентричности, стремлении всегда быть в центре внимания, требовании повышенного к себе внимания, артистичностью, лживостью, склонностью к фантазированию. При попадании в делинквентную группу легко перенимает все привычки поведения, характерные для данной группы, принимают наркотики и алкоголь, чтобы «стать своим». Подростки с неустойчивой акцентуацией характера также входят в группу риска аддиктивного поведения из-за своего стремления постоянно развлекаться и получать удовольствие, а также из-за отсутствия самоконтроля и целенаправленности деятельности. Конформный тип характеризуется повышенной внушаемостью, подчиняемостью, консерватизмом и экстернальностью,

в асоциальной группе начинают употреблять ПАВ, следуя стадному инстинкту, «как все». Некоторые авторы выделяют также апатический тип (Бехтель Э.Е., 1986), для которого характерны слабоволие, апатичность, вялость, замедленность, безынициативность, чувствительность, ограниченный круг общения, стремление иметь близкого друга, привязчивость, что может стать фактором риска для развития аддиктивного поведения. (Бехтель Э.Е., 1986)

Выводы. Все исследователи сходятся в одном мнении, что для развития аддиктивного поведения, важную роль играет совокупность факторов: социальных, таких как влияние ближайшего окружения, значимых людей, традиции, раннее приобщение ребенка к пьянству в семье, особенности внутрисемейных отношений; индивидуально-психологических: личностные предпосылки; и биологических (наследственная отягощенность, измененная толерантность к алкоголю и т.д.)

Выявление личностных черт, которые могут являться факторами риска развития зависимого поведения, играет важную роль в преодолении деструктивного поведения среди подростков и молодежи. Ранняя диагностика данных черт, а также их психологическая коррекция, является действенным методом профилактики и коррекции аддиктивного поведения, а также является одним из важнейших направлений в работе психолога образовательных учреждений и специализированных реабилитационных отделений и центров.

ИНТЕРНАЛИЗАЦИЯ ОТВЕТСТВЕННОСТИ КАК ФАКТОР ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ОТ ЗАВИСИМОСТИ

Киселев Д.Н., Титова М.Ю.

г. Тамбов

Тамбовская психиатрическая клиническая больница

«Большинство людей в действительности не хотят свободы, потому что она предполагает ответственность, а ответственность большинство людей страшит». (Зигмунд Фрейд).

Мы хотим привести высказывание Ролло Мэя об ответственности: «Согласно одному из основных постулатов психотерапии, пациент должен рано или поздно научиться отвечать за свои поступки. Вот почему детерминированность, которая снимает с личности всякую ответственность, в конечном итоге просто мешает душевному выздоровлению. Причинно-следственная предопределенность годится только для весьма ограниченной области

неврозов, вызванных комплексом подавления. Освободившись от комплекса, пациент принимает на себя ответственность за творческое созидание собственного будущего.

Как говорит мой опыт, страдающие неврозами пациенты чаще всего придерживаются предопределенности в отношении к жизни. Они всегда ищут, на кого бы переложить вину за собственные трудности – на родителей, на несчастливое детство, на коллег. Для них все сгодится, лишь бы только я был не виноват; – вот их лейтмотив. Объяснить это легко: стоит такому пациенту взять ответственность на себя, как ему придется предпринять какие-то шаги, чтобы справиться со своим неврозом. Безусловно, в любой произошедшей с человеком беде наличествует бесчисленное количество предопределяющих факторов, но в основе основ личностной автономии лежит момент собственной ответственности и возможность творческого развития».

Актуальность темы. Работая в наркологическом диспансере, занимаясь реабилитацией пациентов с зависимостями и их родственниками, нам часто приходится сталкиваться с путаницей в понимании моими пациентами ответственности за свою жизнь. Созависимые родственники берут на себя ответственность за то, за что они отвечать не должны, тем самым освобождая своих близких от всякого участия в собственной жизни, они «не дают им прочитывать письма своей судьбы». Зависимые, не будучи глупцами, эту ответственность отдают, и злоупотребление психоактивными веществами перестает быть их проблемой, ведь они не сталкиваются с результатами своих действий: «денег на лечение ведь им дадут, наркологическую бригаду вызовут, накормят, да еще и работу потом найдут, если с прежней выгнали за прогулы». Проблема злоупотребления становится проблемой исключительно родственников. А те, в свою очередь, возлагают на своего зависимого родственника ответственность за свое собственное состояние, утверждая: «У меня из-за тебя давление, вот если бы ты изменился, мне бы стало лучше». Такая передача друг другу ответственности, когда каждый пытается отвечать за другого, не отвечая даже за себя, очень ослабляет каждого в этой семье: зачастую у пациентов мало жизненной энергии, они апатичны, безынициативны, безрадостны, испытывают сильное напряжение, страдают от психосоматических заболеваний, испытывают трудности в выражении своих чувств, от напряжения страдают дети. Поэтому, на наш взгляд, самое важное, что мы можем сделать в семье для своих близких – это научить их брать на себя ответственность за свое благополучие, за свою жизнь.

Цель исследования. Определение понятия «ответственность» как фактора выздоровления от зависимости.

Материалы и методы. Анализ литературных данных, касающихся определения понятия «ответственность».

Результаты и обсуждение. В «Словаре современного литературного языка» ответственность определяется как «возлагаемое на кого-либо или взятое кем-либо обязательство отчитываться в каких-нибудь своих действиях и принять на себя вину за возможные их последствия». Т.е. речь идет об обязательствах, под которыми в свою очередь понимаются «обещание или договор, требующие от принявшего их безусловного исполнения». Такая трактовка ответственности затрагивает лишь конечный этап деятельности субъекта и выполняет функцию контроля и возложения вины – «отчитываться за действия» и «принять на себя вину за последствия своих действий». Однако объем этого понятия расширяется, если рассмотреть приведенные в Словаре примеры его употребления: брать, принимать на себя ответственность; ответственность лежит на ком-либо, падает на кого-либо; нести ответственность за кого-то, за что-то; слагать, снимать с себя ответственность; привлекать к ответственности. Все действия, связанные с этим понятием, предполагают активность субъекта, независимо от того, навязана ему ответственность или принята им на себя добровольно.

По мнению К.Муздыбаева, слово «ответственность» появилось в русском словаре сравнительно недавно. За исключением отдельных оттенков, значение этого слова в русском, английском, немецком и французском языках совпадают. Во всех этих языках ответственность связана с исполнением обязанности, долга, с необходимостью отчитываться за это. «Границы долга, способность человека к выполнению долга и условия его правоты или виновности составляют его ответственность» (Философская энциклопедия «Нравственные отношения»). Ответственность тут отражает прежде всего масштаб, объем личных задач, обязанностей индивида, т.е. границы долга. «Ответственность – категория этики и права, отражающая особое социальное и морально-правовое отношение личности к обществу (человечеству в целом), которое характеризуется выполнением своего нравственного долга и правовых норм» («Философский словарь»).

Подлинная внутренняя ответственность подразумевает активную жизненную позицию. Развитие ответственности исторически идет по различным векторам: от коллективной к индивидуальной (индивидуализация ответственности), от внешней – к внутренней, осознанной, личностной (одухотворение ответственности), от прошлого к будущему (появление ответственности за будущее – результат способности субъекта осознавать личную ответственность за осуществление своих обязанностей и предвидеть последствия собственной деятельности). Однако от способности просто осознавать ответственность до ответственности как устойчивого качества личности еще далеко.

Процесс развития ответственности проявляется в возникновении дополнительного внутреннего механизма контроля. Также и личность в целом

должна пройти путь от простого исполнителя к активному субъекту. Следствием этого является перенос инстанции, перед которой субъект держит отчет, с внешнего уровня на внутренний. Т.е. если ранее такой инстанцией было общество, то теперь человек отвечает за свои действия, прежде всего перед самим собой (1 Муздыбаев К., 2010).

Как мы видим, понятие ответственности практически всегда связывается исследователями этой проблемы с проблемой долга, обязанности, наказания, нравственности и морали. Людям часто трудно разграничивать понятия личной ответственности и долга, сложно понять их противоположность. Личная ответственность предполагает, что человек отвечает перед собой за результаты своих решений и поступков (человек в данном случае сам является той инстанцией, которая оценивает эти решения). Долг человек исполняет ради кого-то или перед кем-то, это ответственность, взятая за другого, а ответственность за свое состояние в данном случае перекладывается на этого другого. У такого человека есть убежденность, что его благополучие зависит от состояния, изменения другого. Вот почему, на вопрос психолога «Что для вас важно в ваших отношениях?» такие клиенты отвечают примерно следующее: «Я хочу, чтобы он перестал пить» или «Я хочу, чтобы она приходила домой вовремя» и т.п. Т.е. это всегда запрос на изменение другого. «Научите меня, как на него повлиять», «Я приведу его, и вы на него повлияете!». Они готовы приложить все усилия, чтобы изменить неудобного члена семьи, но совершенно не готовы работать над собой в сложившихся отношениях, не готовы брать ответственность за собственное состояние. Однако многие из таких клиентов с охотой говорят на тему ответственности и долга, т.к. социально одобряется брать на себя обязательства, спасать, исполнять долг. «Я же столько для него делаю!» или «Я должна помогать, без меня он не справится!» (Поспелова М.В., 2011).

Что такое личная ответственность в отличие от долга? Это способность отвечать за свои чувства, эмоции, мысли, действия и их последствия. Развитое чувство ответственности это способность анализа и прогнозирования, это способность отвечать за то, что мы делаем с самими собой, каким образом мы производим свое бытие, это качество, которое ведет к соприкосновению с самим собой, с которого начинаются развитие и интеграция.

Профессор В.Я. Сазонов как-то сказал: «Я не употребляю слово “ответственность”, а вместо него говорю “свобода”, т.к. это одно и то же». Интересная точка зрения на наш взгляд, и в литературе этому множество подтверждений. Зигмунд Фрейд как-то сказал «Большинство людей в действительности не хотят свободы, потому что она предполагает ответственность, а ответственность большинство людей страшит». Другой известный афоризм гласит: «Есть памятник свободе (статуя свободы), но, увы,

нет памятника ответственности». Г.Л. Тульчинский: «Границы свободы и ответственности совпадают, как две стороны одного листа бумаги. Только там, где я свободен, где мною свободно приняты решения, свободно совершены действия, я и отвечаю за них и их последствия. И наоборот – я могу быть ответствен только за то, в чем проявилась моя свобода». Виктор Франкл: «Свобода может вылиться в простой произвол, если она не проживается с точки зрения ответственности».

Но заглянув в себя, мы не смогли полностью согласиться с этой точкой зрения. Для нас ответственность ассоциируется отнюдь не со свободой, а скорее с чем-то тяжелым, с чувством обязанности перед кем-то, с долгом, даже с чувством вины. А свобода – что-то совершенно противоположное, что-то легкое, летящее, безграничное. И мы задумались, – сможем ли мы когда-нибудь ощущать ответственность как свободу, реально ли это, и что мы можем для этого сделать?

Отец гештальт-терапии Ф. Перлз говорит об ответственности: «...Всегда существует возможность дальнейшего взросления, – вы должны брать все большую и большую ответственность за себя самого и за свою жизнь. Разумеется, брать на себя ответственность за свою жизнь и иметь богатые переживания и возможности – это одно и то же... С одной стороны ответственность – это обязательство. Если я отвечаю за кого-то, я чувствую всемогущество: я вмешиваюсь в его жизнь. Это значит, что у меня есть долг, – я полагаю, что у меня есть долг, – поддерживать этого человека.

Но слово ответственность можно понять, как способность к ответу: возможность ответить, мыслить, реагировать, проявлять эмоции в определенной ситуации. Эта ответственность – способность быть тем, кем вы являетесь, выражается словом «я»... Это не просто – расстаться с фантазией о том, что ты беспомощный ребенок; ребенок, который хочет быть любимым; ребенок, который боится быть отвергнутым. Именно ради этого мы не берем на себя ответственность...» (Фредерик Перлз, 1968).

В чем на самом деле заключается ответственность человека для полноценной жизни без крайностей? Я в ответе за свои чувства, эмоции, мысли и действия, которыми создаю свою реальность, но при этом я не управляю окружающей действительностью. Это владение собой, без затрагивания интересов других. Это доверие к себе и уверенность, здоровая самооценка. Это умение анализировать свое прошлое, а не жизнь других людей. Это способность прогнозировать последствия своих действий. Это наличие своего мнения и целей. Писать можно бесконечно (Рябченко А.В.).

Ответственность – это способность и готовность принять статус полного источника и причины за все действия. «Когда речь идет ответственности имеется в виду определенность, создаваемая причиной (например, вами), которая приводит к созданию определенного действия. Ответственности

нет, когда вы игнорируете что-то, воюете с чем-то или отстраняетесь от чего-то, ответственность – это не вина, это осознание бытия причины.

Есть здесь и более глубокий смысл, если проследить все мутации этого слова к славянским корням и вернуть на изначальное место измененную букву «Д», можно обнаружить глобальное расширение значения слова до «действие от знания, ведая», т.е. «ведаю, что творю»» (режиссер С. Стрижак).

Выводы. Работа с образами ответственности и свободы в эмоционально-образной терапии позволяет уйти от ощущения ответственности как чего-то тяжелого, как чувства вины или долга, исполняемого перед кем-то, к ощущению ответственности как свободы быть собой, создавать свою реальность, осознавать себя причиной своего бытия, чувствуя и принимая при этом все многообразие и яркость эмоциональных переживаний.

Я уяснил, что значит быть свободным.

Я разобрался в этом чувстве трудном,

Одном из самых личных чувств на свете.

И знаете, что значит быть свободным?

Ведь это значит быть за все в ответе!

(Л. Мартынов)

СВЯЗЬ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ДЕТЕЙ С МАТЕРИНСКИМИ ПОСЛЕРОДОВЫМИ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Кожадей Е.В.

г. Санкт-Петербург

*Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет*

Актуальность темы. Развитие и совершенствование перинатальной помощи в России, приведшее к значительному снижению младенческой смертности и выживанию детей с тяжелой перинатальной патологией, делает актуальным один из важных аспектов сохранения психического здоровья женщин – профилактику послеродовых аффективных расстройств. Выявлено, что родители новорожденных с разной степенью недоношенности, независимо от уровня двигательного развития ребенка и тяжести перинатального заболевания, подвергаются повышенному риску развития послеродовой депрессии и посттравматического стресса. Дополнительным фактором травматизации является трудность ухода за недоношенным новорожденным,

и у 13,1 % женщин аффективные переживания достигают уровня, требующего клинического вмешательства. Подавленность, испытываемая матерями недоношенных детей, значительно выше, чем у родителей рожденных в срок детей. Несмотря на очевидную важность затронутой проблемы, а также улучшения качества неонатологической помощи, приводящее к выживанию новорожденных с глубокой недоношенностью и тяжелыми перинатальными заболеваниями, в отечественной литературе данной тематике в настоящее время уделено мало внимания, что и определило актуальность настоящей работы.

Цель и задачи. Изучение выраженности аффективных расстройств у женщин в послеродовом периоде с перинатальными заболеваниями новорожденных, связи с адаптационной системой личности (механизмы психологической защиты и совладающее поведение), психологическими установками на материнство и брак.

Материал исследования. Собран материал по 77 пациенткам. С помощью статистических методов проанализированы данные 27 женщин в послеродовом периоде, чьи дети находились в отделении патологии новорожденных Перинатального центра Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета с такими диагнозами, как недоношенность, желтуха новорожденных, последствие гипоксического и/или травматического поражения головного мозга, пороки развития сердца и сердечно-сосудистой системы и др. У большинства детей (21 чел.) отмечалось сочетание отмеченных выше диагнозов. Более половины новорожденных (15 чел.) на момент осмотра их матерей нуждались в продолжении обследования и лечения, в т. ч. решении вопроса об оперативном вмешательстве. Все обследованные женщины находились вместе с детьми в условиях педиатрического стационара. Исследование проводилось дважды – в первую неделю после родов и через 1 мес.

Методы исследования. Опросник «РНQ-9». Методика «Индекс жизненного стиля». Совладающее поведение изучалось с помощью «Методики для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями». Методика «Измерение родительских установок и реакций» (методика Schaeffer E.S.–Bell R.Q. в адаптации Т. В. Архиреевой).

Результаты и их обсуждение. Средний возраст обследованных женщин составил $30,56 \pm 0,594$ лет. Установлено, что между количеством пациенток с различными степенями депрессии при первичном и повторном обследовании выявляются достоверные различия ($\chi^2 = 8,338$, $p = 0,009$; V Крамера = 0,393, $p = 0,04$). Выявлено, что если вначале число пациенток с признаками депрессии, согласно скрининговой методике, составило 16 чел., 59,3 % (из которых 9 чел., 33,3 % легкая депрессия, 3 чел., 11,1 %

умеренная депрессия, 4 чел., 4,8 % тяжелая депрессия), то в дальнейшем их было 10 чел. (37,0 %) и они представлены исключительно легкими случаями.

Однако сравнение средних значений общего балла при первичном и повторном обследовании показало статистически значимое различие лишь на уровне тенденции ($0,1 < p < 0,05$). Т. е. динамику психического состояния пациенток можно обозначить лишь как условно положительную.

Выраженность симптомов депрессии не зависела от возраста матерей, коэффициент корреляции Пирсона между суммарным баллом РНQ-9 и возрастом матери составил $r=0,080$ ($p>0,05$). Тяжесть депрессии по опроснику РНQ-9 достоверно не различалась у первородящих (8 чел.) и повторнородящих (19 чел.) ($U=58,5$ по Манну-Уитни, $p=0,925$).

Взаимосвязь отдельных симптомов послеродовой депрессии. Результаты кластерного анализа пунктов опросника РНQ-9 (метод средней межгрупповой связи, интервальная мера – квадрат расстояния Евклида). Анализ порядка агломерации переменных позволил выделить 2 основных кластера. В рамках первого кластера классические проявления депрессии (подавленность) оказались тесно связаны с потерей интересов, «астеноподобными» проявлениями (чувство усталости, трудность сосредоточения внимания) и мыслями о смерти. Второй кластер отражает взаимосвязь нарушения витальных функций (сон, аппетит) с психическим торможением и снижением работоспособности. Такой симптом депрессии, как чувство собственной несостоятельности и/или переживание вины у обследованных пациенток, представляет собой переменную, статистически не связанную с другими депрессивными симптомами. Учитывая ведущий контекст переживаний большинства пациенток, а именно беспокойство за здоровье детей, в т. ч. тревога за его жизнь в связи с предстоящей операцией, а также данные клинической беседы об отсутствии в большинстве случаев глубоких депрессивных нарушений, можно предположить, что указанный выше симптом является следствием не патологически сниженного настроения, а реальной ситуации, складывающейся вокруг ребенка и матери. Скорее всего, речь идет об особо значимых психотравмирующих переживаниях. Следует отметить, что указанный симптом у пациенток никак не был связан с мыслями о смерти, и наблюдался в статусе женщин даже после редукции большинства депрессивных проявлений.

Результаты исследования адаптационной системы личности: у пациенток без признаков депрессии (1 группа) численные значения МПЗ «Регрессия», «Замещение» и «Проекция» были достоверно ниже по сравнению с пациентками, значения баллов которых по шкале РНQ соответствовали уровню депрессии (2 группа). Преобладание регрессивно-заместительных форм психического реагирования, по данным литературы, традиционно

рассматривается как типичное для состояний психологической дизадаптации личности при различных расстройствах и в разных возрастных группах.

У пациенток 2 группы, т. е. с признаками депрессии по данным скрининговой оценки, выявлялись достоверно большие значения неконструктивных типов копинг-поведения «Конфронтация» и «Дистанцирование».

Корреляционные взаимосвязи переменных: суммарный балл опросника НРQ-9 обратно коррелировал с механизмом психологической защиты «Отрицание» (коэффициент корреляции Пирсона составил $r=-0,499$) и прямо с типом совладающего поведения «Принятие ответственности» ($r=0,497$). Следовательно, с указанными механизмами психологической адаптации может быть связана выраженность депрессивных расстройств у изучаемой группы пациенток.

Результаты исследования установки на брак и материнство. Выявлено, что средний балл шкалы «Отношение к семейной роли» на уровне тенденции ($0,1 < p < 0,05$) оказался выше у пациенток 1-й группы. Следует отметить, что данная шкала содержит вопросы, выявляющие изначальную установку женщины на переживание тягостности своей роли в браке: «ограниченность интересов женщины рамками семьи, заботами исключительно о семье» (вопрос № 3); «ощущение самопожертвования в роли матери» (вопрос № 5); «неудовлетворенность ролью хозяйки дома» (вопрос № 13); «зависимость и несамостоятельность матери» (вопрос № 23). Причем высокие численные значения шкалы, согласно методике, отражают большую выраженность данной проблемы. Таким образом, у обследованных пациенток с депрессивными послеродовыми переживаниями обнаружена тенденция к установке на переживание тягостности женщины своей роли в браке.

Выводы. Был выявлен ряд особенностей структуры послеродовых депрессивных расстройств у женщин, дети которых в неонатальном периоде получали интенсивное лечение в связи с тяжелыми соматоневрологическими заболеваниями.

КАТАМНЕЗ МАНИФЕСТНОГО ДЕПРЕССИВНОГО ЭПИЗОДА

Коляго О.О.

г. Москва

Научный центр психического здоровья

Актуальность темы. Проблема всестороннего исследования депрессий неизменно остается одной из самых актуальных в отечественной и зарубежной психиатрии на протяжении последнего десятилетия. Во многом это

связано с высокой распространённостью депрессивных расстройств, которые на сегодняшний день занимают четвертое место среди всех причин заболеваемости и смертности в общемировой популяции (Краснов В.Н., 2018; Смулевич А.Б., 2015; Menberu M. et al., 2018). Недавние эпидемиологические исследования, включая исследования ВОЗ, показывают значительные расхождения по распространенности депрессии в разных странах, однако в целом заболеваемость депрессией высока и непрерывно растет (Berhanu B. B. et al., 2018; Grace Y. et al., 2018; Roberts T. et al., 2018). Таким образом, значимость изучения проблемы депрессивных расстройств и их детерминант в настоящее время продолжает существенно возрастать.

Изучение динамики впервые возникшего депрессивного эпизода особенно важно в виду возможного полиморфизма его исходов и прогностической многозначности. Рядом авторов показано, что дальнейшее течение болезни, дебютировавшей депрессивным эпизодом, может включать в себя широкий спектр психической патологии: начиная от аффективных расстройств (Frankland A., et al., 2015; Sajatovic M. et al., 2015) с ремиссиями различной глубины и продолжительности (Strauss M., Mergl R. et al., 2018) и кончая процессуальными заболеваниями (Kumari V., Peters E. et al., 2016). Несмотря на многочисленность исследований депрессивных расстройств в целом, изучение клинко-катамнестических и, следовательно, социальных аспектов отдалённых этапов манифестных депрессивных эпизодов остаются актуальными по ряду причин.

Цель и задачи. Нозологическая верификация и установление прогностических критериев манифестных депрессивных эпизодов.

Материалы и методы. На настоящий момент путем проспективного наблюдения изучено 36 пациентов (24 женщин (67 %) и 12 мужчин (33 %)), в возрасте от 22 до 63 лет (средний возраст – $44,1 \pm 14,3$ лет), находящихся на стационарном лечении и/или амбулаторном наблюдении в клинических отделениях Научного Центра Психического Здоровья за период с 2014 г. по 2019 г.. У всех больных при первичном обращении было выявлено наличие депрессивных расстройств в рамках впервые возникшего депрессивного состояния, соответствующих, диагностическим критериям «Депрессивного эпизода» (F32) по МКБ-10. Длительность катамнестического наблюдения – не менее трех лет (в среднем составила $3,66 \pm 0,74$ года).

Критериями исключения из исследования являлись наличие в статусе признаков острого или хронического психоза; сопутствующей психической патологии (органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00-09), психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (F10-19), умственная отсталость (F70-79)); наличие тяжелой соматической или неврологической патологии.

Для выполнения поставленной в исследовании цели, были использованы клинико-психопатологический, клинико-проспективный и клинико-катамнестический методы исследования.

Результаты и обсуждение. Тщательное изучение течения эндогенных заболеваний, в рамках которых развивались манифестные депрессивные эпизоды, сделало возможным обнаружить ряд закономерностей, относящихся к особенностям динамики заболеваний в целом.

Как показало исследование, манифестные депрессивные состояния чаще возникали аутохтонно (83.3 %), либо под воздействием психогенных провокаций. Длительность манифестных депрессий составляла от месяца до 4 лет (в среднем 10 месяцев).

В большинстве наблюдений (78 %) для манифестных депрессий была характерна простая структура, при которой расстройство ограничивались симптомами депрессии. В остальных случаях (22 %) манифестная депрессия характеризовалась структурным полиморфизмом, при котором уровень представленных расстройств не ограничивался аффективным, наблюдались явления других психопатологических регистров. Исследование показало, что полиморфные манифестные депрессии, по сравнению с депрессиями простой структуры, чаще развивались в рамках шизофрении.

Нозологическая принадлежность заболеваний, в рамках которых развивались манифестные депрессивные эпизоды, представлялась не всегда однозначной. В ходе клинико-динамического, клинико-катамнестического наблюдения и на основании анамнестических данных в 23 случаях (64 %) первый депрессивный эпизод являлся манифестацией аффективного расстройства (F3), при котором аффективные приступы подвергались полной редукции с формированием интермиссий и сохранением доманифестной личностной структуры. Среди них доля пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством (F33) составила 87 % (20 человек). В трех наблюдавшихся нами случаях (13 %), в последующем отмечались гипоманиакальные/маниакальные состояния, что позволило отнести эти случаи к биполярному аффективному расстройству (F31). В других наблюдениях имели место проявления прогрессивного течения, касавшиеся формирования негативных изменений, что позволило отнести их к шизофрении соответственно (10 пациентов, 28 % наблюдений), включая 3 случая приступообразно-прогрессивной шизофрении (F20) и 7 случаев – малопрогрессивной шизофрении (шизотипические расстройства) (F21). В 3 наблюдениях (8 %) приступообразные расстройства, которые проявлялись сочетанием аффективных и шизофренических симптомов в течение болезни (причем их соотношение не позволяло определенно установить наличие типичного аффективного (F30-F39) или шизофренического (F20- F24) расстройства), были отнесены к группе шизоаффективного расстройства (F25).

Проведенное исследование позволило выделить как общие тенденции динамики и прогнозов заболевания, дебютировавшим депрессивным эпизодом, так и более частные особенности этой динамики:

- Для аффективного расстройства обнаружены различия, коррелирующие с преобладающим типом течения (моно- или биполярным):

- для биполярной формы была характерна меньшая глубина и интенсивность аффекта, большая частота фазообразования, краткость ремиссий и аутохтонный механизм формирования депрессий;

- для монополярной формы была характерна меньшая частота возникновения фаз, но большая их продолжительность в сравнении с биполярной формой, умеренная глубина аффективной симптоматики, длительность ремиссий и эндореактивный механизм манифестации.

- Для шизофрении с малопрогрессирующим течением (шизотипическое расстройство) характерным являлось сохранение стереотипа симптоматики приступов, неглубокие негативные изменения, длительность ремиссий относительно хорошего качества, даже при сохранении невротоподобных расстройств.

- При приступообразной шизофрении за время катamnестического наблюдения отмечалось большое количество повторных приступов (54,5 %), выраженные дефицитарные изменения личности, непродолжительные (или отсутствие) ремиссии низкого качества.

- Для шизоаффективного расстройства характерным являлись высокий полиморфизм приступов (в основном представленных аффектодоминантными вариантами), сочетание циркулярных аффективных расстройств и шизофренических бредовых симптомов, отсутствие в динамике заболевания личностного сдвига, длительность ремиссий хорошего качества.

Выводы. Проспективное и последующее клинико-катamnестическое наблюдение подтверждают гетерогенность в нозологическом аспекте манифестных депрессивных эпизодов, которые наблюдаются в рамках аффективного расстройства (64 %), шизофрении разной степени прогрессирующей (28 %) и шизоаффективного расстройства (8 %). Проведенное исследование позволило выделить как общие тенденции динамики и прогнозов заболевания, дебютировавшим депрессивным эпизодом, так и более частные особенности этой динамики, что представляется значимым в диагностическом плане и выборе тактики лечения.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕСЯ СОЧЕТАННЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Коренский Н.В., Блыш Ю.В.

г. Москва

*Национальный научный центр наркологии –
филиал Национального медицинского исследовательского центра
психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского*

Актуальность темы. В первую очередь подростковый возраст характеризуется интенсивными изменениями как в физическом плане, так и с точки зрения психики.

На первый план выступает общение со сверстниками, тогда как учебная деятельность становится второстепенной. Под влиянием внешних факторов, а также внутреннего формирования собственного «Я» происходит переоценка ценностей и самоопределение на будущее. Противоречие подросткового возраста заключается в том, что ребенок стремится продемонстрировать собственное взросление, без готовности возложить на себя ответственность.

Важным моментом является половое созревание, которое сопровождается интенсивной выработкой гормонов у подростков обоих полов. Поскольку изменившийся гормональный фон влияет на настроение, для этого периода характерны резкие эмоциональные перепады, а также склонность к конфликтам и агрессии, что, в совокупности со стремлением понять себя и определить место в социуме, формирует предпосылки к аутодеструктивному и аддиктивному поведению.

Исследование формирует актуальность в развитии понимания биопсихосоциальных особенностей девиантного поведения у подростков, употребляющих психоактивные вещества (ПАВ), а также в формировании вторичной профилактической работы врача, психолога, педагога и социального работника.

Цель исследования состоит в изучении биопсихосоциальных особенностей девиантного поведения у подростков, употребляющих сочетанные ПАВ для формирования платформы современных знаний по повышению эффективности вторичной профилактики отклоняющегося поведения и химических зависимостей.

Задачи.

1. Изучение и анализ катamnестических данных из историй болезни и амбулаторных карт.

2. Определение биологических, психологических и социальных индикаторов-мишеней для формирования платформы современных знаний по повышению эффективности вторичной профилактики употребления ПАВ у подростков с деликвентным поведением.

Материалы и методы.

Были изучены катamnестические данные 100 подростков в возрастном диапазоне от 12 до 17 лет (в среднем – 16,2 года), из них 93 мальчика и 7 девочек за 2010–2018 гг. Исследование проводилось на базе подросткового отделения Одинцовского наркологического диспансера.

Критериями включения явились наличие форм девиантного/деликвентного поведения, сочетанное употребление ПАВ в анамнезе, подростковый возраст, профилактический учет в наркологическом диспансере и установленные факты привода в отдел полиции по работе с несовершеннолетними.

Методы исследования. Клинико-катamnестический, клинико-аналитический.

У 100 лиц (100 %) было официально (т.е. с указанием в медицинской документации) выявлено сочетанное употребление алкоголя и иных ПАВ (преимущественно синтетических наркотиков). У 91 подростка (91 %), в рамках сочетанного употребления психоактивных веществ, выявлено употребление табака. При этом, исследуемые подростки, отмечали однократное или эпизодическое употребление синтетических наркотиков после приема алкоголя и никотина. Таким образом, мы приходим к выводу, что раннее употребление алкоголя и никотина, в подростковом возрасте, может являться инициацией в мир наркотиков.

Возраст первого знакомства с ПАВ для подростков составил 5–13 лет (в среднем – 10,2 года). Возраст первичного обращения к врачу психиатру-наркологу составил 9–16 лет (в среднем 13,7 года). Таким образом, сравнивая средний возраст первого знакомства с ПАВ и средним возрастом первичного обращения к специалистам наркологического профиля, можно сделать вывод о быстром нарушении социально-приемлемых форм поведения в детско-подростковом возрасте.

Интерес вызывает изучение раннего развития изучаемого контингента подростков.

Наличие отягощенного наследственного фактора среди родственников 1-ой степени родства было выявлено у 68 (68 %) подростков, из них у 47 (47 %) лиц – алкоголизм; психические заболевания у 17 (17 %), наркомания у 4 (4 %) обследуемых родственников. У 26 подростков имело место сочетание двух факторов наследственной отягощенности: преимущественно алкоголизм и психические расстройства.

Патология беременности и родов у матерей подростков имело место в 5 (5 %) случаев, причем перинатальная патология – в 2 (2 %) случаев,

патология родов – 3 (3 %). Наличие ЧМТ с потерей сознания в анамнезе было отмечено у 18 подростков (18 %).

Среди инфекционных и соматических заболеваний, в анамнезе, значимых показателей не выявлено. Условия жизни детей и подростков обследуемой категории распределились следующим образом. В полных семьях проживали 36 %; в неполных семьях – 41 %; у родственников – 14 %; в детском доме – 7 % и в приемной семье – 2 %. Следовательно, подростки, проживающие в неполных семьях, имеют больше склонности к девиантному поведению и употреблению сочетанных ПАВ.

При изучении социального функционирования участников исследования были получены следующие данные. Образовательный уровень распределился в следующем порядке: начальное образование – 8 %; неполное среднее образование – 79 %; среднее образование – 10 %; среднее специальное образование – 3 %.

Что же касается физической работоспособности, то со слов обследуемых лиц она была сохранена в 96 % и снижена в 4 % случаев. Интеллектуальная работоспособность была сохранена в 55 % и снижена в 45 % случаев. Интересно отметить, что досуг участников исследования, как правило, характеризовался бедностью и однообразием. Просмотр телепередач по общественному телевидению имел место у 85 % подростков. Посещение кинотеатров и других мест отдыха имело место у 60 подростков (60 %) из всех обследованных лиц. При этом лишь у 17 % этот показатель относился к категории – раз в неделю; у 53 % – раз в месяц и у 30 % – крайне редко.

Общение с друзьями и знакомыми носил следующий характер: ежедневно общались 96 % подростков; еженедельно – 3 %; практически не общались – 1 %. Адекватных хобби, исходя из опроса участников исследования, имели лишь 4 % опрошенных, остальные под «хобби» понимали занятия физкультурой, но практически все участники занимались не регулярно.

Взаимоотношения с родственниками были в большинстве случаев конфликтные – 52 %; в 40 % – неустойчивые; 3 % – хорошие и в 5 % – конфликтные. Потребность иметь друзей испытывали 92 (92 %) опрошенных подростков. Причем у 77 участников исследования эта потребность была сильно выражена. Можно предположить, что, ПАВ создавали «иллюзорную» форму общения, заменяя, непосредственный контакт.

В плане психологических особенностей подростков, были выявлены такие особенности, как низкая самооценка, неуверенность в собственных силах, пассивность/агрессия, неумение справляться со стрессом и разрешать конфликты.

Выводы. Резюмируя вышеизложенные факты, можно выделить ряд аспектов биопсихосоциальной модели личности и поведения у подростков, употребляющих сочетанные ПАВ:

1. В биологическом (генетическом) плане, высокая вероятность раннего начала употребления сочетанных ПАВ и развития зависимости, если родственники 1-го поколения имеют в анамнезе зависимости и/или психические расстройства.

2. В психологическом плане, в своем большинстве, – это эмоционально неустойчивые люди с низкой самооценкой и пассивно-агрессивным жизненным стилем.

3. В социальном плане отношения в семейном микросоциуме у большинства подростков неустойчивые и конфликтные. Есть высокая потребность в общении с адекватными друзьями. В плане вторичной профилактики важно учитывать аспект отсутствия хобби и выстроенной системы отдыха без употребления ПАВ.

4. Основная группа риска, с которой необходимо проводить профилактическую работу – дети, проживающие в неполных семьях.

5. Особое внимание в профилактической работе над аутодеструктивным поведением необходимо уделять учащимся средних классов школы.

6. В профилактической работе с такими подростками важно учитывать выше обозначенную модель биопсихосоциальных особенностей исследуемой категории лиц и апробировать комплексный образовательный подход с активным вовлечением детей и их родителей/попечителей в профилактическую программу.

Располагая полученными данными, можно говорить о значимом влиянии совокупности биопсихосоциальных факторов, с учетом возрастной специфики, на формирование проблем с зависимостью у подростков с отклоняющимся поведением и употребляющих несколько психоактивных веществ.

ИСТЕРИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Королук Р.В., Кустов Г.В., Марачев М.П., Воронков А.А.,
Сайфулина А.М., Абрамова С.А.

г. Москва

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского*

Цель исследования. Дать современную клинико-эпидемиологическую характеристику истерического (диссоциативного) психоза, продемонстрировать клинический пример истерического (диссоциативного) психоза.

Метод исследования. Клинико-аналитический.

Результаты и обсуждение. Истерические (диссоциативные) психозы представлены неоднородными по клинической картине психотическими состояниями – истерическим сумеречным помрачением сознания, псевдодеменцией, пуэрилизмом, синдромом бредаподобных фантазий, синдромом регресса личности, истерическим ступором. В зависимости от тяжести и длительности реакции в картине психоза наблюдается либо сочетание различных истерических расстройств, либо последовательная трансформация одних истерических проявлений в другие. Этот тип психогенных реакций в мирное время чаще всего наблюдается в судебно-психиатрической практике («тюремная истерия» – по Е. Краепелин), но формируется также в связи с ситуациями утраты (смерть ближайших родственников, разрыв супружеских отношений), а также с некоторыми другими патогенными факторами (Семке В.Я., 1988). В соответствии с психодинамическими концепциями истерические психозы трактуются как «реакции вытеснения» психической травмы.

Чаще всего стойкие и длительные истерические реакции возникают при соответствующем предрасположении. Однако это наблюдается не только у аномальных личностей истерического склада. Истероневротическая симптоматика может формироваться и при иной характерологической структуре, например у шизоидов, нарциссов, лиц из круга возбудимых и др.

Как правило, к истерическим реакциям склонны лица с признаками психического инфантилизма: с несамостоятельностью суждений, внушаемостью, эгоцентризмом, эмоциональной незрелостью, аффективной лабильностью, легкой возбудимостью, впечатлительностью. Кроме того, к развитию истероневротических расстройств предрасполагает неустойчивость вегетативной системы, во многом облегчающая эмоциональные стрессовые воздействия на «область телесных процессов» (Краепелин Е., 1915), обуславливающая неадекватные психогенному раздражителю бурные соматические реакции.

Распространенность. Субклинические истерические проявления наблюдаются на протяжении жизни у 1/3 лиц в общем населении. От 5 до 15 % всех психиатрических консультаций в больнице общего типа проводится по поводу истерических расстройств (Kaplan H.J., Sadock B.J., Grebb J.A., 1994).

Истерические невротические расстройства, так же как и истерические реактивные психозы, наблюдаются у женщин в 2 раза чаще, чем у мужчин. Истерические стигмы могут сочетаться с другими невротическими проявлениями – тревожно-фобическими, обсессивно-компульсивными, ипохондрическими-сенестопатическими, а также с аффективными расстройствами.

В соответствии с концепцией Кречмера человек обладает двумя образующими однородное целое типами воли: целенаправленная воля (сознательные и целесообразные волевые акты, мотивированные психологически)

и гипобулическая воля (бессознательные волевые акты как реакция на раздражители), которая филогенетически и онтогенетически является низшей стадией развития целенаправленной воли. Таким образом, «волевой аппарат», подобно другим «психическим аппаратам», располагает гипобулическими механизмами функционирования.

При истерии происходит диссоциация гипобулической и целенаправленной воли, в результате чего управление поведением переходит к гипобулической воле, которая начинает самостоятельно функционировать как независимый компонент сферы экспрессии. Такая диссоциация является следствием воздействия эндогенных факторов или травмирующих переживаний.

Мнение об органической обусловленности истерии высказал еще в 1907 г. Sollier (Lisfranc, 1966). Он считал, что повреждение коры наступает в результате длительного спазма мозговых сосудов. Основываясь на аналогии между некоторыми истерическими симптомами и экстрапирамидными гиперкинезами, Marinesco, Nicolesco, Jordanesco (Brim, 1954) расценивали их как результат повреждения ядер основания мозга, вследствие чего, как полагают Bing (1954) и Boschi (Stein, Slowicki, 1959), растормаживаются филогенетически более старые двигательные автоматизмы.

Пациентка 57 лет. Образование среднее специальное, по профессии бухгалтер. С детского возраста в характере преобладали такие черты как общительность, жизнерадостность, желание быть в центре внимания.

Наследственность по психическим заболеваниям не отягощена. За психиатрической помощью ранее не обращалась. В течении нескольких лет конфликтные взаимоотношения с супругом на фоне его алкоголизации. В результате запоя супруга, после конфликтной ситуации фон настроения снизился, появилось чувство тревоги, тоски, апатии, суицидальные мысли. Было трудно формулировать предложения, подбирать нужные слова, из-за этого избегала общения с окружающими. Забывала названия различных предметов и их назначение.

На момент поступления была встревожена, растеряна, частично дезориентирована в месте и времени. На вопросы отвечала кратко, не всегда в плане заданного. Демонстрировала нелепое поведение с чертами пугливости. Погружена в собственные переживания, связанные с психотравмой. Фон настроения снижен с тревожным оттенком. Высказывала жалобы на трудности в концентрации внимания, проблемы с памятью, не могла вспомнить названия предметов, высказывать свои мысли, так как забывала слова. По Монреальской шкале оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment, MoCA) набрала 24 балла из 30. При выполнении теста MMSE вместо 3 слов вспомнила 2, остальные задания выполнила правильно.

Проводилась терапия: Оланзапин 10 мг на ночь, Кломипрамин 75 мг в сутки перорально. На фоне проводимой терапии положительной динамики

не отмечалось. После проведенного врачебного консилиума была изменена терапия и назначен Галоперидол 2 мл в/м.

После смены терапии пациентка стала более активной, упорядоченной в поведении, фон настроения постепенно выравнивался, мимика более живая, суицидальные мысли не высказывает. Но сохраняются когнитивные нарушения: «мимоговорение», «мимодействие», трудность в изложении своих мыслей, подборании нужных слов.

КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ-КАНДИДАТЫ ШИЗОФРЕНИИ И ШИЗОАФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА (РОЛЬ ЛЕТУЧИХ ОРГАНИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ)

Красавин Г.А.

г Москва

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского*

Актуальность темы. На сегодняшний день нет убедительных данных о высокой надежности применения биологических маркеров в диагностировании, определении предрасположенности, тяжести течения и прогноза заболевания, а также осуществлении индивидуализированной терапии.

Одним из потенциальных биологических маркеров являются летучие органические вещества (ЛОС), такие органические вещества, которые имеют достаточно высокое давление пара при нормальных условиях, чтобы в значимых концентрациях попадать в окружающую среду. Первые косвенные упоминания использования ЛОС и их важного свойства иметь запах в диагностических целях восходят приблизительно к 400 году до н.э. и принадлежат Гиппократу, который описал несколько специфических для некоторых болезней запахов, источаемых мочой или мокротой. Затем в XIX веке было замечено, что в психиатрических клиниках имеется специфический запах (Hammond WA, 1877, Hutton Tj, 1878). Долгое время источником этого запаха считали больных шизофренией, но доказали это только в 1960 Smith и Sines, что сравнивая запах пота больных шизофренией и здоровых лиц, используя натренированных лабораторных крыс. В 1969 году Smith и др. было обнаружено, что транс-3-метил-2-гексеновая кислота (ТМГК) являлась единственным компонентом, стабильно отличавшимся в поту пациентов с шизофренией. Тем не менее, в 1973 году Smith, Gordon и др. выявили, что ТМГК обнаруживается в поту как людей с шизофренией,

так и здоровых людей и сделали вывод, что не существует особой связи между ТМГК и шизофренией. Более чем три декады спустя, в 2005 году в исследовании Di Natale и др. были проведены анализ и сравнение пота больных шизофренией с потом здоровых людей при помощи Газовой хроматографии/Масс-спектрометрии (ГХ/МС), которые показали, что ТМГК представлена не только в образцах пота пациентов с шизофренией, но и в образцах от контрольной группы. На этом основании авторами был сделан вывод, что ТМГК является ненадежным маркером шизофрении, даже если её концентрации у лиц с шизофренией высока. При этом, созданная исследователями модель многомерного анализа данных, построенная на сочетании данных от двух инструментов (ГХ/МС и электронный нос), в 80 % случаев правильно диагностировала случаи шизофрении по образцам пота.

Что касается других биологических сред, то Philips и др. (1993, 1995) исследовали летучие органические вещества (ЛОС) в выдыхаемом воздухе пациентов с шизофренией. В результате авторы обнаружили набор ЛОС, отличавший пациентов с шизофренией от здоровых лиц в контрольной группе: 2-метилбутан, трихлорфлуорометан, 2-пентанол, пентан, дихлорэтан, трихлорэтен, бензен, 1-хлор-2-метилбутан, 2,3,3-триметилпентан, 2,2-диметилбутан и тетрачлорэтен. А в исследовании уровня выдыхаемого этана с помощью ГХ/МС было обнаружено статистически значимое повышение его концентрации для больных шизофренией (Puri ВК, 2008).

Исследование ЛОС в выдыхаемом воздухе, в сущности, безопасно и не инвазивно. Тем не менее, диагностический потенциал анализа выдыхаемого воздуха ограничен недостатком знаний о происхождении, распределении и метаболизме выдыхаемых летучих веществ. Известно что, летучие субстанции в выдыхаемом воздухе связаны с составом крови. Исследование ЛОС в крови может увеличить диагностический потенциал подобных методик.

В основном, для объяснения причин выявляемых отличий между лицами с шизофренией и здоровыми людьми выдвигались гипотезы о повышении уровня некоторых ЛОС вследствие самоокисления избыточного дофамина.

За последние 10 лет в мировой научной литературе было опубликовано 5 крупных обзоров на тему изучения запаха болезней в различных областях медицины, включающих десятки статей на данную тему из таких областей медицины как онкология, микробиология, инфекционные и внутренние болезни (Damico A, 2008, Shirasu M, 2011, L.R. Bijland, 2013, Horowitz S, 2014, Buljubasic, 2015). В некоторых из работ чувствительность и специфичность диагностики с помощью анализа запаха достигала 99–100 %; ведется работа по внедрению этих методик в клиническую практику (Brooks, 2015).

Исследованиями летучих органических веществ в онкологии занимаются в том числе и в России (Родионова Е.И. и др, 2015).

Таким образом, актуальность работы обусловлена необходимостью поиска биологических маркеров шизофрении и шизоаффективного расстройства для совершенствования их диагностики.

Цель и задачи. Цель исследования – дифференцировать формы и варианты течения шизофрении и шизоаффективного расстройства с использованием летучих органических соединений как маркеров-кандидатов.

Задачами исследования являются:

1. Изучить возможность дифференциации биологических образцов (кровь, потожировое вещество с поверхности кожи) пациентов с шизофренией, шизоаффективным расстройством и здоровых добровольцев с использованием хроматографического метода.

2. Провести сравнение образцов, полученных от пациентов и здоровых участников, с помощью газовой хроматографии/Масс-спектрометрии (фрагмент работы будет осуществляться в химико-токсикологической лаборатории Национального научного центра наркологии).

3. Выделить группы пациентов (больных шизофренией и шизоаффективным расстройством), различающихся по показателям ЛОС и определить (в сравнительном аспекте) клинко-психопатологические особенности и динамику их заболевания.

4. Оценить чувствительность и специфичность выделенных маркеров-кандидатов ЛОС.

Материал и методы. Работа проводится на базе Московского НИИ Психиатрии-филиала «Национального медицинского исследовательского центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России и Психиатрической клинической больницы № 4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента Здравоохранения г. Москвы.

Критерии включения:

1. Больные шизофренией и шизоаффективным расстройством по МКБ-10.

2. Отсутствие фармакотерапии или терапия одним антипсихотиком на момент забора биологических образцов.

Критерии исключения:

1. Другие диагнозы кроме шизофрении и шизоаффективного расстройства (по МКБ-10).

2. Полифармакотерапия.

3. Употребление алкоголя или психоактивных веществ за 2 недели до забора биологических образцов.

4. Тяжелая черепно-мозговая травма в анамнезе.

5. Беременные или кормящие грудью женщины

6. Эндокринные заболевания
7. Тяжелые соматические заболевания
8. Вирусные заболевания в течение 2 недель перед забором биологических образцов.

Всего планируется обследовать не менее 60 пациентов (30 чел., больных шизофренией и 30 чел. с шизоаффективным расстройством) и 40 человек контрольной группы. Диагноз психического расстройства идентифицируется с помощью структурированного диагностического опросника M.I.N.I (МКБ-10). Пациенты обследуются клинико-психопатологически с использованием специально разработанной карты, а также помощью ряда психометрических шкал (PANSS, шкалы депрессии Калгари – CDSS, шкалы мании Янга – YMRS).

После подписания информированного согласия на участие в исследовании и идентификации диагноза у всех участников производится забор крови с последующим получением плазмы крови, 3 капли цельной крови на стерильные марлевые салфетки, и забор потожирового вещества с кожи на стерильную марлевую салфетку, накладываемую на поверхность руки на 30 минут. В дальнейшем проводится анализ цельной крови и потожирового вещества кинологическим методом и анализ плазмы крови при помощи ГХ/МС.

На основе полученных клинических и биологических данных будет проведен статистический анализ с целью выявления отличий в количественных и качественных характеристиках ЛОС в биологических средах у лиц с шизофренией и шизоаффективным расстройством. Опираясь на результаты анализа будут выделены группы пациентов, различающихся по показателям ЛОС и определены клинико-психопатологические особенности и динамика их заболевания, а также чувствительность и специфичность ЛОС как маркеров-кандидатов.

Результаты и обсуждение. По состоянию на февраль 2019 года были обследованы и собраны материалы от 5 пациентов и 11 здоровых людей. Также был проведен анализ литературы по данной тематике.

Выводы. Впервые будут выделены и описаны группы больных шизофренией и шизоаффективным расстройством, дифференцированных с помощью анализа летучих органических веществ в биологических средах, рассматриваемых как диагностические маркеры-кандидаты.

ОСОБЕННОСТИ ОБОНЯТЕЛЬНОГО ГНОЗИСА ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЯХ И ГИПОСМИИ

Крахина А.О., Мальцева Н.А.

г. Москва

Российский государственный гуманитарный университет

Актуальность темы. В отечественной психологии долгое время считалось, что вкус и обоняние не играют большой роли в жизни человека, равно, как и соответствующие виды модально-специфической памяти (Р.С. Немов, 1995). В современном нейропсихологическом обследовании существует множество различных методик, направленных на изучение мозговой организации психических процессов. Так, стандартный набор заданий позволяет выявить, в частности, состояние модально-специфических факторов, связанных с работой анализаторных систем, а именно: слухового, зрительного, моторного и тактильного гнозиса. Изучение обонятельного процесса, анализ которого на сегодняшний день не входит в стандартную схему диагностики. Однако, изучение восприятия запахов, их идентификации, распознавании и оценки могло бы сыграть важную роль в диагностике различных заболеваний, определении состояния модально-специфического блока и анализе особенностей эмоциональной сферы пациентов.

Цель исследования. Изучение восприятия запахов, их идентификации, распознавании и оценки при депрессивных состояниях и гипосмии.

Материалы и методы. Исследование проводилось на выборке в 60 человек, из которых группу гипосмии составило 13 испытуемых, с депрессивными состояниями, выявленными по опроснику Бэка 16 испытуемых, с клинически диагностированной депрессией 11 пациентов, и в группу контроля (по признакам отсутствия депрессии и гипосмии) вошло 20 человек.

Отбор испытуемых с гипосмией осуществлялся так: плохой результат (5 и менее угаданных стимулов) расценивался как гипосмия, необходимым условием было то, что на момент исследования у испытуемого не должно быть простудных заболеваний в настоящее время, если обычно они отсутствуют, то есть, снижение обонятельной чувствительности должно носить постоянный характер.

Результаты по всем проведенным методикам обрабатывались в программе IBM SPSS Statistics. В ходе обработке были использованы коэффициент ранговой корреляции Спирмена, U-критерий Манна-Уитни, Критерий Краскела-Уоллиса. Дополнительно проводится качественный анализ.

Шкала депрессии Бэка, авторский опросник для выявления отношения к запахам и их роли в жизни испытуемых.

Данные опросника призваны помочь оценить степень значимости для испытуемого запахов в сочетании с возникающими эмоциями, и обнаружить, в каких ситуациях они обостряются. И оценить роль в жизни запахов вообще, исходя из чего можно будет сделать некоторые выводы.

Оценивалась степень значимости для испытуемых запахов из данных самоопросника в сочетании с оценкой обонятельного гнозиса и способностью распознавать запахи.

В основную часть исследования входили также обонятельные пробы, оценка гнозиса в сочетании с эмоциональной оценкой запаха и кратковременной обонятельной памятью. Предъявлялись для оценки гнозиса запахи, хорошо узнаваемые выборкой в ранее проведенном пилотажном исследовании и урванные по количеству оценок: эфирное масло лимона (оценивалось большинством как приятный запах, вызывал положительную эмоцию); эфирное масло сладкого цитруса (мандарин) (оценивалось большинством как очень приятный запах, вызывал положительную эмоцию); корица (оценивалась в основном положительно, но ближе к нейтральному); черный перец (в среднем оценивался как нейтральный запах); уксус (оценивался большинством отрицательно, вызывал негативную эмоцию); аммиак (вызывал очень неприятные эмоции); дополнительно использовались не приведенные в пилотажном исследовании запахи какао и кофе.

Оценивался обонятельный гнозис (степень распознавания разными испытуемыми запахов) и личная оценка испытуемыми запаха по шкале приятности. Испытуемым читалась инструкция: «Сейчас я буду предлагать вам восемь разных ароматов. Возможно, какие-то из них покажутся вам резкими и неприятными. Вашей задачей будет постараться определить, что перед вами за запах. Необходимо назвать эмоцию, которую вызывает тот или иной запах у вас и дать каждому оценку по шкале от 1 до 10, где 1 – совсем неприятный, 5 – нейтральный и 10 – самый приятный».

Следующим этапом была оценка эмоциональной образности. В данном исследовании использовалась оценка кратковременной памяти на запахи у испытуемых: после предъявления запахов им было предложено вспомнить три заранее определенные из них и прошкалировать от 1 до 10, насколько удалось вспомнить запах без повторного стимула.

Результаты и обсуждение. В ходе данной работы было подтверждено, что у клинически диагностированной депрессии и испытуемых с депрессивными состояниями, отобранными по опроснику Бэка, результаты по заданным параметрам исследования схожи. Примечательно, что различий между этими группами не было найдено ни по одному параметру, даже в детальной оценке каждого вопроса между группами, что подтверждает

результаты некоторых предыдущих исследований (Naudin M., 2012), в основе предположений лежал факт, что изменения со стороны обонятельной системы первичны, возникают ещё до проявления клинической симптоматики.

Затем исследовались возникающее при этом заболевании явления негативной обонятельной аллестезии и обонятельной ангедонии. Испытуемые с депрессией действительно, в среднем, давали более низкую оценку запахам, чем остальные группы, однако оценка не влияла существенным образом на запоминание запахов.

Для групп депрессии и контроля обонятельная образность существенно не различалась. Отличия были лишь в группе гипосмии.

В группах депрессивных состояний и нормы самый нейтральный запах из трех (какао) хорошо узнавался, а значит, можно сделать вывод, что в этих группах хорошо развита кратковременная память даже на неинтенсивные запахи. Запахи же мандарина и аммиака – уравнены по интенсивности, хотя и являются антиподами, и являются самыми интенсивными из всех запахов, поэтому нет значимых различий в группах (во всех группах эти запахи оценивались высокими баллами по шкале образности), следовательно, различий по этим параметрам быть не может.

Выводы. Таким образом, обонятельная образность при депрессивных состояниях не связана с явлением негативной обонятельной аллестезии – память на запах уравнена, как на приятный, так и не неприятный запах, выше несколько для нейтрального запаха чем в группе нормы. Память на запахи не связана с их эмоциональной окраской.

В пользу такого предположения можно сказать, что в группе нормы часто отмечалась средняя значимость запахов (а распознавание хорошее), в гипосмии же – очень высокая значимость, распознавание хуже.

По результатам опросника неприятные запахи, исходящие от других людей при взаимодействии, при депрессивных состояниях вызывали более интенсивные неприятные переживания, чем в других группах. Испытуемые из группы гипосмии меньше всех реагируют на острые запахи и данный вид взаимодействия не вызывал особой значимости.

Однако гипотеза о том, что влияние запахов на жизнь людей с гипосмией мала, согласно данным опросника, парадоксальным образом опровергается. Для сниженного обоняния запахи лишь должны быть для восприятия более интенсивными.

Согласно полученным данным, можно сделать вывод, что запахи при депрессии играют очень важную роль и восприятие их обостряется, запахи очень хорошо распознаются, особое значение имеют неприятные запахи, яркие описания которых испытуемые приводили в интервью.

САМОРЕГУЛЯЦИЯ ПОВЕДЕНИЯ КАК ОДИН ИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ АДАПТАЦИОННО-КОМПЕНСАТОРНЫХ МЕХАНИЗМОВ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Кудряшова В.Ю.

г. Санкт-Петербург

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева*

Актуальность. Шизофрения, как правило, возникает в трудоспособном возрасте. Ее хроническое течение, частая ранняя инвалидизация – значимая социальная проблема. Необходим поиск в т.ч. нелекарственных способов повышения адаптационных возможностей пациентов и изучение особенностей их адаптационно-компенсаторных механизмов психики (АКМ), т.к. понимание этих нарушений важно в групповой (Вид В.Д., Лутова Н.Б., 2001) и индивидуальной работе с целью улучшения их социального функционирования. Одним из значимых и, в то же время, малоизученным АКМ является саморегуляция поведения человека.

Саморегуляция – критический баланс стремления удовлетворить актуальную потребность и контроля импульсов. Неудачи саморегуляции приводят к социальным трудностям (Heatherton T.F., 2011), ухудшению здоровьем, сложностям в межличностных отношениях. Те, кто способен лучше регулировать свое поведение, демонстрируют большее психическое здоровье (Duckworth A.L., Seligman M.E., 2005).

Причины различий в способности к саморегуляции не определены. Они связываются с морфологическими особенностями мозга (Kelley W.M., Wagner D.D., Heatherton T.F., 2015) и с личностными характеристиками (Караева Т.А., Коцюбинский А.П., 2018). Отрицательный эмоциональный фон, социальное неблагополучие из-за болезни или внешних условий делают человека более импульсивным, повышая чувствительность к сиюминутным удовольствиям перед осуществлением жизненных проектов, требующих большей концентрации, но дающих в итоге большее удовлетворение (Baumeister R.F., DeWall C.N., 2005). Т.о., в ряде случаев попытки саморегуляции могут временно истощить личностные ресурсы, необходимые для дополнительных усилий по поддержанию ее достойного уровня, приводя к астении (Heatherton T.F., Wagner D.D., 2011; Inzlicht M., Schmeichel B.J., Macrae C.N., 2014), что во многом перекликается с мотивационными нарушениями при процессуальных расстройствах. Управление поведением, по мере развития заболевания, становится труднее, сопровождается страхом и растерянностью, усугубляющими ситуацию. Для больного шизофренией,

с выраженной слабостью Я (Залуцкая Н.М., 2005), характерно ощущение хрупкости, тревога, когнитивные нарушения, переживание одиночества, которое вытекает из неспособности использовать ресурсы общества и строить полноценные контакты (Петрова Н.Н., Вишневская О.А., 2015).

Цель работы. Исследование саморегуляции поведения как аспекта АКМ и ее взаимосвязей с рядом психологических характеристик у больных параноидной шизофренией в сравнении с условно здоровыми людьми.

Задачи. В обеих исследуемых группах: 1) сравнить общий уровень и различия в использовании стилей саморегуляции поведения; 2) сравнить уровень субъективного контроля (УСК); 3) сравнить смысловые ориентации; 4) изучить взаимосвязи показателей саморегуляции поведения и УСК; 5) определить взаимосвязи показателей саморегуляции и смысловых ориентаций.

Материалы исследования. Больные параноидной шизофренией (группа 1), 30 человек (15 мужчин и 15 женщин), средний возраст $29,5 \pm 1,25$ лет. Средняя длительность заболевания: $7,73 \pm 1,04$ лет; среднее количество обострений: $3,63 \pm 0,82$; среднее число госпитализаций: $3,03 \pm 0,29$. Все больные из группы 1 получали сочетанную терапию, преимущественно, атипичными нейролептиками и нормотимиками (26,7 %), типичными нейролептиками и нормотимиками (10 %), так же монотерапию типичными (16,7 %) и атипичными (10 %) антипсихотиками. Условно здоровые испытуемые (группа 2): 30 человек (13 мужчин и 17 женщин), средний возраст $29,9 \pm 0,99$ лет.

Методы исследования. 1) опросник «Стиль саморегуляции поведения» (Моросанова В.И., 1998); 2) тест смысловых ориентаций (Леонтьев Д.А., 2000); 3) опросник «Уровень субъективного контроля» (УСК) (Реан А.А., 2001).

Обработка проводилась с помощью SPSS 17.0. Проверка показала, что распределение изучаемых признаков не является нормальным, поэтому использовались критерии: сравнение средних – U Манна-Уитни, T Стьюдента, изучение корреляций – R Спирмена.

Результаты и обсуждение. Общий уровень саморегуляции поведения у больных шизофренией ниже, чем у условно здоровых лиц (23,17 и 37,83, соответственно, $p < 0,001$). В группе 1, по сравнению с группой 2, отмечены более низкие достоверные значения всех шкал в виду искаженной оценки внутренних и внешних факторов, приводящих к ослаблению способности мысленного моделирования поведения и реакции окружающих на него, возможной излишней импульсивности («Моделирование» 24,68 и 36,32, соответственно, $p < 0,05$). Т.о. снижаются способность объективно оценивать результаты своей деятельности («Оценивание результатов» 22,95 и 38,05, соответственно, $p < 0,001$) и возможность гибко приспосабливаться к изменениям внешней среды («Гибкость» 24,5 и 36,05, соответственно, $p < 0,05$).

При изучении УСК пациенты из группы 1 обнаруживают более низкие показатели по сравнению с группой 2 (25,22 и 35,78, соответственно, $p < 0,05$). Т.о. им свойственно убеждение, что большинство жизненных событий – не результат их действий, а зависят от внешних обстоятельств, почти не поддающихся управлению и контролю.

Исследуя смысловжизненные ориентации отмечено, что в группе 1 показатели по всем шкалам достоверно ниже, чем в группе 2: менее выражены цели на будущее («Цели» (М+О) 24,97+7,82 и 34,30+4,22, соответственно, $p < 0,001$), скуднее эмоциональная насыщенность жизни («Процесс» (М+О) 21,99+1,52 и 30,53+0,91, соответственно, $p < 0,001$), меньше удовлетворенность самореализацией («Результат» (М+О) 20,87+5,99 и 26,50+4,11, соответственно, $p < 0,001$). Группе 1 более, чем группе 2, присущи убеждения, что жизнь не подвластна сознательному контролю («Локус-контроля Я» (М+О) 16,07+4,03 и 22,50+2,49, соответственно, $p < 0,001$), а свобода выбора иллюзорна («Локус-контроля Жизнь» (М+О) 23,73+0,96 и 31,63+0,81, соответственно, $p < 0,001$).

При изучении взаимосвязей стилей саморегуляции с УСК обнаружено, что у больных шизофренией общая интернальность взаимосвязана с развитой способностью к планированию ($R=0,460$, $p < 0,05$) и с возможностью минимизировать влияние эмоций, сохраняя устойчивый способ достижения цели ($R=0,428$, $p < 0,05$). При этом планирование сопряжено с интернальностью в области достижений ($R=0,397$, $p < 0,05$), а способность управлять эмоциями взаимозависима с интернальностью в области неудач ($R=0,374$, $p < 0,05$). Оценка достигнутых результатов взаимосвязана с интернальностью в межличностных отношениях ($R=0,374$, $p < 0,05$). Интересно, что статистически достоверных взаимосвязей общего уровня саморегуляции и интернальности, как общей, так и в различных сферах жизни, в группе 1 не выявлено. Это объясняется тем, что в силу аутизации и особенностей мышления, свойственных процессуальным расстройствам, они считают, что мало влияют на происходящее, а действия по удовлетворению актуальной потребности у них хорошо контролируются и целенаправленны.

Во взаимосвязях саморегуляции поведения и УСК в группе 2 обнаружено, что общий уровень саморегуляции взаимосвязан с общей интернальностью ($R=0,425$, $p < 0,05$), интернальностью в семейных ($R=0,383$, $p < 0,05$) и производственных отношениях ($R=0,415$, $p < 0,05$). Способность к оцениванию результатов коррелирует с общей интернальностью ($R=0,473$, $p < 0,05$), интернальностью в семейных отношениях ($R=0,492$, $p < 0,001$) и в области здоровья ($R=0,364$, $p < 0,05$). Развитая способность к планированию сопряжена с интернальностью в производственных отношениях ($R=0,453$, $p < 0,05$).

В исследовании взаимосвязей саморегуляции и смысловжизненных ориентаций обнаружено, что статистически достоверных корреляций общего

уровня и стилей саморегуляции поведения в группе 1 больше, чем в группе 2. Вероятно, это объясняется определенной парциальностью успешности больных в той или иной сфере: например, при сохранных профессиональных навыках может страдать коммуникативный аспект и т.п. В группе 1 управляемость жизни взаимосвязана с навыками планирования ($R=0,430$, $p<0,05$). Сохранение эмоционального равновесия взаимосвязано с постановкой целей ($R=0,422$, $p<0,05$), эмоциональной насыщенностью жизни ($R=0,387$, $p<0,05$), удовлетворенностью самореализацией ($R=0,494$, $p<0,001$) и управляемостью жизни ($R=0,447$, $p<0,05$). Поведенческая гибкость коррелирует с удовлетворенностью самореализацией ($R=0,397$, $p<0,05$). Общий уровень саморегуляции соотносится с эмоциональной насыщенностью жизни ($R=0,405$, $p<0,05$), удовлетворенностью самореализацией ($R=0,506$, $p<0,001$) и управляемостью жизни ($R=0,550$, $p<0,001$). Любопытно, что при осознанности и адекватности представлений о внешних и внутренних значимых условиях действий, отмечается склонность считать, что внешние факторы имеют большее влияние на происходящее, чем собственный вклад. В этом находит отражение свойственная больным амбивалентность восприятия себя и окружающего мира. В группе 2 общий уровень саморегуляции взаимосвязан с удовлетворенностью самореализацией ($R=0,399$, $p<0,05$). Т.о. при способности концентрироваться на важных целях, осознанно откладывается удовлетворение мелких потребностей или возможно пренебречь ими, если они противоречат ключевой задаче.

Выводы. Больные параноидной шизофренией выявляют нарушения АКМ, в частности, проявляющиеся в снижении уровня саморегуляции поведения по сравнению со здоровыми испытуемыми. При этом нарушения саморегуляции у больных не тотально – она страдает в силу снижения возможности адекватной оценки внутренних условий и внешних обстоятельств деятельности, т.о. отмечается неустойчивость отношения к ситуации и трудности в оценке ее изменений. Это приводит к снижению гибкости: сложнее овладевать новыми формами активности, возникают трудности в приспособлении к незнакомой обстановке, а успехи в привычной деятельности не стабильны и сложнее прогнозируемы, поведение во многом зависит от эмоциональной составляющей.

Больным шизофренией также свойственны ослабление УСК и ряда параметров смысложизненных ориентаций, что, в свою очередь, предопределяет нарушения саморегуляции поведения.

Полученные данные расширяют представления о дефиците АКМ у лиц, страдающих шизофренией, и дают возможность для прицельного выбора мишеней при проведении психосоциальных вмешательств в комплексном лечении.

ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНЫХ КОГНИЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ И ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕТАКОГНИТИВНОГО ТРЕНИНГА

Кузнецов С.Ю., Шеметова Г.А., Папсуев О.О.

г. Москва

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии –
филиал Национального медицинского исследовательского
центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского;
Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина*

Актуальность. Многочисленными исследованиями было показано, что именно нарушения социальных когний в значительно большей степени, чем психопатологическая симптоматика или дефицит базовых когнитивных функций, обуславливают социальную дезадаптацию больных шизофренией (Bechi M. и соавт., 2012). В то же время терапия, основанная исключительно на фармакологическом лечении, не позволяет значимо улучшить социальное функционирование пациентов (Jääskeläinen E. с соавт. 2012).

Активно развивается направление когнитивной реабилитации, фокусом которого является улучшение социального функционирования путем воздействия на социально-когнитивный дефицит (Гурович И.Я. 2014; Bechi M. с соавт., 2012; Medalia A. с соавт., 2000; Roberts D.L., 2009). К числу таких методов относится метакогнитивный тренинг, разработанный S. Moritz и соавторами (S. Moritz, T. Woodward. 2007). Тренинг представляет собой структурированную программу для пациентов с расстройствами психотического спектра, которая базируется на принципах когнитивно-поведенческой психотерапии, но направлена на работу с социальными когнициями в сочетании с тренировкой навыков в условиях повседневной реальности (S. Moritz, T. Woodward. 2007; Папсуев О.О. и соавт., 2014). С точки зрения авторов программы, метакогнитивный тренинг помогает решать ежедневные задачи в рамках деятельности и социальных взаимоотношений, то есть, тренинг направлен на улучшение социального функционирования посредством коррекции нарушений социальных когний (S. Moritz, T. Woodward. 2007). В качестве типичных когнитивных нарушений в рамках тренинга рассматриваются: особенности атрибутивного стиля, склонность к преждевременным выводам, ригидность сформировавшихся убеждений, дефицит внутренней модели сознания другого (ВМСД, «модель психического»), чрезмерная уверенность в достоверности своих воспоминаний, отрицательные когнитивные схемы (S. Moritz., 2014). Программа направлена на изменение специфических социально-когнитивных

нарушений, которые приводят к неверным умозаключениям, что может лежать в основе формирования бредовых расстройств и дальнейшей психотической декомпенсации (Freeman D. 2007; Moritz S., Woodward T.S. 2007; Moritz S. с соавт., 2010).

В связи с вышесказанным, представляется актуальным исследование эффективности метакогнитивного тренинга в рамках реабилитационной программы для пациентов дневного стационара психиатрической больницы.

Цель исследования. Изучить эффективность метакогнитивного тренинга у пациентов с параноидной формой шизофрении и шизоаффективным расстройством в условиях медико-реабилитационного отделения.

Материал исследования. В исследовании приняли участие 40 пациентов с установленным диагнозом параноидной формы шизофрении и шизоаффективного расстройства в соответствии с критериями МКБ-10, на этапе стабилизации психического состояния PANSS<80 (допускалось наличие негрубой подострой или резидуальной симптоматики, не определяющей поведение пациента) на этапе оказания помощи в условиях дневного стационара. Испытуемые группы были обследованы при помощи клинических опросников и психометрических методик перед проведением метакогнитивного тренинга и после его окончания (при условии посещения восьми занятий).

Демографические, нозологические и клинические характеристики группы (N=40). Возраст, мужчины (N=11) $32,5 \pm 8,8$; возраст, женщины (N=29) $35,3 \pm 8,8$. Семейное положение: холост\не замужем (N) – 22; женат\замужем (N) – 8; разведен(а) (N) – 10. Диагноз: шизофрения параноидная, непрерывный тип течения – 3; шизофрения параноидная, эпизодический тип течения – 23; шизоаффективное расстройство – 14. Период нелеченного психоза (мес.) составил $9,9 \pm 16$. Количество госпитализаций в стационар (средн.) – $3,0 \pm 2,3$. Количество помещений в дневной стационар (средн.) – $1,3 \pm 0,5$. Длительность заболевания (лет) – $7,0 \pm 5,2$. Трудовой стаж до болезни (лет) – $6,9 \pm 6,9$. Инвалидность: наличие – 14 (35 %), не имеют – 26 (65 %); Длительность инвалидности (лет) – $1,4 \pm 2,1$. Образование: неполное среднее – 1; среднее – 2; среднее специальное – 6; неоконченное высшее – 5; высшее – 28.

Методы исследования.

1. Клинико-психопатологическое обследование: критерии психических расстройств в соответствии с МКБ-10, шкала позитивной и негативной симптоматики PANSS (Kay S.R. et al., 1987), шкала депрессии Калгари (CDSS) (Addington D. et al. 1990).

2. Для оценки уровня апатии использовались шкалы самооценки апатии (AES-S) и объективной оценки апатии (AES-C) (R. Marin, 1991);

3. Исследование социально-когнитивных функций:

– методика Hinting task (R. Corcoran, 1995);

– методика RAD-15 (Relationships Across Domains) (M. Sergi et al., 2004).

После подписания формы информированного согласия, все пациенты были обследованы до включения в программу и по ее завершении.

Статистический анализ. Осуществлялся с использованием программы STATISTICA for Windows 10.0. Оценка производилась с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. На этапе включения в исследование средний балл шкалы PANSS был равен $68,4 \pm 9,6$, среднее значение суммы баллов по шкале Калгари (CDSS) было равно $4,8 \pm 2,9$. Таким образом, в группу были включены пациенты на этапе становления терапевтической ремиссии, без выраженных депрессивных симптомов. Средние баллы по методикам Hinting Task и RAD-15 составили $17,4 \pm 2,4$ и $29,1 \pm 7,1$ соответственно. В ходе работы были определены статистически значимые различия в показателях. По шкале PANSS при повторном обследовании общий балл равен $48,6 \pm 9,1$, что имеет высокую статистическую значимость ($p < 0,001$). По сумме баллов субшкал P, N и G также получены статистически значимые различия. До проведения МКТ, по шкале PANSS значения: сумма P = $14,4 \pm 3,3$, сумма N = $17,9 \pm 4,5$, сумма G = $36,2 \pm 4,9$. После проведения МКТ значения: сумма P = $9,6 \pm 1,9$, сумма N = $13,5 \pm 3,6$, сумма G = $25,6 \pm 5,3$. По шкале оценки депрессии Калгари (CDSS) средний балл статистически значимо снизился с $4,8 \pm 2,9$ до $3,1 \pm 2,8$ ($p = 0,004$) и соотносится с результатами пункта G6 шкалы PANSS ($p = 0,002$).

При оценке социальной компетентности методикой RAD-15 получены статистически значимые показатели ($29,1 \pm 7,1$ vs. $30,9 \pm 6,8$; $p = 0,002$), что указывает на повышение способности верной оценки социальной ситуации (принадлежность к сообществу, той или иной группе, оценке иерархии, возможной выгоды и другое). Исследование ВМСД методикой понимания намека (Hinting task), также получены статистически значимые различия ($17,4 \pm 2,4$ vs. $19,1 \pm 1,1$; $p = 0,0001$), из чего можно сделать вывод о повышении способности распознавать, понимать и объяснять чувства, мотивирующие поведение – как свое, так и окружающих, фиксировать разницу между своим и чужим состоянием.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о статистически значимом улучшении показателей социальных когниций, таких как ВМСД и социальная перцепция при их оценке методиками Hinting task и RAD-15, при проведении метакогнитивного тренинга. В связи с этим, можно сделать вывод о повышении социальной компетентности пациентов, участвовавших в МКТ. В настоящее время производится исследование других доменов социальных когниций, динамики уровня апатии, социального и бытового функционирования. Ограничением работы является отсутствие сравнения с контрольной группой пациентов, получающих стандартное лечение (treatment as usual), что в настоящее время находится на этапе реализации.

ПРОГНОЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТОЙ ВИСОЧНОЙ ЭПИЛЕПСИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Кустов Г.В., Трифонов И.С., Ридер Ф.К.,
Каймовский И.Л., Яковлев А.А.

г. Москва

*Научно-практический психоневрологический центр им. З.П. Соловьева,
Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова, Городская клиническая больница им. В.М. Буянова,
Институт высшей нервной деятельности и нейрофизиологии*

Актуальность темы. Эпилепсия, являясь «одним из наиболее частых и тяжелых, но при этом потенциально излечимых и социально значимых заболеваний головного мозга» (Дроздова И.П., 2014), представляет собой междисциплинарную проблему, при которой перекрещиваются интересы неврологов, педиатров, психиатров, нейрохирургов и других специалистов. Общая распространенность заболевания в течение жизни составляет 7.6 на 1000 человек, а распространенность активной эпилепсии – 2.83 на 1000 человек (Fist KM et al, 2017). По оценкам ВОЗ, у 15 из 50 миллионов пациентов с эпилепсией, несмотря на лечение антиконвульсантами, сохраняются приступы (Banerjee P et al, 2009), а при фокальной эпилепсии фармакорезистентность в течение жизни развивается примерно у 30 % больных (Kalilani L et al, 2018). В случаях фармакорезистентности нейрохирургические методы выходят на первый план лечения пациентов с эпилепсией (Крылов В.В. и др., 2015), приводя к полной редукции эпилептических приступов в 57 % случаев (Liu JT et al, 2018). Одним из значимых факторов риска развития резистентности при эпилепсии является наличие психических расстройств у таких пациентов, частота которых в несколько раз превышает данный показатель в общей популяции (Kobau R et al, 2006; Tellez-Zenteno JF et al, 2007; Ottman R et al, 2011; Gaitatzis A et al, 2013). Последние годы в мире появляется все больше работ, посвященных влиянию хирургического лечения эпилепсии на коморбидные психические расстройства, однако сопоставимых отечественных работ найти не удалось.

Цель исследования. Изучить взаимосвязи между наличием у пациента с эпилепсией коморбидных психических расстройств и прогнозом нейрохирургического лечения.

Методы и дизайн. В проспективное 6-месячное исследование включались пациенты с фармакорезистентной височной эпилепсией и выявленными

в процессе предхирургической подготовки коморбидными психическими расстройствами. Фармакорезистентность устанавливалась на основании критерий AT Berg (2005). Пациенты осматривались перед операцией, а так же через 6 месяцев после нее. Диагноз психического расстройства верифицировался структурированным диагностическим интервью для DSM-IV (SCID-I), согласно критериям Blumer D et al (2004) оценивалось наличие специфического для эпилепсии интериктального дисфорического расстройства (ИДР), а диагноз психогенных неэпилептических приступов (ПНЭП) ставился на основе анализа типичной феноменологии и данных видео-ЭЭГ мониторинга. Исход операции оценивался согласно классификации Engel J (1993).

Характеристика группы и результаты исследования: В исследование были включены 18 пациентов (12 женщин) в возрасте $35 \pm 9,16$ лет с фармакорезистентной формой височной эпилепсии и назначенной датой операции. Средний возраст начала эпилепсии – $13,67 \pm 10,75$ лет с длительностью ее течения – $21,39 \pm 12,24$ лет и частотой приступов $11,72 \pm 7,23$ приступа в месяц. Согласно SCID- I психические расстройства перед операцией были распределены следующим образом: депрессивные расстройства – 61 %, тревожные расстройства – 33 %, обсессивно-компульсивное расстройство – 11 %, при этом у 1 пациента отмечалось сочетание тревожного и депрессивного расстройства. ИДР выявлялось у 89 % пациентов. У 44 % лиц отмечалось сочетание эпилептических и псевдоэпилептических приступов, средняя частота которых составляла $15,75 \pm 14,14$ в месяц. 72 % пациентов ранее обращались к психиатрам и 56 % на момент первичного осмотра получали психофармакотерапию. При сравнении групп пациентов с ПНЭП и без них было выявлено, что у первых частота эпилептических приступов была значимо выше ($18 \pm 4,72$ vs $6,7 \pm 4,27$; $P < 0,0001$). 56 % больных была проведена резекция левой височной доли с амигдалогиппокампэктомией слева, а оставшимся 44 % проводились правосторонние резекции. В исходе операции на 6 месяце в 56 % случаев (10 пациентов) был достигнут полный контроль над эпилептическими приступами, т.е. исход операции соответствовал первому классу по Engel. У остальных пациентов отмечалось статистически значимое снижение частоты эпилептических приступов – с $10,38 \pm 5,68$ до $3,13 \pm 1,64$ в месяц ($P < 0,05$). Эпилепсия у таких больных дебютировала в более раннем возрасте ($7,25 \pm 3,45$ vs $18,80 \pm 11,97$; $P < 0,05$), а длительность ее течения была выше ($30,38 \pm 9,1$ vs $14,20 \pm 9,45$; $P < 0,01$). Значимых различий по числу пациентов принимавших ПФТ до операции между теми, у кого приступы были купированы полностью и теми, у кого они сохранялись, выявлено не было. На 6 месяце после операции признаки психических расстройств по SCID-I сохранялись у 78 % пациентов. У 22 % лиц отмечалась редукция тревожных и депрессивных расстройств, при этом все они до и после операции

получали психофармакотерапию. В то же время отмечалось значимое уменьшение числа пациентов с признаками ИДР на 39 % ($P < 0.05$), которое отмечалось только у тех пациентов, у кого после операции приступы были купированы полностью. После операции ПНЭП регистрировались у 5 пациентов из тех 6, у которых они наблюдались в предоперационном периоде. Значимых различий по их частоте до и после операции выявлено не было. Ни одному из пациентов в течение 6 месяцев после операции не понадобилась госпитализация в психиатрический стационар.

Выводы. Хирургическое лечение эпилепсии у пациентов с коморбидными психическими расстройствами приводит в более половине случаев к полной редукции эпилептических приступов и существенному снижению частоты и выраженности ИДР, что, вероятно, объяснимо патогенетической связью этих расстройств. Эти результаты не зависят от наличия/отсутствия психофармакотерапевтического воздействия до операции. В тоже время коморбидная психическая патология сохраняется после хирургического вмешательства у большинства пациентов, особенно в случаях отсутствия психофармакотерапии до операции.

ОРГАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ В СВЯЗИ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Лаврущик М.В.

г. Москва

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского*

Актуальность темы. К психическим расстройствам при эпилепсии помимо когнитивного снижения, симптомов депрессии, относятся патохарактерологические особенности и поведенческие нарушения. 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. Эпилепсия является одной из самых распространенных клинических моделей для изучения влияния структурно-функциональной организации головного мозга на психическую деятельность.

Целью настоящего исследования является разработка критериев диагностики органического расстройства личности при эпилепсии.

Материал и методы. Обследовано 84 больных эпилепсией, в возрасте от 18 до 57 лет, находившихся на обследовании в Национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского Минздрава России. Психопатологическая квалификация психических расстройств проводилась согласно диагностическим критериям МКБ-10: G 40 (эпилепсия) и F07.02 (органическое расстройство личности в связи с эпилепсией). Совместно с лабораторией нейрофизиологии проведено исследование показателей Р300. Для объективизации и количественной оценки тяжести имеющихся расстройств использовались краткая шкала оценки психического состояния, тест Басса-Дарки. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием Statistica 10 for Windows.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования были сформированы две группы 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 патофизиологически 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, сензитивность, нерешительность. Клиническая картина эпилептической болезни представлена широким спектром психических расстройств. Эмоционально-волевые расстройства включали нарушения устойчивости эмоциональных реакций в виде накопления и идеаторной переработки негативных переживаний (95,5 %, 87,5 %), тугоподвижности, вязкости эмоций (86 %, 82,5 %). Снижение интенсивности эмоциональных проявлений наблюдалось только у подэкспертных второй группы (12,5 %, $\chi^2=5,8$, $P<0.05$). Эмоциональная лабильность со слабодушием достоверно чаще наблюдалась у больных второй группы (65 %, $\chi^2=28$, $P<0.01$), в отличие от первой, где чаще выявлялась эмоциональная лабильность с эксплозивностью (52 %, $\chi^2=9$, $P<0.01$). Когнитивные расстройства у обследуемых больных были представлены нарушениями мышления, внимания, памяти. У большинства лиц отмечалось обстоятельное (100 % и 99 %), детализированное (95 % и 95 %) и вязкое (82 % и 68 %) мышление. Динамический компонент мышления характеризовался его инертностью, тугоподвижностью (95,5 % и 85 %). У больных первой группы чаще наблюдались ригидность, вязкость мышления. У 62,5 % больных второй группы выявлялось замедление темпа психической деятельности, что достоверно выше, чем у больных первой группы (39 %, $\chi^2=4,7$, $P<0.01$). Истощаемость и отвлекаемость внимания (57 % и 90 %, 64 % и 90 %) чаще наблюдались у больных второй группы ($\chi^2=6,6$, $P<0.01$). Мнестические расстройства выявлялись у всех больных,

несколько чаще у больных первой группы. Нарушения непосредственной и опосредованной памяти выявлялись у всех обследуемых, но у больных первой группы одинаково часто были нарушены оба компонента, причем чаще наблюдалось снижение непосредственной памяти (91 % и 57,5 % $\chi^2=12,4$ $P<0.01$), у больных второй группы в основном отмечались нарушения опосредованной памяти. Для 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 степень когнитивных нарушений (36 %). У лиц с умеренной степенью нарушений утрачивались подвижность, пластичность психики, сужение объема внимания, снижение запоминания, эффективности организации материала по смысловому признаку. У больных с выраженной степенью когнитивных нарушений на первый план выступали выраженная инертность психических процессов, снижение всех форм познавательной деятельности, явления олигофазии. Были характерны неспособность к усвоению нового, анализу и конструктивному разрешению ситуаций, выходящих за рамки сложившихся стереотипов. У подэкспертных второй группы преобладали легкая (37,5 %) и умеренная (40 %) степени когнитивных нарушений в виде обстоятельности мышления с замедленностью темпа, снижением способности к усвоению нового, что сочеталось с отвлекаемостью внимания, быстрой истощаемостью. Мнестические расстройства включали снижение прочности запоминания и устойчивости памяти.

При исследовании показателей Р300 было обследовано 13 подэкспертных с эксплозивными, 13 человек с дефензивными личностными чертами и 19 психически здоровых. Статистическому анализу подвергались показатели амплитуды и латентности потенциала Р300. Кроме того, вычислялись коэффициенты межполушарной асимметрии по амплитуде и по латентности Р300 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 Р300. Качественный анализ данных показал, что в группе эксплозивных больных заметно чаще встречались лица с грубыми нарушениями Р300 (7 чел. / 53,8 %), чем в группе дефензивных больных (4 чел. / 30,8 %). Кроме того, нарушения Р300 характеризовались определенной топографической специфичностью. В группе эксплозивных больных чаще встречались более значительные нарушения Р300 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 Р300 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.

Выводы. Структура органического расстройства личности в связи с эпилепсией определяется совокупностью когнитивных нарушений и личностных изменений, образующих самостоятельные патохарактерологические образования с преобладанием эксплозивных либо дефензивных черт. Выраженность и локализация нарушений вызванного потенциала P300 у больных эпилепсией свидетельствует о значительных изменениях в височных отделах правого полушария и префронтальной коры, характеризующих более значительную мозговую дисфункцию у эксплозивных больных по сравнению с дефензивными.

К ВОПРОСУ О ТИПОЛОГИЧЕСКОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПОДРОСТКОВО-ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА У ДЕВУШЕК

Левченко Н.С.

г. Москва

Научный центр психического здоровья

Актуальность темы. Важность изучения депрессивных расстройств подростково-юношеского возраста не теряет своей актуальности на протяжении последних нескольких десятилетий. По данным зарубежных скрининговых исследований, около 24 % молодых людей переносят по меньшей мере один депрессивный эпизод до 18-летнего возраста, до 40 % подростков сообщают об имеющихся у них расстройствах настроения (Rohde P., 2009). На проявления депрессивных состояний подростково-юношеского

возраста существенным образом влияют биологические факторы, в частности, незрелость ВНД, резкое увеличение концентрации половых стероидов, немаловажную роль играют также и возрастные психологические особенности, что обуславливает крайне высокий суицидальный риск у данной категории больных. Существует разница в частоте выявления депрессивных расстройств в зависимости от пола: известно, что девушки имеют более высокий риск заболевания депрессией уже с подросткового возраста и страдают депрессиями в два раза чаще юношей (Silverstein B., Edwards T., 2013). Клинические проявления депрессий у девушек имеют ряд особенностей: так, к примеру, более частыми, по сравнению с юношами, являются истеро-конверсионные, дисморфофобические расстройства, нарушения пищевого поведения, а также аутоагрессивные проявления. Недостаточная осведомленность о клинических особенностях протекания депрессий может привести к диагностическим ошибкам, отсутствию своевременного лечения и увеличению суицидального риска данной категории пациенток.

Цели исследования. Выявить специфические клинико-психопатологические особенности эндогенных депрессий у девушек подростково-юношеского возраста, уточнить частоту и характер аутоагрессивных действий и суицидальных тенденций данной категории пациентов.

Материалы и методы. Было выполнено обследование 54 пациенток, в возрасте от 15 до 25 лет, находившихся на стационарном лечении в клинике Научного центра психического здоровья (группа приступообразных психозов Отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний), за период 2017–2019 г., страдающих эндогенными депрессиями разной нозологической принадлежности. При обследовании был использован клинико-психопатологический метод. Депрессивные состояния включенных в исследование пациенток относились к следующим диагностическим категориям: шизотипическое расстройство (F21.3-F.21.4+F33.2) – 23 из 54 (43 %); биполярное аффективное расстройство (F31.4-F31.5) – 12 из 54 (22 %); параноидная шизофрения (F20.01) – 8 из 54 (15 %); циклотимия (F34.0) – 9 из 54 (17 %); расстройство личности (F60.X) – 2 из 54 (4 %). Согласно разработанной в Научном центре психического здоровья классификации, была дана следующая нозологическая оценка состояний обследованных пациенток: маниакально-депрессивный психоз – 12 чел. (22 %); циклотимия – 9 чел. (17 %); шизофрения малопрогрессирующая с фазными аффективными расстройствами – 23 чел. (43 %); шизофрения с приступообразным течением – 8 чел. (15 %); расстройство личности – 2 чел. (4 %).

Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования была уточнена классификация юношеских депрессий, разработанная ранее в Научном центре психического здоровья (Олейчик И.В., 2011). В частности,

были выделены и описаны следующие клинические варианты изученных состояний: истеродепрессии с бредоподобным фантазированием (22 %, 12 пациенток), дисморфофобические депрессии (20 %, 11 пациенток), депрессии с проявлениями юношеской астенической несостоятельности (19 %, 10 пациенток), деперсонализационные депрессии (15 %, 8 пациенток), депрессии с экзистенциальными проявлениями (11 %, 6 пациенток), гебоидные депрессии (7 %, 4 пациентки), депрессии с явлениями метафизической интоксикации (6 %, 3 пациентки).

У 40 пациенток (74 %), из числа обследованных, в анамнезе отмечались несуицидальные самоповреждения, в большинстве случаев представленные в виде поверхностных самопорезов и ожогов. Подобные действия в большинстве случаев были спровоцированы внешними факторами, основной их целью было снять внутреннее напряжение (85 %, 34 пациенток), наказать себя (10 %, 4 пациентки), получить «эстетическое удовольствие» от вида крови (5 %, 2 пациентки). Суицидальные мысли и замыслы были выявлены у 36 обследованных (67 %), из которых 25 пациенток (69 %) реализовали их в виде суицидальных попыток. Из пациенток, совершивших попытки самоубийства, 45 % (11 пациенток) пытались повторить их снова.

У 52 % обследованных пациенток (28 человек), как в виде ведущего синдрома, так и в качестве факультативных проявлений, встречался дисморфофобический симптомокомплекс. Деперсонализационные расстройства и проявления синдрома юношеской астенической несостоятельности выявлялись у 35 % (19 человек) и 33 % (18 человек) соответственно. Несколько реже (22 %, 12 пациенток) доминировали экзистенциальные проявления депрессий. Психастеноподобные расстройства были выявлены у 8 пациенток (15 %).

Выводы. Проведенное исследование позволило выделить наиболее часто встречающиеся типы депрессий у девушек подростково-юношеского возраста. Согласно полученным данным, у девушек значительно чаще, чем у молодых людей, встречаются депрессии с дисморфофобическими проявлениями и истеродепрессии с бредоподобным фантазированием. В подавляющем большинстве случаев депрессии подростково-юношеского возраста у девушек сопровождаются аутоагрессивными действиями. Обращает на себя внимание крайне высокая встречаемость суицидальных тенденций, что заставляет относить эти состояния к жизнеопасным и требующим безотлагательного вмешательства специалистов.

Выявленные психопатологические особенности и уточненная типологическая дифференциация эндогенных депрессий у девушек юношеского возраста позволит усовершенствовать диагностику данных состояний и разработать адекватные психофармакологические и психотерапевтические подходы к их лечению, что может способствовать снижению частоты самоубийств у данного контингента пациентов.

КРИТИЧЕСКИЕ СПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ: САМОСТИГМАТИЗАЦИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Литау Н.Н., Напалков И.В., Жданова Ю.А., Гашков С.И.

г. Омск

Омский государственный медицинский университет

Актуальность темы. Согласно современным представлениям, стигма – это последствия определенного ярлыка (например, диагноза), проявляющиеся в предубежденном отношении общества к его носителю (Королёва Е.Г., 2009). В случае психических расстройств эти предубеждения вырастают на неосознаваемом страхе, боязни возможных странностей в поведении человека, чем на реальном негативном опыте. (Link B., 2001, Antoniou J., 2004, Королёва Е.Г., 2009). Перечисленные факторы вместе с недостаточной информированностью населения о природе и проявлениях психических расстройств приводят к поддержанию негативных стереотипов, таких как «психические заболевания неизлечимы», и «люди с психическими заболеваниями всегда общественно опасны» (Ястребов В.С., 2001). Это влечет за собой дополнительные последствия, среди которых нарушение социальной адаптации и снижение качества жизни (Логвинович Г.В., Семке А.В., 1995, Серебрянская Л.Я., 2005, Руженкова В.В., 2015), в то время как исследователи подчеркивают наличие корреляции между уровнем нейрокогнитивного функционирования и уровнем социальной адаптации больных шизофренией (Тараканова Е.А., 2011, Шмуклер А.Б., 2017). На сегодняшний день можно встретить пациентов, которые испытывают страдания в большей мере от стигмы, чем от проявлений своего заболевания (Абрамов В.Ал., 2016). По словам известного американского социолога, который ввел понятие стигмы, Ирвинга Гоффмана, одной из самых глубоко дискредитирующих и социально повреждающих стигм является психическое заболевание (Гоффман И., 1963). Хроническое психическое расстройство и связанное с ним осознание необходимости лечения психофармакологическими средствами, ведут к изменению преморбидного представления о собственной личности, снижению самооценки (Ястребов В.С., Михайлова И.И., 2005). Нередко люди с психическими расстройствами, будучи частью общества, стигматизируют себя согласно стереотипам, которые им были известны до манифестации заболевания (Finzen A., 2001). Так, они начинают осознавать себя больными, потенциально опасными или неполноценными, адаптируются в роли инвалида (Королёва Е.Г., 2009). Для шизофрении характерен высокий уровень

самостигматизации, играющий важную роль в формировании уровня качества жизни пациентов (Тараканова Е.А., 2011). Последние исследования показывают, что процесс формирования внутренней стигмы является совокупностью реакций пациента на социальную стигму, имеющую место в обществе, и на личный опыт восприятия проявлений психической болезни (Михайлова И.И., 2005). Таким образом, мы можем предположить, что важную роль в формировании стигмы и ее характера играет осознание пациентом проявлений своего заболевания. Осознание, или «инсайт», понимается как «формирование у пациента адекватных суждений о своей болезни» (Amador X.F., Kronengold M., 1998). Осознание психического расстройства имеет сложную структуру, элементы инсайта обладают различной степенью выраженности (Иржевская В.П., 2009). От этого может зависеть комплаенс пациента, а также эффективность реабилитационных мероприятий (Крупченко Д.А., 2012, Корнетова Е.Г., 2016). Принимая во внимание все вышесказанное, можно отметить, что изучение связей между осознанием и самостигматизацией, а также осознанием и качеством жизни пациентов представляется весьма актуальным для психиатрической науки.

Целью данного исследования является изучение взаимосвязи уровня осознания заболевания с самостигматизацией и качеством жизни и у пациентов с шизофренией для последующей разработки дифференцированных программ реабилитации.

Материал и методы. Исследование проводится на базе Клинической психиатрической больницы им. Н.Н. Солодникова. На текущем этапе выборка представлена 50 пациентами: 62 % (n=31) мужчин и 36 % (n=19) женщин. Медиана возраста участников исследования составила 42 (35,5–55,0) года. Критерии включения: установленный диагноз шизофрении или шизоаффективного расстройства, согласно критериям МКБ-10; наличие переживаний самостигматизации; согласие на участие в исследовании. Клиническая диагностика проводилась согласно критериям МКБ-10. Для объективизации данных о психическом статусе испытуемых использовалась шкала позитивных и негативных синдромов (PANSS). Оценка наличия и выраженности самостигматизации проводилась с помощью ПО «SS Measure» (Дроздовский Ю.В., Васильченко К.Ф., Гавричкин А.В., 2018), основанное на опроснике по самостигматизации Михайловой И.И., Ястребова С.С. (2005) и «Шкалы самостигматизации при психических заболеваниях» – ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness) (Boyd J., Otilinagam P.G., Grajales M., 2003). Показатель качества жизни оценивался с помощью опросника качества жизни (С.Ю. Масловский, В.Л. Козловский, 2009). Для оценки уровня осознания заболевания использовалась «Шкала нарушения осознания психического расстройства (ШНОПР)» – SUMD

(The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder) (Amador X. 1991). Основным инструментом исследования является разработанная нами Базисная карта пациента с шизофренией (изучение взаимоотношения осознания болезни и самостигматизации);

Результаты и обсуждение. Проведен корреляционный анализ полученных данных с использованием коэффициента корреляции Кендалла Тау. Обнаружены отрицательные корреляционные связи Общего показателя самостигматизации с такими параметрами как: общее представление о психическом расстройстве ($Tau=-0,42$, $p=0,004$), осознание необходимости лечения ($Tau=-0,41$, $p=0,004$), осознание эффекта медикаментозной терапии ($Tau=-0,39$, $p=0,008$). При изучении пары «осознание социальных последствий заболевания/общий показатель самостигматизации» обнаруженные корреляции не достигли уровня статистической значимости, однако мы установили, что они находятся на уровне тенденции ($Tau=-0,26$, $p=0,086$). Эти данные позволяют предположить, что самостигматизация сопряжена с осознанием социальных последствий в меньшей степени, чем с осознанием общей картины психического расстройства и необходимостью и результатами психофармакотерапии. Кроме того, обнаружены положительные корреляционные связи аутопсихической формы самостигматизации со следующими показателями: общее представление о психическом расстройстве ($Tau=-0,41$, $p=0,005$), осознание необходимости лечения ($Tau=-0,48$, $p=0,001$), осознание эффекта медикаментозной терапии ($Tau=-0,40$, $p=0,007$), в то время как с другими формами самостигматизации статистически значимые корреляционные связи обнаружены не были. Также обращает на себя внимание положительная корреляционная связь между уровнем качества жизни пациентов и общим представлением о психическом расстройстве ($Tau=0,34$, $p=0,023$), осознанием необходимости лечения ($Tau=0,39$, $p=0,008$), а также осознанием социальных последствий заболевания ($Tau=0,36$, $p=0,018$).

Выводы. Таким образом, предварительно полученные данные позволяют предположить наличие связи между критическими способностями и самостигматизацией пациентов, а также связи осознания психического расстройства с аутопсихической формой самостигматизации. Кроме того, установлена связь между уровнем осознания психического расстройства и качеством жизни пациентов. Для уточнения сведений необходимо продолжить проведение исследования на выборке большего размера. Полученные результаты позволят разработать индивидуальные дифференцированные программы реабилитации, направленные на повышение уровня осознания болезни и снижение выраженности переживаний внутренней стигмы у пациентов с шизофренией.

ЦИТОПРОТЕКТОРНЫЙ И АНТИОКСИДАНТНЫЙ ЭФФЕКТЫ ПИРУВАТА ЛИТИЯ В ОТНОШЕНИИ МОНОНУКЛЕАРАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Лосенков И.С., Плотников Е.В., Епимахова Е.В.

г. Томск

*Научно-исследовательский институт психического здоровья,
Томский национальный исследовательский медицинский центр*

Актуальность темы. Нормотимик литий используется в клинической психофармакологии вот уже более 60 лет (Cade J.F., 1949). Однако его применение ограничено ввиду низкой терапевтической широты и развития выраженных побочных эффектов. В настоящее время литий, в частности его карбонатная соль, широко применяется для лечения и профилактики биполярного расстройства (Goodwin G.W. et al., 2016; Kessing L.V. et al., 2018). Однако он также может быть использован для лечения депрессивных расстройств. В ряде исследований показана эффективность лития как компонента аугментированной терапии лекарственно-резистентной депрессии (Edwards S.J. et al., 2013), эффективного средства для профилактики большого депрессивного расстройства (Undurraga J. et al., 2018) и превенции суицидальных попыток при данной патологии (Guzzetta F. et al., 2007).

В настоящее время показано, что для депрессивных расстройств характерна активация окислительного стресса, в частности увеличение концентрации продуктов перекисного окисления липидов в сыворотке крови (Black C.N. et al., 2015). Это позволяет предположить, что создание новых препаратов лития, обладающих цитопротекторной и антиоксидантной активностью, и включение их в комплекс терапии больных депрессивными расстройствами может быть полезным и перспективным. Потенциальными в этом отношении являются органические соли лития на основе кислот-метаболитов цикла Кребса.

Целью данного исследования явилось изучение цитопротекторных и антиоксидантных свойств органических солей лития на основе кислот-метаболитов цикла Кребса (фумарат лития, сукцинат лития, пируват лития) на клеточной модели мононуклеаров периферической крови больных депрессивными расстройствами.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 10 больных депрессивными расстройствами (6 с диагнозом «единственный депрессивный эпизод» (F32, МКБ-10) и 4 с диагнозом «рекуррентное

депрессивное расстройство» (F33, МКБ-10)) в возрасте от 39 до 59 лет. Забор венозной крови проводили утром, натощак. Мононуклеары выделяли из гепаринизированной крови общепринятым методом (Натвиг Д.Б., 1980) на градиенте плотности фиколла. Далее клетки культивировали в течение 24 часов при 37°C в среде RPMI 1640 и 5 % углекислого газа. Для моделирования окислительного стресса и цитотоксичности была использована гидроперекись третичного бутила (ГПТБ) в концентрации 50 мкмоль/л. Помимо этого клетки инкубировали с пируватом, сукцинатом и фумарата лития в конечной концентрации ионов лития 1,2 ммоль/л. Мононуклеары инкубировали с солями лития как в присутствии так и без ГПТБ. Уровень окислительного стресса определяли на проточном цитолоуориметре «Muse Cell Analyzer» (Merck Millipore, Германия) с использованием набора реагентов «Oxidative stress» (Merck Millipore, Германия). Долю клеток, подвергшихся клеточной гибели оценивали методом проточной цитофлюориметрии с использованием набора реактивов «Annexin V & Dead Cell Assay Kit» (Merck Millipore, Германия). Статистический анализ и обработку данных проводили с помощью программы SPSS (версия 20.0). Рассчитывали медиану, первый и третий квартили. Для сравнения количественных переменных использовался критерий Манна-Уитни. Различия считали статистически достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. По результатам эксперимента инкубация мононуклеаров периферической крови больных депрессивными расстройствами с гидроперекисью третичного бутила приводила к статистически достоверному увеличению доли клеток находящихся на стадии раннего апоптоза по сравнению с контрольными значениями (35,52 (27,78–41,37) % и 22,45 (18,75–28,17) % соответственно, $p = 0,001$) и к статистически достоверному увеличению доли клеток находящихся на стадии позднего апоптоза/некроза по сравнению с контрольными значениями (40,12 (20,23–60,03) % и 5,76 (3,38–13,25) %, соответственно, $p = 0,003$). Также содержание клеток с активными формами кислорода, культивированных с ГПТБ, было статистически достоверно выше значений в контроле (78,35 (20,04–88,67) % и 10,53 (7,13–30,25) %, соответственно, $p = 0,001$). При добавлении в культуральную среду органических солей лития (фумарат, сукцинат и пируват лития) было отмечено наиболее выраженное цитопротекторное и антиоксидантное действие пирувата лития. Так в клетках, подвергнутых действию ГПТБ пируват лития статистически достоверно снижал долю мононуклеаров в ранней стадии апоптоза (30,15 (27,29–39,58) %) по сравнению с инкубацией в тех же условиях без добавления соли (35,52 (27,78–41,37) %, $p = 0,035$) и статистически достоверно уменьшал процент мононуклеаров в поздней стадии апоптоза/некроза (20,70 (12,20–36,0) %) по сравнению

с инкубацией в тех же условиях без добавления соли (40,12 (20,23–60,03) %, $p=0,010$). Пируват лития приводил к достоверному снижению содержания моонуклеаров с активными формами кислорода (48,60 (23,13–86,27) %), по сравнению с инкубацией в тех же условиях без добавления соли (78,35 (20,04–88,67) %) %, $p=0,002$).

Обсуждение. Как видно из эксперимента, цитопротекторный эффект пирувата лития обусловлен его антиоксидантными свойствами. Можно предположить, что данное соединение, по своим химической структуре не являясь антиоксидантом, обладает иным механизмом ингибирования окислительного стресса. Пируват является начальным звеном в цикле трикарбонных кислот (цикл Кребса) и служит субстратом для образования важнейшего метаболита организма ацетил-кофермента А, принимающим участие помимо цикла Кребса в синтезе жирных кислот и холестерина. Из этого следует, что пируват является важным соединением для метаболизма организма.

Интересно отметить, что внеклеточный пируват защищает нейроны от множества повреждающих факторов, включая глутамат (Miao Y. et al., 2010) и активные формы кислорода (Nakamichi N. et al., 2005; Wang X. et al., 2007). Его защитный эффект в присутствии H_2O_2 может быть результатом способности подвергаться неферментативному декарбоксилированию (Desagher S. et al., 1997). Было также обнаружено цитопротекторное действие пирувата при индуцированных H_2O_2 нарушениях и подавление образования супероксида, что указывает на то, что механизмы, отличные от прямой неферментативной реакции, способствовали антиокислительным эффектам пирувата (Nakamichi N. et al., 2005; Wang X. et al., 2007).

Выводы. Таким образом, представленные выше экспериментальные данные демонстрируют антиоксидантное действие пирувата лития и его цитопротекторные свойства в отношении моонуклеаров периферической крови больных депрессивными расстройствами в условиях окислительного стресса. Полученные результаты могут лечь в основу разработки нормотимиков, обладающих цитопротекторными и антиоксидантными свойствами.

Исследование выполнено при поддержке гранта Российского научного фонда (проект №17-75-20045) «Действие органических солей лития на клетки и плазму крови больных с расстройствами аффективного спектра и синдромом зависимости».

ФЕНОМЕН ПОЛОВОЙ САМОИДЕНТИФИКАЦИИ ПРИ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН

Ляная Г.А.

г. Москва

Научный центр психического здоровья

Актуальность исследования. По данным исследований количество пациентов, обращающихся за помощью в связи с ощущением собственной неконформности, за последние годы выросло в несколько раз. В современной классификации расстройство половой самоидентификации (РПС) традиционно рассматривается в пределах синдрома половой дисфории, для которого неизменным условием отнесения становится желание сменить половую роль и половую идентичность. Однако практика показывает, что до такого уровня расстройство половой самоидентификации доходит далеко не всегда. В МКБ-10 эти нарушения, возникающие в рамках эндогенных психических расстройств, не находят своего отражения, а в клинической картине заболевания оно перекрывается иными психопатологическими расстройствами, и, зачастую, диагностируется в рамках регистра нарушения влечений. Также, не существует однозначного понимания соотношения РПС и других психиатрических нарушений.

Цель исследования. Определение клинико-психопатологических особенностей РПС в структуре эндогенных психических расстройств и расстройств личности, построение клинической типологии.

Материалы и методы. За период с сентября 2016 (в течение 2 лет) на базе отделения эндогенных психических расстройств и аффективных состояний Научного Центра Психического Здоровья было обследовано 40 пациенток в возрасте от 17 до 24 лет (средний возраст – 20 лет), обратившихся в связи с депрессивными жалобами в рамках заболеваний аффективного круга (F31, 32, 33), расстройств личности (F60), расстройств шизофренического спектра (F20, 21). Наряду с клинико-психопатологическим обследованием были проведены обследования соматоневрологического состояния (включая гормональные и гинекологические исследования, для исключения эндокринной патологии), а также инструментальные (КТ, ЭЭГ для исключения органической патологии).

Критериями включения стали:

- предъявляемые жалобы на недовольство собственным полом,
- гомосексуальные предпочтения при выборе полового партнера,
- демонстрируемые фенотипические признаки противоположного пола (внешность и манера держаться, присущие противоположному полу).

Критериями невключения были:

- если РПС наблюдалось в рамках острого психотического эпизода,
- в рамках маскулинного женского гомосексуализма, транссексуализма;
- органическое поражение ЦНС, эндокринная патология.

Результаты и обсуждение. Проведенное исследование показало значительную гетерогенность проявлений РПС, возникающей в структуре эндогенных психических расстройств и расстройств личности. Были выделены три группы:

1. РПС в рамках деперсонализационных расстройств.
2. РПС в рамках дисморфофобии,
3. РПС в рамках расстройств истерического круга.

РПС в рамках деперсонализационных расстройств. В эту группу вошли 9 пациентов, средний возраст которых составил 20 лет, с длительностью заболевания 3+1,2 года. Причиной обращения становилось депрессивное состояние с преобладанием апатии, идеаторным торможением, а также деперсонализационными расстройствами, а именно нарушением психического «Я», ощущением собственной изменённости; эмоциональной отчужденностью, явлениями дереализации. Также, у этих пациентов прослеживалась тенденция к формированию сверхценных построений. Нарушение половой самоидентификации не декларировалась пациентом как жалоба. Особенностью этой группы являлось то, что представление о несоответствии своему полу формировалось в рамках синдрома деперсонализации. У пациенток исходно не было сформировано представление о гендерных различиях, пациентки воспринимали себя оторванно от женского образа, испытывали дискомфорт от нахождения в собственном теле, взаимодействие с окружающими вызывало сложности, в связи с чем формировалась сверхценная идея тематики несоответствия гендерному полу. Начало болезни приходилось на поздний пубертатный период, когда формировались очерченные деперсонализационные расстройства. У всех пациенток этой группы отсутствовал физический элемент сексуального влечения. А собственно в структуре феномена расстройства половой самоидентификации отсутствовало стремление соответствовать образу противоположного пола.

На фоне проводимой психофармакотерапии на фоне полной редукции аффективных расстройств, обнаруживалась стойкость нарушений, относимых к половой самоидентификации.

Нозологически пациенты были квалифицированы в рамках шизотипического расстройства (F21) и шизоидного расстройства личности (F60.1).

РПС в рамках дисморфофобии. Вторую группу составили 11 пациентов, средний возраст 18+0,5 лет, с длительностью заболевания 2+0,8 лет. Во всех наблюдениях расстройство половой самоидентификации было

представлено в качестве ведущих жалоб, наряду с жалобами на сниженный фон настроения, а также дисморфобическими идеями, доходившими до уровня сверхценной дисморфомании, сопровождавшейся пищевым, аутоагрессивным поведением. Феномен РПС проявлялся в отвержении вторичных половых признаков, в вуалировании вторичных половых признаков и в демонстративном преподнесении себя в роли противоположного пола.

Начало заболевания совпадало с ранним пубертатом, возрастные гормональные и физиологические изменения в теле воспринимались негативно, вызывали длительное снижение настроения, дисфорические реакции. Формировалось стойкое неприятие этих перемен, а вслед за этим и внешности в целом. Появлялись дисморфобические идеи, трансформировавшиеся в дальнейшем в нарушение самоидентификации с активным принятием мужской роли и, в соответствии с этим, изменением внешнего облика и поведения. По мере развития состояния у части пациенток (30 %) идеи достигали уровня бредовой дисморфомании с установкой к проведению хирургической коррекции пола. На фоне проводимой психофармакотерпии и стабилизации аффекта, феномен РПС дезактуализировался, однако полной редукции расстройства не наступало.

В этой группе диагностировались шизофрения (F20), шизотипическое расстройство (F21) и депрессивный эпизод в сочетании с шизоидным расстройством личности (F32+F60.1).

РПС в рамках расстройств истерического круга. Третью группу составили 20 пациенток, средний возраст $21+2,2$ года, средняя длительность заболевания – $1,3+0,5$ лет. Пациенты этой группы обращались в клинику в связи с нарушениями поведения, инициаторами обращения становились близкие. При поступлении фон настроения колебался от неустойчивого приподнятого к сниженному, обращал на себя внимание высокий удельный вес диссоциативных и конверсионных расстройств, склонность к истерическим формам реакции. Демонстративное преподнесение себя в мужской роли носило оттенок гротескности, вычурности, для создания образа использовалась атрибутика, присущая мужчинам, изменялся тембр голоса, пациентки заводили гомосексуальные связи, некоторые из них заявляли о желании смены пола, также, им была присуща аггравация симптомов, псевдология. Степень выраженности этой симптоматики была непостоянной, зависела от внешних событий и носила характер манипулятивного поведения, не обнаруживая связи с аффективными колебаниями.

В большинстве случаев на фоне лечения феномен РПС полностью дезактуализировался.

Эта группа была представлена широким кругом нозогений: шизотипическое расстройство (F21), расстройства личности (истеро-параноидное, истеро-шизоидное, F61), БАП (F31).

Выводы. Психопатологический анализ клинических случаев подтверждает гетерогенность понятия расстройства половой самоидентификации, правомерность выделения его из контекста половой дисфории и рассмотрения как самостоятельного симптома, формирующегося в рамках эндогенных расстройств. Отмеченные различия в психопатологических проявлениях, сопутствующей симптоматике позволили нам выделить три типологических формы, что представляется значимым в диагностическом плане, предполагает различия в течении и прогнозе, а также очевидной становится необходимость дифференцированной тактики лечения выделенных групп.

КОГНИТИВНЫЕ ВЫЗВАННЫЕ ПОТЕНЦИАЛЫ В GO-NOGO ТЕСТЕ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

Макарова Я.А., Пронина М.В., Пономарев В.А.,
Поляков Ю.И., Кропотов Ю.Д.

г. Санкт-Петербург

Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой

Актуальность темы. В последние годы, исследователи все чаще обращают внимание на взаимосвязь нарушений исполнительных функций, включающих в себя когнитивный контроль, ответственный за регуляцию поведения согласно текущим задачам, процессы перераспределения внимания, эффективность обработки и мониторинга информации, с симптомами различных психических расстройств, включая и личностные расстройства.

Цель исследования заключалась в выявлении особенностей протекания процессов когнитивного контроля при выполнении тестов в Go-NoGo парадигме у пациентов с расстройством личности.

Материалы и методы. В проведенном нами исследовании использовались данные трех групп испытуемых. Первая группа включала в себя записи ЭЭГ 125 здоровых испытуемых, в возрасте от 18 до 50 лет. Вторая группа – 15 человек в возрасте от 18 до 50 лет с диагностированным истерическим расстройством личности. Третья группа состояла из 19 человек с шизотипическим расстройством.

ЭЭГ регистрировалась при выполнении четырех тестов в Go-NoGo парадигме. Структуры трех тестов представляли собой 400 проб, где в качестве стимулов использовались изображения животных, растений и человека; между собой данные тесты отличались лишь целевыми парами

(так, в тесте 1 испытуемому нужно было нажимать на кнопку после пары двух одинаковых животных; в тесте 2 – после предъявления пары двух разных животных и в третьем тесте – после пары «Животное – растение»); четвертый тест состоял из 600 проб с двумя нажатиями: исследуемых просили нажимать как можно быстрее на левую кнопку мыши после предъявления пары двух одинаковых животных (проба Go1), и, на правую кнопку мыши, после предъявления пары двух разных животных (проба Go2), все остальные пары необходимо было игнорировать. В дальнейшем, к зарегистрированным вызванным потенциалам применялся один из методов слепого разделения источников, а именно, метод выделения скрытых компонент, адаптированный для переходных процессов и позволяющий разделить сигнал, регистрируемый со скальпа, на составляющие, генерируемые в различных областях и, предположительно, отражающие различные процессы (Kropotov J.D., Ponomarev V.A., 2015, 2017). Для локализации источников скрытых компонент использовалась sLORETA. Статистический анализ скрытых компонент проводился с использованием t-критерия Стьюдента для зависимых выборок. Значимыми считались различия со значениями $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. При анализе традиционных вызванных потенциалов в группе пациентов с шизотипическим расстройством по сравнению с группой здоровых испытуемых отмечается значимое снижение волны P300 во всех четырех тестах (условия Go и NoGo) в лобных, центрально-лобных, центрально-теменных и теменных областях в интервале 316–440 ms. Значимое увеличение волны P2 в Go – условии в тестах 2, 3, 4 (Go-2) в височных областях, и во всех четырех тестах в Go-условии в затылочных областях с максимумом в Oz; значимое увеличение волны P2 в NoGo-условии наблюдалось в височных областях в тестах 1, 2 и 4.

В группе пациентов с истерическим расстройством личности по сравнению с группой здоровых испытуемых наблюдается значимое снижение волны P300 в интервале 280–380 ms в Go-условии в 1 и 2 тестах в лобной, лобно-центральной, центральной, центрально-теменной и теменной областях, в третьем тесте значимых различий не выявлено, а в четвертом тесте в Go1 и Go2 –условиях наблюдается значимое увеличение волны P300 в центральной, центрально-теменной и теменной областях; в условии NoGo наблюдается значимое снижение во всех четырех тестах в интервале 316–452 ms в лобно-центральной, центральной, центрально-теменной и теменной областях ($p < 0,001$). Значимое увеличение волны P2 выявлено в 1, 2 (Go-условие) и 4 тестах (условие Go2) в височных областях в интервале 196–256 ms и в NoGo условии в 1, 2 и 4 тестах в височных областях.

При выделении скрытых компонент, в группе пациентов с истерическим расстройством личности наблюдалось значимое снижение амплитуды

только одного латентного компонента, источники которого по данным sLORETA располагаются в орбитофронтальной области коры, в тестах с разными картинками в целевой паре. У пациентов с шизотипическим расстройством наблюдалось значимое увеличение амплитуды латентных компонент в лобных отделах и снижение латентного компонента волны P300 в центральных отведениях.

Выводы. Избирательное нарушение компонент, расположенных в лобных областях коры, и отражающих процессы обнаружения конфликта между ожидаемым и реализуемым действием и мониторинг действий, у пациентов с личностными расстройствами в тестах может отражать снижение способности к оценке правильности модели поведения при нечетко определенных условиях и, как следствие, невозможность построения адекватных сенсорных и поведенческих моделей.

Исследование поддержано грантом Российского научного фонда № 16-15-10213.

НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Максимова И.В.

г. Красноярск

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого*

Актуальность темы. В последнее время не теряют своей актуальности работы, в которых авторы, описывая особенности эндогенных психозов, протекающих на «патологически измененной почве», сообщают, о том что клиническая картина и течение психического заболевания в этих случаях становятся глубоко атипичными, а экзогенные вредности, влияя на преморбидную почву, изменяют клинику и течение возникшего эндогенного процесса. Таким образом, у больных параноидной шизофренией должны быть многоуровневые структурные и функциональные изменения головного мозга, не достигающие значительной выраженности и не ведущие к развитию психоорганической симптоматики.

Цель исследования. Изучить неврологическую симптоматику у пациентов с диагнозом «Параноидная шизофрения» и выявить связь между типом течения и неврологическими проявлениями.

Материалы и методы. В качестве объекта исследования были выбраны пациенты с диагнозами: «Параноидная шизофрения, непрерывный тип

течения» (F20.00) и «Параноидная шизофрения, эпизодический с нарастающим дефектом тип течения» (F20.01). Всего было обследовано 196 пациентов из них с эпизодическим типом течения 88 пациентов (32 мужчины (16,3 %) и 56 женщин (28,6 %)), с непрерывным типом течения 108 пациентов (50 мужчины (25,5 %) и 58 женщин (29,6 %)). Средний возраст пациентов в первой группе у мужчин $33,66 \pm 7,26$ года, у женщин $36,46 \pm 8,53$ лет; во второй группе – у мужчин $35,06 \pm 8,41$ лет, у женщин $41,01 \pm 7,61$ год.

Результаты и их обсуждение. Неврологическая симптоматика в той или иной степени выраженности была выявлена у всех 88 пациентов (100 %) с эпизодическим с нарастающим дефектом течением параноидной шизофрении и у 83 больных (78,3 %) с непрерывным течением эндогенного процесса.

Головную боль отмечали 67 пациентов (34,2 %), причем женщины почти в 2,5 раза чаще, чем мужчины (47 и 20 человек соответственно). В большинстве случаев самостоятельных жалоб на головную боль больные не предъявляли, и она выявлялась лишь при подробном опросе. Кроме того, нередко головной болью пациенты называли другие ощущения, возникающие в этой области – тяжесть в голове, зуд, жжение, сдавливание, холод. При ее описании больные говорили: «стягивает, как обручем», «что-то в голове шевелится», «дыбом встают сосуды», подчеркивали «распирающий» характер боли, ее локализацию «в глубине мозга». Чаще головная боль регистрировалась при эпизодическом с нарастающим дефектом течении параноидной шизофрении, чем при непрерывном (41 (46,6 %) и 26 (24,1 %) соответственно). В начале обострения головная боль была более интенсивна; в дальнейшем, когда галлюцинаторно-параноидные переживания становились наиболее выраженными, головная боль теряла свою интенсивность или проходила вовсе. Такой феномен можно попытаться объяснить тем, что галлюцинации и бред для больных параноидной шизофренией более значимы, чем головная боль. Авторы считают, что головные боли у больных параноидной шизофренией возникают вследствие колебания тонуса сосудов головного мозга и нарушения ликвородинамики.

Неврологические симптомы достоверно чаще ($p < 0,01$) встречались при эпизодическом с нарастающим дефектом типе течения параноидной шизофрении в сравнении с непрерывным типом. Частота встречаемости неврологических симптомов при эпизодическом типе течения:

- девиация языка 52 (59,2 %) пациента;
- асимметрия носогубных складок 30 (34,1 %) человек;
- горизонтальный нистагм 24 (27,3 %);
- слабость конвергенции у 36 (40,1 %);
- повышение и асимметрия сухожильных рефлексов у 49 (55,7 %).

При непрерывном типе течения эндогенного процесса частота встречаемости симптомов составила:

- девиация языка 19 (17,6 %);
- асимметрия носогубных складок 18 (16,7 %);
- горизонтальный нистагм 11 (10,2 %);
- слабость конвергенции при непрерывном типе течения у 18 (16,7 %);
- повышение и асимметрия сухожильных рефлексов 23 (21,3 %).

Выводы. Таким образом, неврологическая симптоматика у пациентов с параноидной шизофренией отличается разнообразием, чаще встречается при эпизодическом течении расстройства, чем при непрерывном, что может говорить о большей значимости биологических факторов именно при эпизодическом с нарастающим дефектом течения процесса. В этом случае все неврологические симптомы не складываются в какой-либо определенный неврологический синдром, что дало основание квалифицировать их как «рассеянную неврологическую симптоматику». Это свидетельствует о разноуровневом поражении головного мозга, что как раз и может наблюдаться при церебральной сосудистой дистонии. Причиной этого, кроме неблагоприятных факторов раннего онтогенетического периода, могут быть перенесенные больными соматические заболевания и другие внешние вредности (черепно-мозговые травмы, употребление психоактивных веществ, многолетний прием психотропных препаратов).

Также приведенные данные подтверждают на клиническом уровне важность органической церебральной дисфункции при развитии продуктивных психотических расстройств при параноидной шизофрении. Данные структурные аномалии могут быть связаны не только с неблагоприятным течением процесса, но и с целым рядом других факторов, способных вызвать изменения в нервной системе.

СЕКСУАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ КАК КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ И КАК ОСЛОЖНЕНИЯ ТЕРАПИИ ПСИХОТРОПНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Маломан И.С., Дмитриев М.Н., Перетятко А.А.

г. Ростов-на-Дону

Ростовский государственный медицинский университет

Актуальность темы. Сексуальные нарушения, возникающие у пациентов с психическими расстройствами, могут иметь различный генез и условия возникновения. Они могут развиваться как коморбидные состояния

при том или ином психическом заболевании, или же возникнуть как осложнения на фоне проводимой психофармакотерапии. Эти особенности необходимо учитывать для наиболее оптимального выбора дальнейшей тактики лечения данных нарушений.

Цель исследования. Изучить распространенность и характер сексуальных нарушений, возникающих у пациентов с психическими расстройствами.

Материалы и методы. Обзор современной отечественной и зарубежной литературы по вопросу развития сексуальной дисфункции у пациентов с психическими заболеваниями.

Результаты и обсуждение. Сексуальное функционирование является достаточно важным аспектом жизни человека и, помимо гедонистического и репродуктивного предназначения, играет значимую роль в полноценной адаптации личности и поддержанию самооценки. Распространенность сексуальных нарушений (СН) или сексуальные дисфункции (СД) в популяции людей репродуктивного возраста колеблется от 2 % до 50 % и зависит от многих факторов (Гофман А.Г., 2006).

Среди пациентов, страдающих психическими расстройствами, СД широко распространены (G. Mandarelli et al, 2012) и могут достигать 48-66 % при аффективных расстройствах и депрессии (Березовская Н.А., 2009) и 80-82 % при шизофрении (Baggaley M., 2008; С. Носаоглу et al, 2014). Они значительно снижают качество жизни (К.С. Chen, 2009; De Hert M., 2014) и являются фактором неадаптации, затрудняющего базовую терапию (К.Р. Rosenberg et al, 2003). На их форму и частоту могут влиять особенности клинической картины болезни, пол и возраст (К.С. Chen, 2009; T. Dembler-Stamm et al, 2018). На эпидемиологические показатели СН могут влиять методика исследований и применяемая терапия.

Повышенное сексуальное влечение с тенденцией к беспорядочным половым связям характерно только для людей с биполярным аффективным расстройством (БАР) (I. Koreykina et al, 2016; L. Dell et al, 2009) по сравнению с иными расстройствами аффективного и шизофренического спектра и ассоциировано с развитием маниакальной симптоматики. Вследствие чего такие пациенты могут попадать в конфликтные и/или кризисные ситуации (Дмитриев М.Н., Худина Ю.С, 2014; I. Koreykina et al, 2016).

Большая часть исследований посвящена угнетению полового влечения и различным расстройствам копулятивного процесса при психических заболеваниях (Алексеев Б.Е., 2013; Михалев М.А., 2015; Л.Н. Штарк, 2011; G. Mandarelli et al, 2012; L. Dell, 2009).

Развитие СД может быть обусловлено значимым внутриличностным или межличностным конфликтом, особенно при невротических заболеваниях (Березовская Н.А., 2009). При эндогенных психических расстройствах, например, шизофрении, также может отмечаться затруднение сексуального

функционирования, связанное с особенностями личностной адаптации пациента и клиникой психоза, даже без связи с проводимой антипсихотической терапией (T. Dembler-Stamm et al, 2018).

Но значительный вклад в развитие СН вносит как раз фармакотерапия. Такие побочные эффекты описаны при применении всех основных классов психотропных веществ, но наибольшая роль принадлежит антидепрессантам (АД) и нейролептикам (НЛ) (Baggaley M., 2008; 16 Bergh S.J., 2014; Serretti A., 2011; Serretti A., 2009).

Существуют различные данные о выраженности СН при применении АД. Общей позицией является мнение, что наиболее выраженные побочные эффекты отмечены у препаратов трициклической структуры. При исследовании АД более новых поколений самая высокая частота (более 40 %) СД связана с миртазапином и пароксетином. Уровень СН между 30 % и 40 % отмечался при применении циталопрама, флуоксетина, венлафаксина и сертралина. Самый низкий уровень побочных эффектов в сексуальной сфере (20–30 %) выявлен при приеме бупропиона и тразодона (Аведисова А.С., 2005).

Несколько иные данные приводятся в крупном европейском мета-анализе (Serretti A., 2009). СД с частотой от 25.8 % до 80.3 % отмечены при использовании сертралина, венлафаксина, циталопрама, пароксетина, флуоксетина, имипрамина, фенелзина, дулоксетина, эсциталопрама и флувоксамина. А уровень СН, сопоставимый с уровнем плацебо, отмечали у агомелатина, аминептина, бупропиона, моклобемида, миртазапина и нефазодона.

В развитии СД у НЛ главную роль отводят эффекту гиперпролактинемии (J. Bobes, 2003). Российские (Горобец Л.Н., 2017; Горобец Л.Н., 2007; Дмитриев М.Н., 2012) и зарубежные авторы (С. Лёхт, 2016; М. De Hert et al, 2014) единодушно считают, что наиболее значимые СН отмечены у тех атипичных НЛ (рисперидон, палиперидон, амисульприд), которые значительно повышают уровень сывороточного пролактина, особенно низкомолекулярную фракцию. Проведенный мета-анализ (Serretti A., 2011) показал, что кветиапин, zipрасидон, перфеназин и арипипразол ассоциированы с низким уровнем (16–27 %) этих побочных эффектов, а оланзапин, рисперидон, галоперидол, клозапин и тиоридазин – с высоким (40–60 %). Сравнивая степень индуцированных СД, другой автор (Baggaley M., 2008) приводит следующее соотношение, начиная с максимального уровня: рисперидон > типичный антипсихотик (галоперидол) > оланзапин > кветиапин > арипипразол.

Выводы. Таким образом, СД могут развиваться как сопряженное с психическим заболеванием расстройство или быть лекарственно-индуцированным феноменом. Описанные особенности необходимо учитывать при подборе пациентам индивидуального профиля купирующей и поддерживающей терапии.

ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ АТИПИЧНЫХ ДЕПРЕССИЙ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

Мигалина В.В., Омельченко М.А.

г. Москва

Научный центр психического здоровья

Актуальность. Высокая распространенность депрессивных расстройств в юношеском возрасте (по разным данным от 6 % до 28 %) (Kessler R., 2002; Blanco C., 2010), приводящих к выраженной социальной и учебной дезадаптации, (Олейчик И.В. 2011; Lewis C.C. et al., 2009) и высокому суицидальному риску (Бебуришвили А.А., 2018; Dong M., 2018), обуславливает необходимость совершенствования дифференциально-диагностических и терапевтических подходов.

Авторы неоднократно подчеркивали атипичность юношеских эндогенных депрессий, представленную полиморфизмом клинической картины, отсутствием четко выраженной аффективной триады, слабой представленностью собственно тимического компонента, массивными когнитивными нарушениями, а также включением иных психопатологических расстройств (неврозоподобных, психопатоподобных, ослабленных психотических и близких к дефицитарным) (Мовина Л.Г., 2007; Asiri W. et al., 2018). Такая атипичность психопатологических и клинических проявлений юношеских депрессий определяется с одной стороны нейробиологическими особенностями организма в этот период (Копейко Г.И., 2012), а с другой стороны неоднозначностью их нозологической принадлежности. Впервые развившиеся депрессивные эпизоды в юношеском возрасте могут возникать в рамках широкого спектра психических заболеваний, включая собственно аффективные расстройства, декомпенсацию некоторых расстройств личности (Sielver L., 2004; Olsen K., 2006), а также развиваться на инициальных этапах шизофрении (Сергеева О.Е., 2012; Смулевич А.Б., 2015; 2017; Fusar-Poli P., 2017).

Разработка адекватных подходов к терапии юношеских депрессий рассматривается в качестве предиктора профилактики их хронификации (А.Б. Смулевич, 2002) и предотвращения развития лекарственной резистентности (Олейчик И.В., 2011).

Цель и задачи. Определение основных подходов к психофармакотерапии первого депрессивного эпизода в юношеском возрасте с уточнением фармакологических групп и доз терапии в зависимости от особенностей психопатологической картины депрессии.

Материалы и методы. Клинико-психопатологически обследован 51 пациент юношеского возраста (16–25 лет), впервые госпитализированный

в клинику ФГБНУ НЦПЗ с 2016 по 2019 г. по поводу депрессивного эпизода. Нозологическая принадлежность определялась спектром непсихотических психических расстройств (первичные диагнозы по МКБ-10: F31; F32; F33; F60; F21).

Критериями исключения были: наличие грубых дефицитарных расстройств, выраженных расстройств психотического регистра, а также клинически значимой соматической, неврологической и коморбидной психической патологии.

Клинико-психопатологически все обследованные больные были разделены на три группы: 1 группа (28 пациентов – 54,9 %) – с атипичной депрессией с ослабленными (аттенуированными) психотическими симптомами (АПС) (Румянцев А.О., 2018), которые представляют собой отдельные кратковременные симптомы психотического уровня, имеющие слабую степень выраженности (бредовые идеи отношения, наблюдения, элементарные зрительные и слуховые галлюцинаторные симптомы, элементы идеаторных автоматизмов, симптомы «малой» кататонии); 2 группа (12 человек – 23,5 %) – с атипичной депрессией с психопатологическими симптомами, близкими к дефицитарным (апатия, анергия, ангедония, волевые и мотивационные расстройства); 3 группа (11 больных – 21,6 %) – группа сравнения с юношеской эндогенной депрессией близкой по психопатологической картине к «классической» депрессии с гармоничной депрессивной триадой, с преобладанием тревожно-тоскливого аффекта, отчетливыми признаками витальности, характерным суточным ритмом.

Помимо клинико-психопатологического метода для оценки выраженности депрессии применялся психометрический метод при поступлении больного в стационар и на этапе редукции психопатологических расстройств при выписке (оценка депрессивных симптомов проводилась по шкале HDRS – Hamilton Rating Scale for Depression, а оценка аттенуированных психотических симптомов и специфических нарушений мышления по шкале SOPS – The Scale of Prodromal Symptoms).

Результаты и обсуждение. При оценке степени редукции выраженности психопатологических расстройств по шкалам HDRS и SOPS у всех больных отмечалось статистически значимое ($p < 0,05$) снижение суммарного балла по обеим шкалам за период стационарного лечения. Установлено, что ведущей фармакологической группой при проведении купирующей терапии юношеских депрессий во всех случаях была группа антидепрессантов. При анализе лечения было выявлено предпочтение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), преимущественно флувоксамина и сертралина, достаточно широко применялись трициклические антидепрессанты (ТЦА) амитриптилин и кломипрамин, особенно их парентеральные формы. Однако во всех случаях монотерапия

антидепрессантами оказалась недостаточно эффективной, и к схеме лечения присоединялись нейролептики.

При анализе терапии больных с атипичными юношескими депрессиями из 1 группы было выявлено, что в 64,3 % случаев применялись СИОЗС, у 21,4 % пациентов терапевтический ответ наблюдался при приеме ТЦА, остальные больные получали комбинацию ТЦА с СИОЗС и антидепрессантами из других фармакологических групп: венлафаксин, миртазапин, агомелатин. Однако при монотерапии антидепрессантами у больных усиливались АПС, оцененные по шкале SOPS, что обуславливало необходимость назначения нейролептиков. 85,7 % больным назначались атипичные антипсихотики, преимущественно кветиапин (35,7 % случаев), рисперидон (21,4 % больных), оланзапин (21,4 % пациентов). 14,2 % больных получали лечение типичными нейролептиками (галоперидол, трифлуоперазин, аминазин). При подсчете хлорпромазинового эквивалента (ХЭ) среднее его значение в этой группе составило 351 мг/сут. У половины пациентов суточная доза нейролептиков при пересчете на ХЭ оказалась высокой и находилась в интервале от 400 до 600 мг/сут.

Пациенты с атипичной депрессией из 2 группы в 83,3 % случаев получали СИОЗС (сертралин, флувоксамин, пароксетин), остальным больным потребовалась комбинация антидепрессантов в сочетании с ТЦА и дулоксетином. Монотерапия антидепрессантами не обладала достаточной эффективностью для купирования симптомов, близких к дефицитарным, в 58,3 % случаев к терапии присоединялись атипичные антипсихотики (оланзапин, арипипразол, кветиапин, палиперидон). В 16,7 % случаев пациентам назначались малые дозы типичных антипсихотиков с активизирующим действием (флюанксол и трифлуоперазин). ХЭ в этой группе был сопоставим с показателем у больных из 1 группы, и составил 325 мг/сут, причем в 41,6 % случаев его значения находились в диапазоне от 200 до 400 мг/сут, а у 33,3 % больных – в интервале от 400 до 600 мг/сут. 16,7 % больных нуждались в сопутствующей терапии стабилизаторами настроения. С этой целью у них применялась вальпроевая кислота.

В группе сравнения 72,7 % больных получали СИОЗС (45,5 % – сертралин и 27,2 % – флувоксамин), остальные нуждались в терапии парентеральными формами ТЦА либо в сочетании с антидепрессантами с другими механизмами действия. 45,4 % больных получали стабилизаторы настроения по причине высокого риска инверсии аффекта на маниакальный. На начальных этапах терапии для достижения лучшего клинического эффекта по купированию тревожных расстройств, витальной тоски и нарушений сна, больным назначались антипсихотики, в большинстве случаев с седирующим действием (кветиапин и хлорпротиксен), которые показали большую эффективность, чем транквилизаторы. ХЭ у этих больных был существенно ниже,

чем в 1 и 2 группах и составил 237 мг/сут. Также в этой группе у 63,6 % больных значения ХЭ находились в пределах 200–400 мг/сут, а в 27,3 % случаев – в интервале до 200 мг/сут.

Выводы. Установлено, что 78,4 % юношеских депрессий являются атипичными и требуют особенных терапевтических подходов с присоединением к антидепрессантам иных групп фармакологических средств. При лечении юношеских депрессий с близкой к классической картине психопатологических расстройств купирующая монотерапия антидепрессантами также оказывается неэффективной и требует расширения арсенала применяемых препаратов.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНУЮ ПОПЫТКУ ИЛИ СУИЦИД В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА ИЛИ В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ

Моренец Т.В.

г. Брянск

Брянская Областная Психиатрическая Больница № 1

Актуальность. Превенция суицидальных проявлений является одной из современных задач оказания психиатрической помощи. Госпитальные пациенты отличаются тяжестью психопатологических расстройств и высоким суицидальным риском, поэтому, несмотря на принятие необходимых мер медицинского наблюдения и проводимые лечебные мероприятия, случаи суицидов и суицидальных попыток (СП) все же могут иметь место во время нахождения в стационаре, в лечебных отпусках или в ранние сроки после выписки [Цыганков Б.Д., Ваулин С.В., 2012]. Уточнение факторов госпитального суицидального риска диктует необходимость изучения клинических особенностей психических расстройств среди суицидентов, а так же подробного анализа случаев суицидальных актов в условиях психиатрического стационара. Выявление клинических факторов суицидального риска необходимо для его прогнозирования, выбора терапевтической тактики и разработки мер суицидальной превенции.

Цель и задачи исследования.

Улучшение качества оказания психиатрической помощи путем выявления факторов суицидальной дезадаптации во время лечения в психиатрических стационарах и в период после выписки.

В соответствии с поставленной целью сформулированы следующие задачи исследования:

- 1) изучить клинические характеристики контингента больных, совершивших суицид или СП во время лечения в психиатрическом стационаре и в ранние сроки после выписки (7дней);
- 2) изучить суицидологические характеристики пациентов основной группы с учетом суицидального анамнеза, способа и обстоятельств совершения СП и суицидов, а также степени суицидального риска.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач исследования использовались клиничко-психопатологический, психометрический и статистические методы. Изучено 60 случаев суицидальных актов, среди которых 12 самоубийств, совершенных во время лечения в психиатрических больницах Брянска и Смоленска или в первую неделю после выписки. Проведен анализ обстоятельств суицидальных действий, учитывались характеристики суицидального конфликта, определялись факторы и степень суицидального риска, их связь с соответствующим спектром психических расстройств. Проводилось комплексное психиатрическое и клиничко-психологическое обследование пациентов с СП во время лечения в психиатрических больницах с применением шкалы депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS) и шкалы суицидального мышления Бека (SSI) в первые 48 часов после СП, что соответствовало раннему постсуицидальному периоду. Контрольную группу составили 40 пациентов ГАУЗ БОПБ № 1, не обнаруживающие суицидальных форм поведения, сопоставимые по полу, возрасту и нозологии.

Результаты и обсуждение. Основную группу составили 60 пациентов (средний возраст $41,7 \pm 5,1$ лет), из них 33 женщины (средний возраст $40,4 \pm 7,5$ лет) и 27 мужчин (средний возраст $42,6 \pm 4,5$ лет). Суицидальное поведение зарегистрировано в психиатрической больнице – 22 человека (36,7 %), в дневном стационаре – 15 человек (25 %), во время лечебного отпуска – 6 человек (10 %); в течение недели после выписки из стационара – 17 человек (28,3 %). Анализ нозологического распределения пациентов основной группы показал преобладание пациентов с диагнозом рубрики F2 «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» – 56,7 %. Второе по частоте место занимали «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» (F0) – 15 % и расстройства настроения (F3) – 15 %. Реже регистрировались расстройства личности и поведения (F6) – 10 % и невротические расстройства (F4) – 3,3 %. Использование в раннем постсуицидальном периоде шкалы MADRS показало преобладание пациентов с тяжелой депрессией – 76 %, против пациентов с умеренной депрессией – 7 % и легкой – 17 %. Для оценки актуальности суицидального конфликта и степени суицидального риска в раннем

постсуицидальном периоде применялась «Шкала суицидальных мыслей». Применение шкалы SSI выявило высокий суицидальный риск у большинства пациентов основной группы – в 70 % регистрировались высокие и умеренные показатели (более 15 баллов). Выявлены статистически значимые различия в сравнении с контрольной группой ($p \leq 0.05$). Для клинической оценки особенностей депрессивного синдрома использовалась типология по ведущему аффекту: тоски, тревоги, апатии. Преобладали пациенты с тревожной депрессией – 28 человек (47 %), с апатической – 24 человека (40 %), с наличием аффекта тоски – 8 человек (13 %). Среди способов суицидальных действий чаще всего регистрировались случаи самопорезов (28 %) и самоповешения (30 %), случаи самоотравления лекарственными средствами (22 %). Несколько реже встречались падения с высоты (15 %) и попытки самоотопления (5 %).

Для большинства суицидентов данная попытка была повторной (53 %). Неоднократные СП регистрировались у 22 %, среди которых у 3-х человек (5 %) было более 10 СП. Наибольшее число летальных случаев (10 суицидов) отмечалось среди пациентов с отсутствием СП в анамнезе.

С целью верификации серьезности суицидальных намерений и выявления факторов риска суицидальной дезадаптации рассмотрим влияние особенностей депрессий по ведущему аффекту на характеристики суицидального поведения. Среди пациентов с отсутствием СП в анамнезе преобладали депрессивные расстройства с аффектом апатии – 17 человек (61 %), тоски – 3 человека (11 %), включая один летальный случай, тревоги – 8 человек (28 %). Стоит отметить, что наибольшее число летальных случаев (8 суицидов) отмечалось среди пациентов с отсутствием СП в прошлом и апатическим аффектом депрессии в пресуицидальном периоде. У пациентов с наличием одной или двух СП в анамнезе превалировали тревожные депрессии – 10 человек (77 %), апатические – 3 человека (23 %). В группе пациентов с неоднократными повторными СП (более 3-х) так же чаще преобладал тревожный компонент в структуре депрессивных расстройств – 10 пациентов (53 %), в остальных случаях тоскливый аффект – 5 пациентов (29 %), апатический – 4 пациента (21 %), включая два суицида. Выявлены статистически значимые различия в распределении лиц с отсутствием внешних форм суицидального поведения в прошлом и с неоднократными СП в анамнезе по особенностям депрессивной симптоматики накануне совершения суицидальных действий ($p \leq 0.01$).

При анализе временного фактора можно отметить три критических момента для реализации суицидальных намерений: первая неделя госпитализации (23 %), третья (17 %) и сроки госпитализации более 60 дней (40 %). Рассмотрим распределение пациентов по ведущему аффекту в зависимости от времени реализации суицидальных тенденций. Среди пациентов,

совершивших суицидальные действия на 1-й неделе преобладали пациенты с тревожным компонентом в структуре депрессии – 10 человек (72 %), тоски и апатии – по 2 пациента (28 %). У пациентов, совершивших суицидальные действия спустя более 2-х месяцев госпитализации преобладал аффект апатии – 15 человек (62,5 %), тревоги – 6 человек (25 %), тоски – 3 пациента (12,5 %), наибольшее количество смертельных случаев пришлось на этот период (8 суицидов). Выявлены статистически значимые различия ($p \leq 0.05$).

Выводы.

1. Суицидальное поведение в психиатрическом стационаре наблюдается у пациентов с тяжелой эндогенной или экзогенно-органической патологией на фоне выраженной депрессии, чаще с преобладанием аффекта тревоги.

2. У пациентов с неоднократными СП в анамнезе, с наличием тревожного компонента в структуре депрессии суицидальный риск высок на начальных этапах госпитализации. Суицидальные действия характеризуются непродуманностью и зачастую имеют импульсивный характер.

3. Затяжной характер депрессивных расстройств с преобладанием в клинической картине депрессии апатического компонента определяет суицидальный риск на отсроченных этапах госпитализации и после выписки. Суицидальные действия характеризуются продуманностью, не всегда соотносятся с наличием СП в анамнезе и имеют высокий риск летальности.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

Находкин Е.Г.

г. Красноярск

Красноярский краевой психоневрологический диспансер №1

Актуальность. Несмотря на усилия государства в сфере охраны психического здоровья, уровень психических расстройств в различных социальных группах остается стабильно высоким. Пенитенциарное население, как наиболее закрытая часть нашего общества, представляет особый интерес в рамках изучения эпидемиологии ментальных расстройств.

Цель. Оценка распространенности психических и наркологических расстройств в местах лишения свободы.

Материалы и методы. На основе анамнестического и клинико-психопатологического методов было проведено сплошное обследование 1207 осужденных мужчин, находящихся в исправительной колонии строгого режима № 16 пос. Громадск Красноярского края.

Результаты и обсуждение. Среди всех обследованных различные психические расстройства выявлены у 191 (15,8 %) осужденных. Синдром зависимости от психоактивных веществ – соответствующий рубрике МКБ-10 F1х.2х был диагностирован у 503 (41,7 %) человек. У 81 (6,7 %) осужденного психическая патология сочеталась с аддиктивной.

Структура группы с психической патологией была представлена: органическим поражением головного мозга (F06-F07) – 80 (6,6 %), умственной отсталостью (F70–F71) – 55 (4,6 %). Расстройством личности (F60–F65) страдало 48 (4,0 %) осужденных; лишь у 8 (0,7 %) обследованных отмечались расстройства шизофренического спектра (F20–F21).

Группу осужденных с наркологической патологией составляли: лица с зависимостью от алкоголя – 179 (14,8 %) человек, зависимость от нескольких психоактивных веществ наблюдалась в 135 (11,2 %) случаях, гашишизм наблюдался у 121 (10,0 %) осужденного. Опиоидами злоупотребляли 64 (5,3 %) человека и лишь 4 (0,3 %) из числа осужденных – психостимуляторами.

У 593 (49,1 %) обследованных не выявляли психопатологических расстройств.

Выводы. В обследуемой нами когорте лиц, находящихся в местах лишения свободы, преобладают наркологические расстройства, выявляемые у более чем 40 % осужденных и органическое поражение головного мозга. Учитывая особенности психопатологических расстройств, диагностированных у осужденных, для профилактики зависимости от психоактивных веществ (на период интернирования лиц в пенитенциарные учреждения) и коррекции психических расстройств перспективны разработка и внедрение комплекса медико-социальных мер, снижающих социально-деструктивный опыт потребления психоактивных веществ и его негативные последствия для психического здоровья.

ДЕПРЕССИВНЫЕ И ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Неклюдова Е.В., Задорожная О.В.

г. Санкт-Петербург

*Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова*

Актуальность. Проблема депрессий и тревожных расстройств рассматривается как одна из ключевых не только в психиатрии, но и в общей медицине. Особую актуальность эта проблема приобретает у студентов вузов

в связи с тем, что характеризуется широкой распространенностью, трудностями диагностики и выраженными социальными последствиями. Психические расстройства (в том числе, депрессивные и тревожные расстройства) в юношеском возрасте оказывают непосредственное влияние на общественную жизнь студентов, а также на сферу их личной жизни и ведут к социальной дезадаптации, что делает их областью, нуждающейся в тщательной диагностике, лечении и профилактике (Хватова М.В., Дьячкова Е.С., 2006; Проскурякова Л.А., 2014).

Цель. Изучение распространенности тревожных и депрессивных расстройств у студентов 1 и 6 курсов, сравнение этих показателей у студентов, обучающихся в разных регионах России, а также выявление факторов, влияющих на психическое состояние студентов.

Материал и методы. Всего в нашем исследовании приняло участие 210 студентов. Из них: 57 студентов 1 курса и 50 студентов 6 курса Северо-западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова (г. Санкт-Петербург), а также 51 студент 1 курса и 52 студента 6 курса Омского государственного медицинского университета (г. Омск). Возраст студентов 1 курса варьировал от 17 до 18 лет, возраст студентов 6 курса – от 23 до 27 лет. Среди студентов 1 курса Северо-западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова в исследовании приняло участие 14 юношей (24,6 %) и 43 девушки (75,4 %). Среди первокурсников Омского государственного медицинского университета было 15 юношей (29,4 %) и 36 девушек (70,6 %). Из студентов 6 курса Северо-западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова было опрошено 11 юношей (22 %) и 39 девушек (78 %); среди студентов 6 курса Омского государственного медицинского университета было 11 юношей (21,2 %) и 41 девушка (78,8 %).

Исследование проводилось с октября по декабрь 2018 года. В качестве основного инструмента исследования использовалась разработанная нами базисная карта, содержащая ряд вопросов, касающихся мировоззренческих аспектов и вопросов выбора будущей профессии, а также включавшей в себя Госпитальную шкалу тревоги и депрессии HADS (The hospital Anxiety and Depression Scale Zigmond A.S., Snaith R.P.). Исследование проводилось в форме анонимного анкетирования.

Результаты и их обсуждение. Анализ полученных в ходе анкетирования данных показал высокую распространенность тревожных и депрессивных расстройств среди студентов. Среди первокурсников, обучающихся в Северо-западном государственном медицинском университете им. И.И. Мечникова, у 36 (63,2 %) отмечались те или иные нарушения. Тревога различной степени выраженности отмечалась у 30 студентов (при этом у 15 клинически выраженная), а депрессия у 19 (7 случаев

клинически выраженной). Среди студентов Омского государственного медицинского университета, обучающихся на 1 курсе, те или иные нарушения в аффективной сфере отмечались у 26 (51 % опрошенных). Тревога выявлена у 22 студентов (в том числе 6 случаев клинически выраженной тревоги), а депрессия у 9 (3 случая клинически выраженной).

При этом сочетание тревоги и депрессии любых уровней у выявлено у 13 студентов Северо-западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова и 5 студентов Омского государственного медицинского университета.

Таким образом, у студентов 1 курса, обучающихся как в центральном, так и в региональном вузах, имеется тенденция к преобладанию тревожных расстройств над депрессивными. Выявлены статистически значимые различия между студентами Санкт-Петербургского и Омского медицинских университетов по наличию тревожных и депрессивных нарушений: $OR = 3,53$ (1,6 до 7,78), $F = 0,002075$, $\chi^2 = 10,1$, $p = 0,05$. Депрессивные и тревожные расстройства достоверно чаще встречались у студентов 1 курса, обучающихся в Северо-западном государственном медицинском университете им. И.И. Мечникова.

Среди студентов 6 курса, обучающихся в Северо-западном государственном медицинском университете им. И.И. Мечникова, у 29 (58 %) отмечались те или иные нарушения аффективной сферы. Тревога различной степени выраженности отмечалась у 27 студентов (у 16 клинически выраженная), а депрессия у 10 (3 случая клинически выраженной). Среди студентов Омского государственного медицинского университета, обучающихся на 6 курсе, те или иные нарушения в аффективной сфере отмечались у 17 (32,7 % опрошенных). Тревога выявлена у 15 студентов (в том числе 3 случая клинически выраженной тревоги), а депрессия у 10 (2 случая клинически выраженной депрессии). При этом сочетание тревоги и депрессии любых уровней, указывающее на выраженность нарушений в аффективной сфере, выявлена у 8 студентов Северо-западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова и 6 студентов Омского государственного медицинского университета, обучающихся на 6 курсе.

Различия между показателями, выявленными у студентов двух университетов, также носили статистически значимый характер: $OR = 2,84$ (1,27 до 6,37), $F = 0,016509$, $\chi^2 = 6,59$, $p = 0,05$.

Хочется подчеркнуть, что статистически значимых различий между студентами 1 и 6 курса по показателям тревоги и депрессии в нашем исследовании выявлено не было.

По нашему мнению, рассматривая данную тему важно учитывать складывающееся представление о новом поколении, известном в ряде источников как поколение Z – термин, применяемый в мире для поколения

людей, родившихся примерно с 1995-го года (Junco R., Mastrodicasa J., 2007). Для представителей этого поколения характерны тесная связь с цифровой средой, вплоть до развития так называемой цифровой зависимости, активное межличностное взаимодействие через социальные сети, клиповое мышление, желание вносить свой личный вклад в создание и развитие того окружающего мира, который они хотят видеть (Макарова Т.А., 2015, Стиллман Д., 2018).

Несоответствие старой системы обучения запросам нового поколения приводит к разочарованию в учёбе, потере интереса, депрессивным переживаниям. Дефицит экзистенциальных представлений, являющихся крайне важными в процессе становления будущего врача, преобладание эмоций при отсутствии навыков выражения их в межличностных взаимодействиях – вот проблемы, с которыми сталкиваются представители поколения Z. Эти факторы, по нашему мнению, усиливают негативное воздействие на психику, наряду с интеллектуальными нагрузками, стрессовыми факторами адаптации к новой учебной среде и коллективу.

Выводы. Результаты проведенного анализа полученных данных свидетельствуют о высокой распространённости тревожных и депрессивных расстройств среди студентов, обучающихся в медицинских университетах. Выявлено статистически значимое преобладание расстройств аффективной сферы среди студентов, обучающихся в Северо-западном государственном медицинском университете им. И.И. Мечникова по сравнению со студентами Омского государственного медицинского университета. Можно предположить, что среди студентов, обучающихся в Санкт-Петербургском вузе, выше количество приезжих студентов, испытывающих дополнительные психоэмоциональные нагрузки. Фактором, влияющим на полученные результаты, можно также считать более высокий уровень требований, предъявляемых к студентам данного вуза.

Нам кажется важным также обратить внимание преподавателей на особенности нового поколения студентов, обучающихся, в том числе и в медицинских вузах. Учёт особенностей мышления и социальных взаимодействий поколения Z открывает новый поворот в профессиональной деятельности преподавателей – формирование ценностных ориентаций студентов, экзистенциальных представлений и идеологических основ.

КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭНДОГЕННЫЙ ПСИХОЗ

Никитина С.Г., Зозуля С.А.

г. Москва

Научный центр психического здоровья

Актуальность. Расстройства психотического регистра считаются одними из самых тяжелых нарушений психической деятельности человека с последующей дезорганизацией мыслительной, интеллектуальной и волевой сфер, имеющих ключевое значение для адаптации и функционирования в социуме. Первые психотические эпизоды, протекающие в детском возрасте, характеризуются малой специфичностью симптоматики с преобладанием кататонических расстройств, а также рано формирующимся искажением дальнейшего процесса психического развития. Компенсация нарушенных функций наступает не всегда и носит лишь частичный характер, что затрудняет повседневное социальное функционирование, требует длительного сопровождения специалистами, создания особых условий обучения и ухода. В связи с этим представляется актуальной проблема исхода первого психотического эпизода, прогнозирование нарушений социального функционирования в постприступном периоде с целью выбора оптимального маршрута ведения пациента. Учитывая результаты исследований последних лет, в ходе которых была выявлена вовлеченность врожденного и приобретенного иммунитета в патогенез эндогенных психозов, интерес представляет поиск иммунологических маркеров, прогнозирующих социальное функционирование пациента в постприступном периоде и объективно дополняющих клиническое обследование.

Цель исследования. Используя данные клинико-динамического и иммунологического обследования, выявить предикторы дальнейшего социального функционирования детей, перенесших эндогенный психоз (в соответствии со шкалой социального функционирования (PSP)).

Материалы и методы. В исследование были включены 52 пациента (средний возраст $9 \pm 3,7$ лет), проходивших лечение в отделе детской психиатрии Научного Центра Психического Здоровья (зав. отделом – д.м.н., профессор Н.В. Симашкова). Критериями включения являлись: детский возраст; наличие в клинической картине психотической симптоматики эндогенного генеза (соответствующей диагнозам F84.02, F84.1x, F20.8xx3 по МКБ-10); клинико-динамическое наблюдение не менее 3 месяцев после купирования приступа; информированное согласие на обследование.

Критериями не включения служили: психотические расстройства экзогенного генеза; выраженная органическая патология головного мозга; наличие сопутствующих соматических (в частности воспалительных и аутоиммунных) заболеваний.

Иммунологическое исследование сыворотки крови проводилось в лаборатории нейроиммунологии Научного Центра Психического Здоровья (рук. лаборатории – д.м.н., профессор Т.П. Ключник) с использованием медицинской технологии «Нейро-иммуно-тест».

Больные были обследованы в два этапа. На первом этапе (в манифестном приступе) была проведена психопатологическая оценка состояния пациентов, а также определение иммунологических показателей сыворотки крови (энзиматической активности лейкоцитарной эластазы (ЛЭ), функциональной активности альфа-1-протеиназного ингибитора (α1-ПИ), уровня антител к нейроантигенам S-100B и основному белку миелина).

На основе определения этих показателей была проведена комплексная оценка состояния иммунной системы пациентов. Условно было выделено 3 уровня активации иммунной системы: 1-й и 2-й уровень – «активация преимущественно врожденного иммунитета» (1-й уровень – умеренное повышение активности воспалительных маркеров, 2-й уровень – выраженное повышение активности воспалительных маркеров); 3-й уровень – «активация как врожденного, так и приобретенного иммунитета», т.е. выраженное повышение активности как воспалительных, так и аутоиммунных маркеров.

На втором этапе (не ранее 3 месяцев после приступа, на этапе ремиссии) был оценен уровень социального функционирования больных путем клинического обследования, а также при помощи шкалы PSP, адаптированной для применения в детском возрасте.

С помощью математического анализа проводилась оценка сопряженности уровня активации иммунной системы в манифестном приступе и уровня социального функционирования в постприступный период.

Сопряженность уровня активации иммунной системы на этапе обострения психотического состояния с уровнем дальнейшего социального функционирования детей с эндогенными психическими заболеваниями статистически подтверждена с помощью критерия хи-квадрата Пирсона ($\chi^2=63.02$; $df=4$; $p<0,00$).

Результаты и обсуждение. На основании объективизированной оценки состояния больных в постприступный период были выделены три группы пациентов, разделенных по уровню социального функционирования:

I группа (18 чел) – с наилучшим социальным функционированием. Больные из данной группы переносили полиморфные приступы с ведущей кататонической симптоматикой. После перенесенного психотического эпизода у них отмечался когнитивный дизонтогенез, снижение способности

к обучению. Навыки самообслуживания формировались частично. К сверстникам проявлялся поверхностный интерес, однако у них сохранялась эмоциональная привязанность к родителям. Увлечения зачастую носили стереотипный аутистический характер, отмечались поведенческие стереотипии. Пациенты не всегда соблюдали социальные нормы поведения в обществе. Оценка по шкале PSP составила от 50 до 31 баллов. При иммунологическом обследовании в приступе у 94,4 % пациентов была выявлена умеренная активация врожденного иммунитета (повышение активности ЛЭ и а1-ПИ).

II группа (17 чел) – со средним социальным функционированием. Больные из данной группы переносили кататонические приступы. В постприступном периоде у данных пациентов когнитивные нарушения достигали степени когнитивного дефицита. Больные отличались эмоциональной холодностью, выраженными нарушениями общения с близкими и окружающими лицами, личностными изменениями типа «verschroben». Зачастую нуждались в уходе и опеке. В социуме не адаптировались, отмечался узкий круг увлечений, педантизм. В большинстве случаев присутствовали двигательные стереотипии, аутоагрессия. Оценка по шкале PSP составила от 30 до 16 баллов. При иммунологическом обследовании, проведенном в активном периоде болезни, в 76,5 % случаев отмечалась выраженная активация врожденного иммунитета (повышение активности ЛЭ, сопровождающееся дальнейшим повышением активности а1-ПИ).

III группа (17 чел) – с наихудшим социальным функционированием. Больные данной группы, перенесшие кататонно-регрессивные приступы, при купировании остроты состояния, характеризовались выраженными нарушениями во всех областях социального функционирования. Особенно ярко был выражен глубокий когнитивный дефект, отсутствовала способность к обучению, нахождению в социуме. У больных отмечалось безразличие к близким, отсутствие интереса к сверстникам, к окружающим зачастую проявляли немотивированную агрессию. Как правило, такие дети нуждались в постоянном уходе и надзоре. Отдельные больные данной группы находились в психоневрологических интернатах СОБЕСа, где проходили обучение по коррекционным программам. Оценка по шкале PSP составила ниже 15 баллов. При иммунологическом обследовании, проведенном в приступе, в большинстве случаев (82,3 %) отмечалась активация как врожденного, так и приобретенного иммунитета (повышение активности ЛЭ, а1-ПИ, а также нарастание титров антител к нейроантигенам).

Выводы. Таким образом, уровень активации иммунной системы на психотическом этапе может служить предиктором дальнейшего социального функционирования ребёнка в постприступном периоде. Некоторые особенности психопатологической структуры манифестного эндогенного приступа в детстве также связаны с уровнем дальнейшего социального

функционирования: неблагоприятным социальным прогнозом обладают пациенты, перенесшие кататонно-регрессивный приступ эндогенного психоза и характеризующиеся выраженной активацией как врожденного, так и приобретенного иммунитета, т.е. повышением активности как воспалительных, так и аутоиммунных маркеров сыворотки крови.

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭНДОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЙ МЕТОДОМ ТМС

Николаева Е.Р.

г. Москва

Научный центр психического здоровья

Актуальность. Данные современных эпидемиологических исследований свидетельствуют о значительном росте заболеваемости депрессией, ставшей к концу XX века одной из фундаментальных проблем человечества (Краснов В.Н., 2001; Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г., 2002; Головачева В.А., Парфенов В.А., 2015; Овсепян А.А., 2015; Cochran S.V., Rabinowitz F.E., 2000; Maj M., Sartorius N., 2002; P.Cuijpers, 2012; H.J. Moller, 2014). Депрессия в ее различных клинических вариантах признается одной из основных причин снижения трудоспособности населения. Несмотря на прогресс психофармакологии за последние десятилетия, вероятность достижения ремиссии при применении первого антидепрессанта составляет лишь 35–45 %. Новые возможности в лечении больных с эндогенными депрессиями открылись благодаря разработке и внедрению в клиническую практику методов немедикаментозного терапевтического вмешательства, в том числе, транскраниальной магнитной стимуляции (Мосолов С.Н., 2002; Капилетти С.Г., 2004; Быков Ю.В., 2009; Тарумов Д.А., 2010; Garcia-Toro M. et al., 2006; Knoch D. et al., 2006; Dunner D.L. et al., 2006; Souery D. et al., 2011; Lehto, 2017; Oliveira-Maia, Press, A. Pascual-Leone, 2017). Важными способами оценки эффективности лечения, помимо применяемых повсеместно психометрических шкал, являются психологические методы объективной оценки нейрокогнитивного функционирования.

Цель и задачи. Оценить динамику когнитивных расстройств у больных эндогенной депрессией при применении психофармакотерапии в ее изолированном варианте и в сочетании с ТМС.

Материалы и методы. Всего было обследовано 53 пациента, проходивших стационарное лечение в клинике Научного Центра Психического

Здоровья с 2017 по 2019 гг. Все пациенты были женщины, праворукие, в возрасте 18–50 лет, отвечающие диагностическим критериям рубрик F31-33, F20.4 по МКБ-10.

Исследование проводилось по специально разработанному протоколу открытым сравнительным методом с использованием двух групп больных, основной и контрольной, сформированных методом «двойника» и сопоставимых по ряду демографических и клинических характеристик. В обеих группах все больные получали лечение одним из широко используемых в психиатрической практике антидепрессантов с разной химической структурой – пароксетином, дулоксетином или амитриптилином. В основной группе (28 пациентов) сеансы ТМС назначались параллельно проводимой антидепрессивной психотропной терапии. Пациенты контрольной группы (25 человек) получали только один из выше перечисленных антидепрессантов. Согласно протоколу исследования, курс антидепрессивной терапии в обеих группах составил 28 дней (4 недели). Сеансы ТМС проводились ежедневно в течение двух недель (всего 10 сеансов) с помощью магнитного стимулятора «Нейро-МС/Д» (производства ООО «Нейрософт», г. Иваново, Россия), снабженного 8-образным индуктором. Во время сеанса пациенты находились в положении сидя. Каждый сеанс ТМС дорсолатеральной префронтальной коры левого полушария включал 40 серий по 40 прямоугольных магнитных импульсов с частотой 20 Гц (всего 1600 импульсов) с интервалами между сериями по 14 секунд.

Больные обследовались дважды: до начала терапии (первая точка) и после завершения курса лечения (вторая точка). Клинико-психопатологическая оценка тяжести состояния пациентов проводилась с использованием Шкалы Гамильтона для оценки депрессии HDRS-17, Симптоматического опросника SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised). Кроме того, оба раза больные выполняли следующий набор нейрокогнитивных методик: Висконсинский тест сортировки карточек (WCST), позволяющий оценить широкий круг исполнительных функций, включая планирование, абстрактные рассуждения, формирование понятий, способности к удержанию принципа категоризации и переключению на другой принцип, торможение импульсивных ответов; Игровая задача Iowa gambling task (IGT) [3], предназначенная для оценки дефицита эмоционального научения.

Результаты и обсуждение. Результаты исследования показали, что в обеих группах больных, основной и контрольной, к концу 28-дневного лечения имело место примерно равное количество больных с «умеренным» и «хорошим» терапевтическим эффектом: 53,5 % случаев (15 респондеров) при использовании ТМС в комбинированной терапии и в 48 % случаев (12 респондеров) при изолированном применении психофармакотерапии.

Обе группы пациентов показали отчетливое улучшение по всем клиническим показателям Шкалы Гамильтона и Симптоматического опросника SCL-90-R. Значительное улучшение клинической симптоматики в обеих группах и значительный разброс данных внутри каждой из групп не позволили выявить различия между группой ТМС и контрольной группой по какому-либо одному клиническому параметру. Статистические различия для больных из группы ТМС и контрольной группы были обнаружены в результатах SCL-90-R, IGT и WCST. Различия были выявлены в интегральном показателе «Индекс тяжести наличного дистресса». Этот параметр значительно снизился и в группе ТМС, и в контрольной группе. Но снижение в группе ТМС было статистически более выражено. Оценка процентного распределения больных с низким (значения параметра ниже или равны 1,75) и высоким уровнем тяжести наличного дистресса (значения параметра выше 1,75) показала, что после ТМС процент больных с низким уровнем дистресса оказался 77,8 %, в то время как в контрольной группе этот показатель составил 58 % (уровень значимости различий 0,038). И в Игровой задаче, и в Висконсинском тесте в обеих группах было значимое увеличение скорости выполнения заданий, но по выраженности изменений скорости группы статистически не различались между собой. В Висконсинском тесте в группе ТМС было статистически значимое уменьшение процента персевераторных ошибок. Уменьшение процента персевераторных ошибок после терапии говорит о лучшем функционировании как лобных отделов коры, ответственных за программирование и контроль, так и лобно-дизэнцефальных связей, связанных с энергетическим обеспечением работы мозга, его регуляцией и активацией. В Игровой задаче в группе ТМС статистически значимо увеличился интегральный параметр (Превышение «хороших» выборов над «плохими») (10,93 до начала терапии и 19,21 после), для контрольной группы статистически значимого улучшения выявлено не было (12,58 до начала терапии и 15,5 после). Игровая задача тестирует способность к эмоциональному научению, принятию основанных на эмоциях решений в ситуации неопределенности. Если в начале терапии процессы эмоционального научения были нарушены, то после проведенной терапии в группе ТМС отмечается улучшение способности к эмоциональному научению.

Выводы. Основываясь на приведенных выше данных, можно сделать вывод, что эффективность лечения и процент редукции психопатологической симптоматики был выше в группе пациентов, получавших ТМС. Помимо улучшения динамических характеристик деятельности, которое продемонстрировали испытуемые в обеих группах, испытуемые из группы ТМС продемонстрировали более выраженное улучшение нейрокогнитивных показателей: удержание принципа решения, оттормаживание нерелевантных ответов, способность к эмоциональному научению.

ОСОБЕННОСТИ НАРЦИССИЧЕСКОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ВНУТРЕННЕЙ СТИГМЫ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ТЯЖЕЛЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Новикова К.Е.

г. Санкт-Петербург

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева*

Актуальность. Социальная стигматизация людей, страдающих тяжелыми психическими расстройствами в настоящее время остается серьезной проблемой. Одним из неблагоприятных последствий внешней стигматизации для больных с эндогенными психическими расстройствами является формирование внутренней стигмы, что негативно влияет на все сферы жизни. Актуальной проблемой является поиск протективных факторов, препятствующих развитию самостигматизации или способствующих ее ослаблению. В этом ключе представляется важной роль изучения психологических характеристик и личностных ресурсов индивида. Например, такого феномена как сила личности, отражающего биопсихосоциальное единство личности и тела, включающего в себя не только бессознательные процессы регуляции, но и сознательное управление своим поведением, обеспечивающее удовлетворение нарциссических потребностей индивида.

Цели и задачи. Изучение нарциссической регуляции при формировании самостигматизации и ее форм, задача – изучение структуры нарциссической саморегуляции, характерной для формирования различных форм самостигматизации; изучение количественной характеристики силы личности, характерной для различных форм самостигматизации.

Материалы и методы. Обследованы 126 пациентов, проходивших лечение в отделении интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами Национального медицинского исследовательского центра им. В.М. Бехтерева. Нозологически согласно МКБ-10 выборку составили: F2 – 67 %, F3 – 33 %. Из них: мужчины – 37 %, женщины – 63 %. Средний возраст пациентов – 34 ± 11 лет. Средняя длительность заболевания – $10,2 \pm 10,1$ лет. Среднее количество госпитализаций – 4 ± 3 . Работающие – 30 %, не работающие – 70 %. Проживающие в браке – 24 %, вне брака – 76 %.

Применялся клинико-психопатологический, экспериментально-психологический и статистический методы, использованы следующие методики: «Индекс функционирования Self-системы» (на основе теста оценки

нарциссизма Deneke F.-W., Hilgenstock B., модификация: Залуцкая Н.М., Вукс А.Я., Вид В.Д., 2003) и опросник самостигматизации Михайловой-Ястребова (Михайлова И.И., 2005). Первая методика дает возможность оценить эффективность механизмов, регулирующих силу личности. Данная методика является стандартизированной и имеет показатели для идеально сильной личности как по «Индексу функционирования Селф-системы» (ИФСС), так и по субшкалам. О снижении силы личности свидетельствует показатель ИФСС выше нуля. Опросник самостигматизации Михайловой-Ястребова позволяет оценить склонность пациента объяснять свои проблемы в различных сферах жизни психическим заболеванием. Опросник описывает три формы самостигматизации: а) аутопсихическая форма, отражающая изменение личной идентичности больного. Больной считает, что психическое заболевание снижает его внутреннюю активность и способность к самореализации; б) компенсаторная форма представляет собой попытку больного скорректировать личностную идентичность путем разделения окружающих по признаку наличия психического заболевания и отнесения себя к группе «больных» или «здоровых»; в) социореверсивная форма отражает изменение социальной идентичности, больной объясняет свои проблемы в различных сферах жизни предвзятым отношением окружающих.

Данные обрабатывались с помощью программы SPSS 17.0. Корреляционный анализ проводился с использованием коэффициента корреляции Пирсона. Для сравнительного анализа использовались однофакторный дисперсионный анализ и t-критерий Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Количественный анализ показал, что в выборке преобладали пациенты с социореверсивной формой самостигматизации – 47 %, пациенты с аутопсихической формой составили 43 %, и с компенсаторной – лишь 10 %.

Сравнительный анализ показал, что общие баллы переживания самостигматизации достоверно ($p \leq 0,05$) различались у всех трех форм самостигматизации и соотносились как 1:2:3 – компенсаторная, аутопсихическая и социореверсивная формы соответственно. Так, лица с преобладанием компенсаторной формы в меньшей степени переживают феномен самостигматизации, а с преобладанием социореверсивной – в разы интенсивнее.

Установлено, что взаимосвязи отдельных субшкал методики «ИФСС» являлись общими для всех форм самостигматизации, но в отдельных случаях различались по интенсивности для определённых форм внутренней стигмы ($p \leq 0,05$, значения r варьируют от 0,213 до 0,289). У всех пациентов, независимо от преобладающей формы самостигматизации, характерно возрастание агрессии и ее трансформация в деструктивную, а так же настороженное отношение к окружающим, их обесценивание. Такие тенденции

возрастают вместе с нарастанием самостигматизации ($p \leq 0,05$, значения t от 0,213 до 0,289; Mx от 2,1 до 2,7).

Из трех форм самостигматизации, компенсаторная, не смотря на взаимосвязь с большинством субшкал нарциссической регуляции, являлась наиболее благоприятной, поскольку отличалась ($p \leq 0,05$) наименьшими показателями средних значений по субшкалам методики «ИФСС», а так же наименьшими значениями сводного показателя ИФСС, что говорит здесь о более сильной нарциссической регуляции пациентов, чем при других формах самостигматизации. В итоге, средний балл испытуемых с преобладанием компенсаторной формы был в соответствии с алгоритмом методики «ИФСС», количественно наиболее приближен к показателям «идеально сильной личности». Так, пациенты, сформировавшие компенсаторную форму самостигмы оказались более уверены в себе, меньше ощущали свою беспомощность, были более социально адаптированы ($p \leq 0,05$, Mx варьируют от 1,3 до 3,4).

Социореверсивная форма являлась самой неблагоприятной, о чем свидетельствуют достоверные отличия ее от двух других форм самостигмы, при высоком среднем балле пациентов по большинству субшкал методики «ИФСС», а так же наибольший сводный показатель ИФСС ($M=22,5$ для социореверсивной формы, 20,8 и 18 для аутопсихической и компенсаторной форм соответственно, $p \leq 0,05$). Так, испытуемые с социореверсивной формой более зависимы, неуверенны в себе и своих силах, сильнее ощущают беспомощность, более социально изолированы, фиксированы на болезни больше представителей других форм самостигмы ($p \leq 0,05$, Mx варьируют от 1,5 до 3,8).

Аутопсихическая форма является менее деструктивной, чем социореверсивная. Так, по ряду шкал методики «ИФСС» отмечалось отсутствие достоверных различий с компенсаторной, так и с социореверсивной формой, но средние баллы по шкалам более приближены к показателям социореверсивной формы.

Выводы.

- Самой благоприятной из изученных форм самостигматизации являлась компенсаторная форма, поскольку пациенты здесь наименее интенсивно переживают феномен самостигматизации. Вместе с тем она встречалась реже остальных.

- При развитии компенсаторной формы, пациенты менее подвержены самостигматизации на фоне приближенных к идеальным показателей функционирования их селф-системы.

- Нарушения нарциссической регуляции (возрастание агрессии и ее трансформация в деструктивную, а так же настороженное отношение к окружающим, их обесценивание) характерно при всех видах переживания

самостигматизации. При этом формирование неблагополучной социореверсивной формы дополнительно связано с развитием зависимости, неуверенности в себе и своих силах, ощущением беспомощности, и социальной изоляции, фиксации на болезни. Исследование показало, что такая деструктивная форма самостигматизации была наиболее распространенной среди обследованных больных.

- Пациенты с аутопсихической формой самостигматизации занимали промежуточное положение между более благоприятным компенсаторным типом и неблагоприятным социореверсивным как по показателям нарциссической регуляции селф-системы больных, так и по интенсивности переживаемой ими стигмы.

ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ И САМОСТИГМАТИЗАЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА И С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ

Образцова В.С., Шуненков Д.А.

г. Москва, г. Иваново

*Федеральный научно-клинический центр реаниматологии
и реабилитологии,*

*Научный центр психического здоровья,
Ивановская государственная медицинская академия*

Актуальность. Болезни, травмы, дефекты приводят к особой ситуации развития личности: у такого человека изменяются привычные условия жизни, а отсюда – качество и стиль жизни (Левченко И.Ю., 2003; Войтенко Р.М., 2007; Шабалина Н.Б., 2011). Сможет или не сможет адаптироваться человек к этим измененным условиям, во многом зависит не от функционирования отдельных органов или систем, а от личности в целом. От позиции пациента, его взглядов, зависит и сама возможность его включения в реабилитационный процесс и, конечно же, эффективность всех реабилитационных мероприятий, не только психологического, но и медицинского, социального, профессионального характера.

Успешность реабилитации после повреждения головного мозга и при психических заболеваниях зависит не только от степени дефекта, но и от личностных особенностей пациента, а именно типа отношения к болезни, методики лечения, а также отношения к нему со стороны общества

и родственников. А.Е. Личко выделил следующие типы отношения к болезни: гармоничный, эргопатический, анозогнозический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический, сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический (Личко А.Е., Иванов Н.Я., 1980).

Стигматизацией называют предвзятое отношение к человеку, связанное с телесными, социальными или психологическими причинами. Введенный В. Link термин «самостигматизация» означает реакцию самого пациента на заболевание и статус в обществе (Link, 1997). Самостигматизация как адаптация личности к заболеванию и связанных с ним изменений жизненных стереотипов естественна и закономерна. Однако, при нарушении адекватного представления о болезни, самостигматизация превращается в деструктивный процесс, одним из возможных последствий которого является нарушение социальной адаптации.

Любое повреждение головного мозга приводит к нарушениям психики. Поскольку психические заболевания влекут за собой значительные изменения в сфере чувств, мышления и поведения, и характеризуются низкими способностями к совладающему поведению, очевидно, что чувство юмора при психических расстройствах также претерпевает значительные изменения и нарушения, и даже может оказывать дезадаптирующее влияние.

В силу того, что данные нозологические группы ранее изучались изолированно друг от друга, становится актуальным изучение отношения к болезни и самостигматизации у психиатрических и неврологических пациентов для проведения успешной реабилитации.

Цель и задачи. Изучение отношения к болезни и его взаимосвязь с выраженностью самостигматизации у психиатрических и неврологических пациентов в сравнении.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие пациенты ФНКЦ РР (N=12), перенесшие повреждения головного мозга (ЧМТ, ОНМК) (в ясном сознании) и пациенты с расстройствами невротического уровня (РНУ) проходящие стационарное лечение в отделениях пограничных психических расстройств областной клинической психиатрической больницы «Богородское» г. Иваново без когнитивного снижения (N=54), обоего пола в возрасте от 18 до 70 лет. С пациентами велась предварительная беседа, а также проводились методики на выявление типа отношения к болезни (ТОБОЛ), отношения к юмору и выявление гелотофобии, гелотофилии и катагеластидизма (PhoPhiKat 30), на наличие самостигматизации (ISMI-9).

Результаты и обсуждение. Почти половине неврологических пациентов (45 %) свойственен сенситивный тип отношения к болезни, в то время как остальные типы были менее характерны: эргопатический (17 %), гармоничный (10 %), ипохондрический (7 %), тревожный (5 %), неврастенический

(5 %), дисфорический (3 %), эгоцентрический (2 %), анозогнозический (2 %), меланхолический (2 %), паранойяльный (1 %), апатический (1 %). Это может свидетельствовать о том, что пациенты опасаются жалости со стороны окружающих, пренебрежительного отношения к ним как к неполноценным.

Пациентам с расстройствами невротического уровня также свойственен сенситивный тип, однако в значительно меньшей степени ($U = 182,5$, $p \leq 0,05$). Для невроза самокритика и проблемы с самооценкой – одни из ключевых психологических симптомов. В том числе, сенситивный тип может объясняться тем, что в силу когнитивной сохранности и преобладания расстройств в аффективной сфере, у таких пациентов появляется чувство опустошенности и страх оказаться никому не нужными.

Пациентам с РНУ свойственен тревожный тип отношения к болезни (22 %): пациенты непрерывно беспокоятся о течении болезни, возможных осложнениях, неэффективности и даже опасности лечения; они постоянно ищут новые способы лечения, разужают дополнительную информацию о болезни и методах лечения.

Сенситивный тип отношения к болезни тесно связан с самостигматизацией ($r = 0,75$, $p \leq 0,012$). Но при исследовании самостигматизации среди двух групп пациентов было выявлено, что у пациентов с РНУ выявляется умеренный уровень самостигматизации (баллы по ISMI-9 – 2,01-2,50). У данной группы пациентов этот показатель значительно чаще встречается, чем у неврологических пациентов ($U = 137,5$, $p \leq 0,001$).

Была выявлена тесная взаимосвязь гелотофии (склонность выставать себя объектом юмора и смеха) и сенситивного типа ($r = 0,324$, $p \leq 0,03$), а также тесная связь со самостигматизацией ($r = 0,532$, $p \leq 0,005$). Данная особенность встречалась чаще в группе пациентов с РНУ, чем у неврологических ($r = 0,323$, $p \leq 0,017$). Данные особенности могут выступать в качестве компенсации своего состояния: пациенты беспокоятся о состоянии своего здоровья, но, чтобы снизить тревожность, выставают себя объектом смеха.

Выводы. Исследование показало, что пациентам с РНУ в меньшей степени, чем неврологическим пациентам, свойственен сенситивный тип отношения к болезни. Также невротические пациенты склонны к тревожному типу отношения к болезни. Было выявлено, что у пациентов с РНУ умеренный уровень самостигматизации, и этот показатель встречается значительно чаще, чем у пациентов с повреждениями головного мозга. Гелотофия для пациентов с РНУ служит своего рода компенсаторным механизмом, защищающим их от нарастающей тревоги и депрессии.

Настоящее пилотное исследование представляет собой часть комплексного проекта по изучению возможности реабилитации неврологических и психиатрических пациентов, роли отношения к болезни, отношения к юмору и использованию его как ресурсного механизма и влияние

самостигматизации на процесс реабилитации. В дальнейшем планируется увеличение выборки, комплексный анализ полученных данных, с увеличением количества других клинических и социально-психологических показателей. Полученные на данном этапе результаты говорят о перспективности исследования, а также они могут способствовать построению индивидуальной программы реабилитации, благодаря обнаруженным значимым взаимосвязям и различиям между группами.

ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРИВЯЗАННОСТИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ

Павлова Е.В., Малкова Е.Е.

г. Москва

*Научно-практический центр психического здоровья детей
и подростков им. Г.Е. Сухаревой*

Актуальность. В последние десятилетия заболеваемость пациентов нервной анорексией резко возросла. Поэтому большое теоретическое и практическое значение для общественного здоровья имеет раннее выявление факторов риска, определение диагностических и прогностических критериев на доманифестном этапе в связи с возможностью своевременной профилактики и лечения нервной анорексии, а также медико-социальной реабилитации больных.

Цель и задачи. Создание практических рекомендаций по психологической коррекции нервной анорексии у девочек-подростков. Объектом исследования является личность девочки-подростка, страдающей нервной анорексией.

Материалы и методы. Общее количество – 13 пациентов, находящихся на лечении в 11 отделении нашего центра и детско-подросткового центра «Ювента». Средний возраст испытуемых 16,7 лет. Предмет исследования: тип привязанности и его роль в развитии психопатологии.

Была выдвинута гипотеза: формирование ненадежно-амбивалентного типа привязанности связано с риском возникновения нервной анорексии у девочек в период подросткового кризиса. В соответствии с гипотезой и целью исследования были поставлены следующие задачи:

1. Анализ современных представлений о психологических механизмах развития нервной анорексии у девочек в подростковом возрасте и методах их психологической коррекции.

2. Оценка особенностей взаимоотношений в семьях родителей девочек-подростков с нервной анорексией.

3. Психологический анализ истории жизни и развития девочек подростков с нервной анорексией.

4. Анализ истории формирования отклоняющегося пищевого поведения девочек-подростков в контексте эмоционально-значимых отношений со значимыми взрослыми.

5. Разработка практических рекомендаций по психологической коррекции нервной анорексии у девочек-подростков.

В исследовании были использованы следующие методы исследования:

1. Анамнестический (семейный анамнез – особенности взаимоотношений в семье родителей с акцентом на типах привязанностей);

2. Биографический (история жизни и развития девочки в контексте формирования привязанности к значимому близкому (матери);

3. Феноменологическое интервью (история формирования отклоняющегося пищевого поведения в контексте эмоционально-значимых отношений с близкими);

4. Анализ данных.

Результаты и обсуждение. В соответствии с целями и задачами исследования выполнялся расчёт следующих характеристик: среднее значение и качественный анализ данных. Используя качественные методы исследования в психологии, выборочный метод и описательную статистику мы пришли к следующим выводам:

– девочки-подростки близки к матерям, но в тоже время переживают амбивалентные чувства к ним;

– часто матери не замечают нарушение пищевого поведения на ранних стадиях заболевания;

– отцы в семьях, где ребенок, страдает нервной анорексией, как правило, страдают алкогольной зависимостью и не являются авторитетом в семье.

Выводы. Анализ современных представлений о психологических механизмах развития нервной анорексии у девочек в подростковом возрасте показал, что заболевание развивается вследствие совокупности причин, а именно: наследственность, социальная среда и индивидуальные, личностные особенности.

Было выявлено, что особое влияние в развитии нервной анорексии имеет семья, а именно структура семьи (главенствующую роль занимает мать), характер взаимоотношений между членами семьи (амбивалентность чувств по отношению к матери) и, как правило, зависимое поведение отца. Таким образом, мы можем говорить о нарушении привязанности в данных семьях.

Оценка особенностей взаимоотношений в семьях родителей девочек-подростков с нервной анорексией показала, что в этих семьях, как правило,

главенствующую роль занимает мать, отец либо отсутствует, либо не справляется со своими функциями в семье.

Отношения с матерью у девочек-подростков, как правило, носят симбиотический, либо формальный характер, что вызывает амбивалентность чувств.

Психологический анализ истории жизни и развития девочек-подростков с нервной анорексией показал, что данные семьи являются дисфункциональными; отец, как правило, страдает алкоголизмом и вызывает осуждение. Ряд историй жизни содержит упоминание о травмирующих событиях, которые, возможно, послужили триггерами.

Анализ истории формирования отклоняющегося пищевого поведения девочек-подростков в контексте эмоционально-значимых отношений с взрослыми показал, что нервная анорексия связана с качеством привязанности, как правило, имеет пристрастный, запутанный характер.

Нами были разработаны практические рекомендации по психологической коррекции нервной анорексии у девочек-подростков, которые содержат следующее:

- психологическая сепарация от значимого взрослого;
- помощь подростку в установлении границ своей собственной самости и преодоление родителями своих психологических проблем;
- установление контроля над питанием, введение совместных приемов пищи в жизнь семьи;
- психологическое сопровождение пациентов с первых дней лечения в стационаре и в амбулаторном режиме.

Важно, чтобы в программу по психологической помощи и поддержке входило:

- комплексное лечение и системный подход: обязательное сотрудничество врача-психиатра и клинического психолога;
- психологическое консультирование родителей по вопросам воспитания (изменение характера коммуникации в семье) и отношению к болезни;
- физическая (госпитализация) и психологическая сепарация от родителей, т.к. подросток включен в семейную систему, которая оказывает на него влияние;
- работа над самооценкой: принятие своего тела, выявление своих сильных и слабых сторон и перевод их в зоны роста (работа над изменениями): например, не голодание, а занятие фитнесом (йога, пилатес);
- реконструкция личности: работа над психическими травмами, особенно, если это касается эмоционального, физического, сексуального насилия; восстановление целостности личности;
- поведенческая терапия: изменение привычки питания.

В заключении отметим, что на основании полученных результатов исследования подтвердилась гипотеза исследования.

Результаты исследования могут быть использованы для создания программы по психологической коррекции нервной анорексии у девочек-подростков.

ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ У ЖЕНЩИН С ПАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ПРИ ТЕРАПИИ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ

Павлова Т.А., Доровских И.В.

г. Подольск

1586 военный клинический госпиталь

Актуальность. Одним из наиболее частых заболеваний тревожного спектра является паническое расстройство (ПР), диагностируемое у 8 % пациентов (Kessler R.S. et al., 2012; Locke A.B. et al., 2015). Многообразие симптоматики ПР отражает сложность его патогенеза и указывает на вклад в формирование заболевания целого ряда факторов, среди которых особого внимания требует изучение органической, нейроэндокринной и вегетативной почвы (Краснов В.Н., 2011). Тем не менее, количество исследований, направленных на поиск возможных гормональных предикторов ПР крайне ограничено. Современные взгляды на биологические механизмы развития ПР объясняют ключевую роль психофармакотерапии (ПФТ) в лечении данного заболевания, при этом приоритет отводится различным группам антидепрессантов (АД) (Мосолов С.Н., 2012; Zwanzger P. et al., 2016). Психотропные препараты, в частности, антипсихотики фенотиазинового ряда и трициклические антидепрессанты (ТЦА), могут включаться в биосинтез тиреоидных гормонов (ТГ) на разных его стадиях, от захвата йода до регулирования гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной оси (ГГТ-ось) (Joffe R.T. et al., 1990). Среди протестированных на крысах молекул, препараты, вызывающие гипотиреозидизм или тиреоидные аутоиммунные расстройства, имеют значение константы связывания (K_c) между йодом и лекарственным препаратом больше 100 л/моль. Наиболее высокие значения K_c показали препараты, имеющие трициклическую структуру и атом азота, такие как дезипрамин ($K_c=2948\pm84$ л/моль), кломипрамин ($K_c=4545\pm272$ л/моль), имипрамин ($K_c=4907\pm56$ л/моль). Также данные препараты связываются с йодом и инактивируют тиреоидную пероксидазу в лабораторных условиях (Rousseau A. et al., 1996). Влияя на моноаминергические системы мозга, АД способны

оказывать влияние на уровни как центральных, так и периферических гормонов ГГТ-оси (Scanlon M. F. et al., 1983). Несмотря на проведенные зарубежные исследования, до сих пор остается малоизученным вопрос о влиянии конкретных АД на уровень ТГ и частоте развития данных изменений.

Цель и задачи. Оценить динамику уровня ТГ у пациентов с ПР в процессе монотерапии кломипрамином и пароксетином в сравнении с сочетанной терапией пароксетином и перициaziном. Задачи исследования: 1. Изучение фонового уровня ТГ у пациентов с ПР; 2. Анализ динамики уровня ТГ у пациентов с ПР при монотерапии кломипрамином и пароксетином в сравнении с комбинированной терапией пароксетином и перициaziном; 3. Выявление потенциальных гормональных предикторов эффективности ПФТ ПР.

Материалы и методы. Нами обследовано 65 женщин в возрасте от 18 до 55 лет (средний возраст $35,2 \pm 8,4$) с диагнозом ПР, проходивших амбулаторное и стационарное лечение на базе женского отделения психиатрического центра «1586 военный клинический госпиталь» Минобороны России. Критерии включения в исследование: соответствие пациенток критериям МКБ-10 диагноза F41.0; возраст от 18 до 55 лет; информированное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: наличие эндокринных заболеваний; наличие коморбидной психопатологии; наличие органических заболеваний ЦНС; наличие тяжелых форм соматических и гинекологических заболеваний; наличие беременности и лактации; наличие предшествующей ПФТ в течение полугода. На первом этапе до начала ПФТ на каждого из пациентов заполнялась карта обследования больного психондoкpинoлoгическoгo пpoфиля, сoдepжaщaя aнaмнестические, социально-демографические, клинико-эндокринные данные и результаты лабораторных исследований. Пациентки, включенные в исследование, были случайным способом разделены на три группы. 1-я группа – 22 пациентки, средний возраст – $34,0 \pm 9,1$ лет, которым проводилась монотерапия кломипрамином – средняя суточная доза (ССД) – $90 \pm 18,3$ мг. 2-ая группа – 23 пациентки, средний возраст – $32,6 \pm 8,1$ лет, получающие монотерапию пароксетином – ССД – $41,3 \pm 6,2$ мг. 3-я группа сравнения – 20 пациенток, средний возраст – $39,6 \pm 6,3$ лет, получающие сочетанную терапию антипсихотиком первого поколения (АПП) – перициaziном и пароксетином: ССД перициазина – $13,1 \pm 4,8$ мг, а пароксетина – $49,5 \pm 8,8$ мг. У всех пациенток исключена патология щитовидной железы по данным проведенного ультразвукового исследования (УЗИ) и осмотра эндокринологом. Основные методы исследования: клинико-анамнестический, психометрический, биохимический и клинико-статистический. Измерение уровня содержания ТГ в сыворотке крови проводилось до начала ПФТ и спустя 6 недель методом конкурентного твердофазного иммуноферментного анализа. Референсные

значения ТГ: ТТГ – 0,2–3,2 МЕ, Т4 – 11–26 пмоль/л, Т3 – 1–2,8 нмоль/л. Уровень тревоги оценивался в те же периоды с помощью Шкалы тревоги Гамильтона (HARS) и Шкалы самооценки тревоги Шихана (ShARS). Критерием эффективности терапии являлось снижение суммарного бала по сравнению с начальным не менее 50 % по шкале HARS, снижение суммарного балла до 20 и ниже по шкале ShARS.

Результаты и обсуждение. По результатам исследования в 1-й группе средний балл по шкалам HARS и ShARS составил $31,3 \pm 5,8$ и $62,8 \pm 14,4$ баллов соответственно; во 2-й группе – $28,1 \pm 5,7$ и $53,2 \pm 13,3$ балл, в 3-й группе – $9,1 \pm 6,1$ и $54,8 \pm 18,3$ баллов. К концу 6-й недели терапии в 1-й группе средний балл снизился до $4,0 \pm 1,9$ по шкале HARS и до $6,5 \pm 3,8$ по шкале ShARS; во 2-й группе – до $3,3 \pm 1,9$ и $5,2 \pm 3,7$ баллов для каждой шкалы соответственно, в 3-й группе – до $4,0 \pm 2,8$ и $8,4 \pm 5,2$ баллов. Проводимая терапия была эффективна по шкале HARS у 100 % пациентов, по шкале ShARS у 98,5 %, все пациенты являлись респондерами, что не позволило выявить какую-либо зависимость между фоновым уровнем ТГ и последующей эффективностью терапии. Фоновый уровень ТГ в 1-й группе: ТТГ – $1,5 \pm 0,8$ МЕ, Т4 – $15,3 \pm 3,1$ пмоль/л, Т3 – $1,6 \pm 0,4$ нмоль/л. Во 2-й группе: ТТГ – $1,7 \pm 0,9$ МЕ, Т4 – $15,1 \pm 2,9$ пмоль/л, Т3 – $1,6 \pm 0,4$ нмоль/л. В 3-й группе: ТТГ – $1,9 \pm 1,0$ МЕ, Т4 – $14,7 \pm 2,6$ пмоль/л, Т3 – $1,6 \pm 0,3$ нмоль/л. Фоновый уровень ТТГ не выходил за пределы референсных значений у пациенток 1-й группы, превышал норму у 4,35 % пациенток 2-й группы и 10 % пациенток 3-й группы. Уровень Т4 не выходил за пределы референсных значений. Уровень Т3 был ниже нормы у 4,55 % пациенток 1-й группы, во 2-й и 3-й группах его значения не выходили за интервал нормы. Уровень ТГ через 6 недель терапии – в 1-й группе: ТТГ – $1,6 \pm 0,7$ МЕ, Т4 – $15,4 \pm 3,6$ пмоль/л, Т3 – $1,3 \pm 0,3$ нмоль/л; во 2-й группе: ТТГ – $1,5 \pm 0,8$ МЕ, Т4 – $15,9 \pm 3,2$ пмоль/л, Т3 – $1,4 \pm 0,3$ нмоль/л; в 3-й группе: ТТГ – $1,5 \pm 0,6$ МЕ, Т4 – $14,2 \pm 3,3$ пмоль/л, Т3 – $1,5 \pm 0,3$ нмоль/л. Уровень ТТГ через 6 недель терапии нормализовался и не превышал референсные значения во всех группах. Значения Т4 выходили за нижнюю границу нормы у 15 % пациенток 3-й группы. Уровень Т3 был ниже нормы у 4,55 % пациенток 1-й группы, у 4,35 % пациенток 2-й группы и оставался в пределах нормы у пациенток 3-й группы. Наблюдалась статистическая тенденция различий изменений уровня ТТГ между 1-й и 3-й группами ($p=0,04$) и 2-й и 3-й группами ($p=0,03$), а также уровня Т3 между 1-й и 3-й группами ($p=0,02$). Монотерапия в 1-й и 2-й группах привела к незначительному снижению уровня Т3 и увеличению процента пациентов, у которых значения этого гормона выходили за нижнюю границу нормы, что подтверждает литературные данные. Применение кломипрамина и пароксетина привело к увеличению уровня Т4, данный результат не совпадает с результатами зарубежных исследований. Уровень ТТГ повысился у пациентов,

получающих пароксетин и снизился при монотерапии кломипрамином. В группе сочетанной терапии уровень всех исследуемых гормонов незначительно снизился.

Выводы. Несмотря на отсутствие эндокринных заболеваний и морфологических изменений щитовидной железы, у небольшого количества пациентов отмечалось повышение фонового уровня ТТГ и снижение уровня ТЗ до начала терапии. Выявленные изменения у больных с ПР без терапии возможно связаны с патогенетическими изменениями ГГТ-оси при данном расстройстве. В целом значения гормонов щитовидной железы оставались в пределах нормы, таким образом, монотерапия изученными АД из групп ТЦА и СИОЗС, как и сочетанная терапия СИОЗС и АПП не приводила к клинически значимым изменениям уровня ТГ.

СЕКСУАЛЬНОСТЬ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРВЫЙ ЭПИЗОД

Палаева Р.И., Ямаева Л.Р.

г. Оренбург

*Оренбургский государственный медицинский университет,
Оренбургская областная клиническая
психиатрическая больница №1*

Актуальность. Проблема сексуальности у лиц, страдающих шизофренией, является актуальной в связи с довольно высокой распространенностью этой болезни, а также в связи с важной ролью, которую играет психосексуальный фактор в терапии и реабилитации этих больных. Научные работы, посвященные нарушениям сексуальности у психически больных, довольно редки, а те, которые существуют, в основном концентрируются на сексуальных побочных эффектах, часто вызываемых психофармакологическими препаратами. Мужчины (М) и женщины (Ж), страдающие шизофренией, испытывают сложности в межличностных контактах, что ограничивает развитие стабильных сексуальных отношений. В первые годы заболевания крайне важным является изучение влияния клинико-психопатологических особенностей на сексуальную сферу: как больные воспринимают свою сексуальность, как реагируют на половые отношения, как ведут себя с партнером и т.д..

Цель и задачи: изучение сексуальности у мужчин и женщин больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод (ППЭ).

Материалы и методы. Исследование проходило в отделении ППЭ больницы ГБУЗ Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №1. Первую группу составили мужчины больные шизофренией, перенесшие ППЭ, в количестве 20 человек в возрасте от 20 до 34 лет (средний возраст 26,8 лет). Во вторую группу вошли 20 женщин в возрасте от 20 до 34 лет (средний возраст 27,8 лет). Группы сопоставимы между собой по фармакотерапии, все больные принимали однотипные препараты. Использовались клинико-психологический метод (расспрос, интервьюирование); экспериментально-психологические методы (Я-структурный тест Г. Аммона, Сексуальная формула М / сексуальная формула Ж (СФМ/СФЖ)); клинико-психопатологический метод (симптоматический опросник SCL-90R); методы описательной статистики, U-критерий Манна-Уитни, г-критерий Спирмена.

Результаты и обсуждение. Синдромальная конфигурация профилей в обеих группах по степени выраженности синдромов не отличается. Можно отметить лишь несколько более выраженные паранойяльные тенденции у мужчин больных шизофренией с ППЭ, но различия не достигают статистической значимости. В группе женщин с ППЭ были получены показатели ниже нормы по конструктивной сексуальности (ср.знач.= $33,7 \pm 10,3$), что говорит об их недостаточной способности к партнерскому сексуальному взаимодействию. В этой же группе преобладает дефицитарная сексуальность (ср.знач.= $53,5 \pm 13,64$), что проявляется в поведении в виде низкой сексуальной активности, избегания реальных сексуальных контактов, тенденцией заменять реальные сексуальные отношения фантазиями, растерянности и пассивности в ситуациях, требующих проявления своей сексуальности. Среди мужчин, больных шизофренией с ППЭ получены показатели, превышающие нормативные значения, находящиеся достоверно выше по деструктивной сексуальности (ср.знач.= $60,4 \pm 10,4$), чем у женщин (ср.знач.= $45,5 \pm 12$). Для мужчин наиболее характерно актуализированное желание сексуального удовлетворения, связанное с возбуждением той или иной эрогенной зоны, потребность в признании и восхищении, желание доказать сексуальное превосходство, следование социально предписанной роли, агрессивное побуждение и т.д. Для женщин же характерна большая эмоциональная вовлеченность, их сексуальность отличается большей психологичностью.

У мужчин больных шизофренией с ППЭ низкие средние показатели были получены по шкалам «психологическая составляющая» (ср.знач.= $5,20 \pm 2,39$) и «удовлетворение половым актом» (ср.знач.= $5 \pm 1,73$). Большинство М чувствуют некоторую неуверенность перед интимной близостью, что возможно связано со страхом неудачи. Несмотря на это, половой акт осуществляется, но самочувствие после процесса может сопровождаться

разочарованием или крайней подавленностью. Следовательно, это находит свое отражение в дисгармонии успешности половой жизни. У женщин больных шизофренией с ППЭ по всем шкалам, за исключением субъективной оценки полового расстройства получены низкие средние показатели. Среди них значения по шкалам «возбуждение», «оргазм», «физическое самочувствие после половых актов» намного ниже нормативных. Большинство женщин не испытывает оргазм или же достигает оргазма только в исключительных обстоятельствах, при этом сам процесс полового акта сопровождается чувством полного безразличия или лишь удовлетворением от сознания выполненного долга. Выявлены достоверные различия по общим показателям СФЖ/СФМ, что отражает более выраженные сложности при реализации полового акта у женщин, нежели у мужчин, больных шизофренией с ППЭ. Сложности реализации полового акта у большинства женщин характеризуются безразличием и недостаточным внутренним возбуждением, что влияет на наступление глубокой острой нервной разрядки. Для женщин важным является эмоциональная сторона полового акта и сам половой партнер. Для мужчин главным является процесс интимной близости.

В результате корреляционного анализа в группе мужчин такие параметры синдромальной конфигурации как соматизация, обсессивность-компульсивность, депрессия, тревога, психотицизм и общий индекс выраженности симптоматики имеют прямые, от слабых до умеренных, взаимосвязи с деструктивной сексуальностью. Необычные телесные ощущения могут привести к крайним проявлениям деструктивной сексуальности, к которым относятся многообразные сексуальные перверзии. Потеря интереса и недостаток мотивации могут привести к избеганию сексуальных отношений. Сложности в межличностных отношениях вызывают депрессивные симптомы, преимущественно из-за проблем, связанных с психосексуальным фактором. Из-за высокого уровня тревожности близость может восприниматься как угроза потери аутистической автономии.

В группе женщин больных шизофренией с ППЭ существует прямая взаимосвязь между дефицитарной сексуальностью, враждебностью и фобической тревожностью. Враждебность, подозрительность, страх потери независимости значительно снижают сексуальные желания. Сексуальная активность может ассоциироваться со страхом. Сексуальность не воспринимается как необходимый компонент взаимоотношений. Взаимоотношения с противоположным полом могут вызывать тревожные чувства, враждебные мысли. Соматизация, межличностная сензитивность, депрессия, тревожность, фобическая тревожность, психотизм и общий индекс тяжести симптомов имеют обратные взаимосвязи с конструктивной сексуальностью. Чем более выражены симптомы депрессии в группе женщин, тем меньшую

ценность представляет половая жизнь. Прежде всего это связано с тем, что в рамках депрессивного синдрома отмечается снижение полового влечения, уменьшается сексуальная активность и инициативность. Тревожность, межличностная сензитивность затрудняют получение взаимного удовольствия от физического, телесного сексуального взаимодействия. В свою очередь проблемы в сексуальной сфере приводят к избеганию взаимоотношений с противоположным полом, к шизоидному стилю жизни.

Выводы. Таким образом, особенности мужской и женской сексуальности больных шизофренией с ППЭ определяются наличием ряда симптомов, характерного для данного заболевания. Нарушения физиологического компонента сексуальности при шизофрении у мужчин встречаются реже, чем у женщин. Нарастание психопатологических синдромов у мужчин больных шизофренией с ППЭ приводит к деструктивной сексуальности, у женщин как к деструктивной, так и к дефицитарной сексуальности. Выявлены статистически достоверные взаимосвязи между клинико-психопатологическими характеристиками и мужской и женской сексуальностью больных шизофренией с ППЭ, с большим количеством взаимосвязей в группе женщин. Полученные результаты исследования могут стать «мишенями» психокоррекционной программы с учетом особенностей физиологической и психологической составляющей сексуальности для лиц больных шизофренией, перенесших ППЭ, направленную на развитие позитивного «образа-Я», принятие своего тела, взаимоотношения с противоположным полом. На этапе стационарного лечения необходимо включить занятия, посвященные информированию о влиянии симптомов заболевания на сексуальную сферу пациентов.

РАЗЛИЧИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ КАРБАМАЗЕПИНА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АКТИВНОСТИ СУРЗА У ПАЦИЕНТОВ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, КОМОРБИДНЫМИ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Панов А.С., Застрожин М.С.

г. Москва

Московский научно-практический центр наркологии

Актуальность. В структуре абстинентного алкогольного синдрома (ААС) наблюдаются различные варианты эмоциональных нарушений, при этом наибольшая факторная нагрузка приходится на депрессивную

симптоматику, дисфорию и тревогу. Нормотимические средства способны сглаживать циркулярные расстройства аффективной сферы и смягчать проявления поведенческих расстройств. В наркологической практике при АСС кроме анксиолитиков широко применяют малые антиконвульсанты (производные карбамазепина) в качестве стабилизатора настроения [Кинкулькина М.А., 2007, Иванец Н.Н., 2008]. Однако чаще карбамазепин, как нормотимик, используется для коррекции эмоциональных нарушений при биполярном аффективном расстройстве и циклотимии [Goodwin G.M., 2016].

В рамках сочетанных патологий циклотимии, а именно проявления субдепрессивной или депрессивной симптоматики, и алкоголизма применение карбамазепина должно оказывать комплексный терапевтический эффект на оба заболевания. При этом применение карбамазепина часто бывает либо мало эффективным, либо сопровождается развитием нежелательных реакций.

В работах, посвященных метаболизму карбамазепина, особую роль отдают печеночным ферментам цитохрома P450: CYP3A4, CYP3A5, CYP2C8, CYP2C19. Более того, исследования корейских и китайских коллег показали, что полиморфизм генов, кодирующих изоферменты CYP3A4 и CYP3A5 может оказывать влияние на их активность [Maekawa K., 2009, Park P.W., 2009, Xu Zhu, 2014], что в свою очередь приводит к различной скорости элиминации субстратов карбамазепина, и, следовательно, изменению показателей эффективности, безопасности и частоты развития нежелательных лекарственных реакций.

В настоящее время отсутствуют данные о связи полиморфизма гена CYP3A5 с эффективностью и безопасностью карбамазепина у русских пациентов, а в частности пациентов страдающих алкогольной зависимостью.

Цель и задачи. Выяснить влияние активности изоферментов подсемейства CYP3A на показатели эффективности и безопасности карбамазепина у пациентов с аффективными расстройствами, коморбидными с алкоголизмом.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 117 пациентов мужского пола (средний возраст – $34,6 \pm 7,2$ года). Критерии включения в исследование: наличие двух диагнозов – «Циклотимия (F34.0)» и «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром зависимости средней стадии неосложненный. Воздержание в условиях, ограничивающих потребление алкоголя (F10.212)»; наличие подписанного информированного согласия; терапия, включающая карбамазепин длительностью не менее 16 дней.

Пациенты с целью коррекции субдепрессивных расстройств получали карбамазепин в таблетированной форме в дозировке 200,0 [100,0; 400,0] мг/сут в течение 16 дней.

Для оценки эффективности карбамазепина применяли международные психометрические шкалы: Пенсильванская шкала патологического влечения (PACS), Визуально-аналоговая шкала оценки влечения к алкоголю (VAS), Шкала общего клинического впечатления (Clinical Global Impression – CGI), Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), Шкала депрессии Гамильтона (HAMD), Профиль безопасности исследовали с помощью шкал оценки побочного действия (UKU Side-Effect Rating Scale – UKU). Исследование пациентов проводили за день до начала терапии, включающей карбамазепин, а также на 1-й, 9-й и 16-й дни терапии.

Для проведения генотипирования использовали венозную кровь, собранную на 16-е сутки после начала применения карбамазепина. Определение однонуклеотидных генетических полиморфизмов (SNP's) 6986A>G гена CYP3A5 (rs776746) происходило методом ПЦР в реальном времени на ДНК. [Застрожин М.С., 2015, 2018]

Оценку активности изоферментов подсемейства CYP3A проводили с использованием метода высокоэффективной жидкостной хроматографии с масс-спектрометрией (ВЭЖХ с МС/МС) по содержанию в моче эндогенного субстрата данного изофермента и его метаболита – отношение 6-бетигидроксикортизол (6-β-НС) / кортизол [Застрожин М.С., 2017, 2018].

Статистический анализ результатов исследования проводили методами непараметрической статистики. При выборе метода брали во внимание нормальность распределения выборок, которую оценивали с помощью W-теста Шапиро–Уилка. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$ (при статистической мощности свыше 80 %). Для сравнения двух выборок непрерывных независимых данных использовали U-тест Манна–Уитни с дальнейшей коррекцией p-value с помощью теста Бенджамина–Хохберга на множественное сравнение. Сравнение частот осуществляли с помощью теста χ^2 Пирсона.

Результаты и обсуждение. По результатам исследования были получены статистически значимые различия в количестве баллов по шкале депрессии Гамильтона (HAMD) у пациентов с разными генотипами по полиморфному маркеру 6986A>G гена CYP3A5 на 9-й день терапии: (GG) 2,0 [2,0; 3,0], (AG) 4,0 [4,0; 4,0], $p < 0,001$, а также на 16-й день: (GG) 1,0 [1,0; 2,0], (AG) 2,0 [2,0; 3,0], $p < 0,001$. Безопасность терапии у пациентов с разными генотипами по данному полиморфному маркеру также различались: по шкале UKU на 9-й день: (GG) 2,0 [2,0; 2,0], (AG) 2,0 [1,0; 2,0], $p < 0,001$, и 16-й день: (GG) 4,0 [4,0; 5,0], (AG) 3,0 [3,0; 3,0], $p < 0,001$.

По другим психометрическим шкалам также наблюдалось наличие статистически значимой разницы у пациентов с разными генотипами по полиморфному маркеру 6986A>G гена CYP3A5 (rs776746) во все дни исследования.

Сравнение баллов по шкале выраженности НЛР UKU у пациентов с разными генотипами на момент начала исследования было сопоставимо по данному показателю: (GG) 1,0 [0,0; 1,0], (AG) 0,0 [0,0; 1,0], $p = 0,411$. К 9-му дню исследования выраженность НЛР по шкале UKU статистически значимо различалась в группах пациентов с разными генотипами: (GG) 2,0 [2,0; 2,0], (AG) 2,0 [1,0; 2,0], $p < 0,001$. Разница увеличивалась на 16-й терапии: (GG) 4,0 [4,0; 5,0], (AG) 3,0 [3,0; 3,0], $p < 0,001$.

По результатам фенотипирования была получена статистическая значимость в показателе метаболического отношения кортизол/6-бета-гидроксикортизол: AG 5,31 [2,23; 8,17], GG 1,91 [1,01; 4,01], $p = 0,004$.

Расчет показателей коэффициентов корреляции между разницей в количестве баллов по психометрическим шкалам и метаболическим отношением показал наличие статистически значимой слабой обратной корреляции между показателем эффективности, оцененной с помощью шкалы HAM-D ($r = -0,31$, $p < 0,05$) и статистически значимой слабой обратной корреляции по шкале UKU ($r = -0,464$, $p < 0,05$).

По данным пяти психометрических шкал (PACS, VAS, CGI, HADS, HAM-D) эффективность терапии карбамазепином в данном исследовании статистически значимо отличалась: баллы на 9 и 16 день терапии у гомозиготных пациентов с генотипом GG были ниже, чем у пациентов с генотипом AG. Это предположительно связано с тем, что у пациентов, являющихся носителями генотипа GG, активность CYP3A5 снижена, что, в свою очередь, приводит к замедлению скорости биотрансформации и элиминации карбамазепина, накоплению его в плазме и более выраженному терапевтическому эффекту лекарства. Однако у пациентов, являющихся носителями генотипов GG, отмечалось и более быстрое нарастание баллов по шкале UKU, что свидетельствует о том, что у пациентов, носителей аллеля G терапия карбамазепином сопряжена с развитием более выраженных нежелательных реакций, чем у носителей аллеля A.

Выводы. В исследовании на группе из 117 пациентов с аффективными расстройствами, в рамках диагноза «Циклотимия» коморбидными с алкогольной зависимостью, было продемонстрировано влияние активности CYP3A на показатель эффективности терапии карбамазепином. Данное влияние было показано с использованием результатов генотипирования и результатами фенотипирования, оцененных по отношению концентраций эндогенного субстрата кортизола и его метаболита – 6-бета-гидроксикортизола. Исходя из этих данных, при терапии карбамазепином рекомендуется помнить о различии нарастания терапевтического эффекта и развития нежелательных лекарственных реакций у пациентов с разным генотипом.

ПРОТЕОЛИТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА IGG ПРИ ШИЗОФРЕНИИ В КОНТЕКСТЕ ПОИСКА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ МИЕЛИНА

Паршукова Д.А., Дмитриева Е.Г.

г. Томск

Томский национальный исследовательский медицинский центр

Актуальность. В соответствии с современными представлениями, в основе шизофрении лежит нарушение процессов синаптической передачи, приводящее к повреждению нейронов и их выраженной дисфункции (Beasley et al., 2002; Hashimoto et al., 2007; Gavin Reynolds, 2015). В настоящее время накоплен большой объем информации, основанной на экспериментальных исследованиях, подтверждающий гипотезу о вовлеченности иммунной системы в развитие данной патологии. Однако, многие важные вопросы сопутствующих нейроиммунных взаимодействий остаются нерешёнными. В частности, до сих пор встречаются противоречивые данные о функциональной роли и количественном соотношении IgG у больных шизофренией. У больных шизофренией обнаружено повреждение гематоэнцефалического барьера наряду с сенсибилизацией к нейрогенным антигенам, в том числе появление антител к основному белку миелина (ОБМ) (Rimón et al., 1986; Kliushnik et al., 2008). Антитела, способные катализировать биохимические реакции – абзимы – обнаруживаются при ряде заболеваний, сопровождающихся значительным нарушением гомеостаза иммунной системы. Каталитические антитела, способные гидролизовать основной белок миелина, обнаружены и детально исследованы при рассеянном склерозе и системной красной волчанке, патогенез которых связан с демиелинизацией оболочек нейронов, в результате чего возникает нарушение проведения нервных импульсов. Ранее при шизофрении было показано наличие каталитических IgG, способных катализировать гидролиз ДНК и окислительно-восстановительные реакции (Ermaikov E.A. et al., 2014, 2015). Однако исследованиям расщепления нейроспецифических белков, которое могло бы установить связь между нарушением иммунной регуляции и патологией миелина, однозначно представленных в патогенезе шизофрении, не было уделено достаточного внимания.

Цель и задачи. Изучение каталитической активности антител, катализирующих гидролиз основного белка миелина при шизофрении.

Материалы и методы. В данное исследование были включены 60 человек с диагнозом шизофрения, находящихся на лечении в отделении

эндогенных расстройств клиник НИИ психического здоровья г. Томска. Группу контроля составили 20 психически и соматически здоровых лиц, соответствующих половозрастному составу пациентам с шизофренией. Ведущая симптоматика устанавливалась в соответствии с баллами по шкале PANSS. Пациенты находились в стадии обострения на фоне длительной отмены приема препаратов. В ходе исследования больные шизофренией распределялись по группам в зависимости от преобладания ведущей симптоматики. Критериями исключения для всех обследуемых лиц являлись наличие острых и хронических инфекционных, воспалительных, аутоиммунных заболеваний.

Иммуноглобулины класса G были выделены методом аффинной хроматографии на колонках с ProteinG-Sepharose. На основании проверки строгих критериев (гомогенность, pH-шок) показано, что каталитическая активность является собственным свойством антител.

В работе исследовалась каталитическая активность IgG выделенных из сыворотки крови больных шизофренией и способных гидролизовать ОБМ с помощью электрофореза в полиакриламидном геле. Был исследован уровень сывороточных антител к ОБМ у пациентов с шизофренией методом твердофазного ИФА. Дополнительно был проведен анализ плотности миелина на основе картирования макромолекулярной протонной фракции (МПФ) путем МРТ сканирования, по авторской методике В.Л. Ярных (Ярных В.Л., 2012).

Результаты и обсуждение. В начале работы был проведен скрининг пациентов на содержание антител к ОБМ в сыворотке крови методом ИФА. У пациентов с шизофренией было выявлено достоверное увеличение уровня АТ ($p=0,0014$) по сравнению со здоровыми лицами, что в целом согласуется с литературными данными (Rimon et al., 1986; Kliushnik et al., 2008).

Среди общего пула анти-ОБМ антител у больных шизофренией были выявлены IgG, способные специфически гидролизовать ОБМ. В результате скрининга активности протеолитических абзимов, было показано, что антитела пациентов с шизофренией демонстрируют активность в несколько раз превышающую активность здоровых лиц и пациентов в ремиссии. Примечательно, что активность антител, способных к гидролизу ОБМ, статистически достоверно коррелировала с уровнем содержания IgG к ОБМ в сыворотке пациентов с шизофренией ($r=0,48$; $p=0,026$).

По результатам исследования было обнаружено достоверное двукратное повышение значений ОБМ-гидролизующей активности протеолитических IgG при ведущей негативной симптоматике ($p=0,0342$). Кроме того, более высокие титры АТ к ОБМ были представлены у пациентов с ведущей негативной симптоматикой. Эти данные косвенно свидетельствуют о более интенсивном повреждении миелина при шизофрении, что в целом было

подтверждено анализом плотности миелина. При оценке МПФ в группах пациентов с разной ведущей симптоматикой было выявлено достоверное снижение плотности миелина при негативной симптоматике по сравнению с группой контроля в глобальном сером веществе, белом веществе, смешанном веществе и корковом сером веществе. В то время как между группами больных с преобладанием позитивной симптоматики и здоровыми лицами значимых различий в показателях МПФ выявлено не было.

Данные изменения предположительно могут объясняться появлением иммуногенного субстрата – ОБМ, который проявляется на фоне поврежденного ГЭБ и способствует образованию антител с протеолитической активностью. Корреляционный анализ выявил достоверную отрицательную корреляцию средней силы ($r = -0,593$; $p = 0,019$) между уровнем удельной активности ОБМ-гидролизующих IgG и плотностью миелина (МПФ) в белом веществе головного мозга.

Выводы. Вопрос о патогенетической роли ОБМ-гидролизующих АТ при шизофрении остается открытым, однако, очевидно, что они являются компонентом иммунного ответа организма, развивающегося в ходе заболевания. Обобщая полученные результаты, можно заключить, что каталитические антитела с ОБМ-гидролизующей активностью могут использоваться в качестве периферического маркера, отражающего степень дефекта в миелинизированных структурах.

Работа поддержана грантом РНФ №18-15-00053 «Поиск периферических маркёров ассоциированных с нарушением миелинизации головного мозга и патогенезом заболевания при шизофрении» 2018–2020 гг.

[illegible]

Петрухина О.С.

2. Москва

*Национальный научный центр наркологии – филиал
Национального медицинского исследовательского центра
психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского*

Актуальность. В 2016 г. в Российской Федерации был отмечен рост суицидов среди подростков по сравнению с предыдущим годом. Одной из причин масс-медиа называли активизацию «групп смерти» в социальных

сетях. Вместе с тем, по мнению ряда экспертов, тема сильно раздута СМИ: как считают многие психологи, в отношении групп смерти в социальных сетях речь идет о так называемых «моральных паниках». Особенности коммуникации в Интернет-пространстве открывают широкие возможности для манипулирования сознанием и поведением аудитории. Основные механизмы психологического воздействия – внушение и убеждение. Убеждение обращено к сознанию и логике индивида, поддается критической оценке; внушение обращено к эмоциональной сфере, поэтому часто не поддается критической оценке.

Цель и задачи исследования:

1. Провести эмпирическое исследование представленности контента антисуицидальной направленности в Рунете;
2. Описать основы профилактики суицидального поведения подростков.

Материалы и методы. Эмпирическую базу исследования составили данные, полученные с помощью наиболее популярных в Рунете поисковых систем и материалы, размещенные в наиболее популярных социальных сетях русскоязычного Интернета.

Результаты и обсуждение. Данные об «эпидемии» подростковых суицидов не соответствуют действительности. Некоторое увеличение числа самоубийств подростков в 2016 г. требует мониторинга и сравнения с данными 2017 и 2018 гг. – для выявления тенденции. На уровне доказательных научных исследований зависимость увеличения количества подростковых суицидов от существования «групп смерти» на сегодняшний день не подтверждена.

Вместе с тем, подростковый возраст является одним из факторов суицидального риска. Особо значимыми факторами риска суицидальной активности подростков являются безнадежность, одиночество, наряду с потенциальными факторами (личностные акцентуации, психологические характеристики семейного функционирования), а среди механизмов развития суицидального поведения одно из ведущих мест занимает агрессия.

Сообщения о самоубийствах или изображения самоубийств, передаваемые в средствах массовой информации и коммуникации, имеют негативный эффект и могут провоцировать суицидальные действия, особенно у подростков и лиц молодого возраста.

В Русскоязычном сегменте Интернета присутствует как контент информационно-профилактической направленности, так и деструктивный контент. При этом деструктивный контент реализуется в видео формате, в вербальном (текстовом) формате контроль за содержанием реализуется на адекватном уровне.

Профилактика суицидального поведения должна строиться как система, включающая в себя превентивные меры и мероприятия по выявлению

и оперативной психолого-педагогической коррекции неблагоприятного развития кризисных состояний.

Основными задачами антисуицидальных сайтов являются:

1. Пропаганда антисуицидальных и протективных в отношении аутодеструктивного поведения идей;
2. Предложение жизнеутверждающих материалов с действенными рекомендациями по преодолению кризисов, примерами обычных людей, полезной информации и т.д.);
3. Привлечение внимания к охране психического здоровья населения;
4. Предоставление данных о зарекомендовавших себя профессиональных учреждениях помощи людям, попавшим в сложные жизненные ситуации, и суицидологической помощи;
5. Укрепление взаимодействия с профессионалами суицидологической службы;
6. Информирование об эффективных инструментах противодействия распространению просуицидальных материалов («Единый реестр запрещённых сайтов», Лига безопасного интернета);
7. Информирование о специализированных ресурсах и формах оказания кризисной помощи людям с наличием суицидальных тенденций и/или находящихся в состоянии дезадаптации.

Выводы. Изучение контента сайтов антисуицидальной направленности, функционирующих на территории Российской Федерации, свидетельствует о существовании явного дефицита сайтов, ориентированных на профилактику суицидального поведения несовершеннолетних.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИСФУНКЦИИ КОГНИТИВНОГО КОНТРОЛЯ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Пешковская А.Г., Галкин С.А.

г. Томск

Томский национальный исследовательский медицинский центр

Актуальность. Когнитивный контроль представляет собой важную функцию, позволяющую быстро адаптировать поведение в соответствии с изменениями среды путем перманентного перераспределения когнитивных ресурсов. Этот тонко настроенный механизм нарушается при целом спектре психических расстройств, таких как синдром дефицита внимания и гиперактивности, депрессия, шизофрения, антисоциальное расстройство

личности и расстройства связанные со злоупотреблением психоактивными веществами (Murphy F.C. et al., 2001; Thoma, P. et al., 2007; Easton C.J. et al., 2008; Baker A.L. et al., 2012; Brevik E.J. et al., 2013; Nolen-Hoeksema S., 2013; Chen S., Jia Y., Woltering S., 2018; Schweiger J.I. et al 2018; Бохан Н.А. и соавт., 2013, 2018; Пешковская А.Г. и соавт., 2014, 2016). В частности, одна из специфических функций когнитивного контроля – сдерживание нежелательных действий (inhibition) – является важным компонентом саморегуляции поведения. Недостаточность сдерживания (подавления) реакции (response inhibition), характеризуется импульсивным поведением и выступает наиболее характерным нарушением при алкогольной зависимости, а также способствует формированию когнитивного дефицита (Noel X. et al., 2007; Lawrence A.J. et al., 2009; Niendam T.A. et al., 2012).

Цель и задачи. Нейроимаджинговые и нейрофизиологические исследования подтвердили вклад лобных областей головного мозга в реализацию когнитивного контроля, маркеры которого зафиксированы в префронтальной коре (Alvarez & Emory, 2006; Yang Y. & Raine A., 2009; Buschman and Miller 2007; Benchenane K. et al. 2011; Siegel et al. 2012; Phillips et al. 2014; Bastos et al. 2014). Однако нейронные корреляты дефицита когнитивного контроля, в частности, процессов ингибции (inhibition) при алкоголизме все еще недостаточно ясны. Наше исследование направлено на определение характера нарушений когнитивного контроля и специфики его нейрофизиологических коррелятов при алкоголизме во взаимосвязи с клиническими заболеваниями.

Материалы и методы. Выборка. В исследование включены данные 20 пациентов с алкогольной зависимостью (F10.2) после детоксикации (средний возраст $47,21 \pm 9,23$ лет; длительность заболевания $15,47 \pm 12,21$ лет). Контрольную группу составили 20 здоровых испытуемых (средний возраст $41,25 \pm 13,09$ лет). Все участники исследования имели нормальное или скорректированное до нормального зрение, не принимали лекарств и не страдали от расстройств или травм центральной нервной системы. Исследование было одобрено локальным этическим комитетом НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра РАН. Экспериментальная процедура проведена в соответствии с Хельсинкской декларацией (World Medical Association, 2013).

Экспериментальное оборудование и процедура. Визуальные стимулы для исследования когнитивного контроля предъявлялись на экране компьютера. Исследование нейрофизиологических параметров активности головного мозга проводилось на 16-канальном электроэнцефалографе «Неврополиграф» с вычислением значений спектральной мощности альфа- и бета-ритмов (мкВ^2) в лобных, центральных и височных отведениях. Исследование нейрофизиологических параметров осуществлялось с регистрацией

фона с открытыми глазами (1 мин.), пробы с когнитивной нагрузкой (задача Go/No-go). Мощность альфа-ритмов (7,5–12 Hz) и бета-ритмов (13–34 Hz) анализировалась в соответствии с принятой методологией (International Federation of Clinical Neurophysiology).

Результаты и обсуждение. Анализ различий в функционировании когнитивного контроля показал большее количество ошибок в группе пациентов: в среднем 7,35 против 3,25 в контрольной группе ($p = 0,039$), что отражает недостаточность когнитивного контроля у пациентов.

Для оценки влияния алкогольной зависимости на нейрофизиологические характеристики активности ритмов головного мозга был проведен дисперсионный анализ ANOVA. В качестве независимых переменных мы рассматривали 1) группу (пациенты vs здоровые лица группы контроля) и 2) область головного мозга; зависимыми переменными стали средние значения мощности альфа и бета ритмов. Анализ показал высокий уровень значимости различий между здоровыми лицами и пациентами в характеристиках бета ритма $\lambda = 0,906$, $F(2, 115)=5,961$, $p=0,003$. Процесс подавления реакции, как составляющей функции когнитивного контроля, актуализированного при помощи Go/No-go задачи характеризовался значимым повышением мощности бета-ритма во фронтальных ($p=0,004$) и центральных областях ($p=0,029$) среди пациентов в сравнении со здоровыми испытуемыми. Статистически значимых различий альфа-активности выявлено не было ($F= 1,407$, $p= 0,238$).

Кроме того, неэффективная реализация контроля над импульсами у пациентов была связана с клиническими параметрами алкогольной зависимости: количеством госпитализаций пациентов (0,54, $p=0,028$), уровнем толерантности к алкоголю (0,62, $p=0,028$) и максимальной длительностью светлого промежутка в месяцах (-0,42, $p= 0,010$).

Мы показали, что ряд важных клинических параметров алкогольной зависимости связан с уровнем сохранности когнитивного контроля у пациентов. При активации данного когнитивного процесса, пациенты продемонстрировали большее число ошибок, чем здоровые испытуемые. Более того, ошибки пациентов, связанные с недостаточностью когнитивного контроля, имели характер двигательной автоматической реакции на стимул, что подтвердилось повышением бета-ритма в моторных областях коры головного мозга пациентов. Учитывая зафиксированное участие колебаний бета-диапазона при подготовке движения, неудивительно, что эффекты бета-ритма, связанные с активацией моторных областей регулярно наблюдаются в задачах на принятие решений, когда выбор должен сообщаться посредством моторного ответа (Kaiser et al., 2007; Bidet-Caulet et al., 2012). Однако только в 2018 году было опубликовано одно из исследований, дающих первые доказательства того, что лица с алкогольной зависимостью

страдают от дисфункции тормозных механизмов центральной нервной системы, действующих на уровне системы моторных областей головного мозга (Quoilin C. et al., 2018). Наши результаты согласуются с данными представлениями. Кроме того, выявленные особенности бета-активности у лиц с алкогольной зависимостью могут быть обусловлены трофическими изменениями фронтальных и центральных отделов головного мозга, поскольку мощность бета-ритма положительно коррелирует с метаболической активностью в соответствующей мозговой области.

Выводы. Выявленные ассоциации недостаточности когнитивного контроля и клинических параметров алкоголизма могут служить потенциальными индикаторами как для оценки тяжести заболевания, так и для определения ресурсов продолжительной ремиссии и профилактики рецидивов.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 18-313-00147.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ МЕТАДОНОМ И ЕЕ СВЯЗЬ С СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ПАЦИЕНТОВ

Пикиреня В.И.

*Республика Беларусь
г. Минск*

Белорусский государственный медицинский университет

Актуальность. Удержание потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в программах заместительной терапии является одним из лучших критериев эффективности ее работы и требует выявления пациентов с повышенным риском ухода от лечения и более интенсивного взаимодействия с ними. Изучение факторов, оказывающих влияние на удержание в программе, может способствовать лучшим результатам лечения и социальной адаптации наркопотребителей.

Цель и задачи. Оценить социально-демографические показатели пациентов ЗТМ и определить их связь с эффективностью программ заместительной терапии для оптимизации профилактических и лечебных мероприятий. Задачи: Дать общую характеристику группе пациентов, включенных в программу ЗТМ; выявить их клинико-психологические особенности; определить факторы, связанные с выходом или удержанием в ЗТМ.

Материалы и методы. Обследовано 92 человека, давших информированное согласие на участие в исследовании, находившиеся в программе ЗТМ в УЗ «Городской клинический наркологический диспансер» г. Минска. Оценка проблем, связанных с употреблением психоактивных веществ, производилась с помощью Белорусского индекса тяжести аддикции для клинического применения и обучения («Б-ИТА», версия 2.3-3.01.2001), являющейся адаптированной формой Европейского индекса тяжести аддикции (EuropASI).

Дизайн исследования. Продольное с выделением параллельных групп путем отслеживания катамнеза (удержания в программе ЗТМ) в течении 2 лет. Средний возраст исследуемых составил 34,01 года ($SD=4,96$). Распределение по полу: 71,7 % – мужского пола и 28,3 % – женского. Средний стаж употребления инъекционных наркотиков 13,8 лет ($SD=4,8$), ВИЧ-положительными (ВИЧ+) были 32,6 % обследуемых, с гепатитом С (С+) – 95,7 %.

Качественные характеристики проверялись на наличие значимых отличий в соответствии с критерием χ^2 Пирсона. Количественные данные сравнивались с использованием критерия Манна-Уитни для независимых выборок. Как для количественных, так и для качественных данных отличия считались значимыми, когда нулевая гипотеза о равенности выборок отвергалась с уровнем значимости $p < 0,05$ при 95 % доверительном интервале.

Результаты и обсуждение. Среди обследованных пациентов ВИЧ+ были 32,6 %, гепатит С у 95,7 %. У 45,6 % имела место отягощенная наследственность по синдрому зависимости от ПАВ (алкоголь или наркотики). Основная часть пациентов не имела специального образования, что дополнительно создавало трудности в социализации, при этом 52,7 %. Среднее количество судимостей 2,92 ($SD=1,91$), при этом 96,7 % пациентов сообщают о наличии у них в прошлом проблем с МВД. Стаж употребления инъекционных наркотиков, в среднем 13,8 лет ($SD=4,8$).

У пациентов, проходивших ЗТМ, выявлено частое употребление психотропных препаратов без назначения врача (74,7 %), вероятно, в связи с наличием высокого уровня депрессивных (89 %) и тревожных (80,2 %) симптомов, а также высокой частотой встречаемости агрессивного поведения (78 %) и суицидальных проявлений (суицидальные мысли у 59,3 % и суицидальные попытки у 36,3 %). Склонность к антисоциальному поведению в детстве имела место у 37,8 % обследованных пациентов. 24,4 % пациентов отнесли свои детско-родительские отношения с родителями к категории «постоянно конфликтных», о жестоком обращении со стороны родителей в детстве положительно ответили 68,9 %, а 43,3 % пациентов считают брак родителей неблагополучным.

Анализ не показал значимой связи между удержанием в программе ЗТМ и полом, возрастом при принятии в программу, «ВИЧ и гепатит С статусом»,

образованием, семейным положением и количеством детей в семье потребителей. Не выявлено значимых отличий параллельных групп в материальном положении семьи и результатами предыдущих попыток лечения. Также не было выявлено значимых связей между удержанием и наследственной отягощенностью, курением, судорожным синдромом в анамнезе, временем максимальной ремиссии, наличием и количеством предыдущих попыток к лечению, возрастом начала употребления, стажем употребления, стажем инъекционного употребления, опытом лечения расстройств психики и нервной системы, декларированными самими пациентами психическими девиациями и девиациями поведения (в соответствии с градацией Б-ИТА) и другими характеристиками, входящими в структурированное интервью Б-ИТА.

Анализ качественных показателей, позволил как подтвердить связь некоторых выявленных в других исследованиях факторов, так и обнаружить некоторые ранее не установленные связи. К фактору, который был выявлен в нашей работе, относится недавний опыт применения пациентами психотропных препаратов без назначения врача ($\chi^2=13,3$; ст.св.=3, $p=0,004$), $V=0,38$ (средняя сила взаимосвязи). В то же время, не найдены значимые отличия в вероятности исключения из программы ЗТМ и опыта применения психотропных препаратов без назначения врача при анализе удержания в программе в течение 2 лет. Наличие суицидальных мыслей также оказалось значимо связано с вероятностью исключения из программы в течение первого года лечения ($\chi^2=14,4$; ст.св.=3, $p=0,002$), $V=0,397$ (средняя сила взаимосвязи), аналогичный фактор не являлся статистически значимым для двухгодичного удержания в программе ЗТМ. Суицидальные мысли, как косвенное отражение депрессивных симптомов, могут снижать приверженность не только к заместительной терапии, но и к лечению от других расстройств. Наличие тревожной симптоматики было статистически значимо связано с вероятностью исключения из программы в течение 2 лет лечения ($\chi^2=8,96$; ст.св.=3, $p=0,03$), $V=0,314$ (средняя сила взаимосвязи). Позитивное отношение к труду было статистически значимо связано с удержанием в программе в течение первого года ($\chi^2=6,01$; ст.св.=2, $p=0,05$), $V=0,257$ (средняя сила взаимосвязи), при этом в нашем исследовании ни наличие профессии, ни фактическая вовлеченность в трудовые процессы не оказывали влияния на вероятность удержания в программе ЗТМ. Наличие в анамнезе задержаний или заключений под стражу было статистически значимо связано с удержанием в программе ЗТМ в течение 2 лет ($\chi^2=4,298$; ст.св.=1, $p=0,038$), $V=0,217$ (средняя сила взаимосвязи). В то же время не было найдено значимой связи количества судимостей и удержания в программе. Наличие людей, с которыми пациент может проводить свободное время без употребления ПАВ было значимо связано с удержанием в программе в течение 2 лет лечения ($\chi^2=5,606$; ст.св.=1, $p=0,018$), $V=0,25$ (средняя сила

взаимосвязи). Это подтверждается статистическими данными при анализе соответствующих показателей из раздела «Уровни реабилитационного потенциала» и удержания в программе ЗТМ. Несмотря на то, что в общей группе пациентов, прошедших ЗТМ частота алкогольных психозов была невысокой (6,6 %), найдена значимая связь между удержанием в течение 1 года и психозами в анамнезе ($\chi^2=10,89$; ст.св.=2, $p=0,004$). Сила связи, рассчитанная по «V Крамера» равна 0,346, что соответствует средней силе взаимосвязи. Не найдены значимые связи между удержанием в течение 2 лет и психозами в анамнезе.

Выводы.

1. Пациенты, проходящие программу заместительной терапии метадон-ом, имеют большое количество сопутствующих расстройств и находятся в тяжелой социальной ситуации, что позволяет отнести их к группе «сложных пациентов» в плане лечения и реабилитации.

2. На удержание пациентов в программе ЗТМ негативно влияют такие факторы как самолечение нарушений психики и нервной системы, тревожная и депрессивная симптоматика, количество судимостей, социальное окружение и психозы, связанные с употреблением ПАВ и положительно-позитивное отношение к труду.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВКЛАДА ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА *PRP5K2A* В КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ ШИЗОФРЕНИИ

Полтавская Е.Г.

г. Томск

Томский научно-исследовательский медицинский центр

Актуальность. Клиническая картина шизофрении крайне полиморфна. Она может представлять собой широкий спектр нарушений психики от неврозоподобных расстройств до острых галлюцинаторно-параноидных и онейроидно-кататонических психозов (Ван Харен Н.Е. и соавт., 2008). Психопатологические проявления шизофрении подразделяются на негативные и позитивные. Их соотношение и представленность в клинической картине зависят от прогрессивности и формы заболевания (Тиганов А.С., 2012). Манифестация заболевания может наблюдаться в любом возрасте, однако наиболее типичный возраст для начала заболевания – молодой. При этом особая роль в определении возраста шизофрении отводится генетическим особенностям (Пахомова С.А. и соавт., 2009; Жилиева Т.В. и соавт., 2016).

По литературным данным генотипы, предрасполагающие к развитию непрерывного и эпизодического типов течения шизофрении существенно отличаются друг от друга (Тиганов А.С., 2012).

В рамках нейротрансмиттерной гипотезы патогенеза шизофрении объектом интереса в данном исследовании выступает ген PIP5K2A. Он кодирует фермент, необходимый для образования фосфатидилинозитол-4,5-бисфосфат, который является важной фосфоинозитидной сигнальной молекулой (Seeböhm G. et al., 2014). Фосфоинозитиды непосредственно участвуют в передаче сигналов в клетку. Их участие в регуляции функционирования мембранных белков в нейронах влияет на возбудимость нейронов и синаптическое высвобождение нейротрансмиттеров. Особенности сигнальных механизмов, регулирующих нейрональные мембранные белки, представляют собой поле для дальнейшего исследования (Gamper N., Shapiro M.S., 2007).

Цель и задачи. Выявление связи полиморфизма гена PIP5K2A с клиническими особенностями развития шизофрении.

Материалы и методы. В исследование были включены 384 больных шизофренией, проходивших курс стационарного лечения в отделении эндогенных расстройств НИИ психического здоровья, Томской клинической психиатрической больницы), Кемеровской областной клинической психиатрической больницы, Читинской областной клинической психиатрической больницы. Возраст больных в исследуемой нами выборке составил 38 (27–51) лет (общий возрастной интервал от 18 до 65 лет) (указаны значения Me (25 %Q – 75 %Q)). Средняя продолжительность заболевания к моменту исследования составила 23±8,9 лет. Распределение по полу в группе больных шизофренией было следующим: мужчин – 61,4 %, женщин – 38,6 %. Для выявления ведущей симптоматики использовалась шкала PANSS. ДНК выделяли из венозной крови с ЭДТА фенол-хлороформным микрометодом. Генотипирование полиморфизмов rs1417374, rs946961, rs1132816, rs11013052, rs943190, rs10828317, rs746203, rs8341, rs10430590, rs943194, rs1171506, rs11013052 гена PIP5K2A методом ПЦР в реальном времени проводили с помощью набора фирмы «Applied Biosystems» на приборе «Step One Plus» (Applied Biosystems, USA). Статистическую обработку полученных данных выполняли с помощью пакета программ SPSS 21.0 for Windows.

Результаты и обсуждение. В ходе работы были исследованы клинические особенности развития шизофрении (тип течения, ведущая симптоматика, возраст дебюта заболевания) в контексте генетического полиморфизма. Возраст манифестации шизофрении в исследуемой выборке статистически различался ($p=0,006$) между пациентами мужчинами и женщинами. В группе мужчин средний возраст начала заболевания был ниже,

чем в группе женщин, что соответствует литературным данным (Уорнер Р., 2004; Краснов В.Н., 2006). По этой причине при исследовании связи различных генотипов с возрастом манифестации, генотипы сравнивались как в общей группе больных шизофренией, так и отдельно в группах мужчин и женщин. Значимые различия в распределении генотипов были обнаружены только для rs1417374 гена PIP5K2A. Возраст манифестации шизофрении у носителей разных генотипов по локусу rs1417374 в группе женщин статистически не различался, в группе мужчин различался на уровне статистической тенденции ($\chi^2=5,240$, $p=0,073$), а в общей группе различия достигли уровня статистической значимости ($\chi^2=8,047$, $p=0,018$). При этом в общей группе больных шизофренией пациенты с генотипами AG и GG не различаются ($p=0,858$), а пациенты с генотипом AA достоверно отличаются и от пациентов с генотипом AG ($p=0,015$), и от пациентов с генотипом GG ($p=0,018$) (введена поправка Бенджамини-Хочберга на множественные сравнения). В отличие от носителей генотипов AG и GG, у которых возраст манифестации составлял 23 (19–30) и 23,5 (19–31) соответственно (приведено значение $Me(25 \%Q - 75 \%Q)$), у носителей генотипа AA этот показатель был выше и составил 29 (22–35). Таким образом, у носителей генотипа AA заболевание дебютирует позже.

В исследовании было показано, что непрерывный тип течения болезни более характерен для мужчин, чем для женщин ($\chi^2=10,075$, $p=0,001$). Так, в исследуемой выборке больных шизофренией среди мужчин наблюдалось преобладание непрерывного течения заболевания (66,2 % против 33,8 %) в то время, как в группе женщин непрерывный и эпизодический тип течения был представлен в практически равном количестве (48,8 % и 51,2 % соответственно). Было выявлено, что в группе больных шизофренией с непрерывным течением заболевания генотипы CT rs8341 и CC rs946961 гена PIP5K2A встречаются достоверно чаще, чем у пациентов с эпизодическим течением шизофрении ($\chi^2=6,559$, $p=0,038$ и $\chi^2=5,976$, $p=0,049$ соответственно). При развитии шизофрении для носителей генотипа CT rs8341 вероятность развития заболевания с непрерывным течением выше, чем у носителей гомозиготных генотипом по данному локусу (OR для непрерывного типа течения равен 1,63, 95 % CI=1,04–2,25), а для носителей генотипа CT того же полиморфного варианта наоборот вероятнее развитие эпизодического типа течения (OR для непрерывного типа течения в данном случае составляет 0,53, 95 % CI = 0,29–0,97). Для носителей генотипа CC rs946961 вероятность развития непрерывной формы выше (OR=5,17, 95 % CI = 1,20–22,21) вероятности развития заболевания по непрерывному типу течения у двух других генотипов rs946961.

Для выявления ассоциаций полиморфных вариантов исследуемых генов с преобладающими симптомами было проанализировано распределение

частот их генотипов и аллелей в группах с разной ведущей симптоматикой – позитивной либо негативной. В результате проведенного исследования не было выявлено связи между симптоматикой и носительством тех или иных генотипов.

Выводы. В ходе исследования было показано, что с развитием шизофрении по непрерывному типу течения ассоциированы полиморфные варианты rs8341 и rs946961 гена PIP5K2A. Возможно, данные локусы играют роль в формировании длительного нарушения дофаминергической нейротрансмиссии, приводящей к непрерывному течению заболевания. Также наше исследование показало наличие ассоциации rs1417374 гена PIP5K2A с возрастом манифестации шизофрении. Установлено, что у носителей генотипа AA rs1417374 гена PIP5K2A шизофрения дебютирует позже, чем у носителей генотипов AG и GG по данному локусу. Полученный результат можно интерпретировать с позиций двух взаимодействующих гипотез патогенеза шизофрении: дофаминовой и глутаматной. Поскольку протеинкиназа PIP5K2A участвует в дофаминергической нейротрансмиссии опосредованно через калиевые KCNQ каналы, можно предположить, что у носителей AA rs1417374 дизрегуляция дофаминовой нейротрансдукции формируется позже, чем у носителей AG и GG, что приводит к более поздней манифестации болезни. Одновременно с этим, PIP5K2A регулирует работу глутаматных транспортеров EAAT3, и возможно, генотип AA rs1417374 ответственен за более позднее нарушение глутаматергической нейротрансмиссии.

Исследование выполнено при финансовой поддержке гранта РФФИ №18-315-20019 «Новые подходы к генетике клинического полиморфизма и нейрокогнитивного дефицита при шизофрении».

АКАТИЗИЯ – СВЯЗЬ С КОНЦЕНТРАЦИЕЙ АНТИПСИХОТИКОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ И НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ НА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКУЮ СИМПТОМАТИКУ ПРИ ТЕРАПИИ ОБОСТРЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ

Потанин С.С., Бурминский Д.С., Морозова М.А.

г. Москва

Научный центр психического здоровья

Актуальность. Проблема побочных эффектов антипсихотической терапии является актуальной для лечения пациентов с обострением шизофрении (Arana G.W., 2000; Shirzadi A.A., 2006; Ghaemi S.N., 2009). Одним из таких

побочных эффектов является акатизия. Акатизия проявляет себя крайне мучительным переживанием беспричинного физического и психического дискомфорта, которое по данным ряда исследований существенно увеличивает вероятность суицидного и гомицидного поведения (Любов Е.Б., Цупрун В.Е. [21]) Leong G.B., Silva J.A. [166]). Именно акатизия часто приводит к отказу от продолжения лечения. При этом, несмотря на яркие клинические проявления, гиподиагностика или неправильная диагностика этого состояния далеко не редкое явление. (Poyurovsky M., 2010). Проявления акатизии могут быть ошибочно расценены как двигательное возбуждение в рамках психотического состояния или нарастания дисфории, что может привести к увеличению доз антипсихотика и к дальнейшему ухудшению клинической ситуации. Оптимальным способом коррекции акатизии, по современным представлениям, является снижение дозы или смена на препарат с меньшей аффинностью к допаминным рецепторам (Lohr J.B. et al., 2015), что не всегда возможно при остром состоянии пациента. Таким образом, актуальным представляется изучение взаимосвязи побочного эффекта терапии – акатизии и динамики психопатологической симптоматики на фоне лечения, а также связи этого явления с индивидуальной концентрацией антипсихотиков в крови пациента.

Цель и задачи. 1. Оценить связь акатизии с психопатологическими симптомами при обострении шизофрении. 2. Оценить связь акатизии с концентрацией антипсихотиков в плазме крови.

Материалы и методы. В исследование был включен 41 пациент, (23 женщины и 18 мужчин), в возрасте от 23 до 60 лет. Средний возраст составил $45,8 \pm 11,7$ лет, длительность заболевания $15,2 \pm 10,8$ лет. Распределение антипсихотиков было следующим: рисперидон 14 пациентов (средняя доза $4,8 \pm 1,5$ мг/сут), галоперидол 12 пациентов (средняя доза $18,2 \pm 6,5$ мг/сут), зуклопентиксол 6 пациентов (средняя доза $28,3 \pm 11,7$ мг/сут), клозапин 3 пациента (средняя доза $250,0 \pm 57,7$ мг/сут), палиперидон 2 пациента (оба пациента получали 9 мг/сут), арипипразол 2 пациента (оба пациента получали 15 мг/сут), кветиапин 1 пациент (300 мг/сут), оланзапин 1 пациент (15 мг/сут). Пациенты были обследованы через 25–35 дней от момента начала терапии по шкалам PANSS и UKU. Также у пациентов дважды производился забор крови для оценки концентрации антипсихотиков в плазме крови (на 10 и 25–35 дни исследования, второй забор в день проведения оценок по шкалам). Концентрация антипсихотиков в плазме крови определялась с помощью жидкостной tandemной хроматомасс-спектрометрии в лаборатории фармакокинетики ФГБНУ НЦПЗ (зав. лабораторией д.м.н. И.И. Мирошниченко).

Результаты и обсуждение. Акатизия средней и выраженной степени тяжести была отмечена у 11 пациентов (27,5 % от общего числа пациентов,

11 женщин и 1 мужчина). Пациенты с выявленной акатизией получали следующие препараты: рисперидон 4 пациента, галоперидол 2 пациента, зуклопентиксол 3 пациента, клозапин 1 пациент, кветиапин 1 пациент. Статистический анализ показал, что в группе пациентов с выраженными симптомами акатии значимо выше ($p < 0,05$) оказались следующие показатели по шкале PANSS: P2 (концептуальная дезорганизация), P4 (возбуждение), G11 (нарушения внимания), G13 (Волевые нарушения). Кроме того, было показано, что акатия статистически достоверно чаще ($p < 0,05$) отмечается в группе пациентов с повышенной относительно оптимума концентрацией антипсихотиков в плазме крови.

Выводы. Таким образом, в результате анализа полученных результатов было продемонстрировано негативное влияние акатии на такие психопатологические симптомы как возбуждение и нарушения мышления. Ожидаемым результатом стала обнаруженная связь между повышенной относительно оптимума концентрации антипсихотиков у конкретного пациента при адекватной дозе используемого препарата и появлением акатии. Подтвердилась гипотеза, что корректная диагностика акатии и индивидуальный подбор дозирования антипсихотика с учетом концентрации препарата в крови конкретного пациента может улучшить переносимость терапии, повысить комплаентность и существенно улучшить результат лечения больного в целом.

СРАВНЕНИЕ УРОВНЯ СТРЕССА У СРЕДНЕГО ПЕРСОНАЛА И ВРАЧЕЙ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ГОРОДА СМОЛЕНСКА И СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Прянчиков С.Н., Лановенко Я.С.

г. Смоленск

Смоленский государственный медицинский университет

Актуальность. Известно, что стресс является одной из основных причин формирования психоэмоционального напряжения у медицинских работников. Важное значение для проявления стрессовых реакций имеют индивидуальные качества человека, а также вид деятельности. Многочисленные исследования проблемы стресса в медицинской сфере не позволяют найти точных специфических отличий влияния данного процесса от занимаемой должности, а именно средних медицинских работников от врачей. Использование таких методов, как анкетирование среди данных категорий

граждан позволило нам найти характерные общие факторы различия стрессообразования у врачей и среднего медицинского персонала.

Одной из актуальных проблем в современном мире является стресс. В Российской Федерации на сегодняшний день, наблюдается тенденция к прогрессированию количества лиц, находящихся в стрессовых ситуациях. ВОЗ причисляет стресс к главным заболеваниям, угрожающим здоровью человека в XXI веке [Европейская ассоциация ВОЗ, 2013]. По данным ВОЗ, в России каждый третий работник хотя бы раз в неделю испытывает сильный стресс, а 13 % – практически ежедневно. По подсчетам опроса Минтруда РФ, проведенного в 2016 году, более 60 % работников отмечают стресс в качестве негативного фактора, связанного с работой. Профессия медицинского работника является тесно связанной с эмоциональным напряжением. Возможными факторами, влияющими на возникновение стресса у медицинских работников являются: частая повторяемость одних и тех же операций, дефицит времени и высокая ответственность за исход профессиональных действий, особенности образа жизни, когнитивные функции, плохая организация труда, большое количество межличностных взаимодействий, необходимость жестко следовать предписанным правилам, инструкциям, выполнять график работы и дежурств. Отсутствует свобода в планировании, выборе средств решения задач [Багрий М.А., Леонова А.Б. 2009]. Среди врачей и медсестер многими авторами отмечается увеличение различных невротических расстройств [Москаленко В.Д. 2009], которые в дальнейшем могут приводить к депрессиям, алкоголизму и попыткам суицида [Tillet R, 2004]. По данным Американской Психологической Ассоциации (APA) [Pauline Anderson, 2018], в 2018 году число суицидов среди врачей варьировало от 28 до 40 случаев на 100000 человек – в два раза выше, чем среди обычного населения.

Цель и задачи. Определение уровня стресса и факторов, влияющих на стрессоустойчивость у лиц, работающих в медицинской сфере (стационарах и поликлиниках города Смоленска и Смоленской области).

Материалы и методы. Для решения задач исследования было проведено анкетирование средних медицинских работников и врачей, работающих в медицинских учреждениях города и области. В данном исследовании приняли участие 217 человек, средний возраст которых составил 47.8 лет. Было проанкетировано 92 человека с высшим образованием, со средним профессиональным – 125 человек. Среди них было 84 работника из учреждений области и 133 медработника из города Смоленска. Женщин 145, мужчин 72. В анкетировании использовались: тест на стрессоустойчивость Холмса и Раге; опросник на определение уровня стресса Л. Ридера. Для подсчета статистических данных использовалась программа MicrosoftOfficeExcel.

Результаты и обсуждение. При подсчете результатов опросника Ридера с помощью статистических программ, среди факторов, влияющих на стрессоустойчивость у врачей города Смоленска обращают на себя следующие результаты. Врачи города Смоленска часто «считают себя нервными» 74 % (среднее 1.93), «очень беспокоятся о своей работе» 51 % (среднее 1.77). Реже, по итогам опроса, отмечаются «нервное напряжение», «напряжение, связанное с работой». Анкетированные не отмечают у себя «напряженных отношений в семье» и при проведении подсчетов опросника заметно малое количество лиц, отмечающих «истощение физическое к концу рабочего дня».

Из факторов, влияющих на стрессоустойчивость у врачей, работающих в районных учреждениях Смоленской области отмечаются следующие критерии: больше «склонны беспокоиться о своей работе» 58 % (среднее 1.83), чаще «истощаются физически к концу рабочего дня» 80 % (1.97). Врачи районных медицинских учреждений меньше «считают себя нервными» 68 % опрошенных (2.07), не ощущают «нервного напряжения при выполняемой работе», «в общении с людьми», у них редко возникают напряженные отношения в семье.

Ведущими факторами, влияющими на стрессоустойчивость средних медицинских работников города Смоленска, являются: «беспокойство о своей работе» (84 % опрошенных, среднее значение равняется 1.96), «себя считают нервными» (76 % из числа анкетированных, среднее значение – 1.88). В семьях анкетированных, довольно часто отмечается «возникновение напряженных ситуаций в семье» (73 %, среднее значение – 2.12). Реже отмечается «нервное напряжение на работе» и такой фактор как «общение с людьми».

При подсчете факторов, влияющих на стрессоустойчивость у лиц со средним, медицинским образованием в районных центрах Смоленской области можно выделить высокий уровень «беспокойства о своей работе», количество согласных с этим 53 %. «Часто ощущают нервное напряжение» (60 %, среднее 1.84), «физическое истощение к концу рабочего дня» испытывают (71 %, средним 1.82). Довольно редко отмечаются лица, «считающие себя нервными», с «напряженными семейными отношениями», с «нервным напряжением при контакте с людьми».

Для лиц со средним образованием, более характерно физическое истощение, ощущение нервного напряжения при общении с людьми, а так же при выполнении повседневной работы. Возможно, это связано с большей физической нагрузкой; малым количеством рабочих мест; частыми сокращениями и увольнениями; недостаточной оплатой труда; более длительным контактом с пациентами стационара; неудовлетворенностью выбранной профессией; плохой организацией труда.

В исследовании, проведенном Кобяковой О.С., Деевым И.А. и др. «Профессиональное выгорание врачей различных специальностей» [Кобякова О.С. Деев И.А. Куликов Е.С. 2017] отмечалось, что профессиональное выгорание выше у врачей сельской местности, что не соотносится с исследованиями проведенными нами в настоящее время. Николаев Е.Л. в журнале «Вестник психиатрии и психологии Чувашии» [Николаев Е.Л. 2015] писал, что «Медицинские сестры имеют более высокий уровень истощения». По результатам нашего исследования, действительно, у средних медицинских работников отмечается более тяжелое физическое истощение, но также и у врачей, работающих в районных больницах, уровень физического истощения остается высоким. Это может быть связано с тем, что в районных больницах доктора выполняют задачи не в рамках своей компетентности.

Выводы. Таким образом, у лиц со средним медицинским образованием отмечается частое физическое истощение к концу дня, причем вне зависимости от того, где люди работают, в городе или районном центре. Средние медицинские работники, работающие в городе, считают себя более нервными, чаще беспокоятся о своей работе, что возможно сказывается и на их взаимоотношении с семьей, так как уровень возникающих напряженных отношений у них незначительно выше, чем у лиц, работающих в районных больницах. Врачи областного центра так же считают себя более нервными людьми, отмечают беспокойство о своей работе. Для лиц с высшим медицинским образованием, работающих в районных центрах, характерно физическое истощение к концу рабочего дня, что может быть связано с ненормированным рабочим графиком и выполнением функций не в рамках своей компетентности. При сравнении ответов лиц с высшим и средним образованием, проживающих в Смоленске и районных центрах, отмечается одна характерная для всех черта: у всех наблюдался высокий уровень беспокойства за свою работу.

Изложенные факты говорят о том, что необходима разработка профилактических и коррекционных программ, направленных на улучшение психического здоровья врачей и среднего медицинского персонала не только в крупных областных центрах, но и в районных больницах и медицинских пунктах. Причем, существует необходимость в разработке разнонаправленных программ, в соответствии с найденными актуальными факторами, для врачей и среднего медицинского персонала.

**АССОЦИАЦИЯ БИОМАРКЕРОВ
ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА С НЕГАТИВНЫМИ
И КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ
ПРИ ШИЗОФРЕНИИ.
ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ N-АЦЕТИЛЦИСТЕИНА.
ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Пятойкина А.С., Семеннов И.В., Жилиева Т.В.,
Благонарова А.С., Щербатюк Т.Г.

г. Нижний Новгород

*Приволжский исследовательский медицинский университет,
Клиническая психиатрическая больница № 1 г.*

Актуальность. Известно, что потенциальным нейробиологическим фактором развития шизофрении и когнитивных нарушений при этом заболевании является окислительный стресс (Newton DF, 2015). Воздействие на нейроны свободных радикалов и активных форм кислорода (АФК) может привести к фрагментации ДНК, перекисному окислению липидов, повреждению клеточных белков, что ведет к дисфункции и последующему некрозу клеток. Стресс-индуцированная гибель нейронов в префронтальной и передней лобной области мозга приводят к нарушению когнитивных и исполнительных функций (Maas DA, 2017). Глутатион (GSH) является основным антиоксидантом, защищающим клетки от токсического эффекта АФК путем их связывания и элиминирования.

Генетические исследования показали ассоциации между полиморфизмами генов окислительного стресса и шизофренией (Chowdari KV, 2011), включая генетические вариации в глутаматцистеинлигазе (GCLC), участвующей в синтезе GSH. Фибробласты пациентов, несущих минорный аллель GCLC, демонстрируют более низкую экспрессию GSH и GCLC-белка и, таким образом, окислительно-восстановительный дисбаланс.

В связи с потенциальным влиянием на продукцию GSH, полиморфизм генов GCLC был предметом многих исследований. Среди них большой интерес представляют исследования – 129 С/Т полиморфизма (rs17883901) в 5'' -регуляторной области гена. Молекулярные исследования показали, что аллель Т-129 С/Т может подавлять увеличение экспрессии GCLC в ответ на окислительный стресс (Nakamura S, 2002). В ходе исследования, проведенного среди населения Туниса, было выявлено, что генотипы Т-129 С/Т и Т/Т достоверно чаще встречались среди пациентов с шизофренией и были сопряжены с уменьшением синтеза GSH (Liu et al., 2007). Среди жителей России такого рода исследований ранее не проводилось.

Предполагается, что снижение интенсивности окислительного стресса при шизофрении может быть перспективным методом терапии когнитивных нарушений. С этой целью могут быть использованы различные антиоксиданты. В настоящее время в качестве одного из потенциальных препаратов для лечения когнитивного дефицита при шизофрении рассматривают N-ацетилцистеин (NAC), являющийся предшественником GSH (Singh SP, 2011).

Рандомизированное исследование на пациентах с хронической шизофренией показало, что NAC привел к значительному снижению негативных симптомов (Berk M, 2008). Также было выявлено, что NAC улучшает локальную синхронизацию ЭЭГ (Carmeli C, 2012). В последующем эти результаты были подтверждены Farokhnia и соавт. (Farokhnia M, 2013), применявших у пациентов с хронической шизофренией 1000 мг NAC в сутки в качестве дополнения к рисперидону в течение 8 недель. Было обнаружено улучшение симптомов негативной и общей подшкалы PANSS по сравнению с плацебо. Данные из этого исследования были позже проанализированы при изучении динамики когнитивных функций в ответ на лечение 140 пациентов с хронической шизофренией NAC в дозе 2000 мг/сут в течение 24 недель (Rapado-Castro M, 2017). Были получены данные о том, что применение NAC увеличивало уровни глутатиона в головном мозге и улучшало нейрокогнитивные функции, а именно скорость обработки информации. При этом авторами было выдвинуто предположение, что NAC будет более полезен для негативных симптомов на более раннем этапе болезни, когда все еще разворачивается неблагоприятное воздействие редокс-дисрегуляции (Rapado-Castro M, 2017).

До настоящего времени времени масштабного исследования маркеров окислительного стресса, их связи с дефектами генов ферментов антиоксидантной системы у пациентов с первым эпизодом шизофрении и возможности их коррекции не проводилось.

Цель и задачи.

1) Определение частоты минорного аллеля полиморфизма 5'-регуляторной области гена GCLC 129 C/T (rs17883901) у пациентов с первым эпизодом шизофрении;

2) Оценка связи носительства минорного аллеля полиморфизма GCLC 129 C/T (rs17883901) в 5'-регуляторной области со степенью нарушения окислительно-восстановительного баланса в организме.

3) Оценка ассоциации биомаркеров окислительного стресса (генетического и биохимических) с выраженностью позитивных, негативных, когнитивных симптомов шизофрении;

4) Исследование возможности применения NAC как потенциального метода коррекции окислительного стресса, негативных и когнитивных нарушений у пациентов с первым эпизодом шизофрении.

5) Изучение прогностической значимости оценки уровня GSH и носительства минорного аллеля полиморфизма GCLC 129 C/T для персонифицированной терапии NAC пациентов с шизофренией.

Материалы и методы. К настоящему моменту набрано 10 человек, соответствующих критериям включения: возраст 18–44 лет, диагноз параноидной шизофрении, подтвержденный с помощью MINI для DSM-5, стадия становления ремиссии или ремиссии, длительность со времени дебюта заболевания не более трех лет, прием стабильной антипсихотической терапии. Критерии исключения: возраст младше 18 и старше 44 лет, наличие тяжелой психической патологии, сопровождающейся измененным сознанием, нарушениями поведения, органического заболевания головного мозга, зависимости от психоактивных веществ, тяжелого соматического состояния, прием лекарственных препаратов с антиоксидантным действием в течение месяца до включения в исследование.

После получения добровольного информированного согласия, прохождения психодиагностических методик (PANSS, MINI, UKU, PSP, CTQ, SHAPS, Шкалы Калгари, BACS), забора крови на генетические и биохимические маркеры пациенты рандомизировались с использованием метода блоковой рандомизации: каждые три пациента распределялись случайным образом: 2 в основную группу (прием NAC в дозе 2000 мг/сут), 1 в группу плацебо (прием микрокристаллической целлюлозы). Результаты лабораторного анализа, рандомизации на момент обследования зашлеплены для врача-исследователя. Через 2 мес производился сбор данных о приеме основного лечения и NAC, общая оценка психического состояния пациента, повторное рейтинговое по психодиагностическим шкалам, забор крови для оценки уровня биохимических маркеров оксидативного стресса.

Результаты и обсуждение. На текущий момент в исследовании принимают участие 9 человек, 3 из которых завершили исследование. Средний возраст участников составляет 24,1 год, средняя длительность заболевания – 15,8 мес. Все они получают стабильную антипсихотическую терапию как типичными, так и атипичными нейролептиками, средний аминазиновый эквивалент которых составляет 226,1. Минорный аллель полиморфизма GCLC 129 C/T был выявлен у 7 участников и ассоциировался с более низким уровнем GSH.

В опытной группе положительные изменения в позитивной подшкале PANSS составляют в среднем 3 пункта, по негативной – улучшение на 7,5 пунктов, по общей – улучшение на 6,5 пунктов. В контрольной группе изменений в позитивной подшкале PANSS не было выявлено, по негативной – улучшение на 3 пункта, по общей – улучшение на 5 пунктов. По данным когнитивных тестов в тестах на вербальную память выявлено улучшение в опытной группе на 15,7 %, ухудшение в контрольной – на 16 %,

в двигательном тесте – ухудшение в контрольной группе, без значимых изменений в опытной, в тесте на шифровку – без изменений в контрольной группе, улучшение в опытной группе на 7,2 %, в задании на последовательность чисел, в тесте «башня Лондона» не обнаружено разницы в группах.

Выводы. Таким образом, первые результаты демонстрируют улучшение в группе приема NAC по негативной, общей подшкалам PANSS, улучшение показателей вербальной памяти, тесте на шифровку, двигательных тестов по сравнению с группой контроля. Предварительные результаты не исключают ассоциации носительства аллеля T-129 C/T полиморфизма (rs17883901) в 5'-регуляторной области гена GCLC, дефицитом GSH и большей выраженностью окислительного стресса и негативных симптомов при увеличении числа наблюдений. Отсутствие такой ассоциации может предполагать наличие у них других генетически детерминированных защитных механизмов. Прием NAC может быть перспективным методом коррекции имеющихся нарушений у данной категории пациентов, что будет изучено в процессе проводимого исследования.

«ПРАЙМИНГ-ЭФФЕКТ» ПРЕНАТАЛЬНОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ: ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ И МОЛЕКУЛЯРНЫЕ ОСНОВЫ РИСКА ЗЛУОПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ ВО ВЗРОСЛОМ ВОЗРАСТЕ

Разумкина Е.В., Анохин П.К.

г. Москва

*Национальный научный центр наркологии –
филиал Национального медицинского исследовательского центра
психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского*

Актуальность. Употребление алкоголя во время беременности приводит к нарушениям развития, роста, функций нервной, иммунной и других систем новорожденного [Frey S., Eichler A., Stonawski V., et al. Front Behav Neurosci. 2018; 12:125]. Тяжелая форма нарушений – фетальный алкогольный синдром, проявляется в замедлении роста, дефектах развития лицевого отдела, выраженной дисфункции центральной нервной системы (ЦНС). Однако исследования последних лет показывают, что наиболее многочисленная и трудно диагностируемая группа нарушений не связана с краниоцефальной дисморфией или отставанием в физическом развитии и проявляется

в виде поведенческих и когнитивных нарушений в различные периоды постнатального развития. Ситуация осложняется тем, что у подростков, с пренатальной алкогольной интоксикацией отмечается предрасположенность к злоупотреблению алкоголем и другими психоактивными веществами (ПАВ) [Thomas J., Warren K., Hewitt B. *Alcohol Res Health*. 2010; 33 (1–2):118–26]. Существует несколько гипотез о физиологических механизмах влияния алкоголизации в пренатальном периоде на формирование аддиктивного поведения во взрослом возрасте. В частности, высокий уровень потребления алкоголя связывают с возможным изменением вкусовых предпочтений и снижением аверсивного эффекта алкоголя при первых пробах [Youngentob S., Glendinning J. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2009; 106:5359–5364.].

Цель и задачи. Мы предполагаем, что воздействие алкоголя в критические периоды пренатального онтогенеза может приводить к формированию так называемого «прайминг-эффекта», т.е. измененной поведенческой реакции и активации транскрипции генов в мозге в ответ на первые пробы алкоголя во взрослом возрасте. Для анализа этой гипотезы мы оценивали предпочтение алкоголя, эффект острого введения этанола на двигательную активность и тревожность, а также активацию экспрессии маркера нейрональной пластичности «немедленного раннего» гена *c-fos* в мозге пренатально алкоголизированных животных.

Материалы и методы. В работе использованы аутбредные крысы-самцы Wistar – 1) потомки интактных самцов и самок, получавших 10 % раствор этанола на протяжении всей беременности (опытная группа); 2) потомки интактных самцов и самок (контрольная группа). Для изучения уровня предпочтения этанола использовали экспериментальную модель «свободный выбор» [Green AS, Grahame NJ. *Alcohol*. 2008; 42(1):1–11]. Для этого в возрасте 60 дней (PND60) контрольные (n=21) и опытные (n=20) животные были помещены в индивидуальные клетки (460x300x160мм) в условия «свободного выбора» между двумя поилками, содержащими 10 % раствор этанола и воду. Потребление этанола и воды измеряли ежедневно путем взвешивания поилок и расчета уровня потребления в граммах на килограмм (г/кг) массы животного. Для оценки двигательной активности и уровня тревожности в новой обстановке (опытная группа, n=14; контрольная группа, n=14), а также эффекта острого введения раствора этанола на эти показатели поведения (опытная группа, n=14; контрольная группа, n=14) была использована автоматизированная установка «темно-светлая» камера, состоящая из центрального отсека размером 13x21x35 см, и сообщающихся с ним двух отсеков размером 21x21x35 см (TSE, Германия). Отсеки различаются цветом стен и пола, освещенностью (светлый – темный), а также тактильно отличающимися материалами дна

отсеков. Камера снабжена автоматической системой распознавания нахождения экспериментального животного в каждом из отсеков, что позволяет регистрировать время нахождения животного в темном и светлом отсеке камеры и общую двигательную активность. Для изучения экспрессии мРНК *c-fos* крыс, перенесших пренатальную алкогольную интоксикацию ($n=14$), и соответствующую группу контрольных животных ($n=14$) в возрасте 60 дней декапитировали и выделяли средний мозг, префронтальную кору, миндалину, гиппокамп и стриатум. Структуры мозга замораживали и хранили при -700°C . Для выделения тотальной РНК использовали набор «RNeasy Lipid Tissue MiniKit» (QIAGEN). Синтез кДНК осуществлялся с использованием набора «Revert Aid First Strand cDNA Synthesis Kit» (Fermentas). Полимеразную цепную реакцию с обратной транскрипцией в режиме реального времени проводили на амплификаторе Multicolor Real-Time PCR Detection Systemi QTW5 (BioRad, Германия). При проведении ПЦР в реальном времени использовались опубликованные последовательности олигонуклеотидных праймеров (ДНК-синтез, Россия). Для сравнения уровней экспрессии интересующих генов в опыте и контроле использовали метод 2- $\Delta\Delta\text{Ct}$. Статистические расчеты производили с помощью программного пакета Statistica 8 («Statsoft», США). Для проверки достоверности различий в потреблении этанола был использован двухфакторный дисперсионный анализ (two-way ANOVA) для повторных измерений с последующим апостериорным (post hoc) анализом. Для оценки межгрупповых различий уровня мРНК использовали *t*-критерий Стьюдента. Достоверными считали различия при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В результате работы было установлено достоверное увеличение предпочтения этанола пренатально алкоголизированными животными по сравнению с контрольной группой (1-й день $p=0,042$, 2-й день $p=0,033$, 3-й день $p=0,036$). Полученные различия не были связаны с нарушением питьевого поведения, так как общие объемы потребляемой жидкости не отличались в опытной и контрольной группах.

Тест «темная/светлая камера», основанный на конфликтной ситуации между стремлением грызунов обследовать новую среду и аверсии по отношению к ярко освещенному пространству, показал, что у пренатально алкоголизированных животных более выражено «поведение риска». У опытной группы достоверно выше (в 3,8 раза по сравнению с контрольными животными) показатель времени, проведенного в светлом отсеке камеры, при неизменной общей двигательной активности. При внутрибрюшинной инъекции раствора этанола в дозе 1 г/кг в группе пренатально алкоголизированных животных было зарегистрировано более выраженное угнетение двигательной активности, причем показатель времени, проведенного в светлом отсеке, снижался до уровня контрольной группы.

Ген *c-fos* относится к группе генов «раннего реагирования» а, продукт его экспрессии белок FOS выполняет ключевые функции, связанные с механизмами долговременных изменений в мозге при обучении, адаптации к стрессу, формировании толерантности и зависимости от ПАВ и других процессах, связанных с нейрональной пластичностью. При анализе активации экспрессии гена *c-fos* в мозге пренатально алкоголизированных и контрольных животных в условиях стресса (новая обстановка при помещении в «темную/светлую камеру» на фоне острого введения физиологического раствора или раствора этанола) было показано достоверное увеличение (в 1,8 раза) уровня экспрессии мРНК а *c-fos* в гиппокампе животных опытной группы, получавших инъекцию этанола по сравнению с «реакцией» *c-fos* на этанол в группе контрольных животных. Достоверных различий уровня мРНК *c-fos* в других структурах мозга обнаружено не было.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют, что животные, матери которых получали алкоголь во время беременности, имеют более высокий уровень предпочтения алкоголя и склонность к формированию поведения риска. Более выраженный ответ на первую пробу алкоголя в группе пренатально алкоголизированных животных по сравнению с контрольной группой в поведенческих реакциях, а также в изменении показателей активации транскрипции гена «раннего реагирования» *c-fos* в гиппокампе свидетельствует о возможном наличии у пренатально-алкоголизированных животных так называемого «прайминг-эффекта» пренатальной алкогольной интоксикации, т.е. более быстрого «опознания» и реакции на уровне активации генома на первую пробу алкоголя во взрослом возрасте, что может являться фактором, увеличивающим риск злоупотребления алкоголем и формирования алкогольной зависимости.

ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЕЖИ В СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЯХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Ремизова Т.А.

г. Иваново

Ивановская государственная медицинская академия

Актуальность. Стремительное развитие техники привело к появлению виртуального общения. В современном мире коммуникация посредством интернета давно уже превратилась в норму повседневной жизни. От смс

сообщений и электронной почты, люди перешли к социальным сетям и мессенджерам. Интернет так прочно вошёл в нашу жизнь, что большинство из нас не может представить существование без посещения своих страничек в социальных сетях, как минимум, несколько раз в неделю. Общение, поиск информации и друзей по интересам, обмен новостями, возможность слушать музыку, смотреть видео и фотографии, все это, кажется, было всегда и сложно себе представить, что когда-то люди жили без профиля в социальной сети. Не смотря на то, что социальные сети появились, относительно недавно, они успели вызвать огромный интерес у пользователей всемирной паутины. Людей (в большей степени молодёжь) настолько поглотило виртуальное общение, что некоторые учёные задались вопросом: не зависимость ли это? Другие же исследователи так не считают, объясняя это естественной эволюцией современного мира. Что же привлекает людей в социальных сетях, на что они готовы тратить свое время?

Цель и задачи. Выявить гендерные различия поведения молодежи в социальной сети.

Материалы и методы. Для исследования была взята социальная сеть – «ВКонтакте». Аккаунты пользователей выбирались случайным образом, но с соблюдением двух критериев: возраст – от 18 до 30 лет и не анонимный аватар. Оценивалась социальная активность пользователей: по количеству публикуемых постов и репостов, а также анализировалась тематика публикаций. В общей сложности, было проанализировано 100 аккаунтов, из которых 50 принадлежали парням и 50 – девушкам.

Результаты и обсуждение. Среди пользователей социальной сети встречалось большое разнообразие показателей: у кого-то было не более 50 друзей, а у кого-то более 1000. В среднем, количество друзей составляло 271 человек (аналогичная ситуация наблюдалась и с количеством сообществ: у кого-то было не более 4-х, а у кого-то было более 1600, в среднем, 81). Также была выявлена большая вариативность публикационной активности, от 1 публикации до 186 публикаций за месяц. Однако, в среднем, количество публикаций за 3 месяца составляло около 10. В большинстве случаев (84,6 %), это были репосты (личные же посты, чаще всего, оказывались личными фотографиями).

Стоит отметить, что методом корреляционного анализа была выявлена взаимосвязь ($r=0,32$ $p<0,05$) между количеством друзей и сообществ. В то же время, между количеством друзей и количеством публикаций взаимосвязи не было.

Публикации по тематике, чаще всего, встречались от двух до трех тем (45 %), реже встречались четыре и более (36 %) и ещё реже были публикации монотематического плана (19 %).

Монотематические публикации характерны больше для лиц мужского пола, занимающихся саморекламой (рекламой своего бизнеса, профессиональных навыков, изделий и т.п.).

Чаще всего, мы наблюдаем, что людей привлекает в социальной сети выкладывание личных фотографий (34,6 %), прослушивание музыки или просмотр фильмов (17,5 %), рекламирование своей деятельности (бизнеса) (9,4 %), спорт (7,5 %) и юмор (6,7 %).

Методом факторного анализа из 20-ти тем мы выявили определенные взаимосвязи, которые объединились в 6 групп: 1. личные фото; 2. отношения, любовь-саморазвитие, личностный рост; 3. музыка-кино; 4. работа, деньги; 5. отдых, фото-пейзаж; 6. вредные привычки, психологические проблемы.

При сравнении поведения девушек и парней в социальной сети оказалось, что, как правило, у девушек больше друзей, они чаще выкладывают в сеть личные фотографии и больше интересуются туристическим отдыхом, интересными фактами, личностным ростом и саморазвитием, а так же, их нередко волнуют темы про отношения и любовь. Парни же, в свою очередь, чаще предпочитают проводить время за просмотром фильмов, прослушиванием музыки и чтением контента юмористического содержания.

Выводы. Активность пользователей социальной сети «ВКонтакте» оказалась достаточно разнообразна. Кто-то имел не более 50 «друзей», а кто-то больше 1000. Такая иллюзия огромного количества «друзей» может являться противоядием от одиночества.

Мотивы поведения также различались: кто-то занимался публикацией постов (чаще всего, репостов), обращая, таким образом, на себя внимание, а кто-то использовал сеть только для личного общения с другими пользователями.

Публикации по тематике, чаще всего, встречались от двух до трёх тем. Как оказалось в процессе исследования, девушек привлекала возможность «показать себя», путём выкладывания личных фотографий с целью знакомства, а молодых людей социальная сеть интересовала для привлечения клиентов в бизнес, но чаще для отдыха и развлечения.

В ходе исследования, было замечено, что нередко люди говорили о своих психологических проблемах через репосты, таким образом, выражая свои эмоции. Это своеобразный вариант эмоционального отреагирования и, возможно, в некоторых случаях крик о помощи.

ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ

Рогов А.В.

Республика Узбекистан

г. Ташкент

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Когнитивные нарушения обуславливают трудности, которые испытывают больные в обыденной жизни, а также ограничивают социальное и профессиональное функционирование пациентов с параноидной шизофренией. M.D.Bell и G.Bryson доказали, что когнитивные нарушения служат фактором, ограничивающим успешность психосоциальной реабилитации.

Цель и задачи. Изучить в сравнительном аспекте у больных параноидной шизофренией, коморбидной с вирусными гепатитами, особенности социального функционирования и адаптации в социуме.

Материалы и методы. Обследовано 80 больных с диагнозом параноидная шизофрения (38 мужчин и 42 женщины) в возрасте от 25 до 50 лет. Все пациенты находились на стационарном лечении в Городской клинической психиатрической больнице города Ташкента. В основную группу вошли 40 пациентов с диагнозом параноидная шизофрения, коморбидная с вирусными гепатитами В и С; группа сравнения состояла из 40 больных с диагнозом параноидная шизофрения без сопутствующей патологии (F20.00 по МКБ-10). Для выявления изменений в интеллектуально-мнестической сфере проведены следующие методики экспериментально-психологического исследования: таблицы Шульте, «Заучивание 10 слов», «Воспроизведение рассказов», тест Бентона, «Исключение 4-го лишнего», объяснение переносного смысла пословиц и метафор, тест пиктограмма Лурия.

Результаты и обсуждение. Изучение клинических особенностей психического статуса больных выявило, что во взаимоотношениях наблюдалась настороженность и подозрительность, склонность к появлению странных интересов, идущих в разрез с реальными обстоятельствами в сочетании с бредоподобными рудиментарными идеями, бредоподобными предчувствиями, бредоподобными навязчивостями, бредоподобным чувством собственной неполноценности. В ходе обследования определено, что интеллектуально-мнестические способности больных параноидной шизофренией с сопутствующими вирусными гепатитами характеризуются инертностью с признаками истощаемости, ослаблением произвольного

внимания, снижением уровня обобщения и отвлечения, абстрактного мышления. Установлено, что у большинства пациентов нейрокогнитивные нарушения присутствовали до развития продуктивной симптоматики шизофрении и сохранялись во время периодов ремиссии позитивных симптомов. Достоверные ($p < 0.01$) различия между 1 и 2 группой больных отмечались в показателях зрительной памяти и исполнительских функций, так же достоверно ($p < 0.05$) отличались показатели внимания, пространственной ориентации, моторной координации, долговременной памяти, вербальной ассоциативной продуктивности, логического мышления и нарушений в лексической системе.

Выводы. Таким образом, выявлено, что пациенты с параноидной шизофренией, коморбидной с вирусными гепатитами В и С, страдают значительными отклонениями социального функционирования в аспектах жизнедеятельности, таких как семейные и профессиональные отношения в связи с формированием нейрокогнитивного дефицита на фоне имеющейся вирусной патологии. Ослабление социальной регуляции и социальной направленности поведения у больных параноидной шизофренией, коморбидной с вирусными гепатитами, способствует формированию у них специфических особенностей познавательной деятельности, нарушением адаптации в социуме.

УЧЕБНЫЙ СТРЕСС И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА СТУДЕНТОВ 1 КУРСА МЕДИЦИНСКОГО И ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ИНСТИТУТОВ

Руженкова В.В.

г. Белгород

*Белгородский государственный национальный
исследовательский университет*

Актуальность. Литературные данные свидетельствуют, что распространенность хронического стресса среди студентов-медиков выше, чем у населения в целом и составляет от 38 % до 62 % (Qamar K. et al., 2015; Saeed A.A. et al., 2016). Академический стресс негативно влияет на учащихся, вызывает тревогу и депрессию, снижает удовлетворенность жизнью, отрицательно сказывается на работоспособности и общем состоянии здоровья (Henderson, M. et al., 2012; Reisbig A.M. et al., 2012). Студенты с высоким уровнем тревоги и депрессии чаще отрицают наличие систем поддержки или испытывают затруднения в доступе к ней (B. Mayer et al., 2016).

Цель и задачи. Сравнительное исследование медико-психологических характеристик и особенностей реагирования на учебный стресс студентов, поступивших на первый курс медицинского и педагогического институтов для разработки рекомендаций по первичной психопрофилактике.

Задачи исследования:

1. Выявить ведущие факторы в генезе учебного стресса среди студентов медицинского и педагогического институтов;
2. Изучить выраженность учебного стресса в сравнительном аспекте среди студентов обоих направлений;
3. Изучить особенности реагирования студентов на учебный стресс и возникающие в связи с ним расстройства;
4. Разработать рекомендации по психопрофилактике.

Материалы и методы. На первом месяце обучения на 1 курсе обследована сплошная выборка, состоящая из 160 русскоязычных студентов: 100 – медицинского (первая группа.) и 60 – педагогического институтов (вторая группа) в возрасте от 17 до 24 ($18,3 \pm 1,4$) лет: 108 (67,5 %) лиц женского и 52 (32,5 %) мужского пола с одинаковым распределением по полу и возрасту при обеих специальностях.

Основными методами обследования были:

1. Медико-социологический (анонимное анкетирование при помощи авторской анкеты, содержащей социально-демографическую информацию, вопросы, касающиеся отношения к выбранной специальности, условий обучения и проживания).
2. Психометрический: тест на учебный стресс Ю.В.Щербатых; тест DASS-21, FSI-14; госпитальная шкала тревоги и депрессии – HADS.
3. Статистический. Применялись методы непараметрической статистики (описательная статистика, медиана, интерквартильный размах, критерий χ^2 с поправкой Йетса на непрерывность, Mann-Whitney U test, коэффициент ранговой корреляции Спирмена).

Результаты и обсуждение. Установлено, что мотивом поступления в институт у 81 % студентов медиков и 85 % педагогов были собственные убеждения. Тем не менее, к моменту исследования треть студентов обеих специальностей были не уверены в правильности выбора и привлекательности профессии, а 17–18 % – испытывали разочарование.

Большинство (55 %) студентов медиков ($\chi^2=17,46$ $p<0,0006$; OR=4,8 95 % CI=2,2–11,1) и пятая часть (20 %) студентов педагогического института тратят на подготовку к занятиям 5 и более часов. Напротив, студенты-педагоги (31,7 %) чаще ($\chi^2=16,84$ $p<0,0006$; OR=7,3 95 % CI=2,5–22,1), чем медики (6 %) готовятся к занятиям 1–2 часа. В силу необходимости готовиться к занятиям на следующий день ложились спать в 1–2 часа ночи и позже 39 % студентов-медиков ($\chi^2=6,52$ $p<0,01$) и 18,3 % – педагогов.

Изучение степени выраженности усталости при помощи теста FSI-14 показало, что по большинству параметров изучаемые группы студентов не различались. При этом, студенты-медики испытывали усталость дольше в течение дня ($p=0,034$) и большее число дней в неделю ($p=0,009$), чем педагоги.

Очевидно, что большая учебная нагрузка и более высокая интенсивность занятий в медицинском институте приводят к более частому возникновению усталости у студентов-медиков. Вследствие этого студенты-медики чаще, чем педагоги испытывали чувство беспомощности ($p=0,036$), отмечали рассеянность внимания ($p=0,031$), беспокойство ($p=0,035$) и ощущение нехватки времени ($p=0,008$).

Наибольший вклад в картину учебного стресса вносят нерациональное расписание, большая учебная нагрузка, трудности с организацией режима дня, большое количество времени, требуемое для подготовки к занятиям, а также необходимость отработки пропущенных занятий. Интересно, что для студентов медиков все эти факторы являлись более значимыми (более 6 баллов по 10-балльной шкале), чем для студентов-педагогов, оценивающих их в 3–4 балла ($p<0,003$).

В целом, комфортностью условий обучения более удовлетворены студенты педагогического института ($p=0,032$). Особенно это касается таких параметров как удобство расписания занятий ($p=0,04$) и информативность учебников ($p=0,001$).

Для студентов педагогического института более значимы рациональные приемы борьбы со стрессом: прогулки на свежем воздухе ($p=0,035$), занятия физической культурой ($p=0,004$), общение с друзьями ($p=0,015$), чем для студентов-медиков. Неконструктивные способы преодоления стресса (курение, употребление алкогольных напитков) студенты обоих направлений использовали одинаково часто.

Выявлены слабые прямые корреляционные зависимости степени значимости алкоголя для преодоления стресса со значимостью стрессовых факторов: непонятные учебники ($r=0,368$ $p=0,0002$) и разочарование в профессии ($r=0,268$ $p=0,007$).

Анализ результатов шкалы HADS показал, что по наличию субклинического и клинического уровня тревоги студенты медицинского института статистически значимо ($\chi^2=12,836$ $p=0,001$; OR=5,9 95 % CI=2,0–18,6) превосходят студентов педагогического института: соответственно 35 % и 8,3 %. Более того, вероятность тревоги у студентов медиков почти в 6 раз выше, чем у педагогов.

Характерно, что субклинический и клинический уровень депрессии по шкале HADS встречался чаще ($\chi^2=5,530$ $p=0,019$; OR=3,96 95 % CI=1,2–13,04) у тех студентов медиков, которые поступили в институт

не по собственной инициативе: соответственно 15 (18,5 %) и 8 (42,1 %), то есть, вероятность депрессии у поступивших не по собственной инициативе в 4 раза выше, чем у поступивших по собственному решению.

В первый месяц обучения у 26 (26 %) студентов медиков и у 7 (11,7 %) педагогов возникали мысли о нежелании жить ($\chi^2=5,754$ $p<0,017$; $OR=3,295$ % $CI=1,2-8,6$). Вероятность формирования суицидальных мыслей у студентов медиков более чем в 3 раза выше, чем у педагогов.

Анализ результатов теста DASS-21 показал, что депрессия чаще ($\chi^2=8,667$ $p=0,004$; $OR=3,995$ % $CI=1,5-10,5$) встречалась у студентов медицинского, чем у педагогического института: соответственно 34 % и 11,7 %. Корреляционный анализ выявил прямую зависимость субъективной степени сложности учебы в медицинском институте с уровнем стресса ($r=0,413$ $p=0,000019$), депрессии ($r=0,479$ $p=0,00000$) и тревоги ($r=0,352$ $p=0,00032$) по шкале DASS-21. У студентов педагогического института аналогичная зависимость отсутствовала.

Для профилактики состояний социально-психологической дезадаптации, высокого уровня тревожности и риска суицидального поведения, требуется обучение студентов приемам преодоления стресса, методам релаксации, грамотному планированию времени, самостоятельной работе с учебной литературой.

Выводы. Подавляющее большинство студентов поступило в медицинский и педагогический институты согласно собственным убеждениям.

Большая учебная нагрузка и более высокая интенсивность занятий и сложность обучения в медицинском институте по сравнению с педагогическим, приводят к более частому возникновению усталости у студентов-медиков, повышают вероятность появления симптомов тревоги и депрессии, которые, в свою очередь, затрудняют разрешение конфликтов и проблемных ситуаций, в итоге способствуют формированию внутренних форм суицидального поведения. Причем это более характерно для студентов, поступивших в медицинский институт не по собственной инициативе.

Ведущими стрессогенными факторами были высокая учебная нагрузка, трудности организации режима дня, большое количество времени, требуемое для подготовки к занятиям, более значимые для студентов-медиков, чем для педагогов.

При этом, некоторые стрессовые факторы могут быть нивелированы посредством оптимизации учебного процесса: обеспечение качественными учебниками, составлением рационального расписания. Кроме того, целесообразна разработка и реализация в первый год обучения программ «Тайм-менеджмента» и «Стресс-менеджмента».

РОЛЬ ГОРМОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ ФАРМАКОГЕННОЙ ПРИБАВКИ МАССЫ ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИЕЙ

Рукавишников Г.В.

г. Санкт-Петербург

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева*

Актуальность. Среди пациентов с депрессией метаболический синдром встречается существенно чаще, чем в общей популяции (36 % и 13–15 %, соответственно) (Moreira F.P. et al., 2018; Virtanen M. et al., 2017). Анализ доступных публикаций позволяет предположить, что частое сочетание депрессии с компонентами метаболического синдрома имеет комплексную биологическую основу. При этом важным аспектом, определяющим развитие метаболических нарушений у таких пациентов, является влияние фармакотерапии на эндокринную систему. Подробное изучение данного вопроса позволит улучшить качество лечебного процесса и получить сведения для своевременной профилактики метаболического синдрома у данной категории пациентов.

Цель и задачи. Целью данного исследования была разработка комплекса мер профилактики метаболического синдрома у пациентов с депрессией на основании изучения факторов, способствующих его развитию. Для этого проводилось изучение роли характера пищевых нарушений у пациентов с депрессией, оценивалась динамика гормональных показателей, способствующих развитию метаболических нарушений у пациентов с депрессией.

Материалы и методы. В исследование было включено 89 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст – $45,04 \pm 11,41$ года), проходивших стационарное лечение в ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева с верифицированными диагнозами депрессивного эпизода (F32), рекуррентного депрессивного расстройства (F33) и биполярного аффективного расстройства (F31). Основным критерием включения являлось наличие актуальной депрессивной симптоматики на момент включения пациентов в исследование. В исследовании использовались клиничко-anamnestический, антропометрический и лабораторный методы. С пациентами проводилось клиническое интервью с целью верификации диагноза, оценки указанных параметров. Для оценки депрессивного статуса и динамики состояния в процессе фармакотерапии использовалась Шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS) (Hamilton M., 1959). Оценка пищевого поведения обследованных

пациентов проводилась с использованием Голландского опросника пищевого поведения (DEBQ) (Van Strien T et al., 1986). Изменения метаболического статуса фиксировались с помощью регистрации антропометрических показателей (вес тела, рост, индекс массы тела (ИМТ), объем талии (ОТ), объем бедер (ОБ)). Также проводилось определение уровней лептина, инсулина, аполипопротеидов А, аполипопротеидов В, липидограммы, производилось измерение АД. Оценка влияния гормонального статуса на спектр метаболических нарушений в данной работе производилась при помощи определения уровней кортизола, адренокортикотропного гормона (АКТГ), пролактина, тестостерона, эстрадиола Е2, тиреотропного гормона (ТТГ), трийодтирониона (Т3 св.), тироксина (Т4 св.), соматотропного гормона, дегидроэпиандростерон-сульфата (ДЭАС-сульфата). Учитывались результаты со степенью достоверности не ниже 95 % ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение. В соответствии с критериями МКБ-10 нозологические формы депрессивных расстройств были представлены следующим образом: у 52 % (46 пациентов) диагностировано рекуррентное депрессивное расстройство, депрессивный эпизод был выявлен у 4 % (4 пациента), у 44 % (39 пациентов) – биполярное аффективное расстройство. Меланхолическая структура депрессии выявлялась у 35 % пациентов (31 человек), депрессивная симптоматика с тревогой — у 43 % (38 пациентов), атипичная структура депрессии — у 22 % (20 пациентов). У 45 % пациентов (40 человек) был выявлен метаболический синдром (МС) при первом обследовании. После проведения купирующего этапа тимоаналептической терапии выявляемость данного кластера метаболических нарушений статистически значимо увеличилась и составила 58 % (52 человека) ($\phi^* = 1,808$; $p < 0,05$). Достоверное увеличение количества пациентов с МС при первичной оценке и при оценке через 6 недель наблюдается только у пациентов с рекуррентной депрессией – 48 % (22 пациента) и 67 % (31 пациент) случаев соответственно ($\phi^* = 1,914$; $p < 0,05$). Наибольшая частота МС была выявлена у пациентов с атипичной депрессией, как при первичном обследовании, так и при повторном – 35 % (14 человек) и 38,5 % (20 человек) соответственно. При этом у пациентов с атипичной структурой депрессии в процессе проведения терапии зарегистрирован статистически достоверный рост числа больных с МС ($\phi^* = 2,242$; $p < 0,05$). У пациентов, получавших монотерапию, распространенность фармакогенной прибавки веса (ФП) была статистически ниже ($\phi^* = 6,37$, $p < 0,01$), а у пациентов, получавших комбинированное лечение с оланзапином, ФП была достоверно выше ($\phi^* = 4,793$, $p < 0,01$). При этом между собой указанные выборки пациентов, где проводилось комбинированное лечение с оланзапином и комбинированная терапия с метаболически нейтральным антипсихотиком или другим антидепрессантом статистически не отличались, что позволяет сделать вывод о риске развития

ФП при использовании комбинированного лечения в независимости от используемых при этом препаратов.

До начала терапии у больных с ФП статистически чаще встречался эмоциогенный тип пищевых предпочтений ($\phi^*=3,94$, $p<0,01$). В процессе лечения статистически значимо растет количество обследованных с нарушениями пищевого поведения, связанными с эпизодами экстернального переедания ($\phi^*=2,58$, $p<0,01$), среди пациентов с ФП, что можно расценивать как увеличение риска развития ФП у больных с пищевым поведением, связанным с эпизодами чрезмерного употребления пищи.

Результаты сравнения средних уровней гормональных показателей у пациентов с ФП и без, выявили широкую задействованность гормонов в развитии данного эффекта терапии. Наибольшее количество изменений наблюдалось среди показателей тиреоидной (ТТГ – $2,95\pm0,34$, $p=0,0000$; Т3 св. – $3,27\pm0,2$, $p=0,0169$; Т4 св. – $10,29\pm0,41$, $p=0,0000$) и половой оси, что свидетельствует об участии данных гормонов в патогенезе увеличения веса тела в процессе фармакотерапии. Обращают на себя внимание уровни инсулина и пролактина, статистически отличающиеся при первичной оценке пациентов ($12,86\pm1,48$ и $726,61\pm179,59$, соответственно) и при повторной через 6 недель терапии ($21,75\pm1,91$, $p=0,0000$ и $1154,75\pm182,22$, $p=0,0000$, соответственно) у пациентов с диагностированной ФП. Примечательно, что выявлены достоверно низкие уровни тестостерона у мужчин ($6,32\pm2,08$, $p=0,0066$), что свидетельствует о развитии гипогонадизма, увеличивающего риск развития метаболических нарушений и быстрое увеличение массы тела. При этом не было зарегистрировано статистических различий уровней эстрадиола у женщин, что можно объяснить большим разбросом числовых значений в зависимости от фазы менструального цикла и при менопаузальном периоде. Также статистически достоверных различий достигали уровни лептина, которые были выше у пациентов с МС до лечения ($11,92\pm1,99$) и после 6 недель терапии ($14,74\pm2,34$). До начала лечения уровни лептина и инсулина были выше у пациентов с МС, и в процессе терапии именно у этих пациентов регистрировался достоверный рост данных гормонов.

Выводы. Установлен высокий уровень нарушений пищевого поведения у пациентов с аффективным расстройством. Для больных с метаболическими нарушениями характерно наличие нарушений пищевого поведения, связанных с эпизодами переедания (экстернального и эмоциогенного). Происходящие в процессе купирующей терапии гормональные изменения оказывают существенное влияние на развитие фармакогенной прибавки веса. Состояние тиреоидной оси играет роль в риске развития фармакогенной прибавки веса. Нарастание уровня пролактина в большей степени характерно для пациентов с фармакогенной прибавкой веса. Отмечена роль половых стероидов при формировании обменных нарушений.

У мужчин регистрируется снижение уровня тестостерона. Влияния уровня эстрадиола у женщин на формирование метаболических нарушений в процессе терапии не выявлено.

НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ

Русанова А.О.

г. Москва

Национальный центр психического здоровья

Актуальность. Нарушения пищевого поведения являются феноменологически гетерогенной группой состояний, объединенных сверхценным отношением к собственной избыточной массе тела, искажением восприятия образа собственного телосложения, тотальными методами контроля массы и/или формы тела. К группе таких расстройств относят: нервную анорексию, нервную булимию и компульсивное переедание. Для этой группы расстройств характерны выраженные биологические, а также психосоциальные последствия, в связи с этим разработка алгоритмов ранней диагностики нарушений пищевого поведения у пациентов с эндогенными психическими расстройствами, и в частности с депрессией, представляется актуальной и своевременной задачей.

Цель и задачи. Изучение структуры, клинко-психопатологических особенностей и динамики расстройств пищевого поведения при депрессивных состояниях на различных этапах эндогенного заболевания с разработкой комплексных дифференцированных подходов к диагностике феномена нарушения пищевого поведения (НПП) и совершенствование терапевтических подходов.

Материалы и методы. В течение 2018–2019 г. были обследованы 54 больных с нарушениями пищевого поведения, которые обратились за помощью в клинику Научного центра психического здоровья и затем наблюдались амбулаторно. Все пациенты были женского пола в возрасте от 15 до 25 лет. В исследовании использовался клинко-психопатологический метод. При первичном обследовании у 15 пациентов (27,7 %) расстройства пищевого поведения были обнаружены при шизотипическом расстройстве – по МКБ-10 рубрика F21.3 – F21.4, в остальных случаях у 11 пациентов (20,3 %) расстройства пищевого поведения были в структуре депрессивных фаз при ведущем диагнозе расстройства личности (по МКБ-10 рубрики F60...), у 28 пациентов с диагнозом эндогенной

депрессии в рамках БАР, РДР, МДЭ – F31 – F33. Длительность болезни к моменту обращения в клинику составляла от 1–2 до 8 лет (среднее – 4,3 года). На момент госпитализации дефицит массы тела выявлялся у 44 (81,5 %) пациентов.

Для нервной анорексии на основании наличия или же отсутствия булимических симптомов выделены подтипы:

- 1) с ограничениями режима питания, при этом в структуре нервной анорексии не наблюдается приступов переедания или очистительного (компенсаторного) поведения в виде вызывания рвоты, приема слабительных или мочегонных средств, использования клизм;
- 2) с эпизодами переедания и компенсаторного поведения, либо только компенсаторное поведение без предшествующего переедания.

Феномен нервной булимии подразделялся на основании характеристик очистительного поведения на:

- 1) нервная булимия с очистительным (компенсаторным) поведением, когда в текущем эпизоде нервной булимии (пациент регулярно вызывает рвоту или использует слабительные и/или мочегонные препараты, клизмы);
- 2) нервная булимия без очистительного поведения (пациент использует иные варианты компенсаторного поведения, например, чрезмерные изнуряющие физические нагрузки, ограничение питания и пр.).

Результаты и обсуждение. В зависимости от ведущей нозологической формы были выделены три группы.

Первую группу составили пациентки с депрессивным эпизодом с НПП в рамках шизотипического расстройства – 15 пациентов (27,7 %) по МКБ-10 рубрика (F21.3 – F21.4). У 5 (33,3 %) пациенток отмечались депрессивные и субдепрессивные состояния в прошлом, у 2 имели место фазные расстройства циклотимического уровня. У большинства больных в преморбиде обнаруживались астенические и шизоидные черты личности: малая общительность, сенситивность, замкнутость, впечатлительность и ранимость. У всех пациентов этой группы была отмечена дефицитарная симптоматика, представленная нарушениями мышления, эмоциональной холодностью, ограничением социальных контактов. Больные отличались утратой прежних интересов, снижением продуктивности, профессиональной дезадаптацией. Депрессивная симптоматика была более выраженной, чем у больных второй группы с преобладанием тревожного и дисфорического компонента, с признаками витальности, наличием суточного ритма, с расстройствами влечений, в этой группе больных часто развивалась «вомитомания» – навязчивое или компульсивное влечение к рвотам. У 8 (53,3 %) пациентов НПП проявлялось наряду с дисморфобическими и дисморфоманическими идеями, приближающиеся по критериям к паранойальному бреду. При поступлении

средний ИМТ составлял: гипотрофия 1-й степени у 1 (6,6 %) пациентки, гипотрофия 2-й степени отмечалась у 10 пациентов (66,6 %), гипотрофия 3-й степени – у 2 (13,2 %), у 2 – нормальная масса тела.

Группа пациентов с расстройствами личности, на этапе декомпенсации в виде депрессивных фаз с НПП (11 б-ных) составила вторую группу. У пациенток в преморбиде отмечались такие свойства как перфекционизм, демонстративность, зависимость от мнения окружающих. На ранних этапах заболевания у больных этой группы можно было отметить признаки субдепрессии в 9 случаях из 11, которые сопровождались дисфорическими реакциями, конфликтностью. По мере углубления проявлений депрессивной симптоматики НПП становились более выраженными и сопровождались идеями собственной неполноценности, виновности, мыслями о своем уродстве, желанием исправить это. Помимо ограничения в режиме питания формировалось компенсаторное поведение, в виде повышения физических нагрузок, применение слабительных и мочегонных препаратов. Превалирующими компонентами в структуре депрессии по мере ее углубления становилась тревога и апатия. Измеренный у больных индекс массы тела (ИМТ) свидетельствовал о наличии гипотрофии 1-й степени (ИМТ 17,5–18,9) – у 3 (11,1 %) человек, гипотрофии 2-й степени (ИМТ 15,5–17,4) у 2 (7,4 %); у остальных пациенток масса тела была в пределах нормы.

Третью группу составили 28 пациентов с диагнозом эндогенной депрессии с НПП в рамках биполярного аффективного расстройства (F31) – 12 пациентов (42,8 %), и в рамках рекуррентного депрессивного расстройства или манифестного депрессивного эпизода (F32- F33) 16 больных (57,2 %). У пациентов отмечалась достаточно хорошая для больных с эндогенной патологией социальная и профессиональная адаптация. У 4 (26,7 %) пациентов заболевание манифестировало депрессией с НПП, у 18 (64,3 %) – НПП присоединилось на более поздних этапах. В преморбиде личности отмечалась тревожность, мнительность, повышенное внимание к своему здоровью. Депрессии отличались полиморфизмом и проявлялись апатией, вялостью, снижением побуждений, тоскливостью, дисфоричностью. У 9 (32,1 %) пациенток появление булимической симптоматики было обусловлено сильным чувством голода с усилением раздражительности, невозможностью длительного ограничения в еде, зачастую приступы перееданий провоцировались неприятными ситуациями и служили своего рода «разрядкой». На момент госпитализации ИМТ соответствовал гипотрофии 1-й степени – у 6 (21,4 %) человек, гипотрофия 2-й степени – у 10 (35,7 %), еще у 7 (25,0 %) пациентов – недостаток массы тела и нормальная масса тела была у 5 (33,3 %).

Выводы. Данное исследование позволяет говорить о том, что депрессивная патология у больных с нарушениями пищевого поведения играет

одну из определяющих ролей в клинической картине, динамике и прогнозе заболевания, являясь в ряде случаев причиной рецидивов и перехода болезни в хроническое течение. При этом тяжелая депрессия чаще (свыше 70 %) встречается у больных с нарушениями пищевого поведения при шизотипическом расстройстве, несколько реже у пациентов при эндогенном аффективном заболевании и фазных расстройствах при патологии личности. Ранняя диагностика и предварительный прогноз для пациентов с депрессивными эпизодами в структуре которых формируется феномен НПП должен производиться исходя из нозологической принадлежности, выраженности депрессивных расстройств, а также сопутствующей соматической патологии.

РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ И ВОЛЕВОЙ АКТИВНОСТИ В СТРУКТУРЕ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА

Рязанова Д.В.

г. Курск

Курский государственный медицинский институт

Актуальность. Исследование больных с шизофренией в межприступном периоде с отчетливой дефицитарной симптоматикой представляет немаловажное практическое значение и теоретический интерес. В проведенном исследовании впервые определялось соотношение расстройств познавательной деятельности и психомоторной активности при шизофреническом дефекте с помощью методики теппинг-теста и методики дискриминации свойств понятий (МДСП).

Цель и задачи. Исследовать специфические особенности когнитивных проявлений шизофренического дефекта в зависимости от индивидуально-специфических характеристик психомоторной активности.

Задачи:

1. Выявить при помощи специальных методик (МДСП, теппинг-тест) специфические расстройства мышления и наличие снижения психомоторной активности пациентов, как проявления апатоабулического дефекта при шизофрении.
2. Определить зависимость изменения показателей психомоторной активности по теппинг-тесту от числа привлекаемых латентных признаков в МДСП, отражающих специфические особенности шизофренического мышления, и от общего числа актуализируемых признаков пациентами в МДСП.

Материалы и методы. МДСП применялась для психометрической оценки расстройств мышления, ее измерительная шкала разбита на 10 равноинтервальных градаций: чем больше признаков актуализируется, тем выше номер градации.

При разработке МДСП после статистического анализа полученных результатов было установлено, что в первые 4 градации входят 90,8 % здоровых испытуемых и 72,8 % больных; 5–8 градации – 9,2 % здоровых людей (9 и 10 не были отмечены ни у одного здорового испытуемого), а среди больных с шизофренией – 27,2 % с 5 по 10 градацию, причем 5 % из них соответствовали 2-м последним градациям (Плотников В.В., Плотников Д.В., 2015). В связи с этим большое внимание при исследовании уделялось 5–10 градациям. Подсчитывалось число актуализируемых признаков каждым пациентом в соответствии с 4 ключами ответов МДСП. Отдельно подсчитывалось количество латентных признаков по 4 ключу.

Оценка психомоторной волевой активности проводилась с помощью компьютерного теппинг-теста. Больные с помощью датчика осуществляли постукивания по пластине, программой регистрировались механические сигналы через каждые 5 сек. 8 раз. Поочередно по 40 сек. измерялись оптимальный и максимальный темпы. Под оптимальным темпом понимался обычный темп, удобный для пациента, в котором он работал до ускорения; максимальный темп – с учетом ускорения, после задания работать в максимально быстром темпе. Сравнивались средние числовые значения оптимального и максимального темпов (результаты «до» и «после»), также учитывалась величина прироста темпа в процентах в сочетании со средними значениями показателей.

Для разграничения пациентов по группам, в зависимости от средних значений темпа, указано: 1 группа – выраженное снижение психомоторной активности (значения ≤ 10), 2 группа – нерезкое снижение психомоторной активности (значения > 10 и ≤ 20), 3 группа – высокие показатели психомоторной активности (значения > 20 и ≤ 30) и 4 группа – очень высокие показатели психомоторной активности (значения > 30). Показатели последних 2-х групп были отмечены как входящие в пределы нормы, а показатели первых 2-х групп – как результаты со снижением психомоторной активности, что рассматривалось в качестве проявления апатоабулического дефекта. В каждой из 4-х групп выделялись еще по две подгруппы: 1-я – отрицательный прирост темпа в процентах, 2-я – положительный прирост. В свою очередь, эти данные также рассматривались как проявление дефекта ввиду отсутствия волевого усилия у пациентов в условиях ускорения.

Результаты и обсуждение: исследовано 59 больных с шизофренией (26 женщин, 33 мужчины) на этапе становления ремиссии. В МДСП больные актуализировали от 16 до 173 признаков, что соответствовало

1–10 градациям методики. При этом в теппинг-тесте средний оптимальный темп за интервалы по 5 сек. варьировал от 4,0 до 32,9, максимальный – от 4,6 до 41,1. 17 больных из 59-х актуализировали 0-1 латентный признак (расстройств мышления не выявлено).

В 12 случаях зафиксировано проявление апатоабулического дефекта – выраженное резкое снижение психомоторной активности: оптимальный темп – 6,0; 5,4; 5,5; 8,0; 4,0; 8,3; 8,1; 5,8; 4,3; 9,8; 9,1; 8,3; максимальный – 16,9; 7,3; 4,6; 10,3; 5,5; 9,6; 12,8; 17,8; 6,4; 10,5; 8,6; 9,6, соответственно. Наблюдается положительный прирост темпа у 10-ти пациентов из данной группы, но на втором этапе теста средние значения достаточно малы (не превышают значения >20 – нормативного диапазона по среднему показателю). У 2-х пациентов с выраженным снижением психомоторной активности отмечен как отрицательный прирост темпа после команды ускорения, так и низкие показатели средних значений темпов (оптимальный темп – 5,5; 9,1; максимальный – 4,6; 8,6, соответственно). По данным МДСП: выявлено 9 латентных признаков и 9 градация по общему числу актуализированных признаков у 1-го больного, и 12 латентных признаков и 10 градация – у 2-го.

У 3-х пациентов отмечены низкие показатели при обычном темпе работы с теппинг-тестом, но на втором этапе теста – большой прирост по среднему значению максимального темпа (>20). Низкие показатели не указывают на проявления дефекта: по условию первого этапа пациенты работают в удобном для них темпе, на втором этапе подается команда работать в максимально быстром темпе, с чем пациенты успешно справились.

В 10-ти случаях психомоторная активность была нерезко снижена при оптимальных темпах – 15,9; 12,0; 14,5; 14,3; 17,0; 17,4; 19,9; 12,9; 15,6; 14,1; при максимальных, соответственно, – 17,5; 17,8; 14,5; 20,0; 14,3; 13,1; 19,5; 17,6; 19,9; 15,5. У 5-ти пациентов наблюдался отрицательный и нулевой прирост темпов, у 5-ти – положительный. В 32-х случаях – высокие показатели (от ≥ 20 до <30), в 7-ми – очень высокие (≥ 30).

Следует отметить, что у 19-ти пациентов были получены результаты, при которых средние значения темпов до и после ускорения оказывались в разных интервалах. Если в результатах «до» значения были меньше 20, а «после» – больше 20 и т.д., то группа определялась по большему значению, так как при волевом усилии результат был достигнут нормативного значения (>20). Если в 3-ей (высокие показатели) и 4-ой (очень высокие) группах наблюдался отрицательный прирост темпа, это не было проявлением апатического дефекта ввиду наличия показателей с высокими числовыми значениями в данных группах.

Выводы. МДСП помогла оценить уровень способности к абстрактному мышлению и индивидуально-специфичный процесс получения информации пациентов о предметах (Бельских И.А., 2010; Васильева И.В., 2014).

При проведении теппинг-теста изменение волевой активности наглядно прослеживалось в виде снижения скоростных способностей по мере истощения психических процессов. При выполнении задания ускорение становилось затруднительным или совсем неосуществимым при изменении во времени движений кистью руки пациента, что послужило маркером изменения психомоторной активности у пациентов с шизофреническим дефектом.

У 12-ти человек выявлена взаимосвязь проявлений апатоабулического дефекта с выраженными расстройствами мышления, в том числе у 2-х пациентов с выраженным снижением волевой активности.

У 15-ти из 32-х пациентов, привлекающих большое количество латентных признаков при решении МДСП, отмечалось снижение психомоторной активности. Всего в 5-10 градацию по МДСП вошли 32 человека. У 24 из 32-х выявлены расстройства мышления (от 3-х до 12-и латентных признаков), из них 7 человек с выраженным снижением психомоторной активности и 8 с нерезко выраженным снижением.

Выявлена зависимость психомоторной активности от числа привлекаемых латентных признаков, отражающих специфические особенности шизофренического мышления, в то же время ее зависимости от общего числа актуализированных признаков в МДСП не отмечалось.

ДИНАМИКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В КАРОТИДНОМ БАССЕЙНЕ

Светкина А.А., Стрельникова И.А.

г. Самара

Самарский государственный медицинский университет

Актуальность. К концу острого периода когнитивные нарушения имеют около 70 % пациентов, перенесших инсульт (Шамалов Н.А., 2015).

Примерно 40 % инсультов приводят к формированию нейропсихологических синдромов, отличных по структуре и динамике. Они включают апраксии, речевые, гностические, мнестические дефекты и нарушения нейродинамики (Ахутина Т.В., 2015).

Исследования, посвященные нейропсихологическому анализу нарушений при сосудистых поражениях головного мозга, демонстрируют, что

структура и тяжесть нарушений ВПФ связана со многими факторами: условиями общей и церебральной гемодинамики, локализацией очага ишемии, величиной когнитивного и «анатомического» резерва мозга (Боголепова А.Н, 2011; Шамалов Н.А., 2015).

На современном этапе исследования проблемы (М.С. Ковязина, Н.А. Варакo, 2016) отмечается некорректность прямого переноса «локальной» нейропсихологической симптоматики в клинику сосудистых расстройств.

Цель и задачи. Исследование структуры нейропсихологического синдрома и динамики восстановления высших психических функций (ВПФ) при ишемическом инсульте.

Материалы и методы. Выборка представлена 86 пациентами с верифицированным диагнозом «Ишемический инсульт» в каротидном бассейне в возрасте от 42 до 71 года. Диагноз устанавливался на основании жалоб, анамнеза заболевания, данных неврологического осмотра. С целью верификации ишемического характера ОНМК всем больным проводилась компьютерная томография головного мозга. Нейропсихологическое тестирование проводилось в первые сутки после поступления, на 15–16-е сутки лечения в стационаре и через 6 месяцев после развития ОНМК.

Из исследования исключались: пациенты с нарушениями сознания, пациенты с сенсорной, семантической и динамической афазией, пациенты с афазией грубой степени выраженности, с сопутствующими соматическими заболеваниями в стадии декомпенсации, геморрагическим инсультом, при наличии анамнестических данных, указывающих на наличие деменции.

Использовались методы нейропсихологической диагностики (Лурия А.Р., 1969), количественная оценка которых представлена четырехбалльной шкалой в интерпретации Ж.М. Глозман, где 0 – отсутствие нарушений, 0,5 – увеличение латентного периода при выполнении проб; 1 – нарушения, самостоятельно корригируемые обследуемым; 2 – нарушения корригируемые при указании на ошибку и подсказкой психолога; 3 – некорригируемые нарушения.

Для количественной оценки выраженности когнитивных нарушений применялась Монреальская шкала оценки когнитивных нарушений (MoCa, Version 7.1, Nasreddine Z.S., 2005). Диапазон нормы составляет от 26 до 30 баллов, сырая оценка корректируется по уровню образования.

Для статистической обработки данных использовался пакет программ SPSS для Mac OS версия 23.0. Тип распределения данных оценивался по критерию Колмогорова-Смирнова. Силу и характер корреляции между показателями нейропсихологических тестов исследовали с помощью коэффициента корреляции Спирмена. Для определения силы взаимной связи показателей использовали шкалу Чеддока. По ней сила связи определяются

значением коэффициента парной корреляции: от 0.1 до 0.3 – слабая; от 0.3 до 0.5 – умеренная; от 0.5 до 0.7 – заметная; от 0.7 до 0.9 – высокая; от 0.9 до 1 – весьма высокая.

Результаты и обсуждение. По результатам качественного анализа выполнения проб можно говорить о специфическом наборе нейропсихологических симптомов и выделении специфического нейропсихологического синдрома, характерных для пациентов с ишемическим инсультом в каротидном бассейне. Основными нарушениями являются: дефицит энергетического обеспечения и нейродинамического фактора, нарушения мышления, праксиса и оптико-пространственного фактора.

Нами выявлены прямые умеренные и сильные корреляции, которые сохраняются на всех трех этапах исследования с уровнем значимости $p \leq 0.05$. Больше всего связей отмечается в сфере движений и действий. Связь «Реципрокной координация» с «Ассиметричным постукиванием» ($r_1=0,79$; $r_2=0,76$; $r_3=0,53$), «Воспроизведением ритмических структур» ($r_1=0,75$; $r_2=0,68$; $r_3=0,60$) что свидетельствует о влиянии фактора межполушарного взаимодействия на кинестетическую основу движения и на последовательную организацию простейших двигательных актов.

Показатель «Праксис позы кисти», помимо связей с «пробами Хэда» ($r_1=0,69$; $r_2=0,75$; $r_3=0,64$), «Конструктивным праксисом» ($r_1=0,59$; $r_2=0,68$; $r_3=0,53$), пробой «Кубики Коса» ($r_1=0,52$; $r_2=0,54$; $r_3=0,50$), связан с пробой «Понимание логико-грамматических конструкций» ($r_1=0,58$; $r_2=0,60$; $r_3=0,50$), выполнение которых обеспечивают кинестетический, пространственный и квазипространственный факторы. Т.е. кинестетическая и пространственная составляющие сферы произвольных движений влияют на семантический компонент речи, как ВПФ.

В свою очередь, сохранность речевых функций, их динамических характеристик влияет на интеллектуальную сферу пациента, перенесшего ишемический инсульт, о чем свидетельствует сильная корреляционная связь пробы «Понимание смысла рассказа» интеллектуальной сферы с пробами сферы речевых функций: «Спонтанная речь» ($r_1=0,51$; $r_2=0,50$; $r_3=0,50$) и «Автоматизированная речь» ($r_1=0,50$; $r_2=0,50$; $r_3=0,52$), «Повторение» ($r_1=0,51$; $r_2=0,55$; $r_3=0,52$).

В сфере мнестической деятельности сильной оказалась связь пробы «Запоминания двух групп слов» с пробами «Запоминанием двух групп из трех изображений» ($r_1=0,57$; $r_2=0,51$; $r_3=0,57$) и «Прочностью запоминания 10 слов» ($r_1=0,53$; $r_2=0,50$; $r_3=0,69$). Т.е. на нарушения мнестической сферы больных с ишемическим инсультом влияет высокая чувствительность к интерферирующим воздействиям.

Значимым для практического здравоохранения и деятельности медицинских психологов является разработка методов, позволяющих оценить

тяжесть и структуру нейропсихологических нарушений, «предсказать» динамику восстановления отдельных ВПФ и когнитивной сферы в целом.

Нами построены регрессионные модели для 8 показателей работы ВПФ («Рисунок стола и куба» и проба на динамический праксис «Кулак-ребро-ладонь», «Продуктивности запоминания 10 слов», «Запоминание двух групп слов», «Запоминание рассказа», «Решением арифметических задач», «Таблицы Шульте», «Серийный счет») и МоСА для предсказания динамики восстановления к выписке (15–16 сутки от начала заболевания) и через 6 месяцев после выписки из стационара.

Наиболее достоверная прогностическая модель построена на основании показателя МоСА. Ее достоверность составляет 88 % при выписке и 59 % через 6 месяцев.

Для показателей нейропсихологических проб прогноз носит менее однозначный характер. Наибольшее значение имеет: проба «Прочность запоминания 10 слов» – 63 % и 53 % при выписке и через 6 месяцев соответственно; проба «Решение арифметических задач» 67 % для прогноза показателя к выписке и 53 % – через 6 месяцев.

По результатам можно говорить о том, что наиболее быстро нивелируются нарушения в динамическом праксисе, улучшается продуктивность запоминания 10 слов, выполнение проб Шульте и серийного счета.

Выводы. В структуре нейропсихологического синдрома ишемического инсульта в каротидном бассейне преобладают нарушения нейродинамического компонента деятельности, пространственного фактора, фактора программирования и контроля деятельности. Это говорит о том, что вне зависимости от локализации очага ишемического инсульта в полушарии головного мозга, нарушается работа всех трех функциональных блоков.

Нами определены 9 показателей, которые можно применять при общем первичном нейропсихологическом обследовании, в динамике наблюдения, а также для составления прогноза восстановления когнитивной сферы пациента в остром и раннем восстановительном периоде инсульта.

Программа восстановительного обучения для пациентов в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта в каротидном бассейне должна быть направлена на преодоление инертности психической деятельности, тренировку устойчивости внимания, восстановление пространственного компонента деятельности и обучение программированию деятельности в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта в каротидном бассейне.

НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ЦЕНТР ИМ. Г.Е. СУХАРЕВОЙ В 2010–2018 ГГ.

Северина Ю.В., Басова А.Я.

г. Москва

*Научно-практический центр психического здоровья
детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой,
Российский Национальный Исследовательский
Медицинский Университет им. Н.И. Пирогова*

Актуальность. В последние годы в мире все более актуальной становится проблема суицида. Ежегодно, по данным ВОЗ, самоубийство является причиной смерти 800 000 человек; в России в 2017 году в результате суицида погибли 20 278 человек. В последнее время в нашей стране отмечается тенденция к постепенному снижению уровня завершенных самоубийств, пик которых пришелся на 90-е годы прошлого века. Несмотря на это, количество суицидальных попыток среди молодого населения неуклонно растет. По статистике ВОЗ, суицид является главной причиной смерти подростков и молодежи в возрасте от 15 до 19 лет. По мнению многих исследователей, одним из факторов, значительно увеличивающих вероятность совершения суицидальных действий, является наличие психического заболевания.

Цель и задачи. Проведение анализа психического состояния, синдромальных и нозологических особенностей детей и подростков, госпитализированных в НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой в связи с различными суицидальными проявлениями.

Материалы и методы. В ходе работы были изучены данные из историй болезни и амбулаторных карт пациентов (3446 человек), поступивших в наш Центр в период с 2010 г. до 15 сентября 2018 г.

Результаты и обсуждения. За указанный период в НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой в связи с различными суицидальными тенденциями проходили лечение 3446 детей в возрасте от 4 до 17 лет. 2829 человек госпитализировались после попытки самоубийства, 342 – высказывали суицидальные намерения, 229 – имели суицидальные мысли. 2301 человек был госпитализирован впервые, 1145 – повторно. 721 ребенок госпитализировался несколько раз с многократными (более 2) суицидальными попытками. У 465 больных наблюдалась повторная попытка суицида в течение года после предыдущей госпитализации.

Ежегодно отмечается рост числа госпитализаций в наш Центр детей и подростков с различными суицидальными проявлениями (2010 г. – 5, 2011 г. – 208, 2012 г. – 200, 2013 г. – 253, 2014 г. – 263, 2015 г. – 410, 2016 г. – 661, 2017 г. – 825, до 15.09.2018 – 621). Так, за 9 месяцев 2018 г. был госпитализирован 621 человек, что уже превосходит аналогичные данные за 9 месяцев 2017 (508 человек).

По нозологической принадлежности заболевания распределились следующим образом: органическое поражение головного мозга различного генеза (F 06, 07) – 413 человек; расстройства шизофренического спектра (F 20, 21, 23, 25) – 569; аффективные расстройства (преимущественно депрессивный эпизод) (F 31, 32) – 723, невротические расстройства (F 43) – 127, расстройства пищевого поведения (F 50) – 65, расстройства личности (F 60, 61) – 54, умственная отсталость (F 70, 71) – 235; эмоциональные и поведенческие расстройства (F 91, 92, 98) – 1183.

Исходя из анализа клинических данных, выяснилось, что суицидальные проявления чаще всего были связаны с аффективными расстройствами (88,49 % от общего числа госпитализированных с данной нозологией), эмоциональными и поведенческими нарушениями (40,92 %), расстройствами шизофренического спектра (19,43 %). Расстройства пищевого поведения и верифицированные расстройства личности были зарегистрированы у небольшого количества детей, однако в этой группе процент детей с суицидальными проявлениями от общего числа госпитализированных с данной нозологией достаточно высок (23,05 % и 37,76 % соответственно). Другую картину мы можем наблюдать у детей с органическим поражением головного мозга: от общего числа госпитализированных с этими расстройствами процент суицидентов не велик (8,62 %), но среди всех госпитализированных с суицидальными тенденциями такие дети составляют 12 %. Значительно реже в процентном соотношении суицидальные проявления отмечаются у пациентов с умственной отсталостью и невротическими расстройствами.

Среди психопатологических синдромов, наблюдаемых у госпитализированных пациентов, ведущее место занимали: депрессивный (2113), психопатоподобный (1578), галлюцинаторно-бредовой (109) синдром, синдромы нарушения адаптации (107), субдепрессивный (86), невротические, фобические синдромы, навязчивости (72), психоорганический (62) синдром, синдром сверхценной дисморфофобии (36) и нервной анорексии (33). Другие синдромы представлены незначительно. Некоторые пациенты имели несколько синдромов. Из полученных данных видно, что в период с 2010 по 2018 г. суицидальное поведение начало отмечаться значительно чаще у детей с шизофреническими расстройствами, БАР и депрессивным эпизодом, органическими расстройствами и умственной отсталостью.

Повторные и многократные суицидальные попытки предпринимались преимущественно детьми с аффективными (депрессивным) расстройствами, расстройствами шизофренического спектра. Наряду с этим, многократные суицидальные попытки отмечались у детей с различными вариантами экзогенно-органического поражения головного мозга. Многие из этих детей, как мы уже указывали в ранних публикациях, неоднократно госпитализировались в психиатрическую больницу, принадлежали к социально неблагополучным слоям населения, имели отягощенную наследственность.

Выводы. Таким образом, при анализе историй болезни детей и подростков, госпитализированных в Центр в период с 2010 по 2018 гг. отчетливо наблюдается значительное увеличение числа детей и подростков с суицидальными проявлениями, причем большую часть из них (более 80 процентов) составляли суицидальные попытки, имеющие высокую степень летального исхода. Наиболее часто суициденты страдали эмоциональными и поведенческими нарушениями, аффективными и шизофреническими расстройствами, а также органическим поражением головного мозга. Среди повторных суицидальных попыток преобладали совершённые в первый год после госпитализации. Очевидно, что такие пациенты требуют особого внимания во время постгоспитального сопровождения, поскольку каждая повторная суицидальная попытка повышает риск завершённого суицида.

АССОЦИАЦИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ МЕТИОНИН СИНТАЗЫ (MTR) 2756 A>G И МЕТИОНИН СИНТАЗЫ РЕДУКТАЗЫ (MTRR) 66 A>G С ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЕЕ СИМПТОМАМИ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Семеннов И.В., Жилиева Т.В., Благоднравова А.С., Мазо Г.Э.

г. Нижний Новгород,

Приволжский исследовательский медицинский университет

Актуальность. У пациентов с шизофренией чаще, чем в общей популяции выявляется дефицит фолатов, гипергомоцистеинемия (интегральный маркер нарушений фолатного цикла), мутации в генах фолатного цикла (Kinoshita M, 2016). Дефектный аллель Т в гене MTHFR677C>Т делает носителя чувствительным к дефициту фолатов и способствует развитию биохимических нарушений. Носительство аллеля Т в гене MTHFR677C>Т у больных шизофренией коррелирует с выраженностью негативных симптомов (Zhilyaeva T, 2018).

Однако, кроме гена MTHFR677C>T, на обмен фолатов и уровень гомоцистеина влияют также однонуклеотидные полиморфизмы B12-зависимых ферментов фолатного цикла, в частности (метионин синтазы и метионин синтазы редуктазы) – MTR 2756 A>G (rs1805087), MTRR 66 A>G (rs1801394). Изучение роли этих полиморфизмов в качестве фактора риска и неблагоприятного прогноза шизофрении имеет большое значение для понимания молекулярных механизмов патогенеза шизофрении, а также разработки алгоритмов коррекции нарушений одноуглеродного метаболизма у данной категории больных. При носительстве минорных аллелей MTR 2756 A>G и MTRR 66 A>G добавление фолатов в виде монодобавки к основному лечению может «замаскировать» дефицит витамина B12 и пернициозную анемию за счет длительного поддержания гематологической картины в норме, при этом привести к тяжелым нарушениям ОУМ и необратимым повреждениям ЦНС (Malouf R, 2003). В таком случае необходимо дополнение схемы аугментации цианокобаламином. Исследования, посвященные изучению ассоциации однонуклеотидных полиморфизмов в генах кобаламинзависимых ферментов ОУМ с шизофренией, проводились лишь в единичных случаях, полученные данные предварительны и достаточно противоречивы. Так, получена положительная ассоциация с развитием шизофрении минорного аллеля полиморфного локуса MTR 2756 A>G (D919G) (rs1805087) в единственном исследовании в восточно-европейской популяции (Польша): 200 пациентов, 300 субъектов здорового контроля (OR=1.556, 95 % CI=1.085-2.232; P=0.0160; P (corr)=0.032) (Kempisty B, 2007), а также была получена положительная ассоциация этого аллеля с тяжестью негативных симптомов в североамериканской популяции (Roffman J, 2011). Полиморфизм гена фермента MTRR 66 A>G (rs1801394) (он же MTRR 203A>G) изучался в связи с шизофренией также только дважды. В исследовании арабской популяции (Сирия) не было обнаружено значимой ассоциации минорного аллеля с шизофренией, но обнаружена пограничная по достоверности ассоциация для комбинированного генотипа двух полиморфизмов CC/GG (MTHFR C677T/ MTRR A66G, OR=2.24, 95 % CI [0.97; 5.15], p=0.053, 85 пациентов и 126 субъектов здорового контроля (Lajin B, 2012). В исследовании Roffman J.L. et al. (2011) также не было получено положительной ассоциации (n=219) (Roffman J, 2011). Дальнейших исследований данного полиморфизма не проводилось, хотя размер выборки менее 500 случаев в настоящее время считается недостаточным для исследований ассоциаций «генетический полиморфизм-заболевание», в частности при шизофрении (Golan D, 2014). Учитывая высокую распространенность минорного аллеля G MTRR 66A>G в изученных популяциях – до 50 % (Andrew T, 2013) дальнейшее изучение его роли в развитии дефицита кобаламина и гипергомоцистеинемии при шизофрении является актуальным, особенно

в контексте разработки схем аугментации терапии шизофрении витаминами. В Российской популяции исследований, посвященных изучению ассоциации генетических полиморфизмов B12-зависимых ферментов ОУМ с шизофренией, не встречается. Учитывая положительные данные об ассоциации полиморфизма MTR 2756A>G с негативной симптоматикой шизофрении, полученные в североамериканской популяции, широкие географические колебания распространенности изучаемых полиморфизмов; учитывая то, что подтверждена ассоциация другого полиморфизма ключевого фермента фолатного цикла с шизофренией в России и соответственно необходимость разработки методов коррекции нарушений метаболизма фолатов при шизофрении, имеется необходимость изучения ассоциации генетических полиморфизмов MTR 2756 A>G, MTRR 66 A>G с этим заболеванием в Российской популяции.

Цель и задачи.

1) Изучение ассоциации минорных аллелей полиморфизмов фолатного цикла MTR 2756 A>G и MTRR 66 A>G с шизофренией в популяции Нижегородской области путем сравнения с группой здоровых доноров.

2) Сравнительный анализ выраженности симптомов шизофрении у носителей минорных аллелей MTR 2756 A>G и MTRR 66 A>G по шкале PANSS.

Материалы и методы. 237 пациентов по полиморфизму MTR 2756 A>G, 229 пациентов по полиморфизму MTRR 66 A>G, 215 доноров по полиморфизму MTR 2756 A>G и 217 доноров по полиморфизму MTRR 66 A>G обследованы методом ПЦР. Пациенты с минорным аллелями MTR2756 A>G и MTRR 66 A>G обследованы на выраженность негативных симптомов по шкале PANSS.

Результаты и обсуждение. Распределение генотипов полиморфизма MTRR 66 A>G достоверно различается в выборках пациентов и здоровых доноров ($\chi^2=8,17$; $p=0,017$); среди больных шизофренией достоверно чаще распространены гомозиготные GG генотипы и реже – гетерозиготные ($\chi^2=7,56$; $p=0,06$). Носительство дефектного аллеля G полиморфизма MTR 2756 A>G у больных шизофренией также встречается чаще (99/237; 41,8 %), чем у здоровых доноров (71/215; 33,0 %), однако разница недостоверная при имеющемся числе наблюдений ($p=0,069$, $\chi^2=3,31$; OR=1.46, 95 %CI [0.99; 2.14]). Учитывая небольшой объем выборки и весомую разницу, практически приближающуюся к границе статистической значимости, можно предположить, что увеличение объема выборки позволит получить достоверные результаты.

Согласно шкале позитивных и негативных синдромов PANSS, у пациентов с минорным аллелем G полиморфизма MTR 2756 A>G, обследованных в период стационарного лечения (не менее 10 дней), все негативные

симптомы более выражены, чем в подгруппе пациентов-носителей дикого генотипа. При этом достоверными между подгруппами пациентов были различия по пунктам PANSS: P3 (галлюцинаторное поведение: $Z=-2,45$, $p=0,014$), N4 (пассивно-апатическое социальное избегание: $Z=-2,32$, $p=0,021$), G16 (активное социальное избегание: $Z=-2,59$, $p=0,0096$, U-тест Манна-Уитни). Аналогичным образом была проанализирована ассоциация носительства минорного аллеля G полиморфизма MTRR 66 A>G с выраженностью симптомов (PANSS) у пациентов, обследованных в период стационарного лечения (не менее 10 дней). При этом достоверными между подгруппами пациентов были различия по пунктам PANSS: G4 (напряжение: $Z=2,20$, $p=0,028$) и G13 (волевые нарушения: $Z=2,42$, $p=0,015$, U-тест Манна-Уитни).

Выводы. В Нижегородском регионе среди больных шизофренией достоверно чаще, чем среди здоровых доноров крови, встречается носительство гомозиготного генотипа GG генетического полиморфизма MTRR 66 A>G. У носителей минорных аллелей G полиморфизмов MTR 2756 A>G и MTRR 66 A>G симптомы шизофрении более выражены, чем у носителей «диких» генотипов, но недостоверно, кроме различия по пунктам PANSS: P3 (галлюцинаторное поведение: $Z=-2,45$, $p=0,014$), N4 (пассивно-апатическое социальное избегание: $Z=-2,32$, $p=0,021$), G16 (активное социальное избегание: $Z=-2,59$, $p=0,0096$, U-тест Манна-Уитни) по полиморфизму MTR 2756 A>G и G4 (напряжение: $Z=2,20$, $p=0,028$) и G13 (волевые нарушения: $Z=2,42$, $p=0,015$, U-тест Манна-Уитни) по полиморфизму MTRR 66 A<G. Полученные данные могут свидетельствовать о том, что генетические полиморфизмы B12-зависимых ферментов фолатного цикла могут иметь роль фактора риска заболевания, его тяжести и неблагоприятного прогноза. Учитывая, что только в России получена достоверная ассоциация носительства генотипа MTRR 66 GG с шизофренией, проблема нарушений обмена фолатов, в частности дефицита кобаламина, при шизофрении в России требует особого внимания.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ БЕЛКОВ СЫВОРОТКИ БОЛЬНЫХ БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Серегин А.А.

г. Томск

Томский национальный исследовательский медицинский центр

Актуальность. В клинической практике биполярное аффективное расстройство (БАР) нередко имеет сходную клиническую картину с другими психическими расстройствами, а параклинические критерии диагностики отсутствуют. Это связано с недостаточным пониманием молекулярных механизмов патогенеза БАР. Таким образом, выявление белковых маркеров, участвующих в патогенезе БАР может послужить основой для новых методов дифференциальной диагностики и разработки новых, патогенетически обоснованных, лекарственных средств.

Цель и задачи. Провести сравнительный протеомный анализ сыворотки крови больных БАР и здоровых лиц, направленный на выявление специфичных белков, с последующим изучением их связи с клиническими параметрами и значимости для дифференциальной диагностики аффективных расстройств. Задачи: 1) выявить специфичные для БАР белки с помощью масс-спектрометрии 2) оценить количество выявленных белков у больных и здоровых лиц с помощью ИФА. 3) изучить связь идентифицированных белков с клиническими характеристиками БАР и оценить их диагностическую значимость.

Материалы и методы. Проведено комплексное клинико-биологическое исследование 41 пациента имеющего диагноз БАР с применением психометрической оценки тяжести текущего аффективного эпизода с помощью шкалы SIGH-SAD (Janet B W Williams et al, 2002) и шкалы глобальной клинической оценки CGI-S, CGI-I (Spearing M K et. al, 1997). Возраст пациентов составил 32 [21;52] года с длительностью заболевания 8 [5;11] лет. Группу контроля составили 35 психически и соматически здоровых добровольцев, соответствующих полу и возрасту обследуемой группы. Для масс-спектрометрического исследования были отобраны 8 пациентов с БАР и 5 здоровых лиц. Критериями исключения для всех обследуемых было наличие острых и хронических воспалительных, аутоиммунных, соматических заболеваний в острой фазе и острых инфекционных заболеваний менее, чем за 4 недели до начала исследования, прием лекарственных психоактивных средств. Работа выполнена с соблюдением протокола, утвержденного комитетом по биомедицинской этике НИИ психического здоровья Томского НИМЦ

и в соответствии с Хельсинской Декларацией для экспериментов, включающих людей. Забор биологического материала – сыворотки крови, проводился из локтевой вены утром натощак до начала терапии. Сыворотка при помощи аффинной хроматографии очищалась от 6 мажорных белков (альбумин, иммуноглобулин G, иммуноглобулин A, антитрипсин, трансферрин и гаптоглобин) на хроматографе AKTA pure (GE Healthcare). Очищенные белки разделяли вертикальным электрофорезом в 12 % полиакриламидном геле по методу Леммли (Laemmli U K, 1970). Затем после проведения трипсинолиза и экстракции пептидов из геля белки идентифицировали при помощи ВЭЖХ/масс-спектрометрии на масс-спектрометре LTQ Velos (Thermo Scientific) на базе ЦКП «Протеом человека» Института биомедицинской химии им. Ореховича г. Москва, который поддерживается Министерством образования и науки Российской Федерации (уникальный идентификатор проекта RFMEFI62117X0017), без предоставления финансовой помощи исследованию. Идентификация белков проводилась с использованием базы данных UniProtKB/Swiss-Prot (www.uniprot.org) и поисковой машины Mascot (www.matrixscience.com). Результаты проверялись на достоверность при помощи непараметрического точного критерия Фишера с поправкой Йетса. Концентрацию Кадгерина 5 определяли с помощью набора ИФА SEB366Hu 96 (Cloud-Clone Corp). Содержание транстиретина измерялось при помощи набора ИФА K6331 (Immunodiagnostik AG). Достоверность результата проверяли непараметрическим U-критерием Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. По результатам оценки текущего эпизода БАР по шкале SIGH-SAD общий бал составил 25 [19;29] что соответствует умеренно выраженному депрессивному эпизоду. В результате масс-спектрометрического анализа образцов и идентификации белков обнаружено 454 уникальных белка здоровых лиц и 445 белков у больных БАР. При сопоставлении индивидуальных протеомов исследованных лиц выявлено 5 белков, не встречающихся у здоровых лиц: плектин, виментин, кадгерин-5, В-цепь XIII фактора свёртывания и 4 формы мутантного транстиретина. Статистически значимое снижение концентрации транстиретина ($p=0,003$) в сыворотке крови больных БАР (234,5 [176,6; 241,5] нг/мл) по сравнению со здоровыми лицами (283,0 [234,6; 449,5] нг/мл), обнаруженное методом ИФА, скорее всего, связано с наличием мутантных аллелей, не выявляемых используемым набором. Этот белок играет важнейшую роль в обеспечении нормального функционирования ЦНС и обеспечении когнитивных процессов, связанных с памятью и эмоциональным состоянием (Вьюнова Т.В. и др, 2016), так как переносит тироксин и ретинол посредством связи с ретинол-связывающим белком (РСБ) (Karlsson A et al, 2008). Известно о взаимосвязи нарушения синтеза ретинола или отсутствия транстиретина с различными когнитивными нарушениями. (Goodman A B et al, 2003).

Так в работе Sousa, у 5-месячных мышей с отсутствием транстиретина наблюдалось нарушение пространственной памяти, которое корректировалось введением ретиноевой кислоты (Sousa, J C et al., 2007). Также известно, что в депрессивную фазу у больных БАР происходит снижение уровня транстиретина в цереброспинальной жидкости (Jeffrey T-J Huang et al., 2006). Возможно, нарушение связывания РСБ транстиретином при наличии мутации приводит к нарушению метаболизма ретинола, что вероятно играет важную роль в патогенезе БАР. Однако корреляционных взаимосвязей содержания транстиретина в сыворотке больных БАР с длительностью заболевания, возрастом манифестации или балльной оценкой по шкале SIGH-SAD обнаружено не было, что возможно связано с ограничением метода ИФА, обусловленного наличием мутантных форм и требует дальнейшего изучения. Также обнаружено статистически значимое увеличение содержания кадгерина-5 ($P=0,017$) в сыворотке крови больных БАР (3,504 [2,089; 6,348] нг/мл) в сравнении со здоровыми лицами (2,727 [1,913; 4,841] нг/мл). Кадгерин-5 является маркером эндотелиальной клетки (Dejana E et al., 1995). Его основная функция – обеспечение правильной сборки адгезивных контактов и функционирования эндотелиального барьера (Pedrosa E et al., 2008). Увеличение концентрации кадгерина-5 у больных БАР может свидетельствовать о нарушении целостности межэндотелиальных контактов и барьерных функций мембран эндотелиоцитов, что проявляется в развитии эндотелиальной дисфункции и повышении проницаемости гематоэнцефалического барьера (ГЭБ). Обнаружение отрицательной корреляционной взаимосвязи средней силы (65 % $p=0,037$) между концентрацией кадгерина-5 и балльной оценкой атипичных симптомов по шкале SIGH-SAD, может говорить о связи этого белка с патогенезом БАР. Кроме того, обнаружение белков клеточного цитоскелета-плектина и виментина говорит о повреждении клеточных мембран, что также может обуславливать повышение проницаемости ГЭБ.

Выводы. 1) В работе выявлены 5 патогенетически значимых белков: плектин, виментин, кадгерин-5, В-цепь XIII фактора свёртывания и 4 формы мутантного транстиретина. 2) Методом ИФА обнаружено статистически значимое увеличение концентрации кадгерина-5 и снижение концентрации транстиретина у больных БАР, что возможно объясняется наличием мутантных форм транстиретина. 3) Транстиретин может участвовать в патогенезе данного заболевания, так как он участвует в регуляции метаболизма ретинола и репликации нейробластов на ранних стадиях онтогенеза посредством транспорта тиреоидных гормонов, что может быть нарушено при наличии мутации. Увеличение концентрации кадгерина-5 и обнаружение белков цитоскелета у больных БАР может свидетельствовать об эндотелиальной дисфункции и создавать предпосылки для повышения проницаемости ГЭБ. Обнаружение отрицательной корреляционной взаимосвязи средней силы

между концентрацией кадгерина-5 и балльной оценкой атипичных симптомов по шкале SIGH-SAD может говорить о связи этого белка с патогенезом БАР. Дальнейшее изучение выявленных нами белков может помочь в раскрытии неясных моментов патогенеза и разработке новых параклинических критериев дифференциальной диагностики БАР.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ФАКТОРОВ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Серегин Д.А., Маркин К.В.

г. Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Актуальность. В последние годы уровень самоубийств у военнослужащих значительно ниже, чем в общей популяции населения, однако самоубийства среди военнослужащих остаются важной проблемой из-за негативного влияния на морально-психологический климат в воинском подразделении и широкий общественный резонанс. Все больше исследователей затрагивают значимость биологических, психологических и социальных факторов, способствующих формированию суицидального поведения у военнослужащих с пограничными психическими расстройствами (Днов К.В., Нечипоренко В.В. и соавт., 2018).

Использование биопсихосоциальной модели при изучении различных аспектов психических расстройств приобрело популярность в конце 70-х гг. XX века и успешно применяется в настоящее время (Коцюбинский А.П. и соавт., 2004).

Этот комплексный подход мы решили применить к изучению и сопоставлению медицинских, индивидуальных, социально-демографических и клинико-психопатологических факторов, влияющих на суицидальное поведение у военнослужащих с пограничными психическими расстройствами.

Цель и задачи. Анализ факторов суицидального риска у военнослужащих с пограничными психическими расстройствами с позиции биопсихосоциальной модели.

Материалы и методы. Работа состояла из двух основных этапов: отбор испытуемых и статистическая обработка исследуемого материала с последующей интерпретацией результатов.

На первом этапе в клинике психиатрии и консультативно-диагностической поликлинике лечебно-диагностического центра ВМедА было проведено скрининговое обследование 118 военнослужащих с пограничными психическими расстройствами (ППР) и суицидальным поведением в возрасте $19,3 \pm 2,5$. Испытуемые с ППР в последующем разделены на три опытных группы: 1) военнослужащие с ППР с суицидальными попытками (СП) ($n=41$), 2) военнослужащие с ППР с суицидальными мыслями ($n=38$) и 3) военнослужащие с ППР без суицидального поведения ($n=39$). В качестве контрольной группы обследованы 114 здоровых военнослужащих мужского пола в возрасте $20,3 \pm 0,8$ лет. В рамках клинко-психопатологического метода определялся ведущий на момент осмотра психопатологический синдром и устанавливался психиатрический диагноз у военнослужащих, на основании которого выносилось диагностическое заключение в соответствии с МКБ-10 (Чуркин А.А., 1999). Для оценки работоспособности и функционального состояния организма военнослужащих в различных условиях профессиональной деятельности был применён метод антропометрии, в ходе которого измерялись основные физические показатели человека (рост, вес, окружность груди и живота), а также показатели дыхания и силы мышц (Негашева М.А., и соавт., 2017). Основным методом оценки функционального состояния вегетативной нервной системы являлось исследование variability сердечного ритма (BCR) (Баевский, Р.М., 2009). Обследование проводилось с помощью аппаратно-программного комплекса «Здоровье-Экспресс». Для оценки общей выраженности аффективной симптоматики использовались шкалы депрессии и тревоги Цунга (Zung WWK, 1965). Для исследования индивидуальных особенностей и психических состояний личности применялся Миннесотский многоаспектный личностный опросник (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI) (Березин Ф.Б. и соавт., 2011).

На втором этапе проводилась статистическая обработка исследуемого материала с последующей интерпретацией результатов. Статистический анализ полученных данных выполнен на компьютерной системе при использовании пакета программ STATISTICA 10.0. Сравнение совокупностей с нормальным распределением проводили с помощью t-критерия Стьюдента для двух независимых выборок (Трухачева Н.В., 2017).

Результаты и обсуждение. На основании результатов антропометрических данных выявлена тенденция наличия предожирения у военнослужащих с суицидальными мыслями (22,78 %), а также низкий рост у 19,18 % военнослужащих, совершивших СП. Кроме того, военнослужащие с СП отмечали у себя следующие физические недостатки, которые нарушали их социальные взаимоотношения с окружающими людьми, начиная с детского возраста: псориаз (2,63 %), витилиго (2,02 %), угри (1,82 %), близорукость

(12,11 %). В совокупности со снижением толерантности к физическим нагрузкам данные особенности субъективно отмечались этими группами военнослужащих как физические недостатки их организма, а следовательно, насмешки и психологическое угнетение со стороны сослуживцев по данному поводу воспринималось ими более остро. Еще Л.С. Выготский отмечал, что всякий телесный недостаток не только изменяет отношение человека к миру, но прежде всего сказывается на отношениях с людьми.

Показатели силового и жизненного индексов у военнослужащих с СП (64,03; 60,13 соответственно) был ниже, чем у здоровых военнослужащих (76,16; 61,19 соотв.), но превышал данные показатели у военнослужащих с суицидальными мыслями (57,94; 59,08 соотв.) и у ППР без суицидального поведения (58,40; 57,25 соотв.), что свидетельствует о преимущественном отсутствии астении, и как следствие, более решительном переходе к суицидальным действиям. Особенно характерна данная связь при совершении аффективных СП, чаще всего, на основании получения информации о расставании или измене (19,51 %), суицидальные мысли на этом фоне проявляются лишь у 2,63 %. Истинность намерений подтверждается результатами психологических обследований (опросник ММРІ), в ходе которых выявлено, что исследуемые с суицидальными мыслями имели больший балл (63) по шкале демонстративности, чем испытуемые с СП (58).

Результаты исследования ВСР свидетельствуют о пятикратном повышении стресс-индекса в каждой опытной группе (1 – 267,17; 2 – 251,73; 3 – 242,97) и повышении активности регуляторных систем (1 – 6,14; 2 – 6,6; 3 – 7,08), по сравнению с контрольной (65,55; 5,01 соотв.). Эти данные подтверждают наличие сниженных адаптационных резервов у военнослужащих в составе опытных групп, что коррелирует с данными психологических тестирований. У военнослужащих с суицидальным поведением выявлен уровень ситуативной депрессии (1 – 55 балла; 2 – 53 балла по опроснику депрессии Цунга; 1 – 70; 2 – 72 по опроснику ММРІ) в сравнении со здоровыми (49; 53 соотв.), а также высокие показатели по шкале ригидности (1 – 69; 2 – 64 по опроснику ММРІ), свидетельствующие о снижении критичности по отношению к себе.

Социальные показатели играют зачастую основную роль в формировании суицидального поведения в рамках биопсихосоциальной модели. Проведенный факторный анализ установил следующие основные социально-демографические характеристики военнослужащих с суицидальным поведением: проживали в сельской местности (67,23 %), из многодетных (21,15 %), неполных (54,46 %), малообеспеченных семей (44,17 %), имели отягощенную наследственность (28, 62 %), в том числе суициды родственников (6,73 %), многие родители были лишены родительских прав из-за алкоголизма (17,63 %). Отмечаются патологические типы воспитания:

гипоопека (55,49 %), гиперопека (27,89 %), антагонистические отношения между родителями (21,15 %). Пациенты имели склонность к деликвентному поведению (29,20 %), алкоголизации (19,06 %) и употреблению наркотических веществ (15,21 %). Кроме того, у многих из них присутствовали психотравмы различного рода в анамнезе (43,10 %), как известно, сопряженные с формированием во взрослом возрасте психических расстройств и суицидального поведения.

В структуре психических расстройств военнослужащих, направленных на стационарную психиатрическую экспертизу, чаще всего встречаются расстройства адаптации (54,23 %) и расстройства личности. Примечательно, что 11,17 % совершали суицидальных попытки в прошлом. Главное то, что подавляющее большинство молодежи отрицательно относилось к военной службе (82,45 %), даже не пытаясь настроиться на преодоление трудностей и лишений военной службы.

Выводы. Использование комплексной оценки военнослужащих в рамках биопсихосоциальной модели полезно для прогноза и более точного выявления суицидоопасных лиц. Более того, эффективность данного метода обусловлена мультидисциплинарностью проблемы суицидального поведения.

ИССЛЕДОВАНИЕ НЕЙРОИММУННЫХ БИОМАРКЕРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ И АССОЦИИРОВАННЫМИ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Сивакова Н.А., Липатова Л.В., Коцюбинский А.П.

г. Санкт-Петербург

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева*

Актуальность. В последние десятилетия получены многочисленные экспериментальные и клинические данные, сделавшие правомочным вопрос о рассмотрении воспалительной теории эпилептогенеза (De Simoni M.G. et al., 2000; Lehtimäki K.A. et al., 2004). Считается, что хронизации воспалительного процесса при эпилепсии способствует активация микроглии и астроглиоз, сопровождающиеся повреждением нейронов (Vezzani A. et al., 2002). Основным постулатом такого рода работ является положение о том, что в основе воспаления в ЦНС лежит повреждение ГЭБ, что вызывает целый каскад иммунозависимых реакций, приводящих как к индукции

эпилептического синдрома, так и к его прогрессированию (Oby E., Janigro D., 2006; Van Vliet E.A. et al., 2007; Juhász G. et al., 2007; Marchi N. et al., 2009).

Существует научное направление, отдельно специализирующееся на изучении нейровоспаления при психических расстройствах. Изначально «цитокиновая» или «воспалительная» теория депрессии была основана на выводах о повышении уровня провоспалительных цитокинов, продуцируемых моноцитарными макрофагами (IL-1 β , IL-6, TNF- α) (Maes M. et al., 1993). В дальнейшем обнаружено, что цитокины участвуют в различных патофизиологических процессах, которые характеризуют депрессию (Raison C.L., Capuron L., Miller A.H., 2006). Провоспалительные цитокины влияют на нейромедиаторный обмен и снижают концентрации триптофана и серотонина (Тиганов А.С., 1999; Song C.X. et al., 2011; Leonard B., Maes M., 2012). Установлено, что при хроническом воспалении снижается интенсивность биосинтеза катехоламинов, что приводит к изменению нейротрансмиссии у больных с депрессией (Maes M. et al., 2011). Результатами проведенных различными авторами исследований стали также доказательства того, что заболевания головного мозга органического характера (болезнь Альцгеймера, Гентингтона, Паркинсона) и большое количество других соматических заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, эндокринной, иммунной системы, коморбидны депрессивным состояниям и, более того, имеют общие периферические и центральные механизмы нейровоспаления (Мазо Г.Э., Дубинина Е.Е., Крижановский А.С., 2014; Maes M. et al., 2011).

Цель и задачи. Изучить маркеры нейровоспаления и нейродегенерации при аффективных расстройствах депрессивного спектра у больных эпилепсией.

Материалы и методы. Обследовано 80 больных с фармакорезистентной эпилепсией и ассоциированными непсихотическими психическими расстройствами. У всех исследовали про- и противовоспалительные цитокины (IL-1 β , IL-8, RaIL-1), нейротрофический фактор (BDNF) в плазме крови.

Результаты и обсуждение. Была оценена взаимосвязь уровня иммунных параметров, (IL-1 β , IL-8, RaIL-1) с выраженностью непсихотических психических расстройств у больных эпилепсией. В результате проведенного исследования уровня цитокинов в плазме крови было установлено, что медиана провоспалительных цитокинов IL-1 β и IL-8 у больных эпилепсией с выраженными депрессивными изменениями (по самоопроснику Бека) превышала показатели больных эпилепсией с умеренной и легкой степенью депрессивных переживаний. Медианы концентрации IL-1 β и IL-8 в плазме крови в группе больных эпилепсией с выраженными депрессивными расстройствами составили $314 \pm 93,1$ пг/мл и $260 \pm 99,4$ пг/мл, с умеренной депрессивной симптоматикой – $271 \pm 45,2$ и $167 \pm 51,0$ пг/мл, с легкой степенью

депрессивных переживаний – $213 \pm 61,0$ пг/мл и $93 \pm 21,3$ пг/мл. При этом среднее значение концентрации противовоспалительного рецепторного антагониста RaIL-1 у больных эпилепсией с выраженной степенью депрессии было существенно ниже ($29,86 \pm 6,3$ пг/мл) в плазме крови пациентов, по сравнению с группой пациентов с умеренной ($48 \pm 13,4$ пг/мл) и легкой ($337 \pm 84,7$ пг/мл) степенью депрессивных расстройств.

Установлена взаимосвязь между выраженностью непсихотических психических расстройств депрессивного спектра и концентрацией нейротрофического фактора BDNF в крови. У больных эпилепсией с легкой степенью депрессивных нарушений уровень BDNF составил – 1248 ± 249 пг/мл, что превышало показатели BDNF при депрессии средней и тяжелой степени выраженности – 910 ± 103 пг/мл и 745 ± 82 пг/мл, соответственно.

Выводы. Проведенное исследование показало, что у больных эпилепсией с непсихотическими психическими расстройствами депрессивного спектра имеется нарушение профиля цитокинов: повышены уровни провоспалительных цитокинов (IL-1 β и IL-8) и снижена концентрация противовоспалительного цитокина RaIL-1 у пациентов с более выраженными депрессивными расстройствами. Выявленная дефицитарность нейротрофического фактора мозга, свидетельствует о снижении нейропластичности и развитии нейродегенерации, максимально выраженных у больных эпилепсией с тяжелой степенью депрессивных нарушений.

РОЛЬ ПАРАМЕТРОВ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ТОКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТАМ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Сизов С.В.

г. Саратов

*Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского*

Актуальность. Современные принципы применения электросудорожной терапии (ЭСТ) предполагают применение различных уровней доз тока, их индивидуальное титрование, а также использование современных аппаратов с ультракороткими электрическими токами [Цукарзи Э.Э., 2011]. В настоящее время используются современные аппараты для ЭСТ, дающие возможность применения ультракоротких импульсов длительностью менее 0,3 мс, которые обеспечивают более быструю деполяризацию нейрона. По теоретическим представлениям, пароксизмальная

активность пейсмейкера в стволовых структурах задает во время эпилептического ритма остальным отделам мозга [Нельсон А.И., 2005].

Цель и задачи. Изучение влияния ЭСТ на физиологические и психические функции пациентов с шизофренией в зависимости от параметров электрического тока, а также выявление возможных предикторов эффективности ЭСТ.

Задачи исследования:

1. Изучить влияние ЭСТ на функцию сердечно-сосудистой системы, имеющей представительство в стволе мозга;
2. Изучить динамику психопатологической симптоматики, в частности, позитивных и негативных симптомов шизофрении у пациентов, получающих ЭСТ в сочетании с антипсихотиками;
3. Изучить влияние ультракоротких импульсов (0,2 мс) на физиологические и психические функции в сравнении с традиционно используемыми короткими (1,0 мс) импульсами.

Материалы и методы. Основную группу составили 86 пациентов психиатрического стационара, страдающих терапевтически резистентной шизофренией, из них 59 мужчин (68,6 %), 27 женщин (31,4 %). Средний возраст $32,3 \pm 2,4$ года. Длительность заболевания в среднем $8,17 \pm 1,24$ лет.

Основная группа делилась на 2 подгруппы:

- 1) ЭСТ с длительностью импульса 1,0 мс («короткоимпульсная ЭСТ») – 42 пациента;
- 2) ЭСТ с длительностью импульса 0,2 мс («ультракороткоимпульсная ЭСТ») – 44 пациента.

Группу сравнения составил 81 пациент, получавший только психофармакотерапию. Группа сравнения сопоставима с основной группой по полу, возрасту и нозологической структуре основного заболевания. Всего проведено 743 сеанса ЭСТ. В среднем пациент получал $8,64 \pm 0,78$ сеансов. Периодичность процедур – 2 раза в неделю. ЭСТ проводилась с помощью аппарата «ЭСТЕР» производства ООО «Трима» (г. Саратов). Во время курса ЭСТ пациенты продолжали получать терапию антипсихотиками. Оценивалась длительность мышечных проявлений судорожной активности во время процедуры ЭСТ. Оценивались показатели артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС) трижды: перед вводом в наркоз, пиковые значения при судорогах, после выхода из наркоза. Динамика симптомов шизофрении изучалась с помощью шкалы PANSS в 2 точках: перед началом курса ЭСТ и через 1 месяц терапии (после 8-ми сеансов).

Результаты и обсуждение.

Динамика судорожной активности.

Средняя длительность мышечных судорог составляет $35,10 \pm 1,26$ с. Тонический компонент занимает 20,9 % времени судорог, клонический

компонент – 79,1 %. Средняя общая длительность судорог при длительности импульса 1,0 мс составляла $34,93 \pm 2,04$ с, при длительности импульса 0,2 мс – $35,82 \pm 1,70$ с. Можно заключить, что импульсы тока короткой и ультракороткой длительности вызывают сходную по длительности судорожную активность. Средняя общая длительность судорог увеличивается от $35,29 \pm 3,78$ с на 1-м сеансе ЭСТ до $39,49 \pm 3,88$ с на 8-м сеансе.

Длительность клонических судорог прямо коррелирует с пиковой ЧСС, с умеренной силой связи.

Динамика показателей сердечно-сосудистой системы.

Прирост систолического АД (САД) под действием электрического тока составил в среднем 28,6 мм рт.ст. Прирост диастолического АД (ДАД) под действием электрического тока составил в среднем 18,1 мм рт.ст.

Выявлено значимое повышение пиковой ЧСС по ходу курса: от 133,9 уд/мин на 1-м сеансе до 146,8 уд/мин на 8-м сеансе.

Влияние длительности электрического импульса на показатели сердечно-сосудистой системы.

Обнаружены различия пикового АД под влиянием ЭСТ в группах. Среднее пиковое ДАД было значимо выше при короткоимпульсной стимуляции: $102,02 \pm 1,92$ мм рт.ст. против $96,2 \pm 1,46$ мм рт.ст. при ультракороткоимпульсной стимуляцией. К моменту выхода из наркоза эти различия сглаживались.

Пиковое АД при длительности импульса 1,0 мс менялось сильнее, чем при длительности импульса 0,2 мс. САД в группе ЭСТ 1,0 мс между 1-м и 8-м сеансами увеличивалось на 9,86 мм рт.ст.: со 153,24 до 163,10 мм рт.ст. В группе ЭСТ 0,2 мс САД между 1-м и 8-м сеансами ЭСТ менялось незначительно, увеличившись на 0,85 мм рт.ст.: со 155,51 до 156,36 мм рт.ст. Пиковое ДАД в группе ЭСТ 1,0 мс между 1-м и 8-м сеансами увеличивалось на 2,89 мм рт.ст.: со 100,73 до 103,62 мм рт.ст. Пиковое ДАД в группе ЭСТ 0,2 мс не имело различия между 1-м и 8-м сеансами.

Выявлены значимые различия по ЧСС после выхода из наркоза. ЧСС при короткоимпульсной стимуляции выше, нежели при ультракороткоимпульсной: $113,9 \pm 2,0$ и $105,6 \pm 1,6$ уд/мин соответственно.

Меры по достижению удовлетворительной судорожной активности.

Увеличение дозы электрического заряда производилось с минимальным шагом в 5 мКл, т.е. на 5, 10, 15, 20 мКл и т.д.

При повышении дозы тока на 5 мКл длительность судорог уменьшается в среднем на 0,15 с. При повышении на 10 мКл длительность судорог увеличивается, но незначительно, в среднем на 3,53 с.

Повышение дозы тока на 15 мКл даёт увеличение длительности судорог уже на 22,10 с. Однако повышение дозы тока на 20 мКл даёт прибавку длительности судорог лишь в 10,80 с, а повышение на 25 мКл – в 10,21 с.

Для подтверждения полученных данных были выделены 53 случая, когда длительность судорог на предыдущем сеансе ЭСТ была менее 20 с, а на последующем – больше или равна 20 с. В 47 случаях (88,7 %) это достигалось увеличением дозы тока в среднем на 16,6 мКл.

Таким образом, повышение дозы электрического заряда не менее чем на 15 мКл позволяет рассчитывать на существенное увеличение длительности судорог. Можно рекомендовать в случае недостаточной судорожной активности увеличивать дозу тока с шагом 15 мКл.

Влияние длительности электрического импульса на психопатологическую симптоматику.

При ЭСТ импульсами 1,0 мс балл по PANSS снизился со 121,30 до 79,11 (снижение на 42,19 балла, или 34,78 %). При ЭСТ импульсами 0,2 мс балл по PANSS снизился со 121,50 до 80,55 (снижение на 40,95 балла, или 33,71 %).

Результаты по PANSS после курса терапии в группе сравнения в среднем хуже, чем при ЭСТ. Присоединение к терапии ЭСТ даёт существенно большую редукцию психопатологической симптоматики, чем монотерапия антипсихотиками: в среднем на 22,8 баллов больше в абсолютном исчислении и на 21,2 % больше в процентном отношении.

Выводы. Имеется динамика пиковой ЧСС, вызванной судорогами, по ходу курса ЭСТ, с тенденцией к её увеличению. Длительность клонических судорог прямо коррелирует с пиковой ЧСС. Это позволяет предполагать уровень судорожной активности по косвенным признакам, таким как ЧСС. При коротких судорогах увеличение дозы электрического заряда не менее чем на 15 мКл (в среднем на 16,6 мКл) способно вызвать появление достаточной судорожной активности.

Длительность импульса электрического тока существенно не влияет на длительность судорожных проявлений. Однако имеются некоторые различия реакции сердечно-сосудистой системы. Пиковое диастолическое АД выше при короткоимпульсной стимуляции. ЧСС после выхода из наркоза выше при короткоимпульсной стимуляции. При склонности к артериальной гипертензии и тахикардии целесообразно применять ЭСТ ультракороткими импульсами (0,2 мс).

ЭСТ в сочетании с антипсихотиками у резистентных пациентов с шизофренией позволяет в большинстве случаев добиться значимой редукции психопатологической симптоматики. Применение ультракороткоимпульсной стимуляции демонстрирует сходные показатели эффективности по сравнению с традиционной короткоимпульсной. Это позволяет рекомендовать более активное её применение, дающее возможность уменьшить нежелательные эффекты ЭСТ без существенных потерь эффективности.

Целесообразно применять ЭСТ у пациентов с доминирующей позитивной симптоматикой. Негативные симптомы шизофрении в меньшей степени подвержены редукции под влиянием ЭСТ.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИСПЫТУЕМЫХ, СКЛОННЫХ К САМОПОВРЕЖДЕНИЯМ

Силкина Ю.А.

г. Тамбов

Тамбовская психиатрическая клиническая больница

Актуальность. Проблема самоповреждающего поведения до настоящего времени недостаточно проработана даже в мировой психологии, не говоря уже об отечественной. Большое количество понятий и классификаций этого явления означает, что ни одно не является универсально точным и что само понятие самоповреждения, вероятно, остается нечетким. Как в общественном, так и в профессиональном сознании самоповреждение считалось, как правило, разновидностью суицидального поведения, либо простыми поведенческими реакциями.

Культурологический, психодинамический подходы к изучению проблемы самоповреждающего поведения Армандо Р. Фавацца, Карла Меннингера, Ричарда Розенталя, Паттисона и Кахан, Уинчел и Стэнли, Уолша и Розена позволили увидеть психологическую глубину данной проблемы, приоткрыли её истоки.

К 1990-м годам ученые, работая в различных областях, от эволюционной биологии до эндокринологии, от нейрхимии до психофармакологии, заложили начала новой науки о мозге, психике, эмоциях и поведении, переосмысливая самые основные представления в этих науках. Всё это привело к новому пониманию связей между душой и телом.

Мэрили Сронг, Бессель Ван дер Колк, Антонио Дамасио, Джудит Льюис Херман, Джозеф ЛеДуЭ, Ларри Кэйхиллом изучая взаимосвязь души и тела, особенно при в посттравматическом стрессовом синдроме, в своих работах открыли психобиологические, психофизиологические и нейрогуморальные механизмы влияющие на проявления самоповрежденчества.

Результатом этих исследований становится новое понимание патологических самоповреждений как глубинных психологических способов реагирования, так и возможности психорганического, либо комбинированного их происхождения.

Материалы и методы. В результате проведённых патопсихологических обследований на базе Тамбовской психиатрической клинической больницы, выявляются определённые личностные особенности у лиц, имевших на теле следы патологических самоповреждений. В выборку вошли испытуемые в количестве 25 человек (20 мужчин и 5 женщин).

Результаты и обсуждение. Результаты обследований отражают корреляцию между результатами тестов СМИЛ и Люшер. При выборе цветов в тесте Люшера, предпочтение отдаётся фиолетовому (36,7 %), который представляет собой смесь красного и синего цветов. Сочетает «импульсивную победоносность» с мягкой уступчивостью. Для личностей интеллектуального склада такое сочетание не характерно, т.к. оно означает неспособность четко фильтровать окружающую действительность, доминирование эмоций над разумом, ослабленный эмоциональный самоконтроль.

Лицам с таким предпочтением присуща затруднённая адаптация через ослабление роли самосознания и высвобождение неосознанных аспектов человеческих переживаний. Эти признаки могут быть следствием несформированности личностных свойств и могут являться выражением аномалий развития личности, психопатического паттерна. Возникающие у них дезадаптивные состояния выражаются ослаблением контроля сознания над эмоциональной сферой, детским способом восприятия со склонностью к фантазированию, неумением использовать накопленный опыт.

В исследуемой группе мужчин и женщин, преобладают лица импульсивно-агрессивного склада, имеющие профиль теста СМИЛ в виде повышенных показателей 9 и 4 шкал.

Ф.Б. Березин интерпретирует подобные показатели следующим образом. Повышенная самооценка, эмоциональная яркость, общительность, характерные для 9 шкалы (оптимистичности), сочетаются со стремлением к доминированию, спонтанностью поступков, поверхностностью, переменчивостью целей. Недостаток способности восприятия социальных норм в качестве собственных установок. Влечение к возбуждающим эмоции переживаниям. Легко возникает чувство скуки, разряжаемое в опасных, иногда разрушительных действиях, представляющихся стороннему наблюдателю бессмысленными и лишёнными основания характерны для 4 шкалы (импульсивности).

У женщин добавляются ещё высокие показатели по 5 шкале – черты «мужественности» и по шкале 8 (аутизации) – неконформизм, недоверчивость к людям, своеобразие интересов и взглядов. Перечисленные признаки, связанные с ослаблением контроля сознания над эмоциональной сферой, возможностью «прорыва» аффективных реакций из бессознательной области, сочетаются у этих лиц с невысоким интеллектуальным потенциалом,

который также отрицательно сказывается на ресурсах адаптивного поведения в объективно сложных жизненных ситуациях.

Самоотчёты лиц, склонных к самоповреждениям, свидетельствуют о том, что данная разновидность отклоняющегося поведения может в ряде случаев носить упорный навязчивый, рецидивирующий, а так же компульсивный характер.

Выводы. Всё выше сказанное свидетельствует о том, что психологическая коррекция лиц, склонных к самоповреждающему поведению должна быть направлена, главным образом, на повышение способности сдерживать нежелательные импульсы, проявления которых препятствуют осуществлению деятельности, основанной на сознательном выдвижении тех или иных целей. Повышение самоконтроля определяет возможность индивида справляться со стрессовыми ситуациями и преодолевать негативные ощущения и эмоции.

В БОЛЕЗНИ И В ЗДРАВЬИ: ОЦЕНКА СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ И ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПАРТНЕРОВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Симаков О.Я.

г. Ростов-на-Дону

Ростовский государственный медицинский университет

Актуальность. По данным разных авторов (Гаврилова Е.К и др., 2006, Костюк Г.П. и др., 2017, Пашковский В.Э. и др., 2017) от 2,6 % до 44,7 % пациентов с шизофренией состоят в партнерских отношениях. В клинической практике часто приходится сталкиваться с бременем шизофрении, которое несут партнеры больных и лица за ними ухаживающие (Mory C. et al, 2002, Awad A.G. et al, 2008, Корман Т.А. и др., 2012, Krupchanka D. et al, 2017). Известны исследования, свидетельствующие о повышении агрессивности как у больного шизофренией (Kageyama M., 2015), так у его партнера (Seeman M.V., 2013). Существуют данные о повышении риска депрессии при нахождении в браке с больным шизофренией (Wittmund B. et al, 2002). Эмоциональные состояния партнера больного, такие как стыд, вина, позор, выраженная эмоциональная экспрессивность (de Mamani A.G., 2010) могут быть провокаторами рецидивов шизофрении (Kaplan H.I. et al, 1998), что важно учитывать при разработке реабилитационных программ пациентов с шизофренией. Возникновение шизофрении у одного из членов семьи

является весомым поводом для оказания психолого-психиатрической помощи ближайшему окружению, однако степень разработанности данной проблемы не нашла отражения в практических рекомендациях и руководствах.

Цель и задачи. Психологическое и психиатрическое исследование семей больных шизофренией. Задачи: изучить социально-демографические характеристики пар, в которых мужчина болеет шизофренией; оценить текущие характеристики внутрисемейных отношений с помощью психометрических шкал; определить клинические особенности психического здоровья женщин, состоящих в браке с пациентами с шизофренией.

Материалы. В ходе исследования были изучены 23 пары, состоящие в отношениях не менее 6 месяцев. Критерии включения: мужчины, старше 18 лет, с диагнозами F 20-F 29 по критериям МКБ-10 без острой психопродуктивной симптоматики; супруги пациентов с шизофренией – женщины, старше 18 лет. Перед исследованием все обследуемые подписали информационное согласие. Исследуемые пары были разделены на 2 группы: 1 – создавшие пары до манифеста заболевания, N=18 (Г-1); 2 – создавшие пары после манифеста заболевания, N = 5 (Г-2).

Методы. Анамнестический, клинико-психопатологический, психометрический, математический.

Результаты и обсуждение. В первой группе средний возраст мужчин составил 39,5 лет (23–64 года), средний возраст женщин составил 39,14 лет (24–63 года). Время нахождения в браке – 13,8 лет (1,25–22). Длительность заболевания у мужчин составила 4,5 года (0,16–19 лет). Показатели PANSS-1 (баллы): Позитивная симптоматика: 11,8 (7-18); Негативная симптоматика: 13,11 (7-21); Композитный индекс: -1,2 (-8-2); Общепсихопатологическая симптоматика: 28,5 (16-40); Анергия: 6,4 (4-11); Нарушения мышления: 7 (4-11); Возбуждение: 5,7 (3-9); Параноидный кластер: 5,1 (3-8); Депрессия: 7 (4-10); Агрессия: 11,1 (6-15). Вторая группа: средний возраст мужчин составил 40,7 лет (22–56 лет), средний возраст женщин составил 38,5 лет (22–55 лет). Время нахождения в браке – 14,11 лет (0,83–35 лет). Длительность заболевания у мужчин составила 4,5 года (0,16–19 лет). Показатели PANSS-2 (баллы): Позитивная симптоматика: 10,4 (7-18); Негативная симптоматика: 9,6 (7-17); Композитный индекс: 0,8 (-1-2); Общепсихопатологическая симптоматика: 24,2 (16-40); Анергия: 5,4 (4-10); Нарушения мышления: 6,4 (4-11); Возбуждение: 5 (3-7); Параноидный кластер: 3,8 (3-7); Депрессия: 6,2 (4-10); Агрессия: 9,6 (6-14). Вне исследования отмечено, что у мужчин обеих групп отмечалось накопление соматической патологии – артериальной гипертензии, сахарного диабета 2 типа, хронического гастрита (9 человек в 1-ой группе и 4 человека во 2-ой группе).

Оценка семейных отношений проводилась путем интервью и теста на уровень удовлетворенности браком. В 1-ой группе показатель удовлетворенности браком у мужчин в среднем составил – 31,6 (22-43), что означает скорее благополучные отношения. У женщин – 29,5 (15-43), т.е., в основной массе женщины считали отношения скорее неблагоприятными.

Во 2-ой группе показатель удовлетворенности браком у мужчин в среднем составил – 32,6 (27-41), что означает скорее благополучные отношения. Женщины оценивали отношения в браке благополучными, 35,6 (26-42), что выше показателя в группе 1.

Среди женщин 1-ой группы текущими психическими расстройствами страдали 10 человек, при этом астенический синдром отмечался у 6 человек, тревожно-депрессивное расстройство легкой степени у 2 человек и истерический невроз у 2 человек. У большинства при первом приступе болезни развивалось временное расстройство адаптации с переоценкой жизненных приоритетов и конструктивным подходом к болезни. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич) (баллы): Тревога: 3,8 (1,2-7,8); Невротическая депрессия: -0,7 (-12,7 – 3,16); астения: -1,4 (-13,31-6); Истерический тип реагирования: 1,6 (-4,3-7,24); Obsessивно-фобическая симптоматика: 3,6 (-1,9-6,08); Вегетативные нарушения: 7,8 (-1,3-14). Обследуемые женщины в 1-ой группе отличались значительным разбросом характерологических черт, но только трое из них имели личностные особенности уровня акцентуации или превосходящие этот уровень (истерические черты в двух случаях и психастенические – в третьем). В 1-ой группе астенический синдром (N=6) выявлялся у женщин без явных акцентуаций личности, состоящих в браке более 5 лет, при этом у супруга преобладала негативная (апатико-абулическая) симптоматика. Тревожно-депрессивное расстройство легкой степени (N=2) выявлено у женщин с психастеническим типом и шизо-сенситивными типами личности. Истерический невроз (N=2) определялся у женщин с истерическими чертами и пограничным уровнем интеллекта. Данные расстройства возникали у женщин вне зависимости от давности семейных отношений, однако отмечалось, что у супругов преобладало заострение паранойяльных, истерических и эпилептоидных черт личности.

Во 2-ой группе астенический синдром был выявлен у 2-х лиц, в 1 случае отмечался депрессивный синдром легкой степени эндогенной этиологии. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич) (баллы): Тревога: 3,9 (2,38-5,69); Невротическая депрессия: 0,3 (-12,7 – 7,05); астения: -1,2 (-13,31-8,62); Истерический тип реагирования: 0,86 (-4,3-5,62); Obsessивно-фобическая симптоматика: 3,3 (-1,9-6,39); Вегетативные нарушения: 5,6 (-1,3-10,59).

У всех обследуемых женщин во второй группе отмечались определенные личностные особенности, существенно влияющие на жизнь и социальное функционирование этих женщин на всем протяжении их жизни. Так, у трех из них были выявлены шизоидные/сенситивно-шизоидные черты личности, со своеобразием привычек, жизненных стереотипов, определенным «житейским» инфантилизмом, сниженной самооценкой. Еще одна из обследуемых обнаружила интеллектуальное недоразвитие и вступила в брак с пациентом по настоянию собственных родителей. Последняя обследуемая из этой подгруппы имела черты гипертимно-неустойчивой личности, со склонностью к наркотической аддикции, а ее матримониальные мотивы представляются скорее рентными, нежели эмоциональными.

Выводы. 1. Среди состоящих в браке мужчин с шизофренией большинство отношений возникает до наступления заболевания и длительность отношений превышает 5 лет. 2. При оценке семейных отношений в интервью лучшие показатели демонстрируют лица, заключившие брак до наступления болезни у партнера, однако по психометрическим данным более благополучными являются лица, заключившие брак после наступления болезни у партнера. 3. В обеих группах у более чем 50 % женщин выявляются психические расстройства пограничного уровня, однако нет возможности сравнивать данные показатели из-за неравности групп.

Стабилизация психического состояния больного создает условия для улучшения социально-психологической реабилитации и профилактики развития и обострения психических расстройств у их партнеров. Данное исследование требует дальнейшего проведения с расширением объема исследуемых лиц, спектра используемых методик, включая экспериментально-психологический метод и проведение статической обработки полученного материала.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Слюсарь И.Н.

г. Тверь

Тверской государственный медицинский университет

Актуальность. Когнитивные нарушения являются важнейшей медико-социальной проблемой в нашей стране и во всем мире, что связано с их высокой распространенностью, обусловленной старением населения (Процаев К.И. и соавт., 2008).

Цель и задачи. Изучить особенности когнитивных функций у мужчин и женщин пожилого возраста.

Задачи исследования.

1. Изучить показатели памяти и внимания у пожилых мужчин и женщин.
2. Исследовать зрительно-пространственные функции у пожилых мужчин и женщин.
3. Провести оценку тяжести когнитивной дисфункции у пожилых мужчин и женщин.

Материалы и методы. Проведено обследование 120 пациентов (64 мужчин и 56 женщин) в возрасте 60–74 лет (средний возраст $67,7 \pm 1,1$ г) с установленным диагнозом хроническая ишемия головного мозга 1–2 стадии. Нейropsychологическое исследование включало: а) исследование памяти (субтест «память» краткой шкалы оценки психического статуса – КШОПС; тест «10 слов») (Dubois B. et al., 2002); б) исследование внимания (проба Шульте) (Блейхер В.М. и соавт., 2002); в) изучение зрительно-пространственных функций (тест рисования часов) (Lezak M.D., 1983); оценку общей тяжести когнитивной дисфункции по суммарным показателям КШОПС (Mini Mental State Examination – MMSE) (Folstein M.F. et al., 1975) и батареи тестов для оценки лобной дисфункции (БТЛД) (Frontal Assessment Battery-FAB) (Dubois B. et al., 2000). Выделяли легкие когнитивные нарушения (ЛКН) и умеренные когнитивные расстройства (УКР) с использованием принятых в настоящее время критериев (Яхно Н.Н. и соавт., 2005; Petersen R.S., Touchon J., 2005). Полученный материал обрабатывали методами вариационной статистики по стандартным программам Biostat и SPSS. Результаты считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. При исследовании памяти средний балл по субтесту КШОПС «память» был статистически значимо ниже у мужчин ($1,7 \pm 0,1$), чем у женщин ($2,5 \pm 0,1$) ($p < 0,05$). В тесте «10 слов» как при непосредственном ($7,3 \pm 0,4$), так и при отсроченном воспроизведении (после интерферирующего задания) мужчины называли достоверно меньше слов ($6,4 \pm 0,3$) по сравнению с женщинами (соответственно $8,6 \pm 0,5$ и $7,9 \pm 0,4$) ($p < 0,05$). В тесте «10 слов» введение подсказки улучшало показатели отсроченного воспроизведения.

При исследовании внимания время выполнения пробы Шульте у мужчин ($56,8 \pm 1,1$ сек) превышало аналогичный показатель у женщин ($52,7 \pm 1,0$ сек) ($p < 0,05$). В субтесте БТЛД «беглость речи» и в тестах на литеральные и категориальные вербальные ассоциации показатели у обследованных пациентов были ниже нормы, но у мужчин (соответственно $1,7 \pm 0,1$ баллов; $12,4 \pm 0,5$; $15,2 \pm 0,4$ слов за 1 минуту) и женщин (соответственно $1,9 \pm 0,1$; $12,7 \pm 0,5$; $15,5 \pm 0,5$) статистически значимо не различались.

Таким образом, как у мужчин, так и у женщин, существенно измененными оказались нейропсихологические показатели, отражающие способность к концентрации и поддержанию внимания, скорость образования ассоциаций. Согласно теории А.Р. Лурия (2000), подобный профиль когнитивных расстройств может указывать на дисфункцию нейродинамической составляющей когнитивной деятельности, то есть на недостаточность I функционального блока (глубинные отделы головного мозга).

Нарушения зрительно-пространственных функций (по тесту рисования часов) оказались более выраженными у женщин ($7,5 \pm 0,2$ балла), по сравнению с мужчинами ($8,1 \pm 0,2$ балла) ($p < 0,05$).

Общая выраженность когнитивных расстройств (КР) (по скрининговым шкалам КШОПС и БТЛД) оказалась достоверно выше у мужчин (соответственно $26,9 \pm 0,2$ и $14,1 \pm 0,4$ балла), чем у женщин (соответственно $28,0 \pm 0,2$ и $14,9 \pm 0,3$ балла). Полученные значения (КШОПС не ниже 24 баллов, БТЛД не ниже 12 баллов) свидетельствовали об отсутствии у обследованных пациентов когнитивных расстройств дементного уровня.

В структуре когнитивных расстройств у мужчин достоверно преобладали умеренные когнитивные расстройства (69,0 %), тогда как у женщин – легкие когнитивные нарушения (52,0 %) ($p < 0,05$). Доля пациентов без когнитивных расстройств была приблизительно одинакова у мужчин (13,0 %) и у женщин (15,0 %).

Таким образом, по данным нейропсихологического тестирования, общая выраженность КР (по скрининговым шкалам КШОПС и БТЛД) оказалась достоверно выше у мужчин, чем у женщин. Мужчины, по сравнению с женщинами, имели более низкие результаты при тестировании внимания и вербальной памяти, а женщины отличались от пациентов мужчин худшими показателями зрительно-пространственных функций. Также у мужчин статистически значимо чаще, чем у женщин, выявлялись умеренные когнитивные нарушения ($p < 0,05$).

Выявленные различия КР у больных разного пола, вероятно, могут определяться исходными особенностями морфофункциональной организации головного мозга, вследствие чего мужчины изначально превосходят женщин по зрительно-пространственным способностям, а женщины – по речевым способностям и вербальной памяти (Вейн А.М., Данилов А.Б., 2003; Бендас Т.В., 2006; Overman W.H., 2010). Эти различия определяются также выраженностью и локализацией ишемических изменений вещества головного мозга (Колесниченко Ю.А. и соавт., 2007; Sijens P.E. et al., 2009), что способствует функциональному разобщению лобной коры с нижележащими подкорковыми структурами, участвующими в когнитивных процессах. Более выраженные КР у мужчин (в частности, худшие показатели вербальной памяти и внимания) могут объясняться вовлечением у них в патологический

процесс преимущественно левого (речевого) полушария головного мозга, в то время как у женщин атрофия головного мозга (по данным магнитно-резонансной томографии) носит симметричный характер (Дамулин И.В., 2010). Также у мужчин при старении мозга в большей степени, чем у женщин, увеличивается объем желудочков мозга, что способствует функциональному разобщению лобной коры с подкорковыми структурами, активно участвующими в когнитивных процессах (Дамулин И.В. и соавт., 2009). Имеет значение и большая склонность мужчин к вредным привычкам (курение, алкоголизация), приводящим к поражению стенок сосудов и вещества головного мозга (Ясаманова А.Н. и соавт., 2006), а также склонность мужчин поздно обращаться к врачу, когда их когнитивные расстройства значительно ухудшают качество жизни (Straussner S.L.A., Zelvin E., 2007).

Выводы.

1. Для пожилых мужчин и женщин характерно снижение нейропсихологических показателей, отражающих память, способность к концентрации и поддержанию внимания (более выраженные у мужчин), а также скорость образования ассоциаций.
2. Нарушения зрительно-пространственных функций более выражены у пожилых женщин, по сравнению с мужчинами.
3. В структуре когнитивных расстройств у пожилых мужчин преобладали умеренные когнитивные расстройства, у женщин – легкие когнитивные нарушения.

РОЛЬ КЛАСТЕРОВ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ В ФОРМИРОВАНИИ МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Сорокин М.Ю.

г. Санкт-Петербург

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева*

Актуальность. Среди больных психическими расстройствами широко распространены нарушения медикаментозного комплайенса, зачастую, связанные с низкой мотивацией к лечению. В свою очередь, мотивы вовлечения пациентов в терапию различны и могут состоять во влиянии макро- и микросоциума больного, его личной заинтересованности в получении желаемого контроля над заболеванием, либо стремлении избавиться

от давления симптомов. Гипотезой исследования стало предположение, что различные кластеры психопатологической симптоматики по-разному связаны с формированием мотивации к лечению у больных психическими расстройствами.

Цель и задачи. Цель: изучить взаимосвязи шкальных оценок психопатологической симптоматики со структурой и интенсивностью мотивации к лечению у пациентов психиатрического стационара. Задачи: изучение структуры и интенсивности мотивации пациентов к лечению; выявление взаимосвязей между выраженностью психопатологической симптоматики и количественными, а также качественными показателями опросника оценки мотивации пациентов к лечению.

Материалы и методы. Обследованы 230 пациентов 2-го отделения Национального медицинского исследовательского центра им. В.М. Бехтерева: 41 % мужчин, 59 % женщин. Средний возраст $35 \pm 11,3$ года. Средняя продолжительность заболевания $10 \pm 10,1$ лет. Среднее количество госпитализаций $4 \pm 3,8$. Нозологически пациенты относились к рубрикам МКБ-10: F2 – 67 %, F3 – 17 %, F4 и F6 – 12 %, F0 – 4 %.

Экспериментально-психологический метод исследования включал заполнение оригинальных психодиагностических методик: шкалы медикаментозного комплайенса (ШМК) (Лутова Н.Б. и др., 2008) и опросника оценки мотивации к лечению (ОцМЛ) (Сорокин М.Ю. и др., 2016). Первая позволяет врачу на основе рейтинговых шкал оценить среди факторов, оказывающих влияние на приверженность терапии, выраженность продуктивной и негативной симптоматики по шкалам BPRS (Overall J.E., Gorham D.R., 1962) и SANS (Andreasen N.S., 1982), степень нарушений социального функционирования по шкале GAF (Salvi G. et al., 2005), интенсивность суицидных тенденций в поведении, а также наличие или отсутствие когнитивных нарушений у пациента. Больные заполняли опросник ОцМЛ. Он обладает высокой внутренней согласованностью (α Кронбаха 0,849) и позволяет оценить общую интенсивность мотивации к лечению, а также выявить количественные и качественные особенности её структуры с позиции континуального и процессуального подходов описания мотивации – по выраженности отдельных уровней иерархической шкалы мотивации; с позиции активации поведенческих стереотипов – по 4-м выделенным факторам опросника.

Статистический метод включал сравнение групп с применением χ^2 Пирсона (для номинальных шкал), корреляционный анализ методом Пирсона (для параметрических данных) и Спирмена (для непараметрических). Параметры распределения данных оценивались по z-критерию Колмогорова-Смирнова.

Результаты и обсуждение. Качественный анализ структур мотивации к лечению выявил: единственный доминирующий источник мотивации

в соответствии с уровнями иерархической шкалы был выявлен у 60 % больных. Анализ ведущих поведенческих сценариев в лечебном процессе выявил доминирование одного из мотивационных факторов у 53 % пациентов. В 71 % случаев был выявлен дефицит одного из уровней, в 61 % – дефицит одного из факторов мотивации. В целом недостаток интенсивности мотивации к лечению (стандартизированный суммарный показатель опросника ОцМЛ $\leq -0,5$ балла) был характерен 43 % пациентов. Для 100 % выборки были получены количественные данные всех показателей опросника ОцМЛ.

Более половины, 56 % пациентов имели высокую выраженность психопродуктивной симптоматики по шкале BPRS (≥ 60 баллов), 19 % – среднюю (40–60 баллов), 25 % – малую (≤ 40 баллов). Четверть больных имели выраженную негативную симптоматику с оценкой по шкале SANS более 60 баллов, 47 % – умеренную (30–60 баллов), 28 % пациентов были наиболее сохранны (≤ 30 баллов). Ни один из исследуемых параметров выраженности психопатологической симптоматики не продемонстрировал достоверной взаимосвязи с суммарной интенсивностью мотивации к лечению. Однако, выраженность продуктивной симптоматики прямо коррелировала с одним из показателей опросника ОцМЛ – устойчивой мотивацией к длительной поддерживающей психофармакотерапии (уровень 6, $r=0,32$; $p \leq 0,01$).

Минимальная социальная дезадаптация по шкале GAF (≥ 60 баллов) была характерна 30 % пациентов, средняя (40–60 баллов) – 55 % выборки, 15 % пациентов были наиболее дезадаптированы (≤ 40 баллов). Свыше половины – 58 % больных имели низкую выраженность суицидальных тенденций и саморазрушающего поведения, 23 % – среднюю, 19 % – высокую. На уровне тенденции к статистической значимости выраженность социальной дезадаптации, а также суицидального и саморазрушающего поведения, коррелировали с суммарной интенсивностью мотивации к лечению ($r=0,22$; Sig.0,08 и $r=0,24$; Sig.0,06). При этом мотивирующей эффект дезадаптации был связан с мотивацией осознанного обращения за психиатрической помощью (уровень 4, $r=0,25$; $p \leq 0,05$), устойчивой мотивацией к длительной поддерживающей фармако-психотерапии (уровень 6, $r=0,37$; $p \leq 0,01$) и реализовывался через изменение поведенческих стратегий пациентов в процессе лечения. У пациентов нарастали опора на собственные знания и навыки способов преодоления заболевания (фактор 1, $r=0,27$; $p \leq 0,05$), осознание психологического механизма болезненной дезадаптации (фактор 3, $r=0,25$; $p \leq 0,05$) и готовность к активному сотрудничеству с врачом в процессе лечения (фактор 4, $r=0,28$; $p \leq 0,05$). Взаимосвязь суицидальных и саморазрушающих тенденций поведения с мотивацией к лечению была опосредована нарастанием амотивации (безличный локус каузальности): пациенты охотнее

отказывались от позиции пассивного участия в лечении (уровень 1, $r=0,25$; $p \leq 0,05$).

Количество пациентов с когнитивным дефицитом по сравнению с не имевшими его составило 49 % против 51 %. Варианты когнитивного статуса были связаны с преобладающими у больных поведенческими стратегиями в процессе формирования мотивации к лечению ($\chi^2=8,24$; $\text{sig}=0,04$). Среди пациентов, готовых к активному сотрудничеству с врачом в ходе терапии (доминирующий мотивационный фактор 4) доли больных с интактным когнитивным статусом против имевших интеллектуально-мнестические нарушения составили 83 % и 17 %. Наоборот, среди пациентов, преимущественно опиравшихся при формировании мотивации к лечению на осознание психологических механизмов болезненной дезадаптации (фактор 3), а также собственные знания и навыки способов преодоления заболевания (фактор 1), больные с когнитивным дефицитом преобладали над сохранными: 75 % и 25 %, 64 % и 36 %.

Выводы. Наибольшим потенциалом в отношении воздействия на вовлечённость пациентов психиатрического стационара в терапию обладала выраженность социальной дезадаптации. Её эффект был связан с количественными (интенсивность) и качественными (структура) изменениями мотивации к лечению. Эти данные подчёркивают социально-психологическую опосредованность восприятия пациентами коморбидной симптоматики, определяющую разнообразие вариантов структуры мотивации к лечению. Также они отражают стратификацию мотивационных процессов больных в ходе психофармакотерапии. Второй после социально опосредованного восприятия симптоматики силой связи с мотивацией к лечению обладал психопатологический кластер суицидальных и аутоагрессивных тенденций поведения, которые, в отличие от социальной дезадаптации, несут непосредственную угрозу жизни и физическому благополучию больных.

Показанная в исследовании специфика поведенческих стереотипов пациентов в ходе формирования их мотивации к лечению, связанная с выраженностью интеллектуально-мнестических нарушений, отражает взаимообусловленность когнитивного функционирования и мотивационных процессов психически больных. Ограниченность связей продуктивной и негативной симптоматики с мотивацией пациентов к лечению, в свою очередь, определялась, вероятно, нарушениями инсайта у обследованных больных.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ АПАТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ

Сорокин С.А., Изнак Е.В.

г. Москва

Научный центр психического здоровья

Актуальность. Выявление нейрофизиологических особенностей, свойственных эндогенным апатическим депрессиям, является важной исследовательской задачей. Изучение этих показателей в ходе динамики депрессий позволяет выявить прогностические факторы этих состояний и предикторы эффективности их терапии.

Цель. Выявление нейрофизиологических коррелятов динамики функционального состояния головного мозга пациентов в процессе терапии апатической депрессии с использованием количественных, клинических и нейрофизиологических методов и показателей.

Материал и методы. В исследование было включено 22 пациента (9 женщин, 12 мужчин) в возрасте от 20 лет до 51 года (средний возраст 36.4 ± 2.5 лет) с эндогенной апатической депрессией, соответствующей критериям рубрик F31– F33 МКБ-10. Количественная оценка тяжести депрессивного состояния в динамике терапии производилась индивидуально для каждого больного с использованием шкалы Гамильтона для депрессии (HDRS-21). Все пациенты проходили двукратное нейрофизиологическое (ЭЭГ) обследование: в первый раз непосредственно перед началом курса терапии, во второй раз – при отчетливом улучшении клинического состояния (через один-три месяца после начала терапии). Запись фоновой ЭЭГ (в состоянии спокойного бодрствования с закрытыми глазами) в отведениях: F3, F4, C3, C4, T3, T4, P3, P4, O1 и O2, по Международной системе 10–20, относительно ипсилатеральных ушных референтов A1 и A2, и узкополосный спектральный анализ ЭЭГ (в полосе 2–30 Гц с шагом 1.0 Гц) осуществлялись с помощью аппаратно-программного комплекса «Нейро-КМ» (фирмы «Статокин», Россия) и компьютерной программы «BrainSys» (автор А.А.Митрофанов). При анализе ЭЭГ усреднялось не менее 30-ти двухсекундных безартефактных эпох фоновой ЭЭГ и для каждого из 10-ти монополярных отведений вычислялись усредненные значения спектральной мощности (СпМ) в следующих узких частотных поддиапазонах: дельта (2–4 Гц), тета-1 (4–6 Гц), тета-2 (6–8 Гц), альфа-1 (8–9 Гц), альфа-2 (9–11 Гц), альфа-2 (11–13 Гц), бета-1 (13–20 Гц), бета-2 (20–30 Гц). Клинические и нейрофизиологические данные, полученные

до начала терапии, сравнивались с аналогичными данными, полученными при выраженном улучшении состояния.

Результаты и обсуждение.

Исходные значения тяжести депрессии у исследованных больных варьировали от 20 до 37 баллов по шкале HDRS-21 (в среднем по группе 25.0 ± 1.0 баллов). В результате лечения у всех пациентов было отмечено выраженное улучшение клинического состояния, что количественно отразилось в виде уменьшения суммы баллов HDRS-21 в среднем на 19.0 баллов (средний по группе балл HDRS-21 после курса терапии равен 6.0 ± 0.7). При этом у половины пациентов (11 человек) значения суммы баллов HDRS-21 стали меньше 7 баллов (от 0 до 6 баллов), то есть вышли на уровень нормы, у остальных 11 больных заметно снизились (до 7–13 баллов).

Результаты корреляционного анализа выявили ряд закономерных связей изменений спектральной мощности частотных компонентов ЭЭГ с динамикой клинического состояния пациентов.

Так, значения общей суммы баллов по шкале HDRS-21, отражающие тяжесть депрессии, достоверно отрицательно ($p < 0.05$) коррелировали со значениями СпМ ЭЭГ в дельта и тета-2 поддиапазонах в правом височном отведении (Т4). Преимущественная роль правого полушария, в том числе его височных областей, в регуляции негативных эмоций находит подтверждение во многих работах, так что усиление тормозных процессов в височных зонах правого полушария (отражающееся как в росте значений СпМ медленноволновой тета-дельта ЭЭГ-активности, так и в снижении СпМ бета-ритмики) должно вести к уменьшению тяжести депрессии. Вместе с тем, для улучшения состояния пациентов с апатической депрессией, по-видимому, необходима дополнительная активация других отделов коры (как левого, так и правого полушарий) со стороны возбуждающих ретикулярных структур ствола мозга, поскольку значения суммы баллов по пунктам 1, 2, 3, 7 и 8 шкалы HDRS-21 (кластер собственно депрессии) достоверно отрицательно ($p < 0.05$) коррелировали со значениями СпМ ЭЭГ в бета-1 поддиапазоне в лобно-центрально-теменных областях правого полушария (в отведениях F4, C4 и P4) и в задних отделах левого полушария (в отведениях P3 и O1).

Значения суммы баллов по пунктам 9, 10 и 11 шкалы HDRS-21 (кластер тревоги) достоверно отрицательно ($p < 0.05$) коррелировали со значениями СпМ ЭЭГ в дельта поддиапазоне в лобно-центрально-височных зонах левого полушария (в отведениях F3, C3 и T3) и со значениями СпМ ЭЭГ в тета-1 и тета-2 поддиапазонах в левой височной области (в отведении T3). Связь тревожности с излишней активацией передних отделов коры левого полушария подчеркивается в ряде исследований. Поэтому корреляция уменьшения выраженности тревожного компонента депрессии с усилением тормозных

процессов в лобно-центрально-височных зонах левого полушария, отражающемся в росте СпМ медленноволновой ЭЭГ-активности, представляется закономерной.

Значения суммы баллов по пунктам 12, 13 и 14 шкалы HDRS-21 (кластер соматических расстройств) достоверно положительно ($p < 0.05$) коррелировали со значениями СпМ ЭЭГ в бета-1 и бета-2 поддиапазонах в височных областях обоих полушарий (в отведениях Т3 и Т4). Височные зоны коры тесно связаны с лимбическими структурами головного мозга, обеспечивающими контроль как эмоциональных, так и вегетативных функций. Снижение активации этих областей коры (в виде уменьшения выраженности бета-активности и усиления медленноволновой тета-дельта активности) ассоциируется со снижением выраженности аффекта и нормализацией соматического состояния пациентов.

Значения суммы баллов по пунктам 2, 15, 16, 17, 19, 20 и 21 шкалы HDRS-21 (кластер идеаторных расстройств) достоверно отрицательно ($p < 0.05$) коррелировали со значениями СпМ ЭЭГ в бета-2 поддиапазоне в центрально-теменных областях обоих полушарий (в отведениях С3, С4, Р3 и Р4). По-видимому, повышение активности этих ассоциативных зон коры (в виде усиления бета-активности) вызывает у пациентов с апатической депрессией общую активацию, что в совокупности с усилением тормозных процессов, нормализующих деятельность лобных отделов коры, снижает выраженность идеаторного компонента депрессии.

Выводы.

Перестройка пространственно-частотной организации ЭЭГ, наблюдаемая у пациентов с апатической депрессией в процессе терапии при выраженном улучшении состояния, не сводится к приближению картины ЭЭГ к условной «норме» – альфа-типу ЭЭГ. Этот сложный паттерн включает как ЭЭГ-признаки повышения активации коры со стороны возбуждающих ретикулярных структур ствола мозга (в виде усиления бета-активности), так и увеличение СпМ медленноволновой (дельта, тета-1 и тета-2) ЭЭГ-активности. Поскольку такое замедление ЭЭГ сопровождается выраженным ослаблением депрессивной симптоматики и ускорением сенсомоторных реакций, его следует интерпретировать не как коррелят снижения функционального состояния головного мозга (как это традиционно рассматривается в клинической электроэнцефалографии), а как отражение усиления тормозных процессов, ограничивающих излишнее возбуждение коры и нормализующих деятельность мозга. Наиболее отчетливо ЭЭГ-признаки снижения активации коры при улучшении клинического состояния пациентов проявились в височных областях, тесно связанных с эмоциогенными лимбическими структурами. Здесь параллельно уменьшилась СпМ бета-2 активности и возросли значения СпМ медленноволновой активности дельта, тета-1

и тета-2 поддиапазонов. Наконец, отмеченные изменения активации коры, по крайней мере, в передних (лобно-центрально-височных) областях были сильнее выражены в правом полушарии. Эти данные хорошо согласуются с современными представлениями о важной роли передних отделов правого полушария в регуляции отрицательных эмоций, в том числе, в патогенезе депрессии.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С НОЗОГЕННЫМИ РЕАКЦИЯМИ

Тарасова А.В.

г. Томск

*Научно-исследовательский институт психического здоровья,
Томский национальный исследовательский медицинский центр*

Актуальность. Несмотря на активное развитие медицины, в настоящее время наблюдается неуклонный рост уровня заболеваемости онкологической патологией, в связи с чем нервно-психические расстройства, встречающиеся в онкологической практике, приобретают все большую актуальность. Факт наличия онкопатологии, госпитализация в онкологический стационар, обострение или осложнение патологического процесса является серьезной психологической травмой. Онкологического пациента нужно рассматривать как человека, пребывающего в кризисной, экстремальной стрессовой ситуации (Семке В.Я., Чойнзонов Е.Ц., Куприянова И.Е., Балацкая Л.Н., 2008). Расстройства, формирующиеся в связи с психогенным воздействием заболевания – нозогенные реакции – опосредованы категориальными структурами личностных особенностей, что обуславливает типологическое многообразие и динамику нозогений. Психологические реакции онкологических пациентов варьируют в широких пределах: от деморализации до диссоциативных расстройств. По некоторым данным среди психических расстройств, коморбидных онкологической патологии, важное место занимают депрессии: в среднем у 13 % (от 3 до 38 %) больных раком можно диагностировать большой депрессивный эпизод, при этом более чем у 2/3 (68 %) пациентов выявляются расстройства адаптации с преобладанием депрессивной или тревожной симптоматики (Смулевич А.Б., Иванов С.В., Самушия М.А., 2014; DW. Kissane, M. Maj, N. Sartorius, 2011).

Следует отметить, что переживания пациентов влияют на лечение и исход онкологического заболевания. Болезнь – это не просто физическая

проблема, это проблема всей личности человека, состоящей не только из его тела, но и разума, эмоций. Таким образом, системный подход к изучению и лечению рака требует обращения не только к соматическим, но и к психологическим аспектам болезни. Терапевтическая эффективность психотерапевтических воздействий не может вызывать сомнений. Поэтому в настоящее время помимо имеющихся техник, нужно создавать и использовать новые, более эффективные методы психотерапии (Чулкова В.А., Пестерева Е.В., 2010).

Цели исследования: изучить диагностику и прогноз развития нозогенных реакций с учетом личностно-характерологических особенностей пациентов, страдающих онкопатологией; оценить клинико-динамические и социально-психологические факторы, влияющие на формирование и развитие нозогенных реакций; разработать новые алгоритмы персонализированного психотерапевтического сопровождения больных с нозогенными реакциями и обеспечить высококвалифицированную медицинскую помощь данным пациентам.

Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический, психометрический.

Материалы исследования. В 2017-2018г на базе клиники НИИ психического здоровья проведено обследование 62 пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями различной локализации, в возрасте от 28 до 63 лет, с нозогенными реакциями в рамках психических расстройств рубрики F41 и F43 по диагностическим критериям МКБ-10.

Обсуждение результатов. При госпитализации состояние пациентов в наблюдаемой группе характеризовалось тревожно-депрессивной симптоматикой различной степени выраженности с инсомническими проявлениями и разнообразными психовегетативными включениями. Длительность ухудшения психического состояния не превышала 6-ти месяцев. По шкале Спилбергера-Ханина ситуативная тревога составляла 45 ± 3 балла, а по шкале работоспособности отмечались высокие показатели хронической утомляемости, физиологического и когнитивного дискомфорта, а также низкая мотивация пациентов к трудовой деятельности. На начальном этапе ведущим методом лечения стала фармакотерапия, так как из-за выраженности тревожных проявлений проведение психотерапевтических мероприятий было затруднено. В терапии обследуемых лиц применялись антидепрессанты (пароксетин, флувоксамин, миансерин) и транквилизаторы (бензодиазепинового ряда). По ходу лечения наблюдалась высокая настороженность пациентов по отношению к применению психотропных препаратов. Особое внимание обращали на себя пациенты, перенесшие химиотерапию и лучевую терапию. Многие выражали опасения по поводу приема антидепрессантов, с уверенностью заявляя о том, что последние им противопоказаны. Поэтому

психотерапевтические мероприятия на данном этапе были направлены на стимуляцию приверженности пациентов к фармакотерапии и установление комплаенса между врачом и пациентом. Достигнув необходимого эффекта, в лечение включались психотерапевтические методики: аутотренинг, методы когнитивно-поведенческой терапии, нейролингвистическое программирование, визуализация, арт-терапия. Пациенты, ориентированные на лечение, демонстрировали хороший ответ на проводимые психотерапевтические мероприятия. Особенно выраженный эффект наблюдался при использовании аутогенных тренировок с последующей визуализацией и арт-терапией. Ввиду концентрации тревоги вокруг онкопатологии, пациенты визуализировали желаемое улучшение соматического состояния, уменьшение размеров и агрессивности опухоли, усиление собственных сил организма, повышая, таким образом, мотивацию и настрой для дальнейшей борьбы с заболеванием, и как следствие, уменьшая страх перед ним. Таким образом, на фоне проводимого лечения наблюдалась положительная динамика, которая отслеживалась как по редукции клинических проявлений, так и по психологическим шкалам: показатели шкалы Спилбергера-Ханина ситуативной тревоги значительно снизились (с 45 ± 3 до 25 ± 5 баллов); изменения личностной тревоги были незначительны. Показатели шкалы работоспособности на 4-ой неделе лечения указывали на значительное снижение хронической утомляемости, ликвидацию физиологического и когнитивного дискомфорта, а также повышение мотивации пациентов к труду. В период завершения стационарного лечения основной акцент ставился на психосоциотерапевтических мероприятиях, пациент подготавливался к этапу поддерживающей терапии, осуществляемой после выписки. Несмотря на положительные результаты, были выявлены пациенты и с неполным ответом на терапию, что обусловлено особенностями их личности (10 %). Данная категория пациентов требует особого внимания и наблюдения в динамике ввиду более неблагоприятного прогноза их расстройств.

Выводы. Результаты проведенного исследования указывают на преобладание у пациентов с нозогенными реакциями расстройств тревожно-депрессивного спектра. На фоне комплексной психотерапии пациенты, ориентированные на лечение, демонстрировали положительный эффект в виде редукции клинических проявлений и повышения саногенных установок. Особенно выраженный эффект демонстрировался при использовании аутогенных тренировок в сочетании с методами визуализации и арт-терапии. Также была выделена группа пациентов (10 %) с неполным ответом на терапию, что обусловлено особенностями их личности. Таким образом, дальнейшее наблюдение за онкопациентами и оказание им лечебно-профилактической помощи позволит более детально изучить особенности нозогенных реакций и повысить качество их реабилитационных

и превентивных мероприятий. В связи с высокой распространенностью онкопатологии среди населения необходимо создание образовательных групп и сообществ для онкологических пациентов, где в образовательные программы следует включить разделы о способах поведения в стрессовой ситуации, психогигиене и здоровом образе жизни.

ВКЛАД ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ МОНОАМИНООКСИДАЗЫ В ФОРМИРОВАНИЕ УРОВНЯ ПРОЛАКТИНА У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Тигунцев В.В.

г. Томск

*Научно-исследовательский институт психического здоровья,
Томский национальный исследовательский медицинский центр*

Актуальность. Шизофрения – тяжёлое инвалидизирующее психическое заболевание, в конечном счёте ведущее к распаду личности и дезадаптации в обществе. Распространённость её колеблется в разных странах и регионах, составляя 0,5–3 %. Принято считать, что заболевание является многофакторным, тем не менее генетическая составляющая играет немаловажную роль в патогенезе шизофрении. К настоящему времени выявлен ряд генов-кандидатов, которые потенциально вносят вклад в развитие шизофрении, весомая их часть связана с нейромедиаторными системами.

Антипсихотическая (нейролептическая) терапия по сей день остаётся основным методом лечения шизофрении. Являясь антагонистами дофаминовых рецепторов, нейролептики снижают его концентрацию в центральной нервной системе. Поскольку дофамин находится в антагонистических отношениях с пролактином, одним из частых побочных эффектов нейролептиков является увеличение концентрации пролактина, т.н. гиперпролактинемия. Клинически данный показатель проявляется у женщин дисменореей, лактореей, фригидностью, гирсутизмом. У мужчин – эректильной дисфункцией и гинекомастией. Гиперпролактинемия довольно сложна для клинической диагностики, поскольку не имеет патогномичных симптомов, и сильно снижает качество жизни пациентов. Поэтому весьма остро стоит вопрос возможности её прогнозирования.

Моноаминоксидаза (МАО) – фермент, осуществляющий окислительное дезаминирование катехоламинов. Принципиальная функция МАО – инактивация биологически активных моноаминов как внутренней природы (нейромедиаторы и гормоны), так и внешней (попадающих в организм

с пищей, лекарствами или психоактивными веществами). Фермент делится на 2 типа: MAO-A и MAO-B, кодируемые соответствующими генами. Субстратами для MAO-A служат адреналин, норадреналин, гистамин, серотонин, дофамин, а также многие фенилэтиламиновые и триптаминовые психоактивные вещества. Субстратами MAO-B являются фенилэтиламин и дофамин.

Целью исследования является исследование вклада полиморфных вариантов генов MAO-A и MAO-B в формирование уровня пролактина на фоне антипсихотической терапии в славянской популяции Томской области.

Материал и методы. Было обследовано 476 пациентов славянской национальности Томской области, проходивших курс стационарного лечения в отделении эндогенных расстройств НИИ психического здоровья ТНИМЦ, Томской клинической психиатрической больницы. Критериями включения пациентов были получение информированного согласия пациента или уполномоченного лица на клиничко-биологическое исследование, клинически верифицированные врачами-психиатрами диагнозы шизофрении (раздел F20 согласно МКБ-10), принадлежность к европеоидной расе, отсутствие органических или неврологических расстройств.

ДНК выделяли из лейкоцитов периферической крови стандартным фенол-хлороформным методом. Для исследования побочного эффекта антипсихотической терапии – гиперпролактинемии – была измерена концентрация пролактина в сыворотке крови иммуноферментным методом. Для генотипирования было выбрано 2 SNP rs6323 (MAO-A) и rs1799836 (MAO-B). Определение аллельных вариантов проводили методом real-time PCR со специфическими праймерами с использованием наборов SNP Genotyping Assay на приборе «StepOnePlus» (США). Для статистической обработки данных использовался пакет программ Statistica 10.0. Сравнение групп по уровню пролактина проводилось по критерию Крускала-Уоллеса.

Результаты. Были обнаружены статистически значимые различия между носителями генотипов TT (20.47 (11.02; 43.62) нг/мл) и GT (37.52 (16.85; 74.30) нг/мл) полиморфного варианта rs6323 ($p=0,0002$).

Заключение. Таким образом, полиморфный вариант rs6323 вносит свой вклад в формирование уровня пролактина на фоне антипсихотической терапии шизофрении. Результаты исследования коррелируют с идеями важной роли генетической составляющей в развитии побочных эффектов применения нейролептиков и могут быть использованы в сфере персонализированной медицины для индивидуального дозирования антипсихотических препаратов.

Исследование выполнено при финансовой поддержке гранта РФФИ 17-19-06035 «Новые подходы к фармакогенетике антипсихотик-индуцированной гиперпролактинемии у больных шизофренией».

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ НАРУШЕНИЙ

Ткаченко Н.В.

г. Ростов-на-Дону

Психоневрологический диспансер

Актуальность. Ожирение в пубертатном возрасте сопровождается высоким риском развития пограничных психических расстройств, что связано, в частности, с социальным неприятием, дискриминацией, социальной дезадаптацией, недовольством собственным телом подростков с ожирением (Kurhe Y. et al., 2015). Склонность к атипичному протеканию, маскированность соматическими нарушениями значительно затрудняет их своевременную диагностику (Михайлова Э. А., Беляева Е. Э., 2015). Обнаружены гендерные различия – девочки более склонны к развитию депрессии, чем мальчики, однако психическое состояние подростков редко становится причиной для обращения к специалистам. У девочек с ожирением нейроэндокринные расстройства часто проявляются нарушением менструального цикла, что больше тревожит родителей подростков, и они обращаются к врачу по этому поводу, психическое состояние при этом не учитывается. Исследования последних лет указывают на общность нейробиохимических механизмов патогенеза пищевых и психических расстройств при ожирении (Hofmann T. et al., 2015, Mansur R.B. et al., 2015).

В связи с вышеизложенным представляется актуальным исследование психического здоровья девочек-подростков с ожирением и изучение роли нейропептидов, участвующих в регуляции пищевого поведения.

Цель исследования: выявить структуру и частоту встречаемости психических расстройств у девочек с ожирением в зависимости от выраженности нейроэндокринных нарушений, оценить роль гипоталамических нейропептидов и адипоцитокинов в их развитии.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 130 девочек-подростков с ожирением I степени (SDS ИМТ 2,0–2,5). В основную группу (1) вошли 90 пациенток с ожирением и овариальной дисфункцией в виде первичной (N91.3), вторичной (N91.4) олигоменореи или вторичной аменореи (N91.1). В группу сравнения (2) – 40 девочек с ожирением и регулярным менструальным циклом. Группу контроля составили 25 здоровых девочек-подростков с SDS ИМТ -1,0 – +1,0. Группы были сопоставимы по возрасту, который, в среднем, составлял 16 (17,4; 14,5) лет.

Основными методами исследования были: клинико-психопатологический, психометрический, лабораторно-инструментальный, статистический. Оценка степени выраженности депрессии и тревоги проводилась с использованием шкал Гамильтона – HDRS (Hamilton M., 1960), HARS (Hamilton M., 1959). Для выявления обсессивно-компульсивных расстройств (ОКР) использовали Обсессивно-компульсивную шкалу Йеля-Брауна (Y-BOCS) (Goodman W.K., 1989). Методом ИФА в сыворотке крови определялись уровни нейропептида Y (NPY), несфатина-1, кокаин-амфетамин-регулируемого транскрипта (CART), лептина. При анализе полученного материала оценивался средний суммарный балл по данным психометрических шкал и проводился корреляционный анализ для оценки связи психопатологических и нейроэндокринных феноменов с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение. В результате клинического обследования у 72,2 % пациенток 1 группы и 25 % пациенток 2 группы были выявлены аффективно-невротические нарушения. Среди всех случаев выявленных психических расстройств у девочек-подростков с ожирением и овариальной дисфункцией (1 группа) преобладала тревожно-субдепрессивная симптоматика в рамках социальных фобий (23 %), смешанной тревожно-депрессивной реакции (21,5 %), пролонгированной депрессивной реакции, обусловленных расстройством адаптации (13,8 %). Также в этой группе были выявлены ОКР (18,5 %), смешанное тревожное и депрессивной расстройство (15,4 %) и депрессивный эпизод легкой степени (7,7 %). У пациенток с ожирением без нарушения менструального цикла (2 группа) ведущей была астено-субдепрессивная симптоматика в рамках пролонгированной депрессивной реакции, обусловленной расстройством адаптации (40 %), и неврастении (30 %). Реже выявлялись смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (20 %), и социальные фобии (10 %).

Подтверждением выраженности тревожно-депрессивных проявлений служило достоверное повышение среднего балла по шкале Гамильтона (HDRS, HARS) как в 1 группе, так и во 2 группе по сравнению с группой контроля ($p < 0,05$). У 65,6 % пациенток 1 группы и у 10 % пациенток 2 группы были диагностированы симптомы депрессии. Средний балл по шкале HDRS в 1 группе составил 9 (12; 7,5), во 2 группе – 7 (9; 6), в группе контроля – 3 (4; 1) балла. Симптомы тревоги по шкале HARS были диагностированы у 68,9 % пациенток 1 группы, во 2 группе тревога обнаруживалась у 15 % подростков. Средний балл по шкале HARS в 1 группе составил 19 (24; 12), во 2 группе – 17 (18; 9), в группе контроля – 7 (9; 4) баллов.

ОКР встречались у пациенток с ожирением и нарушением менструального цикла (1 группа), что подтверждалось повышением среднего балла

по шкале Y-BOCS в 2 раза ($p<0,05$) выше показателя 2 группы и в 4 раза выше контроля ($p<0,05$). Средний балл по данной шкале в 1 группе составил 8 (10; 5,5), во 2 – 4 (5,5; 2), в группе контроля – 2 (2; 0) балла.

Исследование содержания лептина в сыворотке крови показало, что в 1 группе его концентрация составила 49,4 (74,1; 41,5) нг/мл, во 2 группе – 27,7 (33,6; 12,2) нг/мл, в группе контроля – 10,1 (20,7; 7,7) нг/мл. Для пациенток с ожирением было характерно повышение сывороточного лептина в сравнении с подростками с нормальным весом ($p<0,05$), при этом более высокий уровень лептина отмечен у подростков с овариальной дисфункцией – в 1,8 раза выше показателя 2 группы ($p<0,05$) и 5 раз выше показателя контроля ($p<0,05$).

Сывороточный уровень CART составил в 1 группе 1987,8 (4896,3; 845,2) пг/мл, во 2-й – 942,7 (2207,4; 598,7) пг/мл, в группе контроля 862,4 (1658,5; 776,4) пг/мл. Показатели CART пациенток 1 группы были достоверно выше ($p<0,05$) показателей 2 группы и контроля – в 2,1 и в 2,3 раза соответственно.

При исследовании содержания NPY обнаружено, что у пациенток 1 группы его показатель был в среднем равен 0,5 (0,7; 0,4) нг/мл, 2 группы – 0,7 (1; 0,3) нг/мл, группы контроля – 0,8 (1; 0,6) нг/мл. Таким образом, в 1 группе концентрация данного нейропептида была в 1,6 раза снижена ($p<0,05$), по сравнению с группой контроля. Показатели 2 группы и группы контроля не имели достоверных различий.

Уровень несфатина-1 у пациенток 1 группы был в среднем равен 128,7 (145,1; 32) пг/мл, 2 группы – 205,4 (271,1; 41) пг/мл, группы контроля – 180,2 (229,7; 42,6) пг/мл. Обнаружено снижение уровня несфатина-1 в 1 группе – в 1,6 раза ниже ($p<0,05$) показателей группы сравнения и в 1,4 раза ниже контрольной группы ($p<0,05$).

Корреляционный анализ выявил связь CART с аффективными расстройствами, что подтверждалось его связью со средним баллом по шкале HARS ($r=-0,6$ при $p<0,05$). В литературе имеются указания на снижение уровня несфатина-1 у пациентов с генерализованным тревожным расстройством (Gunay H. et al., 2012). В нашем исследовании в 1 группе, в которой отмечался наиболее низкий уровень несфатина-1, выявлены более высокие показатели по шкале тревоги (HARS). Вероятно, можно говорить о тесной взаимосвязи несфатина-1 с тревожными расстройствами, в том числе и при ожирении.

Выводы. У подростков с ожирением и нарушением овариальной функции пограничные психические расстройства невротического и аффективного спектров выявляются чаще, в их структуре преобладает тревожно-субдепрессивная симптоматика. В отличие от этого, при ожирении, не сопровождающемся нарушением овариальной функции, психические

нарушения отмечаются значительно реже, преобладает астеническая и астено-субдепрессивная симптоматика. Обнаруженное изменение суточных концентраций гипоталамических нейропептидов и адипоцитокinov, выявленные корреляционные связи с уровнем тревоги и депрессии, указывают на их существенную роль в генезе пищевых, нейроэндокринных и аффективных нарушений. Исследование данных показателей может быть использовано для ранней диагностики психических расстройств при ожирении.

АУТОДЕСТРУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Трушкина А.Д., Басова А.Я.

г. Москва

*Российский национальный исследовательский университет
им. Н.И. Пирогова*

Актуальность. Расстройства пищевого поведения (РПП) по сей день остаются весьма распространенным явлением среди девушек-подростков и молодых женщин. По различным данным, частота встречаемости РПП среди девушек-подростков в возрасте 12–20 лет расценивается как 10,5–13,1 %, при этом еще приблизительно у 7–10 % обнаруживают субклинические проявления, не укладывающиеся в диагностические категории МКБ и DSM (Favaro A. Et al., 2003; Isomaa R. Et al., 2007; Fairwether-Schmidt A. Et al., 2014). Несмотря на то, что РПП приводят к значительному нарушению соматического здоровья больных, остается непонятным, прибегают ли они к дополнительным способам аутодеструкции.

Целью данного исследования было изучение аутодеструктивного поведения у девушек с РПП.

Задачи исследования:

1. Выявить клинические варианты самоповреждающего поведения у больных с синдромом нервной анорексии (НА).
2. Изучить феноменологию самоповреждающего поведения у больных с НА.
3. Изучить психические расстройства коморбидные синдрому НА и самоповреждающему поведению.
4. Оценить степень суицидоопасности у девушек с РПП.
5. Обосновать психотерапевтическую помощь девушкам с РПП и самоповреждающим поведением.

Материалы и методы исследования. Исследование выполнялось на базе 3 и 5 психиатрических отделений Научно-Практического Центра Психического Здоровья Детей и Подростков им. Г.Е. Сухаревой на 42 больных с РПП. Использовались клинико-анамнестические и экспериментально-психологические методы. Используемые шкалы: «Шкала депрессии Гамильтона», «Шкала безнадежности Бека», «Опросник образа собственного тела», «EAT-26» (Eating Attitudes Test, тест отношения к приему пищи), «Шкала причин самоповреждения» (Польская, 2007), «Риск девиантной социализации подростка» (Польская, 2007), «Опросник неблагоприятных жизненных событий» (Польская, 2007), «Опросник копинг-установок А-COPE», опросник «Модификации тела и самоповреждения» (Польская, 2007), «Колумбийская шкала оценки тяжести суицидального риска».

Результаты и обсуждения. В период с августа 2018 по февраль 2019 года были обследованы пациентки, учащиеся 7–11 класса, в возрасте от 12 до 17 лет (средний возраст 14,63) с индексом массы тела (ИМТ) от 11,69 до 18,36 (среднее 15,27). По нозологической принадлежности они включали: РПП (F50) – 62 %, расстройства аффективного спектра (F30) – 21 %, расстройства шизофренического спектра (F20) – 15 %, поведенческие расстройства (F90) – 2 %. Коморбидными синдромами оказались дисморφοфобический (98 %) и депрессивный (100 %). Все пациентки с диагнозом НА прибегали к ограничению приема пищи с помощью различных диет, более чем в половине случаев – вызывали рвоту, большинство использовали прием слабительных и усиленные физические нагрузки. Выявилось, что 100 % опрошенных использовали соматические методы самоповреждения (СП). К преимущественно соматическим СП прибегли лица сенситивного, истероидного и психастенического типа (62 %), тогда как инструментальными СП (51 %) пользовались преимущественно шизоиды. Наиболее популярными способами СП оказались: удары кулаком по собственному телу, удары телом по твердым поверхностям, обкусывание губ, щек, языка. Соматические СП преобладали у сенситивных подростков с диагнозом F30 и суицидальными мыслями в анамнезе; основной копинг-установкой среди них оказалась «выброс чувств», «агрессия», что свидетельствует о подавленной агрессии и высоком суицидальном риске у данных больных. Ведущими мотивами СП оказались: восстановление контроля над эмоциями; избавление от напряжения. Соматические СП наблюдались у детей с умеренной/тяжелой депрессией по «Шкале Гамильтона» и умеренной/тяжелой безнадежностью по «Шкале Бека»; данные пациентки имели суицидальные попытки в анамнезе и высказывали актуальные суицидальные мысли, что указывает на высокий суицидальный риск в этой группе. СП обоих видов коррелировали с семейными психотравмирующими ситуациями, при этом преимущественно

инструментальные СП в (88 %) коррелировали с разводом родителей. На значимую роль семейного неблагополучия у подростков с РПП и СП косвенно указывает и высокий уровень т.н. «девиантной социализации» (побеги из дома, употребление алкоголя, курение), который был выявлен у (92 %) пациенток.

Выводы.

1. Различные виды СП выявляются у 100 % осмотренных больных с РПП.
2. Аутодеструкция у лиц с РПП была представлена инструментальными (51 %) и соматическими (100 %) вариантами.
3. Инструментальные самоповреждения преобладают у больных с F.50 и F.20
4. У большинства больных с РПП отмечался невысокий риск суицидоопасности; высокий риск повторной суицидальной попытки выявлен у пациентов с F.20 и F.30.
5. Выявлена 100 % коморбидность РПП и депрессивного синдрома, и 98 % коморбидность РПП и дисморфофобического синдрома.
6. На основании ведущих мотивов СП, риска социальной девиации подростков и копинг-установок, можно с высокой степенью достоверности предположить, что в качестве психотерапевтических методов наиболее эффективными могут оказаться: семейная психотерапия, с коррекцией семейной дисфункции, и когнитивно-поведенческая психотерапия с формированием конструктивных копинг-стратегий совладания с эмоциональными переживаниями.

НАРУШЕНИЯ ЗРИТЕЛЬНОЙ ОБРАБОТКИ ИНФОРМАЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Тумова М.А., Шошина И.И., Иванов М.В.

Санкт-Петербург

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии им. В.М. Бехтерева,
Институт физиологии им. И.П. Павлова*

Актуальность.

Дезинтеграция сложных форм чувствительности, которая с течением заболевания приводит к структурным нарушениям мышления и познавательных функций, является одним из основных симптомов шизофрении (Вовин Р., 1991). Споры о патогенезе этих нарушений ведутся на протяжении

многих лет. Исследования свидетельствуют о снижении зрительной контрастной чувствительности (Butler P., 2005; Shoshina I. et al., 2015), недостатках в обработке движения (Chen Y., 2004) и дефицитах пространственно-временной интеграции (Makarem S., 2010) у больных шизофренией. Предполагается, что нарушения, наблюдаемые у пациентов с шизофренией, могут быть связаны с дефицитом в работе магноцеллюлярной и парвоцеллюлярной нейронных сетей.

Магноцеллюлярные каналы играют ведущую роль в обработке информации о глобальной организации стимула (De la Rosa S., 2011; Calderon D., 2013), в процессах «предвнимания» и анализе движения (De Souza J., 2000). Парвоцеллюлярные каналы участвуют в процессах выделения отдельных объектов и деталей объектов, то есть локального анализа зрительного поля (Шошина И., 2014).

В одном из первых систематических исследований контрастной чувствительности при шизофрении Slaghuis W., 1998 получил результаты, свидетельствующие о снижении у пациентов с негативными симптомами шизофрении контрастной чувствительности в широком диапазоне пространственных (от 0,5 до 8 цикл/град) и временных частот (в диапазоне 0–16 Гц) по сравнению с нормой. В то время как пациенты с позитивными симптомами имели снижение чувствительности только на средних и высоких пространственных частотах.

Результаты Cadenhead K., 2013 свидетельствуют о дисфункции у больных шизофренией, получающих антипсихотическое лечение, как магноцеллюлярной, так и парвоцеллюлярной систем, тогда как в отсутствие лечения – о дисфункции только парвоцеллюлярной системы. Между тем O’Donnell B., 2006 показал, что пациенты, независимо от того, принимали они лечение или нет, демонстрировали снижение контрастной чувствительности в диапазоне как низких, так и высоких пространственных частот; а лица с шизотипическим расстройством не отличались от психически здорового контроля. Данные же исследований Shoshina I., et al., 2015 свидетельствуют о противоположном характере изменений в функциональном состоянии магноцеллюлярной и парвоцеллюлярной нейронных систем у пациентов с первым эпизодом шизофрении, получавших лечение антипсихотическими препаратами, и не получавших такого лечения. Столь противоречивые результаты могут быть связаны с неоднородностью исследуемых больных.

Цель и задачи.

Цель настоящего исследования состояла в определении взаимосвязи между патопсихологической симптоматикой и функциональным состоянием магно- и парвоцеллюлярных нейронных систем у пациентов с параноидной формой шизофрении.

Материалы и методы.

В исследование было включено 37 стационарных больных параноидной шизофренией, из них 14 пациентов с резистентностью к курсам антипсихотической психофармакотерапии (1 группа), 23 пациента – без признаков резистентности (2 группа) на стадии становления ремиссии и 20 здоровых мужчин и женщин (3 группа). Критерии включения для экспериментальной группы ограничивались возрастом от 18 до 50 лет, установленным диагнозом параноидная шизофрения соответственно МКБ 10, отсутствием сопутствующих заболеваний, черепно-мозговой травмы в анамнезе. Острота зрения всех испытуемых была нормальной или скорректированной до нормы. Условия проведения исследований соответствовали Хельсинкской декларации всемирной медицинской ассоциации. Все испытуемые до включения в исследование подписали информированное согласие. Перед этим они были ознакомлены с целями и методами исследования. Оценку клинических симптомов проводили с использованием шкалы PANSS во время психиатрического интервью.

С помощью компьютерной визоконтрастометрии (Шелепин Ю., 1985) определяли пространственно-частотную характеристику зрительной системы в двух задачах. В задаче обнаружения контраста решеток Габора с пространственными частотами 0.4, 3.6 и 17.8 циклов/градус изображения выводили на экран монитора 17' Samsung Samtron 76E (яркость – 80 cd/m², разрешение – 640/480 пикселей, кадровая частота – 85 Гц) после его гамма-коррекции. Задача испытуемого состояла в том, чтобы реагировать на момент появления и исчезновения решетки. В задаче сравнения на экран выводили по два изображения решеток Габора с пространственной частотой 0.4; 3.6 и 18.2 цикл/град на сером фоне в двух окнах 317 × 317 мм, расстояние между окнами – 10 мм. Пространственная частота каждой пары сравниваемых изображений решеток Габора была одинаковой. Решетка, расположенная справа, всегда была референтной (эталонной), вторая решетка, расположенная на экране слева, была тестовой. Контраст референтной решетки был постоянным и составлял 0.5. Контраст тестовой решетки был разным в диапазоне от 0 до 1. Задача испытуемого состояла в том, чтобы уравнивать контраст тестовой решетки с контрастом референтной решетки. Количество предъявлений элементов Габора каждой частоты равнялось 8. Расстояние от испытуемого до монитора составляло 4 м. Измерения проводили в затемненном помещении, где источником освещения был только экран монитора. Наблюдение осуществляли бинокулярно. Для фиксации положения головы испытуемого использовали стандартную лобно-подбородную подставку.

Для обработки полученных данных использовали методы статистического анализа: критерий Стьюдента, критерий Манна-Уитни, коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Средний возраст больных 1 группы составил 30.5 ± 7.9 лет, 2 группы – 36.6 ± 10.7 лет, а в группе здоровых – 34.9 ± 13.4 лет. Соотношение мужчин и женщин в группах соответствовало 2.5:1. Средняя длительность болезни у больных первой группы – 8.3 ± 2.9 лет, во второй – 13.2 ± 7.1 лет. Средний балл по шкале PANSS для группы резистентных больных был равен 69.5 ± 21.2 баллов, а для группы пациентов без признаков резистентности – 56.5 ± 7.8 баллов. Все пациенты получали антипсихотическую терапию в разных дозах.

Результаты и обсуждение. В целом для больных шизофренией установлено снижение контрастной чувствительности во всех диапазонах тестируемых пространственных частот по сравнению с контрольной группой. Достоверное снижение контрастной чувствительности в области средних и высоких пространственных частот наблюдали в группе резистентных больных в задаче обнаружения, а также во всех диапазонах частот в задаче сравнения, по сравнению с группой не резистентных больных и здоровым контролем ($p < 0,05$). Это позволяет говорить о нарушении при шизофрении функций, как магноцеллюлярной, так и парвоцеллюлярной нейронных систем, взаимодействие которых обеспечивает целостность восприятия. Обнаружена тенденция к снижению контрастной чувствительности в диапазоне низких частот по мере увеличения баллов по шкале негативных синдромов PANSS. Также зафиксировано снижение контрастной чувствительности в диапазоне высоких частот в задаче сравнения с увеличением возраста испытуемого во всех группах ($p < 0,05$), что соответствует данным литературы (Brown A, 2019).

Выводы. Полученные результаты подтверждают предположение о нарушении взаимодействия нейрофизиологических механизмов, обеспечивающих целостность восприятия, на ранних стадиях восприятия. Рассогласование работы механизмов глобального и локального анализа изображений, субстратом которых преимущественно являются магноцеллюлярная и парвоцеллюлярная нейронные системы, связано со стойкими сенсорными нарушениями при шизофрении. Поскольку все пациенты принимали антипсихотические препараты, результаты этого исследования не могут исключить влияние лекарственных препаратов на показатели пациентов с шизофренией. Хотя антипсихотики являются важной проблемой, в настоящее время пока существует мало доказательств в поддержку влияния препаратов на нарушения зрительного восприятия (Khosravani N., 2013).

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Усербаева Р.К., Шадманова Л.Ш., Шукуров Б.Л.

Республика Узбекистан

г. Ташкент

Ташкентская медицинская академия

Цель: изучить особенностей эмоциональных нарушений у пациентов с рассеянным склерозом (РС).

Было обследовано 60 больных с рассеянным склерозом, проходивших лечение в 1-РКБ Республики Узбекистан, г. Ташкент. Средний возраст пациентов составил $33,27 \pm 7,6$ лет. Из них 23 % – мужчины, 77 % – женщины. В исследование включены больные с ремитирующим течением в стадии обострения. Средняя продолжительность заболевания составила $9,4 \pm 4,3$ лет.

Методы. В исследовании применены: госпитальная шкала депрессии HADS, шкала Спилберга-Ханина для определения личностной и ситуативной тревожности.

Результаты. При обострении рассеянного склероза у больных определено по шкале Спилберга-Ханина высокий уровень ситуативной тревожности – 78,8 %, в 21,2 % определён низкий уровень. У 60,5 % больных при обострении заболевания выявлена клинически выраженная депрессия по шкале HADS, а у 10,5 % – субклинически выраженная депрессия; у 29 % не обнаружены симптомы депрессии. Тревога по шкале HADS: у 60 % больных – высокий уровень тревоги, 15 % – умеренный уровень тревоги, 25 % -низкий уровень тревоги. У больных с РС так же выявлены: быстрая утомляемость, психическая истощаемость, страхи, неуверенность в своих силах.

Выводы. У больных с РС эмоциональные расстройства проявлялись тревожно – депрессивным синдромом, быстрой утомляемостью, неуверенностью в своих силах, психической истощаемостью, страхами. При рассеянном склерозе выявлялся высокий уровень тревоги и депрессии по шкале HADS и по шкале Спилберга-Ханина. В клинике рассеянного склероза имеет большое значение наряду с неврологическими расстройствами и психоэмоциональные нарушения.

СЛУЧАЙ ФОРМИРОВАНИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ КАК ПОСЛЕДСТВИЕ САМОЛЕЧЕНИЯ

Усова Л.Е.

г. Москва

*Национальный научный центр наркологии –
филиал Национального медицинского исследовательского центра
психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского*

Введение. Работа посвящена описанию клинического случая пациента с диагнозом обсессивно-компульсивное расстройство (МКБ-10, F42). Специфика представленного случая заключается в проявлении коморбидной патологии – пагубного употребления седативных и снотворных препаратов (МКБ-10 F13.1). Из особенностей течения заболевания следует отметить, что пациент получил образование клинического психолога, использовал полученные знания по психофармакологии с целью самолечения, что привело к формированию пагубного употребления психотропных препаратов. Назначенные врачом-психиатром препараты пациент употреблял с превышением дозировки и сокращал интервалы между приемами.

Целью работы является описание клинического случая формирования аддиктивного поведения как последствие самолечения пациента с диагнозом обсессивно-компульсивное расстройство и последующими психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением седативных или снотворных средств.

Задачи: исследование высших психических функций (ВПФ) – памяти, внимания, мышления, а также эмоционально-личностной сферы.

Методы. С пациентом была проведена комплексная патопсихологическая диагностика: включающая использование следующих методик, направленных на изучение ВПФ и эмоционально-личностной сферы: «Сходство», «Числовые ряды», «Кубики Косса» (субтесты методики Векслера, 1987); «Исключение предметов»; «5 фигур»; «Пиктограммы»; «тест Струпа»; тест Леонгарда-Шмишека (1970); проективный тест «Дом, дерево, человек» (Романова Е.С., 2001). Изучение анамнестических и катемнестических данных пациента.

Описание случая.

Пациент Н., 28 лет. Образование высшее, бакалавриат по специальности «Психология», магистратура по клинической психологии. В данный момент безработный, планирует работать по специальности. Имеет опыт работы в школах в течение шести месяцев. Со слов пациента: «разочаровался в данных структурах». Живет с родителями, отношения оценивает как сложные

в связи с негативной реакцией родителей на употребление психофармакологических препаратов.

Во время лечения в клинике пациент Н. постоянно предлагал лечащему врачу корректировку терапии с просьбой назначить ему бензодиазелиновые препараты в больших дозах. Во время амбулаторного лечения принимал назначенные препараты с произвольной дозировкой и режимом приема лекарств. Госпитализация пациента последовала в связи с однократным приемом большой дозы снотворных препаратов, который привел к потере сознания в течение суток.

При проведении психодиагностического исследования пациент в беседе держится свободно, придерживается установленной дистанции. Постоянно комментирует свои действия, объясняет тактику выполнения заданий, интересуется результатами. Речь безэмоциональная, книжная, характеризуется псевдонаучным построением фраз. Эмоциональный фон пациента снижен. Застывает на темах, обдумывает каждое слово. Показывает неоднозначную реакцию на вопросы о заболевании: начинает отвечать с заметным смущением, но потом с охотой рассказывает о «самостоятельном лечении» и о повторных госпитализациях в реанимационное отделение с передозировкой седативных или снотворных препаратов. Выполняет стереотипные движения карандашом, иногда происходят подергивания всего тела и голос становится дрожащим. После диагностики задал вопрос психологу о наличии у него признаков расстройства мышления.

Полученные результаты: снижение темповых характеристик продуктивной деятельности, снижение концентрации внимания (тест Струпа).

Слухоречевая и зрительная память в пределах нормативных значений, без патологии: объем зрительной памяти («5 фигур» со второго предъявления 5 из 5), объем слухоречевой памяти («Числовые ряды» в правильном порядке воспроизводит 7 ряд из 9 предлагаемых), объем и эффективность опосредованного запоминания в рамках нормы («Пиктограммы»).

Рисунки в методике «Пиктограммы» расположены на листе упорядочено, размер рисунков равномерно средний – этот показатель отражает способность к планированию и самоконтролю в ситуации исследования и наиболее часто встречается в субдепрессивных состояниях. Нажим сильный, линии по типу наброска, что может являться признаком повышенной тревожности испытуемого. Наличие дрожащих, несовпадающих и пересекающихся линий являются признаком органического графического симптомокомплекса.

Абстрактно-логическое и конструктивное мышление сохранены. Психическая деятельность пациента отличается тенденцией к мудрствованию и рассуждениям.

Большинство ответов в субтесту «Сходство» относятся к категориальному уровню, а также трудностей подбора обобщающих понятий в методике

«Исключение предметов» не выявлено. Но в обеих методиках встречаются ошибки снижения уровня обобщения, такие как использование конкретно-функционального обобщения и конкретно-ситуационные обобщения.

В субтесту «Кубики Косса» при заданиях со стабильным уровнем абстрагирования Н. показывает высокий уровень пространственного анализа и синтеза при высоком темпе работы.

При известной заинтересованности пациента в диагностический процесс нельзя полностью исключить возможность наличия артефактов в силу хорошей подготовки в рамках полученного образования.

По результатам «Методики диагностики акцентуаций характера» (К. Леонгард – Г. Шмишек, 1970), у пациента преобладают особенности дистимического типа, для которого характерны сниженный фон настроения, пессимизм, фиксация на негативных сторонах жизни. Сопутствующими особенностями являются характеристики педантичного и застревающего типа: повышенная ригидность, инертность психических процессов, неспособностью к вытеснению травмирующих переживаний, чрезмерная стойкость аффекта.

По результатам проективной методики «Дом, дерево, человек» (Романова Е.С., 2001) можно сделать вывод о концентрации пациента на собственном внутреннем мире, тревоге по поводу своего собственного состояния и адекватности; о нехватке поддержки, тепла со стороны окружения; о потребности в защитном интеллектуальном контроле.

О специфике личностных проявлений могут говорить особенности воспроизведения пациентом рисунка, изображающего «Местоимение “Я”» в методике «Пиктограммы»: пациент изобразил пилюлю («это я в свете последних событий») и круги вокруг нее («это круги социума»).

Выводы. Таким образом, на момент обследования у пациента Н. выявлены нарушения мышления по типу резонерства, а также периодические признаки соскальзывания мышления на конкретное при адекватном восприятии и функционировании мышления в целом. Эмоциональный фон пациента снижен. Активное использование психофармакологических препаратов, приводящее к потере сознания и ухудшению соматического статуса пациента, свидетельствует об аутоагрессивном поведении. Трудности аффективной саморегуляции, приводящие к проявлениям аутоагрессивного поведения, нуждаются не только в психофармакологическом, но и психотерапевтическом лечении пациента.

Рекомендуется курс психотерапии или индивидуального психологического консультирования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОНЛАЙН-ОПРОСА НАЧИНАЮЩИХ КАРЬЕРУ ПСИХИАТРОВ (РОССИЯ И СТРАНЫ ЕВРОПЫ)

Фёдорова Е.Ю., Степанова Н.А., Пашнин Е.В.,
Марачев М.П., Алфимов П.В.

г. Москва

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского*

Актуальность. Ежегодно только в Москве 4000 человек получают диплом врача и лишь около 200 из них выбирают ординатуру, так или иначе, связанную с психическим здоровьем (психиатрия, наркология, психотерапия). По данным Росстата на 2016 год, общее количество психиатров и наркологов (специалисты с базовым психиатрическим образованием) составляет 22 тысячи человек, или 15 специалистов на 100 тысяч населения (Здравоохранение в России, 2017). По данным Mental Health Atlas за 2017 год, среднее количество психиатров по миру составляет 10 на 100 тысяч населения, при этом в экономически слабо развитых странах менее 1 психиатра на 100 тысяч населения, а в высоко развитых более 70, что напрямую не указывает на кадровый дефицит. Но если учитывать высокий коэффициент совместительства (1,59 в среднем по России на 2011 г.) [Незнанов Н.Г., 2012], и несоответствие между численностью фактически работающих врачей-психиатров (11683 человек) и врачей, имеющих действующий сертификат по специальности «психиатрия» (14 178 человек) [<https://psychiatr.ru/news/102>], складывается впечатление, что врачи не продолжают, и, вероятно, иногда даже не начинают работу по специальности, либо выбирают альтернативные пути, такие как работа в частных медицинских учреждениях или миграция в более крупные города России (Москва и Санкт-Петербург), где средняя заработная плата врача значительно выше. Учитывая вероятный кадровый дефицит, значимым представляется выявление ключевых факторов, влияющих на мотивацию начинающих карьеру врачей и их ожиданий от выбранной профессии в сфере охраны психического здоровья. Оценка желаний и возможностей, предпочтительных условий труда, а также различий в этих показателях между молодыми специалистами разных стран, является отправной точкой в понимании мер, необходимых для увеличения доступности психиатрической помощи для населения.

Цель и задачи. Определить ключевые представления и ориентиры обучающихся специалистов в области психического здоровья относительно

своей профессиональной жизни после обучения, а также сопоставить ожидания отечественных специалистов со взглядами обучающихся коллег из стран Европы.

Материалы и методы. При планировании и подготовки исследования небольшой группой молодых специалистов на базе Google-форм был сформирован опросник из 16 вопросов, включающих в себя информацию о личных данных, ожидаемом уровне заработка, профессиональных планах, сведений о сочетании научной и практической деятельности. На первом этапе исследования опросник был распространен среди обучающихся специалистов в области психического здоровья через сеть Интернет при поддержке региональных представительств СМУ РОП. Через 6 месяцев онлайн-опрос был закрыт для заполнения (опрошено 84 человека). На втором этапе исследования вопросы были переведены на английский язык, адаптированы, с учетом преобладающей образовательной парадигмы в Европе, и распространены через аналогичную Google-форму среди иностранных начинающих психиатров через представителей Европейской Ассоциации Начинающих Карьеру Психиатров (EFPT), и также закрыт через полгода (44 опрошенных из 17 стран).

Результаты и обсуждение. Среди опрошенных и в России, и в Европе женщин было в два раза больше. Среди российских молодых специалистов большинство находилось на первом году обучения (68 %), чем на втором (32 %), в отличие от коллег из стран Европы, где большинство респондентов находилось на 4-м году обучения (40 %). Больше половины ответов пришлось на Москву и СПб. Среди Европейских стран наиболее активное участие в исследовании приняли Италия, Испания и Португалия (50 %). Финансовые ожидания половины молодых врачей из России находились на уровне 20–40 т.р. (300 – 600€), 28 % считают, что их заработная плата не будет превышать 20 т.р. (300€), и только 22 % уверены, что их достаток будет выше 40 т.р. (600€). При этом средняя заработная плата врача в России на 2017 год составляла 48 т.р. (730€) [Прахов И.А., 2017]. Стоит отметить, что у врачей из Москвы и Санкт-Петербурга существенно выше ожидания относительно своей ЗП – только они выбирали пункт «больше 60 тыс. руб.» (более 900€), причем все выбравшие данный пункт были ординаторами 1-го года обучения. В Европе 40 % опрошенных считают, что их заработная плата в начале карьеры будет 1500€–2500€ (100–165 т.р.), а респонденты из стран Северной Европы (Швеция, Дания, Финляндия) ожидают более 2500€ в месяц (более 165 т.р.). Ответы на вопросы об ожидаемой и желаемой заработной плате были сопоставимы по цифрам ежемесячного дохода как в России, так и странах Запада. Например, при оценке желаемых зарплат – 68 % опрошенных в России чувствовали бы себя комфортно при зарплате от 40 до 60 т.р. в месяц (600€–900€),

а у зарубежных коллег (более 63 %) – при зарплате 500€–1500€ (35–100 т.р.) для Восточной, 1500€–2500€ (100–165 т.р.) для Южной и более 2500€ (более 165 т.р.) для Северной и Западной. Ординаторы России и стран Европы существенно различаются в своих планах на будущую работу. В Европе 81,4 % опрошенных планируют работать только в области психиатрии, в то время как в России таких только 39 %, а 56 % планируют совмещать несколько специальностей одновременно. При расстановке приоритетов в работе на первые три места и в России, и в Европе попадают «профессиональное саморазвитие», «здоровье пациентов» и «величина дохода». Отличаются ключевые источники знаний для молодых специалистов – в Европе профессиональная литература на английском языке является главным источником знаний, второе место за клиническими руководствами и коммуникацией с коллегами. В России же приоритетными источниками считаются отечественная литература и знания коллег, а руководства и стандарты занимают последнее место. 2/3 респондентов в обеих группах планируют заниматься научной деятельностью, совмещая ее с практической работой. Вопрос о наличии профессиональной деформации показал значительное расхождение в ответах. Так, в России 67 % опрошенных не видит взаимосвязи между профессией и какой-либо личностной деформацией, а 33 % указывают на негативное влияние профессии на личность (эмоциональное выгорание, циничность, чужаковатость). Европейские коллеги в большинстве своем (67 %) отмечают наличие влияния на личность, но исключительно в положительном ключе (наблюдательность, чуткость, лучшее понимание себя).

Выводы. Молодые специалисты из России, несмотря на адекватные современным реалиям финансовые ожидания/запросы, в своей будущей карьере основной упор делают на материальное благополучие (желание совмещать несколько специальностей, ценностные приоритеты в работе), опираясь преимущественно на государственные медучреждения и выражая при этом готовность заниматься научной деятельностью. В своём развитии предпочтение отдаётся трудам классиков отечественной психиатрической школы и обмену мнениями «в ординаторской». Начинаящие специалисты ближнего и дальнего зарубежья (преимущественно страны Европейского союза) не имеют существенного дефицита в материальной базе, что даёт им возможность свободнее чувствовать себя в рамках одной специальности, иметь ценностные ориентиры, направленные на саморазвитие и благополучие пациентов и активнее вовлекаться в научные проекты. И российские, и зарубежные молодые психиатры признают влияние этой специальности на личность врача, но если первые отмечают как положительные, так и отрицательные изменения, то вторые – исключительно положительные.

РОЛЬ ПСИХОГЕННОГО ФАКТОРА В ФОРМИРОВАНИИ ПОСЛЕРОДОВОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА У РОДИЛЬНИЦ

Фоменко А.Н., Кожадей Е.В.

г. Санкт-Петербург

Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко

Актуальность. Послеродовые аффективные расстройства (ПАР) имеют крайне высокую распространенность (более 90 %) и последние десятилетия детально изучаются, но закономерности формирования и течения послеродовых аффективных расстройств, подходы к их терапии все равно остаются предметом споров и требуют дальнейшего исследования. Так же с развитием медицины стало возможным чаще выхаживать недоношенных детей и детей с крайне низкой массой тела, что с одной стороны является положительным фактором, но с другой, может являться и дополнительным фактором риска для развития и утяжеления течения ПАР.

Цель: сравнительное изучение динамики и выраженности ПАР у женщин со здоровыми новорожденными и женщин, чьи дети проходили длительное лечение в отделении неонатальной патологии.

Задачи: изучение формирования групп женщин с риском развития ПАР с помощью скрининговой методики; изучение структуры и выраженности ПАР с помощью рейтинговых шкал самооценки; изучение личностного профиля пациенток с ПАР.

Материал исследования. Обследовано 113 женщин в послеродовом периоде, пациенток перинатального центра СПбГПМУ. Критерии включения пациенток в исследование: 1) женщины, роды у которых проходили в перинатальном центре СПбГПМУ; 2) временной период – 4–10 дней после родов; 3) суммарный балл по Эдинбургскому опроснику послеродовой депрессии – 5 и выше. Критерии исключения: 1) женщины с тяжелыми послеродовыми соматическими осложнениями; 2) пациентки, отказавшиеся от обследования.

Все пациентки прошли повторное обследование во временной период от 30 до 36 дней после родов. На этом этапе были выделены 2 группы пациенток: 1 группа – женщины (78 чел.), чьи дети выписались через 3–6 дней после родов. Обследование проходило в амбулаторных условиях; 2 группа – женщины (35 чел.), дети которых в указанный временной период были пациентами отделения перинатальной патологии.

Методы исследования:

1) клинико-анамнестический метод: использовалась разработанная анамнестическая карта, в которой регистрировалось качественные (номинативные) характеристики, в том числе по бинарному принципу (наличие/отсутствие признака);

2) клинико-психопатологический метод:

- Эдинбургская шкала послеродовой депрессии (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS). Методика является скрининговым инструментом для выявления послеродовых аффективных (депрессивных) расстройств. Для оценки тяжести клинических проявлений использовались следующие значения: сумма баллов от 0 до 5 – отсутствие симптомов послеродовой депрессии, от 5 до 12 – вероятность субклинических проявлений послеродовой депрессии, 12 и выше – вероятность клинически выраженных проявлений послеродовой депрессии;
- госпитальная шкала тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). Для оценки тяжести клинических проявлений использовались следующие значения: сумма баллов от 0 до 7 – отсутствие выраженных симптомов тревоги и депрессии, от 8 до 11 – субклинически выраженная тревога или депрессия, 12 и выше – клинически выраженная тревога или депрессия;
- шкала ангедонии – модифицированная шкала Снейта-Гамельтона (SHAPS-C – the Snaith-Hamilton pleasure scale modified for clinician administration). Используется для изучения выраженности когнитивных, эмоционально-эстетических, социальных и соматовегетативных проявлений ангедонии;
- сокращенный Многофакторный Опросник для исследования Личности (СМОЛ).

Результаты и их обсуждение: при первичном обследовании достоверных различий в группах не обнаружено по степени тяжести по EPDS ($\chi^2=0,884$, $p=0,347$), госпитальной шкале тревоги ($\chi^2=3,326$, $p=0,334$) и депрессии ($\chi^2=0,465$, $p=0,793$), а при повторном обследовании выявлены достоверные отличия между степенями тяжести в 1 и во 2 группах по EPDS ($\chi^2=20,214$, $p=0,0001$), госпитальной шкале тревоги ($\chi^2=29,166$, $p=0,0001$) и депрессии ($\chi^2=18,459$, $p=0,0001$). Таким образом нами было выявлено, что с течением времени у всех женщин снижаются показатели тревоги и депрессии, но меньше всего подвержен изменению такой эмоциональный симптомокомплекс послеродовой депрессии, как ангедония. Особенностью этого комплекса является то, что его проявления явно невидны со стороны, так как больше затрагивают внутреннюю жизнь и переживания женщины, но крайне негативно сказываются на ее психическом состоянии

и взаимоотношении с маленьким ребенком. Но учитывая, что этот симптом оказался самым устойчивым и не зависящим от внешних обстоятельств жизни женщины, то именно он может оказаться самым важным для определения выхода женщины в ремиссию и улучшения ее качества жизни.

При сравнении групп матерей, которые вскоре после родов были выписаны из перинатального центра и которые все время обследования были вынуждены находиться на отделении патологии новорожденных, была выявлена интересная закономерность относительного увеличения средних баллов по Эдинбургской шкале послеродовой депрессии и по Госпитальной шкале тревоги и депрессии при первичном обследовании у пациенток первой группы, в сравнении с пациентками второй группы, которые были выписаны значительно позже. Данный факт, вероятно, связан с тем, что в первой группе значительно больше матерей с доношенными детьми, а соответственно антенатальный стресс имел на них более длительное влияние и к моменту родов имел такое проявление, но спустя месяц картина меняется на противоположную: у первой группы матерей проявления депрессии и тревоги снижаются заметно быстрее, но полностью не проходят, поэтому матери обеих групп остаются в зоне риска. Относительно различий личностного профиля у вышеуказанных групп, было выявлено преобладание таких характеристик как «Психастения» и «Паранояльность», при чем в 1-ой группе достоверно преобладало среднее значение шкалы «Психастения», а во 2-й – шкалы «Паранояльность». В связи с тем, что личностное обследование проходило во время второго этапа, через месяц после родов, то такое различие возможно связано с накопившейся усталостью от новой роли матери у женщин, а у 2ой группы так же из-за длительного пребывания в условиях стационара.

Выводы. У женщин, длительно, находящихся на отделении патологии новорожденных выявлена склонность к утяжелению или затягиванию проявлений послеродовых аффективных расстройств, что может указывать на значимую роль психогенных факторов в развитии данных заболеваний. А также тяжёлое состояние новорожденного значительно ухудшает психическое состояние матерей, в сравнении с состоянием других матерей, чьи дети так же находятся на отделении патологии новорожденных, но из-за длительного влияния антенатально стресса сразу после родов психическое состояние женщин с относительно здоровыми доношенными детьми может быть даже хуже, но кратковременно.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ И БЕЗ НЕЕ

Фрейзе В.В., Сосин Д.Н., Иващенко Д.В., Янушко М.Г.,
Сычев Д.А., Иванов М.В.

г. Санкт-Петербург, г. Москва

*Национальный медицинский центр психиатрии и неврологии
им. В.М. Бехтерева,*

*Российская медицинская академия
непрерывного профессионального образования*

Актуальность. Как известно, у 30 % больных шизофренией антипсихотическая терапия не является эффективной (Andrea de Bartolomeis et al., 2017). В результате длительного и зачастую, неэффективного подбора терапии для подобных пациентов, увеличиваются сроки их госпитализации, что также сопровождается большими финансовыми затратами, социальной и профессиональной дезадаптацией. В данном состоянии достаточно большую роль играют когнитивные нарушения, так как именно они в большой степени обуславливают сниженное функционирование пациентов. В виду этого, на сегодняшний день некоторые авторы предлагают ставить в приоритет терапию, именно когнитивных нарушений при шизофрении. Однако, в виде того, что механизмы формирования когнитивных нарушений не известны, данное направление является актуальным для изучения. Достаточно большое количество исследователей ведет поиск различных маркеров терапевтической резистентности по разным направлениям, из которых можно выделить: клинические, генетические, нейровизуализационные и многие другие. Существуют исследования и когнитивных маркеров терапевтической резистентности при шизофрении, однако работы, которые есть, демонстрируют весьма противоречивые результаты. По мнению ряда авторов, на сегодняшний день, не так много доказательств того, что пациенты с терапевтической резистентностью при шизофрении имеют более выраженные когнитивные нарушения (Woodward N., Meltzer H., 2010). Противоречивость данных может быть обусловлена как различными методологическими подходами, так и влияниями на когнитивные функции различных (как эндогенных, так и экзогенных) факторов. Одним из основных экзогенных факторов является влияние проводимой психофармакотерапии. Таким образом, выделения профиля когнитивных

нарушений, свойственных для пациентов с терапевтической резистентностью при шизофрении является достаточно актуальным направлением исследований.

Цель и задачи исследования: установить различия степени выраженности когнитивных нарушений у пациентов с терапевтически резистентным течением шизофрении и хорошим ответом на антипсихотическую терапию с учетом влияния психофармакотерапии.

Материалы и методы. Всего в исследование включено 130 пациентов с диагнозами из рубрики F20 по МКБ-10. Включение пациентов в исследование осуществлялось после подписания добровольного информированного согласия на участие в исследовании. После включения пациенты были разделены на 2 группы: 1) с ТРШ и 2) «Респондеры» (от англ. responder – пациент, отвечающий на терапию). Выделение пациентов в группу с ТРШ осуществлялось согласно следующим критериям: 1) после двух последовательных курсов антипсихотической терапии (один из которых должен быть проведен антипсихотиком второго поколения) в адекватной дозе, продолжительностью 4–6 недель без должного ответа, в особенности при сохранении психотической симптоматики; 2) наличие суицидальных тенденций, насильственных действий или злоупотребления ПАВ.

Психическое состояние пациентов было оценено посредством шкалы PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale). Оценка когнитивных функций проводилась с помощью батареи тестов BAC-S (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia). Для обработки был использован подход приведения данных к стандартной форме в виде z- и T-значений. Данный подход рекомендован разработчиками BAC-S. Значение данных показателей положительно коррелирует с когнитивными функциями, т.е. чем больше значение – тем лучше когнитивные функции.

Фиксировалась вся текущая психофармакотерапия включая: основной антипсихотический препарат (антипсихотик 1), второй антипсихотический препарат (антипсихотик 2) независимо от цели его назначения (коррекция инсомнических нарушений, аугментация действия первого антипсихотического препарата и т.д.), антидепрессивный препарат, нормотимический препарат, транквилизатор, корректор экстрапирамидных нарушений. Учитывались текущие дозы данных препаратов, а также длительность приема. При оценке двух предшествующих курсов антипсихотической терапии (номера курсов присвоены в хронологической последовательности – курс 1, курс 2, текущий курс), фиксировались: основной антипсихотический препарат (антипсихотик 1), его начальная доза и длительность ее приема, максимальная доза и длительность ее приема, поддерживающая доза и длительность ее приема; второй антипсихотический препарат (антипсихотик 2), с аналогичным учетом доз и длительности

приема. Также происходил учет сопутствующей психофармакотерапии при данных курсах без учета их доз и длительности приема.

Рациональность антипсихотической терапии была оценена с помощью стандартизированного инструмента – Medical Appropriateness Index – MAI (Индекс рациональности терапии). Метод MAI позволяет выразить рациональность применения препарата у пациента в баллах, что упрощает и формализует последующий анализ. Итоговый балл анкеты отрицательно коррелирует с рациональностью применения ЛС.

При помощи инструмента оценки нежелательных межлекарственных взаимодействий Drugs Interaction Checker (www.drugs.com) был проведен количественный анализ наличия взаимодействий между антипсихотиками и сопутствующей терапией пациентов. Данная процедура позволяет оценить роль нежелательных межлекарственных взаимодействий в эффективности курсов фармакотерапии, риске формирования резистентной формы шизофрении. Все межлекарственные взаимодействия распределяются на три категории: Minor (незначительные), Moderate (средней степени тяжести), Major (тяжелые). Было подсчитано число межлекарственных взаимодействий каждой категории при каждом курсе терапии.

Результаты и обсуждения. При сравнительном анализе психического состояния, оцененного при помощи шкалы PANSS, было получено, что пациенты в группе ТРШ имели более выраженную позитивную ($13,55 \pm 2,54$ и $10,82 \pm 2,78$; $p=0,0001$), негативную ($24,24 \pm 5,18$ и $18,86 \pm 5,51$; $p=0,0001$) и общую психопатологическую симптоматику ($33,29 \pm 5,44$ и $27,9 \pm 5,32$; $p=0,0001$).

При сравнении групп ТРШ и «Респондеров» не было получено отличий при выполнении отдельных тестов батареи BACS ($p>0,05$). Отличия были получены только для общих значений z ($-2,99 \pm 1,7$ и $-1,98 \pm 1,33$; $p=0,002$) и T ($20,16 \pm 17,07$ и $30,22 \pm 13,34$; $p=0,002$). У пациентов с ТРШ z - и T -значения были более низкие, соответственно в данной группе пациентов были более выраженные когнитивные нарушения.

Анализ текущего курса психофармакотерапии показал отсутствие статистически достоверных отличий по количеству между группами ($p=0,946$). При анализе рациональности психофармакотерапии, а также количества межлекарственных взаимодействий при текущем курсе терапии, а также двух предшествующих курсах было получено, что индекс рациональности применения фармакотерапии при курсе терапии 1 был достоверно ниже в группе «Респондеров» ($p=0,019$). По остальным параметрам статистически достоверной разницы не было показано ($p \geq 0,05$).

Выводы. Таким образом, мы показали, что пациенты с терапевтической резистентностью при шизофрении имеют более выраженные когнитивные нарушения по данным общих z - и T -значений BACS. При этом не было

получено отличий по отдельным тестам данной батарее. Отсутствие достоверных отличий по сочетанию препаратов текущего курса психофармакотерапии, а также рациональности проводимой фармакотерапии и количеству межлекарственных взаимодействий между группами позволяет говорить об отсутствии влияния проводимой психофармакотерапии на результаты нашего исследования. Найденные отличия по рациональности применения психофармакотерапии при могут только косвенно влиять на результаты нашего исследования, так как данные отличия были получены для психофармакотерапии в анамнезе (курс терапии 1).

Необходимо отметить, что пациенты с ТРШ имели большую выраженность позитивной симптоматики, по данным соответствующей подшкалы PANSS ($13,55 \pm 2,54$ и $10,82 \pm 2,78$; $p=0,0001$), соответственно, возможно, что отличия по данным BACS, могут быть связаны именно с этим. Для уточнения более специфических когнитивных нарушений, а также оценки влияния различных факторов необходимы дальнейшие исследования с более строгим дизайном.

ОЦЕНКА ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ШКАЛЫ СОМАТИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ОПРОСНИКА НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА ОСНОВЕ МЕТРИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ РАША

Цидик Л.И.

Республика Беларусь

г. Гродно

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Опросник невротических расстройств (ОНР), созданный изначально на основе классической теории тестов, имеет множество недостатков, ограничивающих область его применения в клинике и снижающих достоверность полученных результатов.

Модель Раша, являющаяся разновидностью современной теории тестов, представляет собой набор математических методов конструирования диагностических шкал для оценки латентных конструкторов.

Оценка соматических жалоб в клинике невротических расстройств важна с точки зрения дифференциальной диагностики. Часто именно соматические симптомы изначально привлекают внимание пациентов и являются поводом для обращения к специалистам различного профиля.

Цель и задачи исследования. Оценить психометрические параметры шкалы соматических симптомов опросника невротических расстройств.

Материалы и методы. Работа проводилась на базе психоневрологического отделения учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница № 3 г. Гродно». В исследовании принимали участие пациенты с верифицированными диагнозами ($n=220$) из рубрик невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40, F41, F43, F45), рекуррентное депрессивное расстройство и депрессивный эпизод умеренной степени тяжести (F32, F33) и здоровые испытуемые ($n=76$).

Группа исследования включала 296 человек.

Для моделирования шкал по метрической системе Раша необходимым условием является максимально широкий диапазон распределения мер выраженности исследуемого конструкта в репрезентативной выборке. В случае настоящего исследования, данное требование соблюдено за счёт включения в исследование пациентов, для которых характерны разнородные соматические жалобы различного уровня выраженности и здоровых испытуемых, у которых данных жалоб вообще нет. При этом вся эта разнородная выборка рассматривается как однородная группа.

С помощью метрической системы Раша первично-сформированная матрица была преобразована в матрицу вероятностей, на основании которой был произведён расчёт трудностей пунктов, а также конструктивной валидности путём вычисления индексов качества для каждого утверждения опросника. К индексам качества относятся невзвешенное среднее квадратичное – UMS (unweightet mean squared), взвешенное среднее квадратичное – WMS (weightet mean squared). Было проведено несколько циклов моделирования шкалы, после каждого из которых анализировались полученные значения индексов качества и исключались пункты, имеющие неадекватную конструктивную валидность (UMS и WMS принимали значения вне интервала 0,7–1,3). Данные итерации повторялись до тех пор, пока значения индексов качества всех оставшихся пунктов не вошли в рамки требуемого диапазона. Последней считалась итерация, в результате проведения которой все утверждения шкалы имели приемлемую конструктивную валидность.

Результаты и обсуждения. На основе метрической системы Раша была оценена конструктивная валидность утверждений путём расчёта индексов качества UMS и WMS. При моделировании данной шкалы значения индексов качества всех оставшихся утверждений попали в диапазон приемлемых значений на 28 итерационном цикле.

На 25-ой итерации из общего пула утверждений были удалены 8 пунктов (№35, №104, №178, №179, №194, №202, №238, №263), так как их индексы UMS или WMS имели чрезмерно высокие значения ($>1,3$). На 26-ой итерации уже было удалено только 3 пункта (№54, №156, №219),

а на 27-ой – 1 пункт (№191), со значениями индекса UMS, превышающими нормативный для диагностических методик диапазон. Это свидетельствует о их несоответствии диагностической направленности шкалы, т.е. элиминированные пункты с высокой степенью вероятности характеризуют другой конструкт или общие проявления нескольких конструктов. После их исключения и проведения очередной итерации значения индексов качества всех оставшихся пунктов шкалы оказались в пределах приемлемого диапазона. Итак, конечный вариант шкалы соматических симптомов был сформирован 30-ю утверждениями, каждое из которых характеризуется удовлетворительными показателями конструктивной валидности.

Оценка содержательной валидности оставшихся пунктов с приемлемыми значениями индексов WMS и UMS позволила рассматривать их как пункты новой шкалы опросника, получившей название «шкала соматических симптомов».

С помощью метрической системы Раша были вычислены меры трудностей для каждого утверждения новой шкалы. При анализе полученных значений показатели сопоставлялись с оптимальным для психодиагностических методик интервалом от -2 до +2 логитов. Трудности утверждений сформированной шкалы вышли далеко за пределы указанного диапазона и имеют как предельно низкие значения (-3,01 логита-пункт №73), что свидетельствует о чрезмерной лёгкости пункта, так и предельно высокие (+5,08 логита-пункт №210), что характеризует данный пункт как чрезмерно трудный. Для «лёгких» пунктов шкалы вероятность ключевых ответов наиболее высока у испытуемых с минимально выраженной интенсивностью соматических жалоб, для «трудных» пунктов, наоборот, ключевой ответ возможен только для тех, у кого соматические симптомы значительно выражены. Присутствие в структуре шкалы «полюсных» утверждений позволит ей с большей точностью диагностировать и всесторонне оценивать различные уровни выраженности исследуемого конструкта.

Факторный анализ нормализованных остатков от разницы между наблюдаемыми и ожидаемыми оценками ответов на утверждения методики показал одномерность моделируемой шкалы, т.е. шкала оценивает только один конструкт, в данном случае уровень выраженности соматических жалоб.

Отдельно для каждой итерации рассчитывались показатели надёжности и дифференцирующей способности (количество уровней выраженности свойства). Надёжность в модели Раша оценивается с помощью Индекса надёжности, который можно интерпретировать также как коэффициент альфа Кронбаха. Изначально после проведения 1-ой итерации Индекс надёжности был равен 0,92. В результате последующих 27 итерационных

циклов и уменьшения количества утверждений он незначительно уменьшился (0,86), однако этот показатель также характеризует надёжность шкалы как хорошую (диапазон 0,7–0,9).

Дифференцирующая способность методики оценивается показателем «количество слоёв». В нашем исследовании после проведения 1-ой итерации этот показатель составил 5,1, в окончательном варианте шкалы после проведённых циклов моделирования – 3,8. Т.е. методика может дифференцировать четыре уровня выраженности соматических жалоб, что является показателем хороших дискриминативных свойств шкалы и увеличивает её прикладное значение.

Последним этапом психометрического анализа было построение карты, отражающей соотношение мер трудности ответных категорий пунктов шкалы и мер выраженности соматических жалоб в группе испытуемых. Анализируя карту приходим к выводу, что шкала имеет относительно сбалансированную метрическую структуру, характеризующуюся адекватным соответствием распределения оцениваемых уровней соматических жалоб и диагностических трудностей ответных категорий пунктов шкалы.

Выводы.

1. На основе метрической системы Раша была разработана новая шкала опросника невротических расстройств, оценка содержательной валидности утверждений которой позволила выделить её как «шкалу соматических симптомов».

2. Пункты полученной шкалы обладают адекватной конструктивной валидностью, т.к. значения их индексов качества UMS и WMS находятся в приемлемом диапазоне (0,7–1,3).

3. Утверждения внутри шкалы соматических симптомов сбалансированы по степени трудности и находятся в широком диапазоне, что позволит шкале диагностировать различные уровни выраженности исследуемого конструкта.

4. Шкала является одномерной, имеет относительно сбалансированную метрическую структуру, обладает достаточной диагностической мощностью.

5. Для шкалы характерен хороший уровень надёжности (0,86).

6. Шкала способна дифференцировать 4 уровня выраженности соматических жалоб, что является показателем высоких дифференциально-диагностических свойств.

**АССОЦИАЦИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ
АНТИПСИХОТИК-ИНДУЦИРОВАННЫХ
ЭКСТРАПИРАМИДНЫХ РАССТРОЙСТВ
С ПОЛИМОРФИЗМОМ RS1800955 ГЕНА
ДОФАМИНОВОГО РЕЦЕПТОРА DRD4:
ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Черняев В.И., Толмачев М.Ю., Ахметова Л.Ш.,
Шнайдер Н.А., Насырова Р.Ф.

г. Самара

*Самарская областная клиническая психиатрическая больница,
Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева*

Актуальность.

Одним из наиболее значимых достижений в истории психиатрии являлся синтез хлорпромазина в 1950 г. Первоначально хлорпромазин характеризовался учеными как мощный стабилизатор вегетативной нервной системы, но уже в 1952 г. было открыто его уникальное свойство – способность специфически влиять на симптоматику психозов. Двумя годами позже было обнаружено, что при применении хлорпромазина возникают нейротропные нежелательные побочные реакции (НПР) в виде экстрапирамидных (гиперкинетических и акинетических) расстройств (ЭПР). Эти наблюдения дали основание ученым назвать группу лекарственных средств (ЛС), к которой относился хлорпромазин, «нейролептиками» (от гр. *neuron* – нерв и *leptos* – схватываемый).

Распространенность антипсихотик-индуцированных ЭПР была столь велика, что первоначально даже считалось, что развитие антипсихотического эффекта невозможно без появления ЭПР, и что терапевтический эффект можно соотносить и измерять по выраженности ЭПР. Но уже в 1968 г. было открыто ЛС, обладающее мощным антипсихотическим действием и при этом практически не вызывающее ЭПР, – клозапин, что послужило основанием для того, чтобы говорить о группе «атипичных» антипсихотиков. Позже были открыты и другие ЛС, обладающие схожими характеристиками (рисперидон, оланзапин, кветиапин и др.).

Различия в спектре терапевтических эффектов и НПР этих двух групп ЛС определяются разным спектром их рецепторной активности, в частности в степени их связывания с различными типами дофаминовых рецепторов. Так, механизм действия типичных антипсихотиков опосредуется блокадой D2-рецепторов. Тогда как атипичные антипсихотики в меньшей степени

блокируют D2-рецепторы, но вместе с тем блокируют другие типы дофаминовых рецепторов (D1, D3, D4, D5), а также серотониновые рецепторы (в частности, 5-HT_{2A}). Дофаминовые рецепторы представлены в различных отделах головного мозга, но существует несколько основных дофаминергических путей: мезолимбический, мезокортикальный, нигростриарный и туберофундибулярный. Нигростриарный тракт является самым мощным из них, аксонами его нейронов выделяется около 80 % мозгового дофамина. С угнетением дофаминергической передачи именно в нигростриарной системе связывают развитие ЭПР при использовании антипсихотиков. Из всех типов дофаминовых рецепторов, представленных в стриатуме и предположительно участвующих в развитии ЭПР, D4 рецепторы являются одними из наименее изученных, но вместе с тем одними из наиболее перспективных для изучения, поскольку с высокой аффинностью к D4-рецепторам связывают, в частности, эффективность клозапина. Все это создает предпосылки к изучению влияния полиморфизма гена DRD4, кодирующего дофаминовый рецептор D4, на риск развития антипсихотик-индуцированных ЭПР.

Цель исследования – изучение ассоциации риска развития антипсихотик-индуцированных ЭПР с полиморфизмом гена DRD4 (rs1800955), кодирующего дофаминовый рецептор D4.

Материалы и методы.

Выборка составила 65 пациентов (53 муж. – 81,54 %, 12 жен. – 18,46 %) европеоидной расы. Набор обследуемых осуществлялся из числа пациентов с установленным диагнозом F20 по критериям МКБ-10 (1995). Средний возраст дебюта психического расстройства составил $24,56 \pm 1,95$ лет; средний возраст начала приема антипсихотической терапии – $25,7 \pm 1,7$ лет. В режиме монотерапии 22 пациента (33,8 %) получали антипсихотики первой (АПГ) и 43 человека (66,2 %) второй генераций (АВГ). Исследование было одобрено этическим комитетом и не противоречило Хельсинской декларации.

Тяжесть ЭПР на фоне проводимой фармакотерапии оценивалась по следующим шкалам: BARS (Behavioural Activity Rating Scale), SAS (Simpson-Angus Scale of extrapyramidal side effects), ESRS (Extrapyramidal Symptom Rating Scale). Тестирование проводилось в динамике: 1 визит – на момент включения в исследования; 2 визит – через 6–8 недель монотерапии антипсихотиком.

Выделение ДНК осуществлялось комплектом реагентов для выделения РНК/ДНК из клинического материала «РИБО-преп» (ИнтерЛабСервис, Россия). Генотипирование выполнялось на приборе RotorGene 6000 (Qiagen, Австралия), набором реагентов для определения полиморфизма rs1800955 гена DRD4 (Синтол, Россия). Статистический анализ проводился

по общепринятым статистическим критериям с использованием языка программирования R и пакетов библиотеки к нему (dplyr, ggplot2, psych, ROCR), программ для статистического анализа LePac, Arlequin 3.5, Genepop.

Результаты и обсуждение.

В группе пациентов, принимающих АПГ, оценка по BARS в обоих визитах не превышала 3 баллов у 20 (90,9 %) пациентов, превышала – у 2 (9,1 %). В группе пациентов, принимающих АВГ, у всех 43 (100 %) пациентов баллы по BARS не превышали 3 ($p = 0,048$ по тесту Фишера).

При сравнении оценок SAS в двух визитах, фиксировалось изменение оценок между двумя визитами в сторону увеличения (порог £1). Так, в группе пациентов, принимавших АПГ: у 14 чел. (63,6 %) выраженность ЭПР по данной шкале превышала порог, и только у 8 чел. (36,4 %) – нет. Напротив, в группе пациентов, принимающих АВГ: у 36 чел. (83,7 %) – не превышали порог, и только 7 чел. (16,3 %) – превышали.

При сравнении оценок по шкале ESRS в двух визитах фиксировалось изменение результатов тестирования между двумя визитами в сторону увеличения более чем в 2 раза (порог £2). Так, в группе пациентов, принимавших АПГ, выраженность ЭПР была следующей: у 12 чел. (54,5 %) – баллы не превышали порог, тогда как у 10 чел. (45,5 %) – превышали. В группе пациентов, принимавших АВГ, выраженность ЭПР была зафиксированы на следующих уровнях: у 39 чел. (90,9 %) баллы не превышали порог и только у 4 чел. (9,1 %) – превысили ($p = 0,003$ по тесту Фишера).

Сравнение результатов обоих визитов, проводившееся непараметрическим ранговым парным критерием Вилкоксона, в группе пациентов, принимавших АПГ, позволило установить следующее: BARS – 3,5 баллов ($p = 0,1706$); SAS – 30 баллов ($p = 0,0293$); ESRS – 13 баллов ($p = 0,002838$). Аналогичное сравнение в группе АВГ показало: BARS – 1 ($p = 1,0$); SAS – 85,5 ($p = 0,6822$); ESRS – 36 ($p = 0,8438$) баллов, соответственно.

При анализе динамики оценок между первым и вторым визитами средние различия были следующими. По шкале BARS: $0,65 \pm 0,91$ баллов у больных, принимавших АПГ, и $-0,02 \pm 0,05$ баллов – у больных, принимающих АВГ ($p = 0,02$). По шкале SAS: $2,92 \pm 3,07$ балла у больных принимавших АПГ и $-0,19 \pm 0,53$ – у принимавших АВГ ($p = 0,01$). По шкале ESRS: $10,08 \pm 6,84$ балла – у больных, принимавших АПГ, и $0,31 \pm 0,87$ – у больных, принимавших АВГ ($p = 0,0003$).

В обследуемой выборке установлено следующее распределение генотипов по полиморфизму rs1800955 гена DRD4: гомозиготный генотип ТТ по мажорному аллели – 22 случая (33,8 %); гетерозиготный генотип ТС по минорному аллели – 33 случая (50,8 %); гомозиготный генотип СС по минорному аллели – 10 случаев (15,4 %). Таким образом, 76 чел. (58,5 %) были носителями аллели Т, и 54 чел. (41,5 %) – носителями аллели С

исследуемого гена. Данное распределение согласуется с законом Харди-Вайнберга: $df=1$, $X^2 = 0,194$ ($p = 0,66$).

При анализе данных не было выявлено статистически значимых ассоциаций между носительством полиморфных аллельных вариантов rs1800955 гена DRD4 и вероятностью развития антипсихотик-индуцируемых ЭПР: BARS – аллель Т (ОШ = 0,39; ДИ: 0,03–3,87), аллель С (ОШ = 2,55; ДИ: 0,25–25,21); SAS – аллель Т (ОШ = 1,33; ДИ: 0,58–3,03), аллель С (ОШ = 0,75; ДИ: 0,33–1,70); ESRS – аллель Т (ОШ = 0,83; ДИ: 0,32–2,08), аллель С (ОШ = 1,20; ДИ: 0,47–3,03).

Выводы.

В данном исследовании было установлено, что прием АПГ приводит к развитию более выраженных ЭПР, чем прием АВГ. Прием АПГ чаще увеличивает выраженность ЭПР, оцениваемых по шкалам в динамике исследования, по сравнению с приемом АВГ. Полученные результаты, вероятно, можно объяснить более высокой специфичностью и аффинностью АПГ к D2-рецепторам по сравнению с АВГ. Результаты пилотного фармакогенетического исследования свидетельствуют о том, что носительство аллельных вариантов полиморфизма rs1800955 гена DRD4, кодирующего дофаминовый рецептор D4, не ассоциировано с развитием антипсихотик-индуцированных ЭПР, в исследуемой популяции, что может быть обусловлено как особенностями дрейфа генов, так и объемом выборки.

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА RS8179183 ГЕНА LEPR В РАЗВИТИИ АНТИПСИХОТИК-ИНДУЦИРОВАННЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Чибикова Е.Ю., Миронов К.О., Ахметова Л.Ш.,
Толмачев М.Ю., Животова В.А., Дунаева Е.А., Шнайдер Н.,
Шипулин Г.А., Насырова Р.Ф.

г. Самара, г. Санкт-Петербург

*Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и неврологии им. В.М. Бехтерева*

Введение. Эффективность и безопасность фармакотерапии психических расстройств могут быть повышены путем персонализации подходов к назначению антипсихотической терапии, включая генетический анализ факторов, обуславливающих ключевые фармакодинамические и фармакокинетические параметры лекарственных средств (ЛС) и их валидации

в качестве надежных прогностических маркеров возникновения нежелательных лекарственных реакций (НПР).

Цели и задачи исследования – анализ ассоциации полиморфных аллельных вариантов генов полиморфизма Lys656Asn (rs8179183) гена LEPR, кодирующего рецептор к лептину, с развитием антипсихотик-индуцированных метаболических нарушений у пациентов, страдающих шизофренией.

Материалы и методы. Проведение исследования одобрено локальным этическим комитетом и соответствовало Хельсинской декларации. В исследование включено 123 пациентов с шизофренией, исследование завершили 117 пациентов.: 95 мужчин (81,2 %) и 22 женщины (18,8 %). Средний возраст дебюта психического расстройства составил $24,56 \pm 1,95$ лет; средний возраст начала приема антипсихотической терапии составил $25,7 \pm 1,7$ лет. Согласно результатам исследования, 40 (34 %) пациентов принимали в режиме монотерапии антипсихотики I генерации, а 77 (66 %) – II генерации. Средняя продолжительность периода проспективного наблюдения – $8,36 \pm 1,13$ недель.

Исследование включало два визита, на каждом из которых у пациента осуществлялось взятие цельной периферической крови, проводился общеклинический и биохимический анализ крови; измерялись антропометрические показатели (вес, рост, длина окружности талии и бедер). Антипсихотик-индуцированное изменение массы тела констатировалось при изменении исходного показателя (зарегистрированного на I визите) на 6 %.

Генетическое тестирование включало в себя выделение ДНК из лейкоцитарной массы набором реагентов для предобработки цельной периферической и пуповинной крови «Гемолитик» (ИнтерЛабСервис, Россия) и набором реагентов для выделения РНК/ДНК «РИБО-преп» (ИнтерЛабСервис, Россия). Генотипирование осуществлялось на приборе RotorGene 6000 (Qiagen, Австралия), набором реагентов для определения полиморфизма гена LEPR Lys656Asn (rs8179183) и LEP (rs3828942) (ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, Россия). Для анализа данных использовались стандартные статистические подходы и методики, реализованные в программах и приложениях для статистического анализа данных (язык программирования R, Arlequin, GenePoP, LePac).

Результаты. Распределение носительства генотипов по полиморфизму Lys656Asn (rs8179183) гена LEPR было представлено следующим образом: гомозиготный генотип CC по мажорной аллели – 3 чел. (2,83 %), гетерозиготный генотип CG по минорной аллели – 29 чел. (27,35 %), гомозиготный генотип GG по минорной аллели – 74 чел. (69,82 %). В целом, число носителей аллели C составило 35 чел. (16,5 %), а аллели G – 177 чел. (83,5 %). Распределение генотипов соответствовало закону Харди-Вайнберга (точное

р значение установлено методом Монте Карло по схеме с марковскими цепями): $p\text{-value} = 0$, $s.e = 0$, $W \& C = 0,01$, $R \& H = 0,01$, $\text{steps} = 73218$.

Величина эффекта носительства аллелей С и G на изменение массы тела больше 6 % производилось оценивалась путем измерения отношения шансов (ОШ) и доверительного интервала (ДИ). Для мажорной аллели С установлено, что ОШС = 2,6 (ДИС: 1,17; 5,78); для минорной аллели G (ОШG) – 0,38 (ДИG: 0,17; 0,85). Относительный риск (ОР) изменения массы тела выше 6 % от исходного значения для мажорной аллели С (ОРС) составил 1,9, (ДИ: 1,16; 3,11); для минорной аллели G (ОРG) – 0,52 (ДИ: 0,32; 0,85). Анализ частоты носительства минорного аллеля G (его гомозиготного носительства (генотип GG) против суммарного гомозиготного (СС) и гетерозиготного (CG) носительства мажорного аллеля С) дал следующие результаты: ОШ – 0,49 (ДИ: 0,131; 0,937). Средний прирост массы тела у носителей гомозиготного генотипа СС составил $4,68 \pm 2,05$ кг; у гетерозиготных носителей (генотип CG) – $1,82 \pm 0,94$ кг; у носителей гомозиготного генотипа GG – $0,65 \pm 0,5$ кг.

Концентрация глюкозы, равная 5,6 ммоль/л, была принята в качестве контрольной точки пред-диабетического состояния (согласно международной ассоциации диабета). В отношении пациентов, получавших антипсихотики II генерации в качестве монотерапии, получены различные результаты, варьирующие в зависимости от носительства изучаемых аллелей полиморфизма Lys656Asn (rs8179183) гена LEPR. Так, для носителей мажорной аллели ОШС составило 4,95 (ДИ: 1,41; 17,27), а для носителей минорной аллели ОШG – 0,20 (0,20; 0,97).

В тоже время, проведенный дисперсионный анализ методом Краскера-Уоллиса с «post hoc» анализом Дюнна с поправкой Бонферонни, выявил следующие статистически значимые отличия в группе пациентов, принимавших антипсихотики I генерации: динамика концентрации общего холестерина у носителей гетерозиготного генотипа CG статистически значимо отличалась по сравнению с носителями гомозиготного генотипа GG по минорной аллели ($z = 0,01$, $p\text{-adj} = 0,03$, $\text{medianCG} = -2,64$ ммоль/л, $\text{medianGG} = -0,48$ ммоль/л). Выраженность изменения концентрации липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) у носителей гетерозиготного генотипа CG также статистически значимо отличалась по сравнению с гомозиготными носителями (генотип GG) минорной аллели G ($z = -2,4$, $p\text{-adj} = 0,009$, $\text{medianCG} = -0,74$ ммоль/л, $\text{medianGG} = -0,04$).

При проведении биномиальной логистической регрессии в качестве зависимой переменной использовался признак изменения массы тела больше 6 %, предикторами выступали генотип пациента по полиморфизму Lys656Asn (rs8179183) гена LEPR, индекс массы тела (ИМТ) и концентрация глюкозы на момент включения в исследование, а также принимаемый

ЛС, из числа наиболее часто вызывающих изменение массы тела (галоперидол как базисный препарат)

Выводы. В результате установлено, что носители мажорной аллели С изучаемого полиморфизма rs8179183 гена LEPR, кодирующего рецептор к лептину, имеют больший риск развития антипсихотик-индуцированных метаболических расстройств, прежде всего, роста массы тела, по сравнению с носителями минорной аллели G. Выявлена более значимая ассоциация приема антипсихотиков II генерации с увеличением концентрации глюкозы в крови натощак до пред-диабетического уровня у пациентов-носителей мажорной аллели С по сравнению с пациентами-носителями минорной аллели G. В тоже время, прием антипсихотиков I генерации статистически значимо влиял на изменение концентрации общего холестерина и ЛПВП в крови у гомозиготных и гетерозиготных носителей минорного аллеля G. Таким образом, установлена прогностическая роль полиморфизма Lys656Asp (rs8179183) гена LEPR как фармакогенетического маркера развития антипсихотик-индуцированных метаболических нарушений у пациентов с шизофренией.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Чугунов Д.А.

г. Москва

*Российский Национальный Исследовательский
Медицинский Университет им. Н.И. Пирогова*

Актуальность работы.

ТФР в настоящее время активно изучаются как отечественными, так и зарубежными исследователями. Во многих работах, помимо клинико-диагностических и терапевтических аспектов, существенное внимание уделяется проблемам социального функционирования и качества жизни. Так как социальные факторы в значительной степени определяют манифестацию, дальнейшее течение и прогноз ТФР, их изучение представляется актуальным.

Материалы и методы.

Работа проводилась на базе кафедры психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова – ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева. В исследование было включено 132 пациента. Основная группа была

представлена 72 пациентами, госпитализированными в психиатрические отделения общего типа. В контрольную группу вошли 60 пациентов, находившихся на лечении в отделениях пограничных состояний, у которых в анамнезе отсутствовали госпитализации в отделения общего типа. Основным критерием включения в исследование было наличие ТФР, занимавших ведущее или существенное место в психическом статусе при поступлении и соответствовавших диагностическим критериям следующих рубрик МКБ-10: 1) F 40.0 «Агорафобия», подразбик: а) F 40.00 «Агорафобия без панического расстройства»; б) F 40.01 «Агорафобия с паническим расстройством»; 2) F 40.1 «Социальные фобии»; 3) F 40.8 «Другие фобические тревожные расстройства»; 4) F 45.2 «Ипохондрическое расстройство (нозофобии)». Возраст пациентов на момент первичного обследования был в диапазоне от 18 до 60 лет. В исследовании использовались клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психометрический и статистический методы.

Результаты. В исследованную выборку вошли 56 мужчин (42,4 %) и 76 женщин (57,6 %). В основной группе мужчин было 31 (43 %), женщин 41 (57 %). В контрольной группе мужчин было 25 (41,6 %), женщин 35 (58,4 %). Средний возраст пациентов составил $37,7 \pm 12,1$ год в основной группе и $35,6 \pm 11,2$ года в группе контроля. Средняя продолжительность ТФР составила $8,8 \pm 8,5$ лет в основной группе и $9,4 \pm 9,0$ лет в контрольной группе. По основным параметрам, таким как возраст, пол, длительность ТФР, образовательный уровень, социальный и семейный статус, значимых различий между основной и контрольной группами выявлено не было. В целом, социальный и семейный статус больных из группы контроля был более благоприятный. Пациенты отделений пограничных состояний чаще работали и учились, имели более благоприятный брачный статус, чем пациенты общепсихиатрических отделений. Количество инвалидов в контрольной группе также было ожидаемо меньше, чем в основной (13,3 % и 29,1 % соответственно). Были исследованы социальные факторы риска, способствовавшие госпитализации больных с ТФР в психиатрический стационар. В качестве основного фактора выделяется уровень инвалидизации больных. Больных, имеющих инвалидность по психическому заболеванию, в основной группе оказалось больше, но разница между группой контроля оказалась статистически незначимой. Вместе с тем, пациентов, не являвшихся инвалидами по психическому заболеванию, в контрольной группе было значимо больше, чем в основной. Можно сделать вывод о том, что отсутствие инвалидности служило фактором, определяющим госпитализацию в отделение пограничных состояний, а не в обще-психиатрическое отделение. фактически инвалидизированные. В основной группе данные пациенты встречались значимо чаще, чем в группе контроля. Особенность состояла в том, что у пациентов

этой группы отсутствовала юридически оформленная группа инвалидности, но фактически они были стойко нетрудоспособны.

Во время проведения исследования было сформулировано несколько критериев, на основании которых больные были включены в группу пациентов со стойкой нетрудоспособностью: 1) клинические – постоянные обострения болезненного процесса, с частой коррекцией терапии в условиях ПНД; регулярные госпитализации (не реже 1 раза в год) в отделения полустационарного, или стационарного типа; 2) социальные – непосредственно связанные с ТФР трудности с работой и/или учебой: отсутствие постоянной работы, или частая смена места работы (не реже 1 раза в год), работа с потерей квалификации или работа, изначально не соответствующая уровню образования и квалификации больного, трудности в учебе, включающие в себя проблемы с закрытием сессии, многократные пересдачи экзаменов, академические отпуски; проблемы в личной жизни: разводы, постоянные семейные конфликты с частыми разлуками, регулярные фиаско в установлении новых взаимоотношений; материальные затруднения: нахождение на иждивении у родственников, супругов и т.д.; 3) рентные установки в получении инвалидности.

В качестве мотивов госпитализации пациентов с ТФР в общепсихиатрические отделения выступали различные социальные факторы. Среди них можно выделить следующие: 1) первичное оформление инвалидности по психическому заболеванию; 2) рентные установки; 3) направление на обследование от районного военного комиссариата (РВК).

Выводы. В исследовании оценена роль социальных факторов и уровень социального функционирования больных с ТФР, госпитализированных в общепсихиатрический стационар, при этом приоритетное внимание уделялось пациентам общепсихиатрических отделений.

Было выявлено, что социальный и семейный статус пациентов в основной и контрольной группах был сопоставимым, статистически значимых различий выявлено не было. Что касается принадлежности ТФР к диагностическим рубрикам МКБ-10, то исследование так же не выявило значимых различий между основной группой и группой контроля. Подобные результаты позволили корректно оценивать корреляции между группами по различным показателям социального функционирования.

В качестве социальных факторов риска госпитализации пациентов с ТФР в общепсихиатрические отделения выделялись степень фактической нетрудоспособности больных и текущий уровень социального функционирования. Отсутствие инвалидности служило благоприятным фактором, данные больные госпитализировались преимущественно в отделения пограничных состояний. Вместе с тем, наличие у больных фактической нетрудоспособности с невозможностью работать и учиться, служило

дополнительным фактором риска госпитализации в общепсихиатрические отделения. Уровень социального функционирования, оцененный с помощью шкалы GAF, показал, что низкие показатели социального функционирования так же являются фактором риска госпитализации в психиатрические отделения общего типа.

Основным социальным мотивом госпитализации больных, преимущественно в общепсихиатрические отделения, было наличие рентных установок. Они в подавляющем большинстве случаев выявлялись у пациентов, имевших временную инвалидность с необходимостью ежегодного ее продления и у фактически нетрудоспособных пациентов. В качестве дополнительных социальных мотивов госпитализации выступали первичное оформление инвалидности по психическому заболеванию и направление на стационарное обследование от военкомата.

На основании катamnестического наблюдения за больными были выделены 3 варианта дальнейшего функционирования пациентов: 1) благоприятный катamnез; 2) неблагоприятный катamnез и 3) стабильный катamnез. При сравнении между основной и контрольной группой по вышеуказанным параметрам статистически значимых различий выявлено не было, дальнейшее функционирование больных не зависело от того, в каком отделении они проходили лечение – в отделении пограничных состояний или в общепсихиатрическом отделении.

Таким образом, в работе исследованы клиничко-социальные факторы риска госпитализации больных с ТФР в психиатрический стационар, выявлены социально-психологические мотивы госпитализации, оценены катamnестические данные. Учитывая все факторы, можно сделать вывод о том, что госпитализация пациентов с ТФР в общепсихиатрические отделения не представляется клинически оправданной.

ВЫСШИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА ПРИ КОРРЕКЦИИ МЕТОДОМ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МИКРОПОЛЯРИЗАЦИИ

Чурбакова О.Ю., Прокопенко Ю.А.

г. Тамбов

Тамбовская психиатрическая клиническая больница

Актуальность работы заключается в том, что в современных условиях существует значительное количество детей с расстройствами аутистического спектра, и эта проблема в последнее время привлекает все большее

внимание специалистов различного профиля. В связи с этим очень важно вовремя выявить проблему и оказать своевременную помощь детям с различными нарушениями, в том числе с расстройствами аутистического спектра.

Существует большое разнообразие медикаментозных и психологических методов коррекции психических расстройств. Среди не медикаментозных методов большую популярность в последнее время приобретает метод транскраниальной микрополяризации. Этот метод начинает использоваться клиниками в крупных и средних городах РФ, в том числе и в Тамбовской Психиатрической Клинической Больнице. Однако научных данных о применении данного метода при коррекции различных нарушений пока недостаточно.

Степень разработанности проблемы: В научных исследованиях проанализировано использование транскраниальных микрополяризаций (ТКМП) слабым постоянным током для коррекции нарушений восприятия, внимания, памяти, эмоций, произвольной регуляции деятельности у детей с различными видами дизонтогенетического развития.

В связи с актуальностью данной проблематики нами было проведено исследование оценки динамики познавательных функций в результате использования транскраниальной микрополяризации.

Цель: изучить динамику психических функций детей с расстройствами аутистического спектра в результате использования транскраниальной микрополяризации.

Задачи:

- изучить теоретическую информацию по исследуемой тематике;
- исследовать высшие психические функции во время первого курса микрополяризации;
- исследовать высшие психические функции во время второго курса микрополяризации спустя 6 месяцев;
- проанализировать и сравнить данные, полученные в ходе исследования.

Методы: беседа, наблюдение, опросник для родителей «Шкала независимого поведения» Вудкока-Джонсона.

Методики: «Узнавание эмоций», «Предметные картинки», «Съедобное/ несъедобное», «Одним цветом», «Картинки по образцу», «Расставь значки», «Геометрические фигуры», «Четвертый лишний», «Обобщение», «Небылицы», «Недостающий предмет», «Перечеркнутые изображения», «Найди отличия», «Корректирующая проба», «Запомни картинки», «Пиктограмма», «10 слов», «Пересказ рассказа», «Запоминание со смыслом».

Исследовательская база: Областное Государственное Учреждение Здравоохранения «Тамбовская психиатрическая клиническая больница»

Детское отделение, 30 детей в возрасте от 4 до 10 лет с расстройством аутистического спектра.

Анализ эффективности коррекции познавательных функций у детей с расстройствами аутистического спектра.

Нами был проведен ряд методик, направленных на диагностику познавательных процессов у детей с расстройствами аутистического спектра. Ниже представлен сравнительный анализ динамики познавательных функций до и после курса ТКМП. Проведя анализ соотношения полученных интегральных показателей энергетических компонентов у всех испытуемых, вошедших в экспериментальную выборку можно говорить о наличии положительных эффектов по всем методикам.

Сравнительный анализ динамики познавательных функций до и после прохождения курса транскраниальной микрополяризации происходил с помощью непараметрического критерия Вилкоксона.

Сравнительный анализ по критерию Вилкоксона.

Оцениваемые шкалы до/после ТКМП/ Значимость: доступность контакту 0,038; адекватность поведения 0,020; речевая деятельность 0,015; игровые навыки 0,157; дифференциация эмоций 0,157; зрительный контакт 0,038; съедобное/несъедобное 0,157; одним цветом 0,083; картинки по образцу 1,000; расставить значки 1,000; найди отличия 0,157; корректурная проба 0,180; предметные картинки 0,317; перечеркнутые изображения 0,317; разрезные картинки 1,000; геометрические фигуры 0,157; четвертый лишний 1,000; обобщение 0,317; небылицы 1,000; недостающий предмет 1,000; запомни картинки 1,000; пиктограмма 0,102; 10 слов 0,102; пересказ рассказа 1,000.

Оценивая каждую шкалу по отдельности и сравнивая результаты, значимые различия определились по шкалам: доступность контакту, адекватность поведения, речевая деятельность и зрительный контакт.

«Речевая деятельность» улучшились после прохождения курса ТКМП. Здесь отмечалось улучшение понимания речи (в случаях раннего детского аутизма) или рост понимания более сложных лексико-грамматических конструкций у детей с нарушениями речи; рост активного и пассивного словаря, в случаях грубого отставания – появление интонационно оформленных вокализаций, слогов; рост речевого сопровождения действий во время игры или занятии. У некоторых детей улучшились «Игровые навыки», изменился характер игр: появились, усложнения сюжета или переход от бесцельных манипуляций к рассмотрению игрушек.

После курса ТКМП отмечалось улучшение идентификации эмоционального состояния других людей (в том числе на картинках, в мультфильмах), помимо этого фактора у испытуемых отмечалось изменения в эмоциональной сфере: оживление мимики, повышение настроения, преобладание

положительно окрашенных эмоций при снижении раздражительности, агрессивности, эмоциональной лабильности. Так же хотелось бы отметить, что у большего количества детей отмечалось нарастание общей психомоторной активности: удлинение периода двигательной активности ребенка, освоение новых двигательных видов деятельности (игра в мяч, езда на велосипеде), повышение координации движений, мелкой моторики (появление способности и желания рисовать); в ориентировочно-исследовательском компоненте деятельности: отмечалось появление и рост желания рассматривать, трогать новые объекты (бытовые и учебные); при грубом отставании – появление указательного жеста; активировался и познавательный интерес: появление или рост числа вопросов «кто?», «что?», «зачем?», «почему?» и т. п.

Также по окончании курса отмечалось появление или нарастание эффективности волевых усилий уменьшение стереотипий в поведении; проявление инициативности при выполнении деятельности; снижение капризов, агрессии, неуправляемости поведения; изменения характера игр: появление, усложнение сюжета.

По остальным шкалам не выявилось значимых различий, возможно из-за того, что эффект микрополяризации носит отсроченный характер и изменения будут заметны при проведении дальнейших курсов.

Анализируя данные, полученные в результате проведения теста Вудкока-Джонсона шкалы «Независимое поведение» среди родителей мы получили следующие значения по критерию Вилкоксона:

– тонкая моторика 0,046; социальное взаимодействие 0,009; одевание 0,020; пользование языком 0,015; пищевое поведение 0,046; самообслуживание 0,011; речевые навыки 0,009; домашние навыки 0,014.

Выводы.

При расстройстве аутистического спектра выбор эффективного метода коррекции влияет на успешную социализацию, адаптацию ребенка, развитие его познавательных процессов. Проведя анализ соотношения полученных интегральных показателей энергетических компонентов у всех испытуемых, вошедших в экспериментальную выборку, отмечается положительная динамика по многим показателям. По результатам исследования можно говорить, что метод ТКМП является эффективным при коррекции расстройства аутистического спектра.

ИССЛЕДОВАНИЕ РЕЧИ У ПОДРОСТКОВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Шведовский Е.Ф.

г. Москва

Научный центр психического здоровья

Актуальность. Проблема дифференциальной диагностики подросткового криза и эндогенных психических заболеваний, особенно шизофрении, достаточно актуальна для подросткового возраста (Иовчук с колл., 2006). Активное половое созревание может вызвать увеличение некоторых негативных и позитивных симптомов заболевания. Ряд исследований показал, что подростки с шизофренией и их нормативные сверстники сближаются по профилю когнитивного функционирования, избирательности когнитивной деятельности (Зверева и др., 2014) в зависимости от тяжести заболевания.

Целью настоящего исследования является выявление специфики продуктивной речи и мышления при шизофрении подросткового возраста. Отдельной целью представлялось также формирование стандартных нормативных показателей для «Слоговой методики», использованной для исследования (автор – Крицкая, 1966).

Метод исследования. Использовалась «Слоговая методика», созданная на основе методологии российской патопсихологической школы. Методика состоит из 50 вербальных стимулов, 30 – двухбуквенных, 20 – трехбуквенных слогов, которые предъявляются испытуемому в устной форме с инструкцией «Завершите предложенный слог до слова, например я говорю Ро, вы заканчиваете Роза». Фиксируются следующие параметры: коэффициент стандартности (SC), латентное время ответа (LRT).

Выборка исследования: клиническая группа – 42 пациента стационарного отделения ФГБНУ НЦПЗ (DS: F20.xx, F21.xx), средний возраст – 14,2; 48 нормотипных сверстников из московских средних общеобразовательных школ, средний возраст – 14,3.

Результаты и обсуждение. Для анализа полученных данных использовали t-критерий Стьюдента (программное обеспечение – IBM SPSS 21). Все параметры анализируются отдельно для двухбуквенных (SC_1, LRT_1), трехбуквенных блоков (SC_2, LRT_2) и в сумме (SC_g, LRT_g).

В двухбуквенном блоке выявлены следующие результаты: SC_1 (ср. = 0,65, 0,35; $t = 14,6$; $p \leq 0,01$) LRT_1 (ср. = 3,17, 2,76; $t = 1,3$, $p \leq 0,05$). Как мы видим коэффициент стандартности отличается значимо, тогда как латентное время ответа не показывает значимых различий. В трехбуквенном блоке получены следующие результаты: SC_2 (ср. = 0,68, 0,35; $t = 15,4$;

$p \leq 0,01$), LRT_2 (ср. = 4,20, 3,10; $t = 8,3$; $p \leq 0,01$), здесь мы можем видеть существенные различия в обоих параметрах.

При анализе по всем 50 стимулам (SC_g и LRT_g) выявлены следующие результаты соответственно – $t = 5,7$; $p \leq 0,01$ (значимые различия), $t = 2$ (на уровне неопределенности). Согласно полученным данным было показано, что у подростков с шизофренией со снижением продуктивности речи, уровень стандартности ответа также снижается. Одной из возможных причин может быть отсутствие актуализации речевых связей на основе прошлого опыта – феномен ранее продемонстрированный на взрослых пациентах (Мелешко, Критская, 2015).

АНАЛИЗ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ПРИ ТЕРАПИИ МЕАНТИНОМ У БОЛЬНЫХ ДЕМЕНЦИЕЙ

Шипачева С.А., Диверинский А.М.

г. Чебоксары

Республиканская психиатрическая больница

Актуальность исследования обусловлена широкой распространенностью деменции, особенностями ее патогенеза, поражения головного мозга на всех уровнях его структурной организации, что зачастую приводит к снижению качества жизни больных и неизбежной инвалидизации еще трудоспособного населения. Среди лиц старше 65 лет около 5 % подвержены этому заболеванию, а среди пациентов более пожилого возраста (90 лет) 20 % и более (Мохова О. И., Дамулин И. В. 2014). Кроме того, проблема этиотропного лечения остается открытой, так как, несмотря на широкое употребление мемантина, побочные эффекты и смертность от этого препарата изучены недостаточно.

Мемантин, являясь неконкурентным антагонистом N-метил-D-аспарат-рецепторов, снижает стимулирующее влияние глутаматных нейронов, регулирует ионный транспорт, блокирует кальциевые каналы, нормализует мембранный потенциал, улучшает процесс передачи нервного импульса. Тем самым улучшает когнитивные процессы, повышает повседневную активность. Также в литературе упоминается о ноотропном, церебровасодилатирующем, противогипоксическом и психостимулирующем эффектах этого препарата. Встречаются данные исследований, утверждающих, что мемантин уменьшает выраженность поведенческих нарушений, таких как агрессия и раздражительность, а также эффективен в отношении бредовых

расстройств, снижая тем самым потребность в нейролептиках и транквилизаторах (Максимов В. И., Ушаков Ю. В., Чевризова Е. В. 2015).

Побочные эффекты мемантина вынуждают временно или постоянно снижать его дозу, в крайних случаях вынужденной мерой является отмена препарата. По частоте встречаемости выделяют такие симптомы, как: головная боль, сонливость, запоры, головокружение – часто ($\geq 1/100$ до $< 1/10$); утомляемость, грибковые инфекции, спутанность сознания, галлюцинации, гипертензия, тромбоэмболия/венозный тромбоз, тошнота, рвота, нарушение походки – редко ($\geq 1/10,000$ до $\leq 1/1,000$); судороги – очень редко ($\geq 1/10,000$). При этом галлюцинации наблюдались, главным образом, у пациентов с БА на стадии тяжелой деменции. Также имеются единичные сообщения о возникновении психотических реакций и панкреатита.

Цель: изучение побочных эффектов и возможности летального исхода при терапии мемантином у больных деменцией.

Задачи: провели анализ историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в БУ «РПБ» г. Чебоксары и получавших мемантин в различных дозировках, провести лабораторный контроль за соматическим статусом исследуемых, путем анализа уровня АлТ, АсТ, креатинина и др. до и после терапии; оценить наличие сопутствующей патологии (контроль за назначением нейролептиков, транквилизаторов, сердечных гликозидов, ноотропов и др; записи вызова реаниматолога; регистрации летального исхода).

Материалы и методы. Исследование проводилось с участием 88 пациентов, из них 30 мужчин и 58 женщин. Средний возраст составил $76,02 \pm 0,89$ лет. Все пациенты находились на стационарном лечении в РПБ г. Чебоксары. Все больные получали в качестве терапии мемантин в различных дозировках (от 5 до 20 мг/сутки) и препараты для коррекции соматических заболеваний. Мемантин назначался внутрь, во время еды, дозы препарата устанавливались индивидуально. Средняя продолжительность госпитализации составила $122,78 \pm 5,97$ дней, из них продолжительность приема мемантина $44,97 \pm 4,86$ дней.

Среди всех пациентов со схожими клиническими симптомами, нами были отобраны три группы. Критерием включения в исследование было установление диагнозов по МКБ-10: F 00 – Деменция при болезни Альцгеймера (16 человек, из них 7 мужчин и 9 женщин), F 01 – Деменция сосудистая (41 человек, 5 мужчин и 36 женщин); F 02 – Деменция при болезнях, квалифицированных в других разделах (31 человек, 18 мужчин и 13 женщин).

Критерии исключения: невозможность по каким-либо причинам принимать лекарства внутрь; наличие некомпенсированных сомато-неврологических заболеваний; отказ от лечения больного или его опекунов; неудачный

эффект от лечения мемантином или аллергическая реакция на препарат в анамнезе.

По принадлежности к тому или иному диагнозу все пациенты были разделаны по группам: F 00 – 1 группа, F 01 – 2 группа, F 02 – 3 группа.

Статистическую обработку результатов проводили общепринятыми методами статистики с помощью пакета программ Microsoft Excel 2010. Достоверность различий рассчитывали с помощью Т – критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Большинство пациентов страдают артериальной гипертензией (67 человек) и хронической сердечной недостаточностью (52 человека). Соответственно большая частота соматической патологии была обнаружена у пациентов 2 группы, страдающих сосудистой деменцией. Также у 7 исследуемых из этой группы были ОНМК в анамнезе. СД наблюдался у 8 человек. Если сравнить исследуемых по полу, то видно, что больше соматической патологии подвержены пациенты женского пола.

Так как при деменции часто встречаются поведенческие нарушения, для их купирования некоторые пациенты получали нейролептики и транквилизаторы. Выяснилось, что до терапии мемантином нейролептики получало 45 исследуемых. На фоне терапии дозу нейролептиков снизили/отменили 3 пациентам, а увеличить дозу пришлось 15 больным. Что не соответствует литературным данным. Аналогичная ситуация и с транквилизаторами, до мемантина их принимали 8 человек, на фоне терапии 7. На примере наших пациентов мемантин оказался недостаточно эффективен в отношении купирования поведенческих нарушений.

В литературе встречаются редкие случаи возникновения расстройств сердечно-сосудистой системы, такие как гипертензия и венозный тромбоз/тромбоэмболия. Из 88 исследуемых пациентов 12 человек принимали диуретики до терапии мемантином. На фоне же терапии их количество возросло до 25 человек. Аналогично с приемом дигоксина. До мемантина его принимал 1 пациент, на фоне терапии, принимать данный препарат были вынуждены 5 человек. Из полученных данных видно, что частота побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы в литературе и официальных данных о препарате меньше, чем выявлено на практике.

Из литературных данных можно узнать, что мемантин обладает ноотропным эффектом. Несмотря на это, исследуемым помимо мемантина назначались препараты подобного действия. Всего препараты из этой группы (Этилметилгидроксипиридина сукцинат) были назначены 42 пациентам. Курс лечения составил 10 дней.

На фоне приема мемантина у 21 исследуемого обнаружилось повышение креатинина, при том, что по анамнезу ХПН и другой подобной патологией они не страдали. Хотя в литературе не найдено упоминаний о повышении уровня креатинина или каких-либо других заболеваний мочевыделительной

системы. Также было выявлено повышение трансаминаз печени (АЛТ у 1 пациента и АСТ у 1), которые возникли на фоне приема, и не были связаны с соматической патологией пациентов.

Немаловажен факт вызова реаниматолога 16 пациентам и летальный исход у 5 исследуемых. При сравнении данных видно, что оба показателя преобладали у женщин.

Выводы. На примере исследуемых пациентов мемантин не показал себя достаточно эффективным в отношении поведенческих нарушений. Пациенты продолжали получать нейролептики и транквилизаторы для их купирования.

Частота побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы в литературе и официальных данных о препарате меньше, чем выявлено на практике.

Не смотря, на указание в литературе на наличие у мемантина ноотропного эффекта, дополнительное назначение препаратов этой группы ставит под сомнение это утверждение.

Были выявлены данные, о которых не указывалось в литературе (повышение АСТ и АЛТ, креатинина, летальные исходы).

Из всего вышеперечисленного следует, что данный препарат, являясь достаточно эффективным в лечении деменции, изучен на настоящий момент недостаточно. Является необходимым продолжить изучение влияния препарата на организм и возникающих во время терапии побочных эффектов.

КЛИНИЧЕСКИЕ ТИПЫ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА МАНИФЕСТАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Шипилова Е.С.

г. Москва

Научный центр психического здоровья

Актуальность. В связи с общим постарением популяции число пожилых больных биполярным аффективным расстройством (БАР) неуклонно растет (Rouch I., 2015). По результатам ряда исследований, 5–21,3 % больных геронтопсихиатрических стационаров госпитализируются с диагнозом БАР (Joung R.C., 2004, Сафарова Т.П., 2013, Lehmann S.W., 2017). Помимо увеличения доли пожилых больных БАР с началом заболевания в молодом и зрелом возрасте, с каждым годом становится все больше больных

с манифестацией БАР в возрасте 60 лет и старше, имеющих в структуре и течении заболевания ряд клинических особенностей (Almeida O.P., 2002, Azorin J.M., 2012). Клинико-психопатологические особенности аффективных эпизодов у пожилых больных носят “возрастную” окраску и могут отличаться по своим проявлениям от аффективных эпизодов у больных БАР молодого и зрелого возраста (Depp C.A., 2004, Safer D.J., 2012, Sajatovic M., 2015, Rise I.V., 2016, Valiengo L., 2016).

Цели и задачи исследования: изучение психопатологических особенностей аффективных состояний различного полюса в рамках БАР у госпитальных больных позднего возраста в зависимости от возраста манифестации заболевания.

Материал и методы. В исследование было включено 146 больных (48,6 % мужчин (n= 71) и 51,4 % женщин (51,4 %)) с верифицированным по МКБ-10 диагнозом БАР, находившихся на лечении в клинических отделениях отдела гериатрической психиатрии Научного центра психического здоровья в 2014-2017гг. Средний возраст обследованных больных составил 71,5 лет. Использовался клинико-психопатологический, психометрический и статистический метод. Психометрическая оценка проводилась с помощью шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HAM-D), шкалы Гамильтона для оценки тревоги (HARS), шкала мании Янга (YMRS). Для оценки уровня когнитивного функционирования больных использовалась краткая шкала оценки психического статуса (MMSE) и монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA). Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы STATISTICA 10.0 для Windows OS.

Результаты и обсуждение. У большинства больных на момент включения в исследование отмечались депрессивные эпизоды (63,0 %, n=92, Ме по шкале HAM-D 26,5 баллов, Ме по шкале HARS 22,5 баллов, Ме по шкале YMRS 4,5 балла). Депрессивные эпизоды были представлены депрессиями преимущественно апато-адинамической структуры, на долю которых приходилось 54,0 % (n=50), тревожно-тоскливыми депрессиями (28,3 %, n= 26) и сенесто-ипохондрическими депрессиями (17,4 %, n=16). Маниакальные эпизоды были выявлены у 5,5 % обследованных больных (n=8, Ме по шкале HAM-D 3,5 баллов, Ме по шкале HARS 2,5 баллов, Ме по шкале YMRS 28,0 баллов) и проявлялись в виде гневливых маний (50 %, n=4), расторможенных маний по «лобному типу» (37,5 %, n=3) и веселой (простой) мании (12,5 %, n=1). У 4,1 % обследованных больных (n=6, Ме по шкале HAM-D 6,0 баллов, Ме по шкале HARS 5,5 баллов, Ме по шкале YMRS 18,0 баллов) на момент включения в исследование отмечались гипоманиакальные эпизоды, носившие как продуктивный, так и непродуктивный характер. Смешанные аффективные состояния наблюдались у 27,4 % больных из выборки (n=40, Ме по шкале HAM-D 21,5 баллов, Ме по шкале HARS 23,5 баллов,

Ме по шкале YMRS 15,0 баллов). Смешанные эпизоды были представлены дисфорическими депрессиями (50 %, n=20), ажитированными депрессиями (32,5 %, n=13), идеаторно бедными маниями (12,5 % n=5) и ипохондрическими маниями (5 %, n=2).

После развития интермиссии основного заболевания проводилась оценка уровня когнитивного функционирования больных. У всех больных, включенных в исследование, он оставался в норме. Тем не менее, необходимо отметить, что более низкие баллы психометрических шкал MMSE и MoCA наблюдались у больных с поздней манифестацией БАР, а также у всех пациентов, перенесших биполярную депрессию, независимо от возраста начала заболевания (Ме по шкале MMSE 26,5 баллов, Ме по шкале MoCA 26,0 баллов).

По результатам данной работы было установлено, что практически у половины больных БАР позднего возраста заболевание манифестировало в возрасте до 50 лет (46,6 %, n=68). У 27,4 % (n=40) отмечался манифест БАР в периоде инволюции (50-59 лет). В 26 % случаев (n=38) развернутые аффективные фазы в рамках БАР были впервые выявлены в возрасте 60 лет и старше.

У больных с началом заболевания в молодом и зрелом возрасте БАР развивалось аутохтонно (63,2 %), в то время как у больных с манифестацией БАР в инволюционном и позднем возрасте чаще возникала реактивная провокация заболевания, аутохтонное развитие БАР было отмечено только у половины больных (50,0 %).

При манифестации БАР в юношеском, молодом и зрелом возрасте (до 50 лет) у 85,3 % обследованных больных отмечалось начало болезни с депрессивного эпизода (n=58). Начало БАР с развития маниакального эпизода наблюдалось только у 13,2 % обследованных больных (n=9), смешанный аффективный эпизод в качестве манифеста БАР наблюдался только у одного из больных с началом БАР до 50 лет (1,5 %).

У группы больных с началом заболевания в периоде инволюции отмечался рост смешанных аффективных эпизодов в качестве манифестных фаз (7,5 %, n=3), уменьшилось количество манифестных маниакальных состояний (5 %, n=2). Биполярная депрессия в качестве первой аффективной фазы в рамках БАР наблюдалась примерно так же часто, как и среди больных с началом заболевания в юношеском, молодом и зрелом возрасте (87,5 %, n=35).

При поздней манифестации БАР продолжал прослеживаться рост манифестных смешанных аффективных состояний (15,8 %, n=6), помимо этого, отмечался рост впервые развившихся маний (18,7 %, n=7), носивших непродуктивный характер, с гневливостью и расторможенностью влечений по «лобному» типу. Начало БАР с развитием биполярной депрессии отмечалось у 65,7 % (n=25) больных данной группы.

Необходимо отметить, что биполярная депрессия у больных позднего возраста с началом БАР до 50 лет протекала тяжелее, чем при поздней манифестации заболевания (Ме по шкале HAM-D 26,5 балла и 21,5 баллов соответственно). У подгруппы с началом БАР после 60 лет отмечалось преобладание депрессивных нарушений в рамках смешанных аффективных состояний, в то время как у подгруппы с манифестацией БАР в молодом и зрелом возрасте отмечались более выраженные маниакальные симптомы. У больных с манифестацией БАР в периоде инволюции маниакальные и депрессивные симптомы в рамках смешанных аффективных состояний были выражены с одинаковой интенсивностью. Среди всех обследованных больных отмечался достаточно высокий уровень тревожных расстройств, за исключением лиц с гипоманиакальными и маниакальными состояниями

Выводы. Аффективные эпизоды в рамках БАР приобретают «возрастную» окраску. У больных с поздней манифестацией заболевания чаще развиваются «стертые» биполярные депрессии апато-адинамической структуры. По мере старения изменяются клинические проявления и частота возникновения впервые развившихся у больных маниакальных эпизодов, носящих непродуктивный характер и схожих с проявлениями органических аффективных нарушений маниакального полюса по «лобному» типу. При этом у больных с БАР снижение уровня когнитивного функционирования носит обратимый характер и, как правило, нивелируется по мере становления ремиссии. По мере старения у больных позднего возраста в рамках БАР растет доля смешанных аффективных состояний, как впервые возникших при длительном течении БАР с манифестацией в юношеском, молодом и зрелом возрасте, так и в качестве манифестного аффективного эпизода.

ДИСЛИПИДЕМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ: МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ, БИОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Штань М.С.

г. Чита

Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского

Актуальность. Применение антипсихотических препаратов для лечения пациентов с шизофренией в значительной степени может усиливать риск развития дислипидемических нарушений [Волков В.П., 2012]. Многочисленные исследования в области влияния антипсихотиков на обмен жиров

носят противоречивый характер [Барденштейн Л. М., 2010; Feng S, 2012; Yan H, 2013], что может быть связано с носительством различных полиморфизмов генов, участвующих в регуляции данного обмена.

Цель исследования: изучение изменений некоторых показателей липидного спектра у носителей различных генотипов полиморфизмов генов APOA-1 (G-75A), APOC3 (3238C/G), LEPR (Arg223Gln), страдающих шизофренией.

Задачи исследования: определить частоту встречаемости генотипов полиморфизмов генов APOA-1 (G-75A), APOC3 (3238C/G), LEPR (Arg223Gln) у больных параноидной шизофренией; изучить особенности показателей липидного спектра у больных с указанными полиморфизмами при манифестации шизофрении и на фоне психофармакотерапии.

Методы исследования. В исследование вошли 80 пациентов (43 мужчины и 37 женщин) европеоидной расы, проходивших лечение в клинике первого психотического эпизода ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского» города Читы в период с 2014 по 2016 годы.

Критерии включения в исследование:

1. Письменное информированное согласие пациента до начала проведения процедур в рамках исследования.
2. Пациенты женского и мужского пола от 18 до 40 лет включительно.
3. Длительность заболевания от периода манифестации не более 1 года.
4. Форма шизофрении – параноидная.
5. Величина оценки по шкале PANSS ≥ 80 .
6. Нормальные показатели при физикальном обследовании жизненно важных функций, клинических лабораторных анализов, ЭКГ.
7. Индекс массы тела 18-25 кг/м² включительно.

Критерии исключения:

1. Беременные и лактирующие женщины.
2. Пациенты с острым или обострением хронических заболеваний.
3. Пациенты с ИМТ менее 18 и более 25 кг/м².
4. Наличие органической патологии головного мозга.

В зависимости от получаемой антипсихотической терапии пациенты разделены на группы:

1 группа (n=41) – пациенты, получавшие галоперидол (среднесуточная доза – 15,85±2,2мг). Данное лечение сопровождалось назначением тригексифенидила (среднесуточная доза – 4,39±1,02 мг).

2 группа (n=39) – больные, получавшие рисперидон (среднесуточная доза – 6,62±1,23 мг). При возникновении экстрапирамидных расстройств в схему лечения включался тригексифенидил (среднесуточная доза – 3,95±0,32 мг).

Терапевтические группы были сопоставимы по основным клинико-демографическим показателям.

Контрольную группу составили 70 психически и соматически здоровых людей европеоидной расы (35 женщин, 35 мужчин), средний возраст – $25,76 \pm 3,79$ года. Исследуемая и контрольная группы не имели гендерных и возрастных различий ($p > 0,05$, критерий Манна–Уитни).

У всех обследуемых забор крови проводили из вены локтевого сгиба, в одно время, в положении сидя. У здоровых лиц забор крови для молекулярно-генетического и биохимического исследований проводили однократно. В исследуемой группе для биохимического анализа забор крови осуществлялся до начала терапии и спустя 8 недель, для молекулярно-генетического – однократно.

Использовались клинико-психопатологический, биохимический, молекулярно-генетический, статистический методы.

Результаты и обсуждения. Проведенный анализ показал преобладание носителей минорного аллеля -75A в гомозиготном состоянии гена APOA-1 в контрольной группе (14,3 %), преобладание носителей генотипа Gln/Gln полиморфизма гена, кодирующего лептиновые рецепторы у пациентов с параноидной шизофренией (25 %), тогда как процентное соотношение искомым генотипов полиморфизма 3238C/G гена APOC3 в исследуемой и контрольной группах было практически одинаковым.

Общая модель наследования не выявила значимых различий по частоте встречаемости генотипов изучаемых полиморфизмов генов APOA-1, APOC3 в исследуемой и контрольной группах, тогда как, у пациентов с шизофренией чаще встречался генотип Gln/Gln полиморфизма Arg223Gln гена LEPR ($\chi^2 = 8,6$, $p = 0,01$, $OR = 4,33$ [1,53–12,27]). Отсутствие связи между носительством различных генотипов полиморфизмов генов аполипопротеинов A1, C3 и развитием шизофрении не свидетельствует о том, что изучаемые полиморфизмы не влияют на биохимические процессы у данной категории пациентов.

При манифестации шизофрении у пациентов, имеющих аллель A полиморфизма -75 G/A гена APOA-1 содержание ХС-ЛПВП (1,09 (0,85;1,23) и ApoA-1 (1,37 (1,20;1,51) ниже ($p < 0,05$, критерий Манна-Уитни), а уровень ApoB (0,80 (0,68;0,94) и показатель ИА (2,54 (2,15;3,28) выше, чем в группе сравнения ($p < 0,05$, критерий Манна-Уитни). Учитывая, что данный ген кодирует ApoA-1 -белковую составляющую антиатерогенного показателя ХС-ЛПВП, наличие нуклеотидной замены гуанина на аденин обуславливает снижение образования ApoA-1 и, как следствие, – уменьшение ХС-ЛПВП. ApoA-1 не только участвует в синтезе ХС-ЛПВП, но и посредством активации лецитинхолестеринацилтрансферазы приводит к элиминации ХС в печень и дальнейшее выведение его желчью [Яровая Е. Б., 2003],

следовательно, сниженное содержание apoA-1 приводит к избыточному накоплению ХС в крови. Спустя восемь недель терапии у носителей аллеля А полиморфизма -75G/A гена APOA-1 значительно увеличилось содержание ХС, ТГ, ХС-ЛПНП, ХС-ЛПОНП, Лп(а) по сравнению с контролем ($p < 0,05$, критерий Манна-Уитни).

Ведущую роль в обмене жиров играет и другой аполипопротеин – С. Нуклеотидная замена цитозина на гуанин в 3238 положении гена APOC3 связана с некоторыми атерогенными сдвигами липидного профиля: повышением ХС-ЛПНП, ApoB, ТГ [Tsai MY, 2009], за счет увеличения экспрессии белка и ингибирования фермента липопротеинлипазы, который участвует в превращении ХС-ЛПОНП в ХС-ЛПНП [Климов А. Н., 1999; Song YY, 2015]. Согласно полученным данным, при манифестации шизофрении у пациентов с минорным аллелем G содержание ApoA-1 (1,35 (1,21; 1,51) ниже по сравнению с контрольной группой (1,56 (1,33; 1,70), $p < 0,05$, критерий Манна-Уитни). Тогда как через 8 недель терапии у пациентов с генотипами C/G + G/G содержание ХС-ЛПВП было ниже, чем у нормальных гомозигот ($p = 0,028$, критерий Манна-Уитни), а показатель ИА – выше ($p = 0,017$, критерий Манна-Уитни).

Изучение особенностей липидного спектра у носителей полиморфизма 223Arg/Gln гена LEPR выявило сниженное содержание ApoA-1 у носителей генотипа Arg/Arg по сравнению с носителями генотипов Gln223Gln и Arg223Gln. Тогда как, при сопоставлении с показателями контрольной группы установлено более высокое содержание ApoB (0,79 (0,62; 1,00) $p = 0,04$ критерий Манна-Уитни) у нормальных гомозигот, а через восемь недель терапии увеличилось содержание основных атерогенных показателей (ХС, ТГ, ХС-ЛПНП, ХС-ЛПОНП, ApoB, Лп(а)). Анализируя уровень анти- и атерогенных показателей спустя восемь недель приема антипсихотиков первого и второго поколения только у носителей генотипа Arg/Arg установлено увеличение ХС, ТГ, ХС-ЛПНП, ApoB. В литературе встречаются сведения о повышении ТГ у носителей Gln/Gln за счет того, что минорный аллель может обуславливать нарушение взаимодействия лептина с его рецепторами, отсюда снижается контроль за насыщением [Sun Q, 2010].

Выводы. 1. Результаты проведенного молекулярно-генетического анализа показали преобладание носителей генотипа Gln223Gln полиморфизма гена, кодирующего лептиновые рецепторы у пациентов с шизофренией по сравнению со здоровыми лицами. 2. При манифестации параноидной шизофрении у пациентов, имеющих минорные аллели полиморфизмов генов APOA-1 или APOC3, выявлены изменения показателей липидного спектра крови, значительно отличающиеся от контрольных значений. 3. Применение антипсихотической терапии у пациентов с минорным аллелем А полиморфизма гена APOA-1 сопровождалось значимым увеличением

атерогенных показателей. У носителей аллеля G полиморфизма гена АРОС3 через 8 недель терапии уровень ХС-ЛПВП снизился по сравнению с нормальными гомозиготами. 4. Полученные результаты отражают целесообразность персонифицированного подхода в прогнозировании дислипидемических осложнений при психофармакотерапии.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ОБЩЕ-ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Шукуров Б.Л., Усербаева Р.К., Абдусаттаров Ш.Т.

Республика Узбекистан

г. Ташкент

Ташкентская медицинская академия

Цель. Анализ выявляемости эмоциональных расстройств в условиях поликлиники врачами общей практики.

Материалы и методы. Обследовано 82 больных – 40 мужчин и 42 женщины в возрасте от 30 до 60 лет (средний возраст $32,27 \pm 8,54$). Пациентам проводился тест Гамильтона для оценки эмоционального состояния. А также был проведен клинический осмотр соматического и психиатрического, неврологического спектров. Обследование проходило в амбулаторных условиях в 3-х семейных поликлиниках в городе Ташкент, и результаты обследования были соотнесены к диагнозам врачей общей практики. Критерии включения в обследование: больные по поводу своего состояния здоровья. Критерии исключения: острое и проходящее нарушение мозгового кровообращения, возраст старше 60 лет, наличие субарахноидального кровоизлияния или интрацеребральной гематомы.

Результаты. В 80 % случаев врачи не определяют личность больного, который обращается с разными жалобами. Эмоциональные расстройства диагностируется реже (20 % случаев), из-за особенностей их клиники с соматическими симптомами, вегетативных симптомов, нарушений сна и снижения аппетита. Депрессия диагностирована у 23 % больных. У 44 % из них устанавливается правильный диагноз. Гиподиагностика эмоциональных расстройств приводит к тому, что только 14 % больных получает специализированную помощь. У больных, обратившихся в поликлиники, коморбидность проявляется в присоединении к депрессии обсессивно-фобических, соматоформных расстройств, а также истерических проявлений. Значительно реже в практике врача общего профиля встречаются депрессии с бредом (3 %). Процент гипердиагностики составляет 8 %. У 59 % больных с депрессией

врачи общей практики акцентируют внимание на соматических жалобах. К врачам общей практики обращаются больные со стертыми эмоциональными расстройствами. Врачи не обращают внимания на жалобы по поводу психического состояния больного при тяжелой соматической патологии. При проведении опроса выявлены психологические и социальные факторы депрессивных расстройств. Преобладали депрессии, обусловленные семейными конфликтами, трудностями на работе и обществе. Среди больных пожилого возраста депрессия диагностирована у 20 % пациентов.

Выводы. Выявление и квалификация эмоциональных расстройств в условиях семейной поликлиники затруднено, врачи общей практики не интересуются жизненными обстоятельствами больных, и они затрудняются определить психический статус пациента, имеют ограниченное время для выслушивания каждого пациента. В результате повышается гиподиагностика эмоциональных расстройств, пациенты не получают специализированную помощь своевременно. В практике врачей общей практики часто встречаются соматизированные и стертые формы депрессии. Тяжелые и типичные формы депрессии диагностированы врачами общей практики лучше. Недостаточная информированность врачей общей практики стертыми формами и соматизированными формами депрессии, а также пренебрежение состоянием психического состояния обратившихся к ним пациентов, приводит к ухудшению диагностики и квалификации больных с эмоциональными расстройствами среди населения.

ОТНОШЕНИЕ К ЮМОРУ И СОЦИАЛЬНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Шуненко Д.А., Попович А.А., Морозова А.С.

г. Иваново

Ивановская государственная медицинская академия

Актуальность. Чувство юмора во все времена считалось атрибутом здоровья и, кроме того, психологического благополучия, а при психических заболеваниях разного рода способность воспринимать юмор и шутить страдает в той или иной мере (Иванова Е. М., Ениколопов С. Н., 2009). В последние годы были выявлены ряд феноменов, характеризующих искаженное отношение к юмору и смеху – гелотофобия, гелотофилия и катагеластизм (Ruch, W., and Proyer, R. T., 2009). Гелотофобией был назван впервые описанный М. Титцем в 1995 г. патологический страх казаться смешным (Ruch,

Proyer, 2008), рассматриваемый им в качестве особой формы социофобии (Titze, 1996, 2009). Существует ряд других феноменов, тесно связанных с гелотофобией – это склонность выставлять себя объектом юмора и смеха (гелотофилия) и склонность к высмеиванию окружающих, приносящее субъективное удовлетворение (катагеластизм), которые изучены в гораздо меньшей степени, чем гелотофобия (Иванова Е.М. и др., 2016). Гелотофобия ранее изучалась на различных группах психиатрических пациентов, в результате которых было выявлено, что она при них более выражена, чем у психически здоровых лиц (Forabosco, G. et al., 2009; Havranek M.M et al., 2017; Brück C. et al., 2018; Samson, A. et al., 2011; Стефаненко Е.А., 2014). В отечественной литературе указанные феномены описаны в единичных работах.

Цель и задачи. Оценить степень выраженности показателей, характеризующих отношение к юмору и смеху (гелотофобии, гелотофилии и катагеластизма, стилей юмора) и социальной тревожности у пациентов с пограничными психическими расстройствами и определить взаимосвязь данных феноменов с отдельными клинико-психопатологическими и психометрическими показателями.

Материалы и методы. В исследование были включены пациенты с непсихотическими расстройствами, проходящие стационарное лечение в отделениях пограничных психических расстройств областной клинической психиатрической больницы «Богородское» г. Иваново. В их числе 50 (87,7 %) женщин и 7 (12,3 %) мужчин в возрасте от 17 до 75 лет (Me-53). Среди обследованных было 42 пациента с «функциональными» расстройствами (расстройства адаптации, другие невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства и т.п.) и 15 – с «органическими» расстройствами (органическое астеническое расстройство и т.д.). Принимая во внимание условность этой устаревшей классификации, мы все же обращаемся к ней ввиду обнаружения ряда существенных различий между группами. С пациентами проводилась предварительная беседа, включающая сбор клинико-анамнестических сведений, а также использовался ряд психометрических методик, среди которых: опросник PhoPhiKat <30> (Ruch et al., 2009), адаптированный для российской выборки (Иванова Е.М. и др., 2016), опросник социальной тревоги и социофобии (Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., 2012), опросник стилей юмора Р. Мартина (2003), адаптированный С.Н. Ениколоповым с соавт. (2009) и шкала личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина. Для статистической обработки использовалась Statistica 10. Различия и корреляции считались значимыми при $p \leq 0,05$. Для оценки нормальности использовался критерий Шапиро-Уилка. Были использованы коэффициенты корреляции Пирсона и Спирмена, критерий Краскела-Уоллиса и U критерий Манна-Уитни.

Результаты и обсуждения. У большинства испытуемых отмечался условно нормальный уровень гелотофобии (73,7 %), высокий уровень выявился у 26,3 % испытуемых, что выше, чем в выборке психически здоровых лиц по данным литературы (Иванова Е.М. и др., 2016). Показатели гелотофии и катагеластичизма оказались несколько ниже, чем в выборке психически здоровых лиц (Иванова Е.М. и др., 2016). При этом у всех обследованных отмечалось превышение порогового показателя социальной тревожности. Стили юмора: значения всех стилей юмора меньше, чем в выборке здоровых людей (в сравн. с Ивановой Е.М. с соавт., 2014). При анализе взаимосвязей обнаружилось, что гелотофобия тесно связана с уровнем социальной тревожности ($r=0,66$), уровнем ситуативной ($r=0,28$) и, в большей степени, личностной ($r=0,58$) тревожности. Также она отрицательно коррелирует с «позитивными» стилями юмора: с affiliативным ($r=-0,36$) и самоподдерживающим ($r=-0,3$). Гелотофия – положительно с катагеластичизмом ($r=0,395$), и со всеми стилями юмора: с affiliативным ($r=0,32$), самоподдерживающим ($r=0,28$), агрессивным ($r=0,4$) и самоуничижительным ($r=0,56$). Катагеластичизм, кроме того, тесно связан с «негативными» стилями юмора: агрессивным ($r=0,64$) и самоуничижительным ($r=0,28$). Социальная тревожность также коррелирует с уровнем ситуативной ($r=0,42$) и, в большей степени, личностной ($r=0,69$) тревожности, и, как и гелотофобия, отрицательно с «позитивными» стилями: с affiliативным ($r=-0,39$) и самоподдерживающим ($r=-0,29$). Анализируемые показатели значимо не коррелировали с возрастом, за исключением подшкалы 3 опросника социальной тревоги («Сдержанность в выражении эмоций из-за страха отвержения и блокирование признаков тревоги в экспертных ситуациях»): выявлена положительная взаимосвязь ($r=0,33$). Не было выявлено взаимосвязи интересующих показателей с длительностью заболевания, числом госпитализаций. Ряд подшкал ОСТиСФ (шкала 2 – «Постситуативные руминации и желание преодолеть тревогу в экспертных ситуациях» и шкала 3 – «Сдержанность в выражении эмоций из-за страха отвержения и блокирование признаков тревоги в экспертных ситуациях») положительно коррелировали с возрастом первого обращения в психиатрические службы и отмечаемым возрастом начала заболевания ($r=0,29$, $r=0,27$, $r=0,34$, $r=0,29$, соответственно). Также подшкала 3 положительно коррелировала с возрастом первой госпитализации ($r=0,32$). Самооценка чувства юмора отрицательно взаимосвязана с уровнями гелотофобии и социальной тревожности ($r=-0,52$, $r=-0,57$, соответственно). При корреляционном анализе стилей юмора в целом по выборке значимая взаимосвязь определяется только между агрессивным и самоуничижительным юмором ($r=0,36$). При анализе по подгруппам обнаруживается, что у пациентов с «органическим» характером заболевания стили юмора

значимо не взаимосвязаны между собой, а у пациентов с «функциональными» расстройствами определяются связи не только между агрессивным и самоуничтожительным юмором ($r=0,38$), но и между affiliативным и самоподдерживающим ($r=0,5$). При этом у здоровых лиц отмечаются более разнообразные взаимосвязи между всеми стилями юмора (Иванова Е.М. и др., 2014). Анализируемые параметры значимо не различались в зависимости от уровня образования, состава семьи, наследственности, наличия сибсов, отмечаемого опыта насмешек в детстве. Были выявлены различия в выраженности гелотофобии в зависимости от семейного положения ($H(3, N=57)=9,97, p=0,0188$), при этом гелотофобия у овдовевших лиц более выражена в сравнении с лицами, имеющими постоянного партнера ($U=33, p=0,003$). При анализе по подгруппам «функциональное-органическое» было выявлено, что affiliативный юмор более выражен при функциональных расстройствах ($m=3,8$ с $sd=0,99$), чем при органических ($m=3,1$ с $sd=1,13$) ($U=195,5, p=0,031$). Показатель по шкале 3 ОСТиСФ значимо выше при органических расстройствах, чем при функциональных ($U=199, p=0,036$).

Выводы. Показатели отношения к юмору и смеху у пациентов с невротическими расстройствами обладают характерными особенностями: так, уровень гелотофобии у них выше, чем в выборке психически здоровых лиц, а уровень гелотофилии и катагеластизма несколько ниже. Значения всех стилей юмора у данных пациентов оказались менее выраженными, чем в выборке здоровых людей, а взаимосвязи между ними – более бедными. Чем более выражена тревожность, тем менее вероятно своевременное обращение за квалифицированной помощью. Больные с расстройствами «функционального» генеза демонстрировали более адекватное отношение к юмору и смеху, а также меньшую социальную тревожность по сравнению с больными с расстройствами «органического» генеза. Это дает основание для совершенствования диагностики и построения психотерапевтических программ для работы в повседневной клинической практике.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ КОНТИНГЕНТА И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОДХОДОВ К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ РИСКАМИ

Юркова И.О.

г. Пенза

Областная психиатрическая больница им. К.Р. Евграфова

Актуальность. Проблема смертности от самоубийств – одна из наиболее актуальных. Самоубийство стоит на первом месте среди причин насильственной смерти и на третьем среди смертности в трудоспособном возрасте. В России, несмотря на тенденцию к снижению уровня суицидов за последние годы, их уровень остается высоким и составляет 15.8 на 100 000 населения (2016 год). В Пензенской области в 2016 году данный показатель составил 20.2, а в 2017 – 19.7 на 100 тысяч населения. Таким образом, для Пензенского региона остается актуальным вопрос усовершенствования оказания помощи лицам с суицидальными поведением.

Цели и задачи. Целью работы является анализ структуры контингента и оценка эффективности подходов к ведению пациентов с суицидальными рисками на базе отделения интенсивной психиатрической помощи (ОИПП).

Материалы и методы. Работа выполнена на базе ОИПП Пензенской Областной психиатрической больницы им. К.Р. Евграфова. Коечный фонд отделения составляет 52 койки. Ежегодно в отделение госпитализируются более 800 пациентов. Средняя длительность пребывания в отделении 20.3 койко-дней. В исследование включались пациенты, госпитализированные в 2016, 2017 и 2018 году в ОИПП по поводу суицидальных рисков (незавершенные попытки суицида, активные или пассивные суицидальные мысли, лица с характером нарушений, подразумевающим возможность аутоагрессии). Статистический анализ данных проводился с использованием точного теста Фишера (ТТФ), программы Statistica 10.

Результаты и обсуждение. Анализ госпитализаций в ОИПП показал, что удельный вес лиц с суицидальными рисками достаточно высок – каждый 5-6 пациент имеет аутоагрессивные тенденции. Так, в 2016 году их количество составило 16 %, в 2017 – 20,9 %, а в 2018 – 17 % от всех поступивших пациентов в отделение. Статистически значимой разницы за 3 года по объему госпитализаций лиц с рисками самоубийства не было ($p > 0,05$; ТТФ).

Стоит отметить, что с 2017 года на базе Областной психиатрической больницы начал свою работу антикризисный центр (АКЦ), включающий в себя круглосуточные и полустационарные койки как для взрослых, так

и для детей и подростков, а также амбулаторный прием граждан. Начало работы АКЦ позволило направлять часть пациентов сразу в кризисный центр после оценки рисков суицидальных действий. Для этого на всех этапах оказания помощи с 2018 года внедрены алгоритмы, согласно которым четко регламентируется тактика для каждой группы риска и объем необходимой помощи.

Анализ гендерной структуры за 3 года показал что в 2016 году мужчин госпитализировалось 72 человека, женщин – 57; в 2017 году мужчин – 88, женщин – 89; в 2018 году госпитализировано 72 мужчины и 76 женщин. Таким образом, за 3 года соотношение мужчин и женщин статистически значимо не менялось ($p > 0,05$; ТТФ).

Если говорить о возрастной структуре лиц с суицидальными рисками, то в 2016 году 10 % госпитализированных были несовершеннолетние, в 2017 – 12 %, в 2018 – 15 %. Статистический анализ не показал убедительной тенденции к росту госпитализаций среди несовершеннолетних ($p > 0,05$; ТТФ), однако проблема подростковых суицидов остается не менее актуальной и требует совершенствования методов по их профилактике.

Если говорить о нозологической принадлежности исследуемой категории пациентов, за 2016-2018 гг. она не претерпела значимых изменений и распределялась следующим образом. Наиболее часто диагностировались невротические и ассоциированные со стрессом расстройства (25.8 % пациентов), второй диагностической группой были органические расстройства (психотические и непсихотические) – 21.8 %, на третьем месте среди причин аутоагрессии стоят расстройства шизофренического спектра – 17.8 %, четвертой диагностической группой – 17.2 % – являются аффективные расстройства. Расстройства личности встречались в 11.2 % случаев. Прочие диагностические категории встречались менее чем в 5 % случаев. Такое распределение отчасти отражает специфику отделения интенсивной помощи: большая часть пациентов госпитализируется с тяжелыми психотическими и субпсихотическими расстройствами психики, в то время как лица с легкими и умеренно выраженными расстройствами госпитализируются в антикризисный центр минуса ОИПП.

Одним из показателей эффективности работы с лицами с различными формами аутоагрессивного поведения является показатель повторных госпитализаций в стационар. Если в 2016 году удельный вес повторных больных составил 52 %, то в 2017 и 2018 годах данные цифры изменились. Так, в 2017 году в ОИПП поступило 48 % больных, ранее уже проходивших лечение в психиатрических отделениях, в 2018 году данный показатель снизился до 45 %, что, безусловно, является положительной тенденцией и говорит об эффективности внедренных подходов оказания помощи. Также удалось улучшить преемственность оказания помощи и отработать маршрутизацию

пациентов с суицидальными рисками – за 2017 и 2018 год 70 % пациентов, госпитализированных в ОИПП переведены на следующие этапы оказания помощи (психотерапевтические отделения, дневные стационары в структуре АКЦ или территориальные психиатрические отделения) по мере купирования расстройств и снижения риска аутоагрессии.

Выводы. За период 2016–2018 г. тенденций к изменению количества госпитализаций в ОИПП по поводу суицидальных действий не отмечено, их уровень остается стабильным, как среди мужчин, так и среди женщин, несмотря на ожидаемое снижение количества пациентов за счет начала функционирования антикризисного центра. В ОИПП по прежнему госпитализируются лица, находящиеся в высокой и очень высокой группах риска по совершению аутоагрессии. Внедрение алгоритмов ведения пациентов на всех этапах оказания психиатрической помощи в ЛПУ помогло количественно оценивать суицидальные риски для каждого пациента, формируя индивидуальную маршрутную карту. Отмечается также тенденция к сохранению в структуре пациентов ОИПП значительного числа несовершеннолетних лиц с высоким риском аутоагрессии, что требует совершенствования оказания помощи для данной категории. Отмечено, что нозологическая принадлежность контингента за анализируемый период не менялась. Имеются тенденции к увеличению числа лиц, которые переводятся на другие этапы долечивания и снижению числа регоспитализаций, что свидетельствует об эффективности внедренных алгоритмов работы с данными пациентами.

ВЕРА, СУЕВЕРИЯ И БРЕД РЕЛИГИОЗНОГО СОДЕРЖАНИЯ

Ялтонская Полина Андреевна

г. Москва

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского*

Актуальность исследования. Актуальность данного исследования заключается в значительных трудностях дифференциации непатологических проявлений веры, суеверий и психопатологических синдромов бреда религиозного содержания.

Вера – признание чего-либо истинным независимо от фактического или логического обоснования, преимущественно в силу самого характера отношения субъекта к предмету веры. Отличительной особенностью познания,

реализующегося в вере, является приверженность принципам диалогичности, согласно которым субъект веры активно соотносит самораскрывающийся объект веры с собой. В этом смысле религиозная вера отличается от философского или научного знания не тем, что не вполне аргументирована или уверена в своём предмете, а по способу получения и обоснования своего знания.

Религиозная вера имеет в качестве своей особенности веру в реальность и субстанциональность сверхъестественного; предмет веры религиозного индивида объективируется, человек убеждён в том, что объектом его веры является не мысль или понятие о Боге, а сам Бог – сверхъестественное, как реально существующее.

Суеверие (букв. – суетное, тщетное, то есть ложное верование) – пред-
рассудок, представляющий собой веру или практику, основанную на воспри-
ятии сил, не обоснованных в религии и не объяснимых законами природы. Как правило, проявляет себя на поведенческом уровне в упрощённых обря-
довых формах: использовании талисманов, татуировке, магических жестах. Особое место занимают приметы: определённым событиям приписывается
прогностическое значение. Суеверие часто несут на себе отпечаток древних
верований (анимизм, тотемизм, фетишизм).

Бред религиозного содержания – расстройство мышления с возникно-
влением не соответствующих реальности болезненных представлений, рас-
суждений и выводов, в которых больной полностью убеждён и которые не
поддаются коррекции, содержащее в себе религиозную тематику.

Наряду с традиционной религией, в определенных сообществах сохра-
нялись архаические взгляды, основанные на суевериях, магические пред-
ставлениях. Однако, в настоящее время нерегулируемый поток информации,
включающий совокупность оккультных, магических, религиозно-мистиче-
ских систем способствует повышению уровня внушаемости и тревожной
мнительности, а в условиях психоза – формированию как религиозных, так
и архаических бредовых фабул. Поэтому представляется целесообразным
рассматривать эти фабулы в рамках единого религиозно-архаического бре-
дового комплекса (РАБК), и выделение его как психопатологического фено-
мена. Чаще всего упоминаются религиозный бред, мистический бред, бред
мессиянства, манихейский, архаический, колдовства, греховности.

Целью данного исследования является уточнение критериев дифферен-
циальной диагностики между бредом религиозного содержания и религиоз-
ными представлениями неболезненной природы по данным литературных
источников.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования был прове-
ден критический анализ российских (10) и зарубежных(17) публикаций по
данной теме.

Результаты исследования. В результате анализа литературных источников, было выявлено, что большое значение уделялось определению структуры бреда, содержание которого может быть позитивным и негативным.

Позитивное содержание бреда включает в себя следующие типы. Гиперболизация когнитивных способностей:

- всеведение (в частности обладание тайной);
- всемогущество (в частности, обладание экстрасенсорными способностями, телепатией, влияние на окружающие процессы природы);
- сезнание (решающие пророчества о конце света, приходе Антихриста на Землю).

Гиперболизация физических способностей:

- необыкновенная физическая сила («Я силен, как Самсон, и мне нет равных; моя сила от Бога»).

Гиперболизация личности по отношению к окружающему миру:

- роль Бога, Иисуса Христа, великого пророка

В спектре негативных качеств наблюдается симметричная картина.

Редукция когнитивных способностей:

- отсутствие или резкое снижение памяти, отнятие мыслей, как воздействие злых духов.

Редукция физических способностей:

- наличие тяжелой болезни, как кары от Бога за грехи.

Редукция личности по отношению к окружающему миру:

- наличие греховности, черной кармы за прошлые жизни, вина перед всем человечеством

При анализе литературных источников были выявлены следующие критерии дифференциальной диагностики:

Подлинная религиозная вера характеризуется ортопраксией – практическим соответствием поведения убеждениям, приводимостью их к повседневным действиям. Вера не является чем-то застывшим, статичным, ее интегративность подвержена изменениям, вследствие окружающих факторов, в отличие от бредовых идей, которые не меняются в зависимости от окружения.

Суеверие может быть понято как попытка компенсации у личности, под воздействием страха угрозы существования, то есть может быть психологически объяснено.

Между верой и суеверием существуют переходные стадии. Суеверие является отправной точкой для бредовых идей, однако должно быть дифференцировано от них. Одним из критериев является то, что суеверная личность ощущает себя безопасной в своем мире, в то время как личность в бреду представляет угрозу разрушения безопасности: собственной и общественной.

У душевнобольных вера в существование оккультных явлений возникает у лиц, нередко высокообразованных, ранее свободных от мистики, внезапно, обычно на фоне общего психического сдвига, характеризующегося тревожно – депрессивным аффектом, неясными и тягостными предчувствиями, беспокойством, другими нарушениями, входящими в структуру бредового настроения. Многообразие форм возникающих при этом поверий безгранично – любое случайное событие может расцениваться как признак надвигающейся катастрофы или ее причина. Как правило, больные располагают собственным реквизитом примет и поверий, хотя могут их заимствовать и у окружающих. По выходе из болезненного состояния склонность к мистической интерпретации нередко исчезает и рассматривается с реалистических позиций, появляется критическое отношение к заболеванию.

Выводы. Выделение основных критериев дифференциальной диагностики бреда религиозного содержания и явлений веры и суеверий, имеет большое значение для ранней диагностики, лечения и судебно-психиатрической оценки связанных с этими явлениями психических расстройств.



Шизофрения ломает судьбы Это возможно изменить

 **РЕАГИЛА®**

КАРИПРАЗИН

Возвращая жизни смысл



ГЕДОН РИХТЕР

ООО «ГЕДОН РИХТЕР ФАРМА»: г. Москва, 119049, 4-й Добрынский пер., д. 8. Тел.: (495) 987-18-80. E-mail: GRFarma@g-richter.ru
Представительство ОАО «Гедон Рихтер» (Динград): г. Москва, 119049, 4-й Добрынский пер., д. 8.
Тел.: +7 (495) 987-15-55. E-mail: center@g-richter.ru www.g-richter.ru

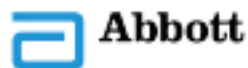
Инструкция по медицинскому применению препарата Реагилла® РУ:ПТ-005405 от 18.03.2019. Информация для специалистов здравоохранения.
Имеются противопоказания. Перед назначением, пожалуйста, ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению препарата Реагилла® РУ:ПТ-005405 от 18.03.2019. С инструкцией можно ознакомиться на сайте www.gis.kosminodrav.ru

Генеральный спонсор



ГЕДЕОН РИХТЕР

Официальный спонсор



Главный спонсор



ПРОФИТ ФАРМ



Спонсор



Информационный
провайдер



Официальный провайдер



Оргкомитет выражает благодарность за неоценимую помощь
в подготовке и проведении Школы Молодых психиатров
Российскому обществу психиатров и Союзу охраны психического здоровья

